

Nach drei Auflagen (2005, 2010, 2016) hat der Verlag Klett-Cotta beschlossen, das vorliegende Buch nicht noch einmal aufzulegen.

Da wir als Autoren immer viel positive Rückmeldung zum Buch bekommen haben, haben wir uns entschlossen, das Buch zum kostenlosen Download zur Verfügung zu stellen.

Wir hoffen, dass die geneigte Leserschaft auch zukünftig noch von dem Buch und den darin enthaltenen Materialien profitieren kann.

Michael Borg-Laufs & Heiko Hungerige

Zitiert werden kann das Buch weiterhin so:  
Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2016).  
Selbstmanagementtherapie mit Kindern. Ein  
Praxishandbuch. (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Online unter: <https://www.hs-niederrhein.de/sozialwesen/personen/prof-dr-michael-borg-laufs>

## ZU DIESEM BUCH

In der Kindertherapie hat sich der Therapeut nicht nur auf seine jungen Klienten einzustellen, ebenso gilt es, Wünsche, Sorgen, Befürchtungen und Ziele der Eltern in einen dynamischen und kreativen Prozess zu integrieren. Um Kinder- und Jugendlichentherapeuten in dieser komplexen Anforderungssituation zu unterstützen, haben die Autoren die wissenschaftlich fundierte und den ganzen Therapieprozess umspannende *Selbstmanagementtherapie nach Kanfer* für die speziellen Erfordernisse der Kinderbehandlung modifiziert. Jede der 7 Therapiephasen, vom Beziehungsaufbau bis zur Erfolgsoptimierung in der letzten Sequenz, wird hier praxisnah und mit vielen Beispielen dargestellt. Die dem Buch beiliegende CD enthält 25 Therapiematerialien mit Arbeitsblättern für Kinder und Eltern, Analyse- und Strukturierungshilfen für den Therapeuten, Übungen und Fragebögen, die störungsübergreifend in einer Kindertherapie nach den Prinzipien des Selbstmanagementansatzes zur Anwendung kommen können.

*Prof. Dr. Michael Borg-Laufs, Dr. phil., Dipl.-Psych.*, ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut sowie Dozent und Supervisor; nach langjähriger Leitung einer Erziehungsberatungsstelle nun als Professor für »Theorie und Praxis psychosozialer Arbeit mit Kindern« an der Hochschule Niederrhein in Mönchengladbach tätig sowie als Fachleiter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie des Ausbildungszentrums Krefeld der DGVT.

*Heiko Hungerige, Dipl.-Psych.*, ist Psychologischer Psychotherapeut für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Dozent und Supervisor für Verhaltenstherapie an verschiedenen Ausbildungsstellen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Langjährige Tätigkeit am Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie an der Bergischen Universität in Wuppertal sowie als Psychotherapeut in einer Erziehungsberatungsstelle.

Michael Borg-Laufs  
Heiko Hungerige

# Selbstmanagementtherapie mit Kindern

Ein Praxishandbuch



# Inhalt

Kapitel I: Grundlagen	9
1. Psychotherapie als dynamischer Prozess – eine Einführung	11
2. Ein psychotherapeutisches Prozessmodell: Selbstmanagementtherapie	15
2.1 Grundlagen der Selbstmanagementtherapie	15
2.2 Übertragung des Modells auf die Psychotherapie mit Kindern	21
Kapitel II: Die 7 Phasen der Selbstmanagementtherapie	29
1. Vom Beziehungsaufbau in komplexen Systemen: Günstige Ausgangsbedingungen für die Therapie	31
1.1 Einleitende Bemerkungen zu Phase 1	31
1.2 Erste problembezogene Informationssammlung	35
1.3 Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung	53
1.4 Die förderliche Gestaltung »äußerer« Merkmale der Therapiesituation	60
2. Vom Wünschen zum Wollen: Aufbau von Änderungsmotivation	64
2.1 Einleitende Bemerkungen zu Phase 2	64
2.2 Aufbau von Therapie-, Beziehungs- und Änderungsmotivation	66
2.3 Erste vorläufige Ziel-Wertklärung (ZWK)	82

3.	Das Erklärungsmodell: Funktionale Bedingungsanalyse	84
3.1	Einleitende Bemerkungen zu Phase 3	84
3.2	Relevante Informationen für die Selbstmanagementtherapie mit Kindern	88
3.3	Diagnostische Strategien und Materialien in der Selbstmanagementtherapie mit Kindern	92
3.4	Zusammenfassende Bedingungsanalyse für die Selbstmanagementtherapie mit Kindern	113
4.	Wohin uns der Weg führt: Zielklärung	121
4.1	Einleitende Bemerkungen zu Phase 4	121
4.2	Der Zielklärungsprozess	125
4.3	Methoden der Zielklärung	126
5.	Hilfe zur Selbsthilfe: Auswahl, Planung und Durchführung von Interventionen	141
5.1	Einleitende Bemerkungen zu Phase 5	141
5.2	Die einzelfallangepasste Auswahl und Planung von Interventionsmethoden	144
5.3	Durchführung der Methoden	166
5.4	Formblatt für die Therapieplanung	166
6.	Nicht glauben sondern wissen: Evaluation therapeutischer Fortschritte	169
6.1	Einleitende Bemerkungen zu Phase 6	169
6.2	Grundprinzipien der Therapieevaluation	174
6.3	Evaluationsmethoden	177
7.	Gute Reise auch weiterhin: Abschluss und Erfolgsoptimierung	195
7.1	Einleitende Bemerkungen zu Phase 7	195
7.2	Stabilisierung der therapeutischen Erfolge und Transfer in den Alltag	197
7.3	Bearbeitung restlicher oder neu hinzugekommener Probleme/Ziele	202

7.4	Was tun, wenn es wieder schlimmer wird? – Rückfallprophylaxe	207
7.5	Ausblenden der Therapiekontakte und Therapieabschluss	210
Kapitel III: Hinweise zur Stunden- strukturierung in der Selbstmanagement- therapie mit Kindern		215
1.	Stundenstruktur in der Standard-Therapiesituation mit Kindern	217
1.1	Eingangsstadium	218
1.2	Bearbeitung der zentralen Thematik	219
1.3	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Alltagstransfer	220
1.4	Spielphase	221
1.5	Stundenstruktur im Überblick	223
2.	Variationen in der Stundenstruktur	224
Kapitel IV: Ausblick		227
Anhang		231
Anhang 1		232
Anhang 2		233
Anhang 3		234
Anhang 4		235
Anhang 5		236
Anhang 6		237
Verzeichnis der Therapiematerialien		239
Literatur		240



# KAPITEL I

## Grundlagen



# 1. Psychotherapie als dynamischer Prozess – eine Einführung

Psychotherapie mit Kindern ist eine komplexe Angelegenheit: Eltern, die Aspekte des Verhaltens ihres Kindes als unangemessen erleben und den Eindruck haben, dies mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln nicht mehr in die gewünschten Bahnen lenken zu können, gehen zu einem ihnen fremden Menschen mit der Bitte um Hilfe. Möglicherweise haben sie Schuldgefühle, weil sie denken, etwas falsch gemacht zu haben, vielleicht glauben sie aber auch, mit ihrem Kind sei »etwas nicht in Ordnung«, es müsse einfach wieder »richtig funktionieren«. Sie gehen zu jemandem, der ihnen vielleicht hinsichtlich Bildung, Alter und kulturellem Umfeld ähnlich, vielleicht aber auch sehr verschieden von ihnen ist, und erzählen von ihren Problemen. Vielleicht haben sie ihr Kind dabei, etwa einen Jungen, der vermutlich überhaupt nicht weiß, was er hier soll. Er sieht vielleicht gar nicht, dass der ganze Streit der letzten Zeit mit ihm zusammenhängen soll oder, im Gegenteil, er hält sich für den am familiären Zwist Schuldigen und ist von großen Selbstwertzweifeln geplagt.

Der Therapeut<sup>1</sup> versucht nun seinerseits, mit Eltern und Kind eine Beziehung aufzubauen, sowohl diesen als auch jenem vertrauenswürdig zu erscheinen, sich kompetent darzustellen und gleichzeitig auch erste Eindrücke von der Familie, ihren Problemen und ihren Stärken zu bekommen. Und schon beginnt das, was wir an anderer Stelle (Borg-Laufs & Hungerige, 1999) unter Rückgriff auf eine Metapher von Mahoney und Patterson (1992) mit einem *Tanz* verglichen haben, der einer bestimmten Choreographie folgt.

---

<sup>1</sup> Wir wählen hier und im Folgenden einen männlichen Therapeuten, wenngleich die Wahrscheinlichkeit, dass die Familie auf einen Mann als Therapeuten trifft, derzeit und in Zukunft eher gering ist, da die Ausübung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein vorzugsweise von Frauen ausgeübter Beruf ist (vgl. Borg-Laufs, 2005a).

Der Therapeut geht im Gespräch vielleicht einen Schritt auf die Eltern zu, indem er sie in einer bestimmten Art und Weise, die Bestandteil seines in der therapeutischen Ausbildung angenommenen und später weiter ausgearbeiteten therapeutischen Handelns ist, nach ihrer Problemsicht fragt. Möglicherweise registriert er dann, dass die Eltern ihn schnell zu Vereinnahmungen suchen und auf ihre Seite ziehen wollen. Sie gehen also ihrerseits einen Schritt auf ihn zu, während andererseits der Junge zurückweicht, als er die scheinbare Harmonie zwischen Eltern und Therapeut erlebt. Der Therapeut muss nun einen komplizierten Tanzschritt machen, der nur dann elegant gelingt, wenn er ihn oft geübt und verinnerlicht hat: Er weicht einen Schritt von den Eltern zurück, ohne dass es wie eine Zurückweisung wirkt, und lädt den Jungen dazu ein, am gemeinsamen Tanz teilzunehmen, indem er auch ihn auf eine bestimmte Art und Weise nach *seiner* Problemsicht fragt. Erst danach geht er – mit einer spielerischen Drehung – auf den Jungen zu, indem er ihm sein Verständnis für sein Verhalten mitteilt und ihn mit seiner Sicht der Dinge ernst nimmt.

Vielleicht wird hier, an dieser kurzen, mit Hilfe der Metapher des Tanzes erfolgten Beschreibung der ersten Sätze, die bei der Einleitung einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gesprochen werden, schon deutlich, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nicht nur als rigide Anwendung bestimmter Interventionsmethoden missverstanden werden darf. Sicherlich gibt es deutliche Hinweise darauf, welche therapeutischen Methoden bei welcher Problemkonstellation primär indiziert sind (vgl. z. B. Döpfner, 1999). Es reicht aber nicht, diese technisch korrekt zu replizieren. Allerdings – und hier wollen wir nochmals die Tanzmetapher zu Hilfe nehmen – ist die angemessene Durchführung therapeutischer Standardmethoden sozusagen die »Pflicht« beim Tanzwettbewerb. Sie muss sorgfältig eingeübt und erprobt werden, bis sie (mehr oder weniger) automatisiert zur Verfügung steht. Die »Kür« allerdings verbindet die technische Perfektion mit der Feinabstimmung und Interpretation des jeweiligen Musikstückes resp. Einzelfalles. In dieser muss das therapeutische Vorgehen zu weiten Teilen improvisiert werden und sich an den augenblicklichen Stimmungen und Verhaltensweisen des Tanzpartners (Klienten) orientieren. Im weiteren Therapieverlauf wird der Therapeut noch häufig die

augenblickliche Stimmung der Beteiligten, ihr vergangenes und aktuelles Verhalten, ihre Gedanken, Einstellungen und Gefühle berücksichtigen müssen, um seinerseits jeweils die richtigen Schritte an der richtigen Stelle tun zu können.

Diesem dynamischen Tanz – dem *therapeutischen Prozess* – wollen wir uns mit der vorliegenden Arbeit widmen. Der Therapieprozess wird dazu in verschiedene mehr oder weniger gut abgrenzbare Bestandteile aufgelöst, die einerseits als ganze Gestalt, andererseits aber auch auf der Ebene einzelner, genauer Vorschläge für konkrete Verhaltensweisen dargestellt werden können. Diesen Phasen des therapeutischen Prozesses sind nämlich wiederum spezifische Ziele, Strategien und konkrete Verhaltensweisen des Therapeuten zuzuordnen, die wir ebenfalls detailliert beschreiben werden. Aus diesem Grunde wird es eine Vielzahl von Arbeitsblättern, Materialien, Checklisten und Therapievorlagen geben, die der Umsetzung des von uns vorgeschlagenen Modells in kleinen Schritten dienen.

Die Psychotherapieprozessforschung bewegt sich zurzeit auf unterschiedlichen Ebenen: Zum Teil werden sehr kleine Einheiten des psychotherapeutischen Prozesses analysiert (individuell auftretende Kognitionen und Gefühle, isolierte Sprechakte oder spezifische Interaktionsepisoden), zum Teil wird der psychotherapeutische Prozess aus einer weiteren Perspektive betrachtet und in einzelne »Phasen« unterteilt (vgl. Schindler, 1996; Sabbouh, 1998).

Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Beschäftigung mit *psychotherapeutischen Wirkfaktoren* zu, die – insbesondere im Bereich der Psychotherapie mit Erwachsenen – von der Forschungsgruppe um Klaus Grawe (1943–2005) angestoßen wurde (Grawe, 1998). Die Realisierung der Wirkfaktoren wird bei aktuellen Arbeiten dieser Gruppe in der Regel sehr detailliert untersucht (vgl. z. B. Regli, Flückinger & Grawe, 2004; Gassmann & Grawe, 2004). Übersetzt in unsere Tanzmetapher bedeutet dies, dass die »Wirkfaktoren« (also wohl das ästhetische Empfinden beim Betrachter) nicht auf der Ebene der Gesamtchoreographie oder komplexer Figuren untersucht wird, sondern eher auf der Ebene einzelner Tanzschritte und Muskelbewegungen. Im Bereich der Kindertherapie ist die Psychotherapieprozessforschung noch nicht so weit fortgeschritten; allerdings finden sich auch hier erste Ansätze, den the-

rapeutischen Prozess auf dieser Mikroebene zu analysieren (Fröhlich-Gildhoff, Hufnagel & Jürgens-Jahnert, 2005).

Die von Grawe (1998) aufgrund eigener Untersuchungen (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) vorgeschlagenen Wirkfaktoren lauten:

- *Intentionsrealisierung*: Der Therapeut unterstützt die Klienten aktiv und mit konkreten Handlungsanleitungen bei ihrem Bemühen, Probleme zu lösen und Veränderungen herbeizuführen.
- *Intentionsveränderung*: Therapeut und Klient beschäftigen sich mit den Wünschen, Zielen und Werten der Klientinnen, um die Wünsche herausarbeiten und stärken zu können.
- *Prozessuale Aktivierung*: Veränderungen gelingen dann besonders gut, wenn problematische Verhaltensweisen, Kognitionen und Emotionen auch tatsächlich in der Therapie gezeigt werden und dann bearbeitet werden können.
- *Ressourcenaktivierung*: Die Klienten sollen sich in der Therapie auch mit ihren positiven Seiten erleben können und Therapie sollte möglichst an Stärken und positiven Möglichkeiten anknüpfen.

Nach dem augenblicklichen Stand der Forschung scheint es also sinnvoll zu sein, Therapieprozesse so zu gestalten, dass diese Wirkfaktoren realisiert werden können. Wie bereits deutlich wurde, sind dabei verschiedene Ebenen zu betrachten: Einerseits die »Gesamtchoreographie« vom ersten bis zum letzten Takt der Musik (also der gesamte Therapieprozess von der ersten bis zur letzten Therapiestunde), die in sich stimmig und aufeinander aufbauend sein muss, und andererseits die Ebene der einzelnen Tanzschritte und Bewegungen zu jedem Zeitpunkt des Tanzes (im therapeutischen Kontext also die einzelnen konkreten therapeutischen Handlungen zu den verschiedenen Zeitpunkten der Therapie, durch die der gesamte Therapieprozess realisiert wird).

## 2. Ein psychotherapeutisches Prozessmodell: Selbstmanagementtherapie

### 2.1 Grundlagen der Selbstmanagementtherapie

Die Vorschläge, die wir in diesem Buch auf der konkreten Handlungsebene machen werden, sind eingebettet in ein Prozessmodell, welches über viele Jahre von Frederick H. Kanfer (1925–2002) entwickelt wurde (vgl. Kanfer & Grimm, 1980) und schließlich als »Selbstmanagementtherapie« (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000) im deutschen Sprachraum große Bekanntheit erlangte. Dieses Modell ist ein *Phasenmodell* des gesamten therapeutischen Prozesses: Der ganze Therapieprozess wird in sieben aufeinander folgende Therapiephasen unterteilt, die jeweils die Bedeutung unterschiedlicher therapeutischer Zielsetzungen und Interventionsschwerpunkte zu verschiedenen Zeitpunkten der Psychotherapie in den Mittelpunkt stellen. Eine Selbstmanagementtherapie zeichnet sich also nicht durch bestimmte Inhalte oder Methoden aus, sondern dadurch, dass sie einem bestimmten Ablauf (also: einer bestimmten Choreographie) folgt. Dieses ursprünglich für die Psychotherapie mit Erwachsenen konzipierte Modell wurde in verschiedenen Arbeiten konkret auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bezogen und entsprechend modifiziert. So finden sich Arbeiten zum Selbstmanagementmodell als Grundlage für die Erziehungsberatung (Schmelzer & Trips, 1995) bzw. Beratung allgemein (Borg-Laufs, 2004a), als Rahmenmodell für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borg-Laufs, 1993, 1996, 1997; Borg-Laufs & Hungerige, 1999) bzw. spezieller für die Therapie mit Jugendlichen (Borg-Laufs, 2003) und auch als grundlegendes Modell für eine störungsübergreifende Verhaltenstherapie (Borg-Laufs & Merod, 2000) bzw. für eine »allgemeine« Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borg-Laufs, 2005b).

Selbstverständlich kann ein solches Modell Psychotherapie nicht vollständig abbilden: Einige Aspekte werden hervorgehoben, andere möglicherweise vernachlässigt. Eine vollständige Abbildung kann aber auch gar nicht Sinn und Zweck eines solchen Modells

sein (und wäre vermutlich auch unmöglich). Es geht vielmehr darum, eine Orientierungshilfe zu bieten, die für die praktische Arbeit *hilfreiche Hinweise* geben kann. Dies leistet das Modell durch seine Methodenoffenheit bei gleichzeitiger Berücksichtigung der durch die Wirksamkeitsforschung als effizient erwiesenen Strategien. So dürfte nach den Ergebnissen der Arbeitsgruppe um Grawe unumstritten sein, dass Beziehungs- und Motivationsaufbau sowie eine gründliche Zielklärung entscheidende Faktoren für das Gelingen einer Psychotherapie sind. Dass eine angemessene Diagnostik, eine kompetente und wissenschaftlich fundierte Auswahl und Durchführung von Interventionen sowie eine angemessene Evaluation zu den Grundpfeilern einer wissenschaftlich orientierten Psychotherapie gehören, zählt zu den Standardaussagen eines jeden Lehrbuches der Psychotherapie. Insofern fokussiert das Modell der Selbstmanagementtherapie mit den dort postulierten Therapiephasen (s.u.) auf Faktoren, deren Bedeutung für eine erfolgreiche Psychotherapiedurchführung nach dem augenblicklichen Erkenntnisstand als belegt gelten kann; es strukturiert und ordnet diese Faktoren. Mit unserem Buch wollen wir die einzelnen Therapiephasen bezüglich der Arbeit mit Kindern und ihren Familien mit konkreten Inhalten füllen.

Die sieben Phasen der Selbstmanagementtherapie haben nach Kanfer und Mitarbeitern folgende unterschiedliche Schwerpunkte (vgl. Abb. 1.1):

**Phase 1: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen:** Die »günstigen Ausgangsbedingungen«, die hier geschaffen werden sollen, betreffen vor allem die Therapeut-Klient-Beziehung und die dazugehörige Rollenaufteilung. Der Schwerpunkt der therapeutischen Anstrengungen muss darauf liegen, dass die Klienten und Klientinnen Vertrauen zum Therapeuten fassen und ihn als *professionellen Helfer zur Selbsthilfe* akzeptieren und nicht etwa als »Freund der Familie« oder »Kummerkasten« betrachten. Gleichzeitig werden Setting, Vorgehen und organisatorische Fragen geklärt und bereits erste problembezogene Informationen gesammelt.

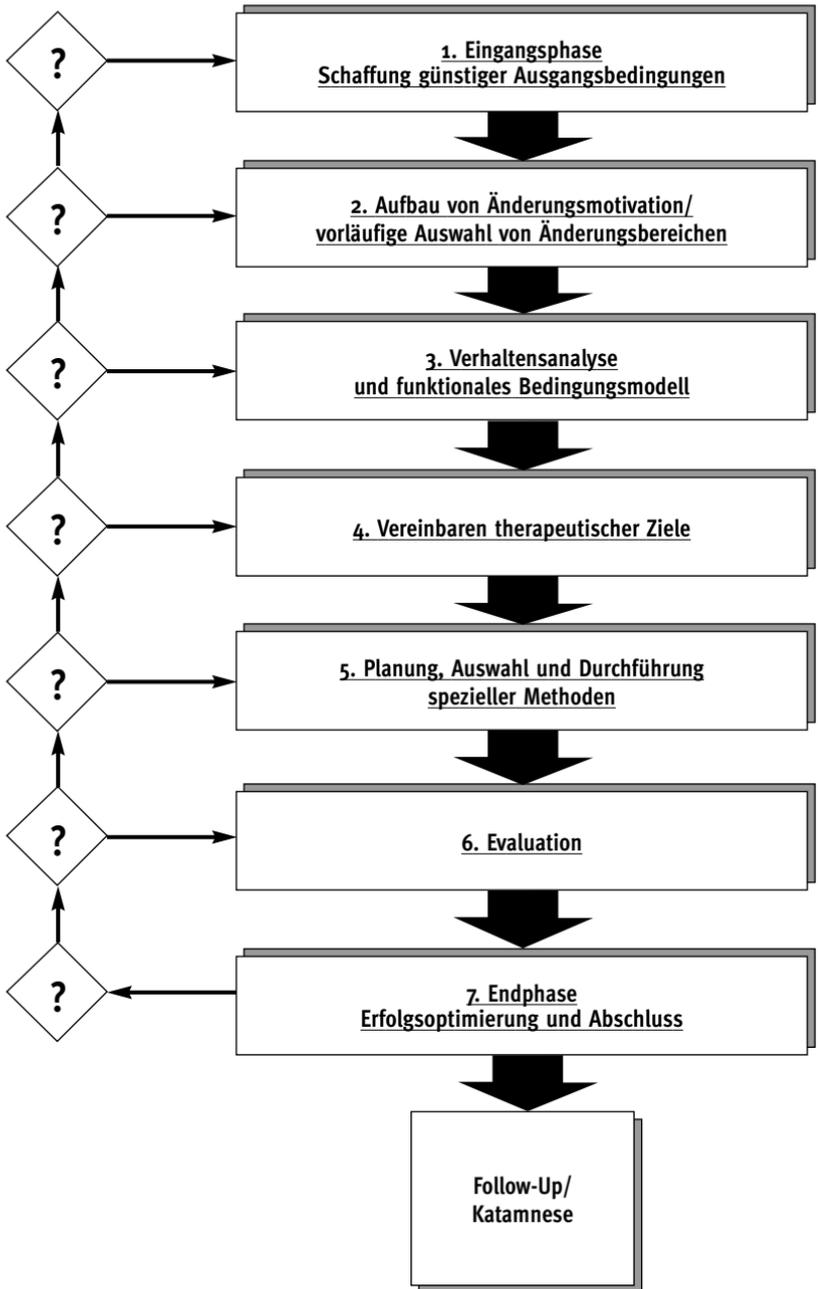


Abb. 1.1: Die Phasen der Selbstmanagementtherapie nach Kanfer et al. (2000)

**Phase 2: Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Problembereichen:** Aufbauend auf der therapeutischen Beziehung gilt es in Phase 2 vor allem, die häufig zu beobachtende Mutlosigkeit und Resignation der Klienten zu verringern und ihnen die Hoffnung auf positive Veränderungen zu vermitteln. Gleichzeitig muss dies so erfolgen, dass die Klienten erkennen können, dass diese Veränderungen nur durch eigene Anstrengungen zu erreichen sind. Mit ersten Ansätzen einer Zielklärung wird versucht, eine »Zugmotivation« (im Gegensatz zu der durch Leidensdruck entstehenden »Druckmotivation«) herzustellen.

**Phase 3: Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell:** Im Vordergrund steht nun die Informationsgewinnung und -strukturierung. Der Therapeut arbeitet *hypothesengeleitet* und versucht, die gewonnenen Informationen so zu strukturieren, dass sie als Ausgangspunkt für eine angemessene Therapieplanung dienen können. Dazu werden verschiedene Analyseschritte unternommen (funktionale Verhaltensanalyse, Systemanalyse, Ressourcenanalyse, diagnostische Klassifikation u. a.), bis ein geeignetes, dem Einzelfall angepasstes *Bedingungsmodell* entstanden ist, welches die aufrechterhaltenden Bedingungen des Problemverhaltens erklärt und therapeutische Ansatzpunkte aufzeigt.

**Phase 4: Vereinbaren therapeutischer Ziele:** Nachdem die geeigneten Rahmenbedingungen für die Therapie geschaffen wurden (Phasen 1 und 2) und die notwendigen diagnostischen Informationen erhoben und interpretiert wurden (Phase 3), müssen nun die Ziele des therapeutischen Vorgehens in gemeinsamer Klärungsarbeit explizit und konkret herausgearbeitet werden.

**Phase 5: Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden:** Dies kann auch als die »Kernphase« der Therapie betrachtet werden, denn hier geht es nun um die konkreten therapeutischen Interventionen, die im Mittelpunkt vieler therapeutischer Lehrbücher stehen. Aufbauend auf dem Wissen und den Kompetenzen des Therapeuten und unter Einbeziehung der aktuellen Literatur und wissenschaftlicher Erkenntnisse werden genau die therapeutischen Methoden ausgewählt, die in der individuellen

Situation der Klienten optimal angemessen sind. Dabei spielt es keine Rolle, welcher therapeutischen Schule die Methoden entstammen, wichtig ist nur, dass für die ausgewählte Methode genügend Evidenz vorliegt, bei der vorliegenden Problemkonstellation auch effizient zu sein.

**Phase 6: Evaluation therapeutischer Fortschritte:** Die Evaluation der Therapiefortschritte muss selbstverständlich therapiebegleitend während des gesamten therapeutischen Prozesses stattfinden, da sie ansonsten nichts zur Therapiesteuerung beitragen kann. Als Schwerpunkt des Vorgehens ist die Evaluation allerdings an dieser Stelle, kurz vor der möglichen Beendigung der Therapie, angesiedelt.

**Phase 7: Erfolgsoptimierung und Abschluss:** Im Vordergrund der Behandlung müssen am Ende der Therapie der Alltagstransfer und die Stabilisierung der bisher erlangten Fortschritte stehen. Schwerpunktmäßig muss also darauf geachtet werden, dass die Klienten möglichst weit gehend die Fähigkeit erworben haben, in der Therapie Gelerntes auch im Alltag selbstständig umsetzen und ggf. auch mit Rückschlägen umgehen zu können (Rückfallprophylaxe). Es ist dabei (soweit dies möglich ist) sicherzustellen, dass die Lebensbedingungen auch eine Stabilität der Erfolge erlauben.

Wichtig ist dabei zu beachten, dass es sich einerseits um ein *aufeinander aufbauendes*, andererseits aber auch um ein *rekursives* Modell handelt. Das bedeutet zunächst, dass die einzelnen Therapiephasen (im Idealfall) aufeinander folgen: Die Grundlage für alles therapeutische Handeln ist die therapeutische Beziehung (*Phase 1*); erst wenn diese etabliert ist, kann die Motivationsarbeit im Vordergrund stehen (*Phase 2*). Wenn die Beziehung stimmt und die Klientinnen motiviert sind, kann eine angemessene Diagnostik erfolgen (*Phase 3*), die wiederum Grundlage für die Zielklärung ist (*Phase 4*). Nur wenn die Beziehung stimmt, die Klienten motiviert sind, eine angemessene Diagnostik durchgeführt wurde und die Ziele der Therapie zwischen Klienten und Therapeuten geklärt sind, verspricht die Durchführung therapeutischer Interventionen auch erfolgreich zu sein (*Phase 5*). Deren Beitrag zu einer Verbes-

serung der Problematik des Klienten muss dann überprüft werden (*Phase 6*). Sofern sich tatsächlich Erfolge eingestellt haben, kann an einer Stabilisierung und dem Abschluss der Therapie gearbeitet werden (*Phase 7*). Mit anderen Worten: Die Reihenfolge der Therapiephasen ist durchaus zwingend, ein anderer Aufbau scheint wenig Sinn zu machen.

Dennoch – oder gerade deswegen – ist das Modell auch *rekursiv*. Zu jedem Zeitpunkt der Therapie *kann* es sinnvoll oder sogar notwendig sein, zu einer früheren Therapiephase zurückzukehren. Wenn ein Therapeut etwa in Phase 5 die für die vorliegende Problemkonstellation des Klienten nach dem augenblicklichen Stand der Forschung optimal passende Intervention ausgewählt hat und diese kompetent und *legis arte* durchführt, es aber trotzdem nicht zu den zu erwartenden Fortschritten kommt, so muss er überprüfen, ob die Ziele der vorausgegangenen Therapiephasen immer noch als verwirklicht gelten können: Ist die therapeutische Beziehung noch angemessen oder hat sie sich wieder verschlechtert? Ist der Klient immer noch hinreichend änderungsmotiviert oder hat seine Motivation einen Dämpfer erhalten? War die Diagnostik angemessen und wurden im Rahmen der Bedingungsanalysen die richtigen Schlüsse gezogen? Stehen die vereinbarten Ziele für den Klienten immer noch im Vordergrund? Häufig wird sich bei einer stagnierenden Therapie zeigen, dass an einer der genannten Stellen Probleme aufgetreten sind, welche der Grund dafür sein können, dass trotz geeigneter Interventionen kein weiterer Therapiefortschritt zu erzielen ist. In diesem Fall kann und muss der Therapeut zu derjenigen Therapiephase zurückkehren, deren Ziele aktuell nicht mehr verwirklicht sind, und z. B. erneut die therapeutische Beziehung oder die Motivation des Klienten in den Mittelpunkt seiner Bemühungen stellen, weitere diagnostische Informationen einholen oder erneut die Ziele gemeinsam mit dem Klienten klären. Erst danach wird es sinnvoll sein, sich wieder der Interventionsdurchführung zuzuwenden.

## 2.2 Übertragung des Modells auf die Psychotherapie mit Kindern

Um von einer dem Selbstmanagementmodell folgenden Psychotherapie profitieren zu können, müssen die Klientinnen gewisse Ressourcen und Kompetenzen mitbringen. Kanfer und Mitarbeiter nennen einige Basisfertigkeiten, die notwendig sind, um angemessen auf das therapeutische Angebot eingehen zu können. Demnach müssen die Klienten angemessen und effektiv kommunizieren können, beziehungsfähig sein, prinzipiell lösbare Probleme vorbringen, sich ändern wollen und an die Möglichkeit der Selbstbestimmung von Verhalten glauben. Bei der Übertragung dieses Modells auf die Kindertherapie stellt sich also die Frage, ob Kinder diese Fähigkeiten mitbringen. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt (ausführlich Borg-Laufs, 1996), kann bei Kindern etwa ab dem Grundschulalter davon ausgegangen werden, dass sie diese Bedingungen in der Regel erfüllen:

- Kinder im Grundschulalter können *effektiv kommunizieren*, d. h., sie können in hinreichendem Maße zuhören, verstehen und sich mitteilen. Sie überwinden mit Erreichen des Stadiums der konkreten Operationen nach Jean Piaget (1896–1980) ihren »kommunikativen Egozentrismus« (also die Selbstverständlichkeit, mit der Kinder davon ausgehen, von anderen verstanden zu werden; vgl. Montada, 2002), und sind zur sprachlichen Selbststeuerung fähig (Zivin, 1979; Ollendick & Cerny, 1981; Copeland, 1982).
- Die *Fähigkeit zum Aufbau sozialer Beziehungen* zu anderen Menschen ist im Wesentlichen nicht altersgebunden, sondern hängt davon ab, inwieweit der Therapeut in der Lage ist, sein Interaktionsverhalten auf das Entwicklungsalter des Kindes einzustellen (Borg-Laufs & Trautner, 1999).
- Auch die *Lösbarkeit der Probleme* ist altersunabhängig. In jedem Lebensalter können Menschen von Problemen geplagt werden, deren Lösung nicht in ihrer Macht steht und die psychotherapeutisch nicht beeinflussbar sind. Wenn die Probleme

nicht durch die psychische Verfassung des Klienten zumindest mit beeinflusst werden, kann keine Form von Psychotherapie helfen.

- Ab dem Alter von etwa fünfeinhalb Jahren können Kinder in der Regel den *Zusammenhang zwischen eigener Anstrengung und dem Erfolg oder Misserfolg des Handelns* sicher begreifen (Heckhausen & Roelofsen, 1962). Wiederum kommt es auf das therapeutische Geschick an, eine geeignete Änderungsmotivation aufzubauen. Mempel (1989) konnte zeigen, dass auch verhaltensauffällige Kinder in der Lage sind zu erkennen, dass vorrangig *sie selber* sich ändern müssen, um ihre Probleme lösen zu können.

Auch die im Grundschulalter anstehenden Entwicklungsaufgaben (Havighurst, 1972), etwa der Aufbau einer positiven Einstellung zu sich selbst, der Aufbau sozialer Beziehungen mit Gleichaltrigen, das Erlernen eines geschlechtsangemessenen Rollenverhaltens oder die Entwicklung persönlicher Unabhängigkeit, sind Themen, die gut in den Rahmen einer Selbstmanagementtherapie passen. Die Durchführung einer Kindertherapie muss immer *entwicklungsangepasst* erfolgen (vgl. Borg-Laufs & Trautner, 1999), ist aber somit vor dem Hintergrund des vorliegenden Modells mit Kindern ab dem Grundschulalter gut durchführbar.

Allerdings müssen neben der entwicklungsangepassten Vorgehensweise noch weitere Besonderheiten bei der Arbeit mit Kindern beachtet werden. Insbesondere ergeben sich beachtliche Unterschiede im Vergleich zur Erwachsenentherapie dadurch, dass eine größere Anzahl von Personen an der Therapie (in der einen oder anderen Weise) beteiligt ist. Zusätzlich zu Therapeut und Klient kommt noch das Familiensystem hinzu (insbesondere Eltern, ggf. aber auch Geschwister und andere Verwandte, etwa die Großeltern). Häufig sind auch noch weitere Systeme (Schule, Kindertageseinrichtung) zu berücksichtigen. Diese weiteren Beteiligten sind in hohem Maße für die Entwicklungsbedingungen des Kindes prägend, woraus sich für die Kinderpsychotherapie sowohl Chancen als auch Risiken ergeben: Einerseits ergibt sich in viel höherem Maße die Möglichkeit, die relevante Lebenswelt des Kindes durch

therapiebegleitende Beratungsgespräche (im Rahmen der Elternarbeit, durch Lehrerkontakte etc.) maßgeblich zu beeinflussen und somit die therapeutische Arbeit massiv zu unterstützen. Andererseits ist es aber auch häufig für den Therapieerfolg *notwendig*, dass sich diese Personen ebenfalls verändern.

Daraus ergibt sich, dass der von Kanfer und Mitarbeitern beschriebene Therapieprozess in der Kindertherapie ggf. mit verschiedenen Personen durchlaufen werden muss, denn auch mit den Eltern (und möglicherweise auch mit anderen Beteiligten) muss die Beziehung stimmen, Änderungsmotivation aufgebaut werden (was häufig gerade bei den Eltern als schwierig erlebt wird, vgl. Borg-Laufs, 1996), Diagnostik betrieben werden, Ziele geklärt werden usw. Es müssen die verschiedenen Perspektiven der Beteiligten berücksichtigt werden. Die Ziele, Erwartungen und Bedürfnisse verschiedener Beteiligter sollten dabei ebenso Eingang in die therapeutischen Überlegungen finden wie die Sorgen und Ängste der Kinder, Eltern, Lehrer und Erzieher. Hier allen Beteiligten gleichzeitig gerecht zu werden, ist oftmals schwierig zu realisieren und wirft daher häufig ethische Probleme auf (vgl. Hungerige & Päßler, 1999).

Der therapeutische Prozess ist also durch die Beteiligung verschiedener »Subsysteme« (Kind/Jugendlicher, Eltern/Familie, beteiligte Institutionen) erheblich komplexer. Hierzu trägt vor allem auch bei, dass die parallel zu durchlaufenden Therapieprozesse mit den unterschiedlichen Personen *nicht unabhängig* voneinander sind, sondern sich gegenseitig beeinflussen. Zur Veranschaulichung dieses Sachverhaltes haben wir in Abbildung 1.2 die verschiedenen Therapiephasen und Subsysteme im Zusammenhang dargestellt und mit Pfeilen versehen, die die wichtigsten gegenseitigen Beeinflussungen darstellen (auf die graphische Darstellung rekursiver Beziehungen wie in Abbildung 1.1 wurde aus Gründen der besseren Übersicht verzichtet). Darüber hinaus haben wir noch zusätzliche »Integrationsphasen« in das Modell eingefügt (s. u.).

Es ist zu erkennen, dass sich die ablaufenden Prozesse in jeder einzelnen Therapiephase gegenseitig beeinflussen. So ist z. B. der Beziehungsaufbau zum Kind nicht unabhängig vom Beziehungsaufbau zu den Eltern: Wenn zu diesen keine gute therapeutische Beziehung etabliert werden kann, werden sie möglicherweise ihr

Kind negativ beeinflussen. Scheint die Beziehung hingegen »zu gut« zu sein, so könnte das Kind zu dem Eindruck gelangen, dass der Therapeut ein Verbündeter der Eltern ist, was wiederum die therapeutische Beziehung zum Kind ebenfalls negativ beeinflusst. Ebenso ist vorstellbar, dass die Beziehung zum Kind sehr gut ist und dies die Eltern zunächst negativ gegen den Therapeuten einnimmt, da sie ihn als Konkurrenten in der Beziehung zu ihrem Kind erleben. Gelingt es dem Therapeuten hingegen nicht, eine gute Beziehung zum Kind aufzubauen, so kann dies die Beziehung zu den Eltern auch negativ beeinflussen, da sie ihn möglicherweise als wenig kompetenten Kindertherapeuten wahrnehmen, wenn er keine gute Beziehung zu ihrem Kind aufbauen kann. Wie bereits gesagt: Psychotherapie mit Kindern ist eine komplexe Angelegenheit!

In ähnlicher Weise kann diese Problematik auch für die weiteren Therapiephasen aufgezeigt werden: Wenn es nicht gelingt, die Eltern zu Veränderungen zu motivieren, wird das Kind möglicherweise reaktant reagieren, da es sich nicht als einziges Familienmitglied verändern will (und damit möglicherweise zeigt, dass es sich vorher problematisch verhalten hat, während die anderen, die sich nicht ändern müssen, vorher alles richtig gemacht haben).

Nach Abschluss der Diagnostikphase muss aus den einzelnen Informationen, die von den verschiedenen Beteiligten gewonnen wurden, ein stimmiges Gesamtbild erstellt werden. Aus diesem Grund zeigt Abbildung 1.2 im Anschluss an Therapiephase 3 (Verhaltensanalyse) die *erste Integrationsphase*.

Gerade bei der Zielklärung spielen die unterschiedlichen Voreinstellungen, Befürchtungen, Erwartungen und Ausgangslagen der beteiligten Systeme eine große Rolle. Die Integrationsarbeit des Therapeuten besteht hier allerdings nicht darin, die Ziele der Beteiligten anzugleichen oder zu homogenisieren, sondern dafür zu sorgen, dass die möglicherweise unterschiedlichen Ziele der Beteiligten miteinander *kompatibel* sind (vgl. Michels & Borg-Laufs, 2001). So kommt es z.B. häufig vor, dass Eltern den Wunsch haben, ihr Kind möge sich anders verhalten (etwa weniger aggressiv), während das Kind wünscht, weniger Ärger zu Hause zu haben. Die Beteiligten wünschen sich also nicht das Gleiche, vielmehr scheint bei jedem Beteiligten der Gedanke im Mittelpunkt zu stehen, der jeweils andere solle sich ändern. Somit sind zwar die

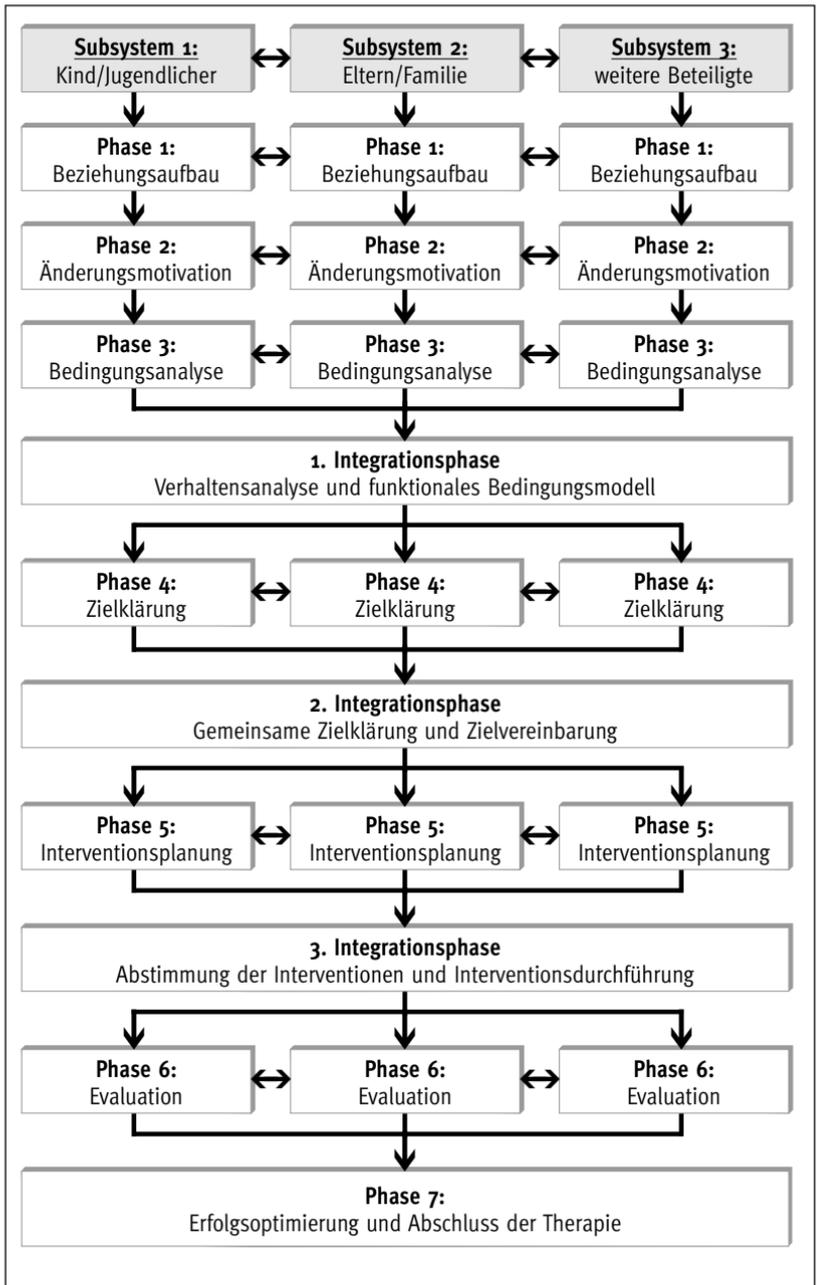


Abb. 1.2: Die sieben Phasen der Selbstmanagementtherapie mit Kindern und Jugendlichen (modifiziert nach Borg-Laufs & Hungerige, 1999)

*Problemdefinitionen* unterschiedlich, aber die *Ziele* sind durchaus miteinander *kompatibel*: An beiden Zielen kann gleichzeitig gearbeitet werden, indem einerseits sowohl Eltern als auch Kind versichert wird, dass man genau ihren Wunsch bearbeiten will, ihnen andererseits aber auch klar gemacht wird, dass es zur Erreichung des Zieles notwendig ist, sich selber zu ändern.

Schwieriger ist die Situation, wenn die Beteiligten Ziele verfolgen, die *nicht gleichzeitig realisierbar* sind. Dies ist z. B. der Fall, wenn die Eltern eines Jugendlichen wünschen, dieser möge mehr mit der Familie unternehmen und sich integrieren, der Jugendliche selbst sich aber stärker von der Familie lösen will. Hier wird deutlich, dass ohne eine gelungene gemeinsame Zielklärung mit allen Beteiligten keine sinnvolle therapeutische Arbeit möglich sein wird.

Auch die Auswahl, Planung und Durchführung von Interventionen mit dem betroffenen Kind, seinen Eltern und ggf. auch den Lehrerinnen oder anderen Beteiligten ist aus nahe liegenden Gründen nicht voneinander unabhängig. Selbstverständlich müssen die mit den verschiedenen Beteiligten durchgeführten Interventionen aufeinander abgestimmt sein.

Die Evaluation des therapeutischen Prozesses fällt erfahrungsgemäß in Abhängigkeit davon, *wer* gefragt wird, höchst unterschiedlich aus. Eltern, Kinder und Lehrer beurteilen den Therapieerfolg in Abhängigkeit vom Störungsbild selbst dann, wenn die gleichen Fragen gestellt werden, zum Teil völlig unterschiedlich (vgl. z. B. Achenbach, McConaughy & Towell, 1987; Kazdin et al., 1990; Plück et al., 1997). Eine gegenseitige Beeinflussung der parallelen Therapieprozesse ist natürlich auch dann gegeben, wenn etwa die Eltern Verhaltensbeobachtungen durchführen und dies wiederum das Verhalten des Kindes verändert.

Auch der Therapieabschluss (Phase 7) macht es noch einmal notwendig, die Prozesse zu integrieren, denn gerade in der Psychotherapie mit Kindern besteht ja in weitaus höherem Maße die Chance und Notwendigkeit, die Veränderungen des Kindes und die Bedingungen in seiner Umwelt (also v. a. das Verhalten der Bezugspersonen) so aufeinander abzustimmen, dass Therapieerfolge auch langfristig stabil bleiben können.

In den folgenden Kapiteln werden die hier nur kurz skizzierten einzelnen Phasen der Selbstmanagementtherapie mit Kindern genauer beschrieben. Hierbei wird sich einerseits zeigen, dass die einzelnen Phasen weitaus mehr miteinander verwoben und vernetzt sind, als es die Aufteilung in einzelne Kapitel nahe legt. Andererseits unterscheiden sich die einzelnen Phasen in ihrer Schwerpunktsetzung so deutlich voneinander, dass eine getrennte Betrachtung gerechtfertigt erscheint. Als Orientierungshilfe wurden daher in den einzelnen Kapiteln Checklisten mit den jeweiligen *Schwerpunktziele* der einzelnen Phasen aufgenommen, die als Leitfaden und zur Überprüfung dienen können, inwieweit die jeweiligen Ziele einer Phase realisiert werden konnten. Da jede Phase voraussetzt, dass die Ziele, die in den vorherigen Phasen erreicht wurden, auch weiterhin im Therapieprozess erhalten bleiben (s. o.), finden sich darüber hinaus ab Phase 2 auch Checklisten mit den jeweiligen *Erhaltungszielen* aus früheren Phasen.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Kanfer et al. (2000) gehen in ihrem Buch darüber hinaus auch auf so genannte *Vorbereitungsziele* ein, also Ziele späterer Phasen, für die in früheren Phasen bereits günstige Voraussetzungen geschaffen werden sollen, hatten dafür aber auch über 600 Seiten zur Verfügung. Um den Rahmen dieses Buches nicht zu sprengen, haben wir darauf verzichtet und hoffen, dass dies aus dem jeweiligen Textzusammenhang deutlich wird.



## KAPITEL II

# Die 7 Phasen der Selbstmanagementtherapie

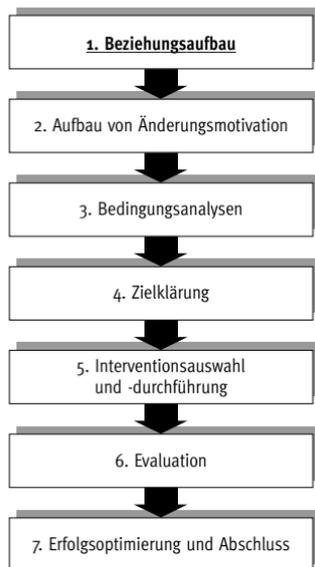


# 1. Vom Beziehungsaufbau in komplexen Systemen: Günstige Ausgangsbedingungen für die Therapie

## 1.1 Einleitende Bemerkungen zu Phase 1

»Der Zufall bevorzugt den gut vorbereiteten Geist«, meint Pasteur. Was für den Zufall gilt, lässt sich auch über den Therapieerfolg sagen: Nur wenn es gelingt, günstige Ausgangsbedingungen für die Therapie zu schaffen, können Veränderungen im Familiensystem angeregt und dauerhaft etabliert werden. Worauf ist also in der ersten Phase der Selbstmanagementtherapie mit Kindern und ihren Familien<sup>1</sup> zu achten?

Im Rahmen des Selbstmanagement-Ansatzes lassen sich für die erste Phase drei Ziele benennen:



1. eine **erste problembezogene Informationssammlung**, bei der die Perspektiven aller Beteiligten berücksichtigt werden sollten,
2. der **Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung** zu allen an der Therapie beteiligten Personen sowie

<sup>1</sup> Wir sprechen im Folgenden häufiger von »Familien«, um deutlich zu machen, dass sich dauerhafte Veränderungen beim Kind oft nur unter der Voraussetzung dauerhafter Veränderungen bei den übrigen Familienmitgliedern realisieren lassen (vgl. 2.2.2). Im Einzelfall kann mit »Familie« sowohl das Kind mit allein erziehender Mutter als auch z. B. Kind, Mutter, Stiefvater und drei weitere Geschwister gemeint sein. Sofern die Familienkonstellation ein spezifisches therapeutisches Vorgehen erfordert, werden wir darauf im Text explizit eingehen.

### 3. eine förderliche Gestaltung »äußerer« Merkmale der Therapiesituation.

Der therapeutische Erstkontakt ist in der Regel dadurch geprägt, dass eine Flut von Informationen auf den Therapeuten einströmt: Eltern berichten über Schwierigkeiten, die sie mit ihrem Kind haben oder die ihr Kind mit anderen Kindern hat, über Beschwerden, die sie aus Schule oder Kindergarten erreicht haben, und über ihre bisherigen, oft erfolglosen Bemühungen, die zahlreichen Probleme in den Griff zu bekommen. Sie tun dies zumeist, indem sie auf einen Erzählstil zurückgreifen, den sie auch im Alltag gewohnt sind, und berichten in Form kleiner »Anekdoten« und »Katastrophengeschichten«. Einerseits wollen sie dadurch den Therapeuten umfassend über ihre Problematik ins Bild setzen, andererseits jedoch auch deutlich machen, wie sehr sie z. B. besorgt, verzweifelt, verärgert, erschöpft oder machtlos sind und wie dringend eine entsprechende Hilfe *sofort* benötigt wird.

Der Therapeut steht damit gleich zu Beginn mehreren Anforderungen gegenüber, denen er nicht sukzessiv begegnen kann, sondern die er gleichzeitig bewältigen muss: Erstens muss er sich auf der Basis der erhaltenen Informationen ein möglichst umfassendes Bild über die aktuelle Problemkonstellation in der Familie machen, auf Hinweise zur Entstehung der Problematik und zum bisherigen Umgang damit achten, die Bedingungen eruieren, die die Problematik bisher aufrechterhielten, und erste Ideen entwickeln, wie sein therapeutisches Vorgehen aussehen und an welchen Stellen es ansetzen könnte. Zweitens muss er auf die (oft unausgesprochenen) Erwartungen der Eltern reagieren, für sich entscheiden, welchen er entsprechen kann und welche er zurückweisen muss, und gleichzeitig auch deutlich machen, welche Erwartungen er gegenüber der Familie hat (z. B. hinsichtlich ihrer Mitarbeitsbereitschaft). Dabei darf er drittens nicht aus den Augen verlieren, dass die Familie auch noch zu den nächsten Terminen erscheinen sollte, damit er adäquat helfen kann, und muss daher sowohl als ausreichend kompetent erscheinen als auch genügend Verständnis für die Probleme signalisieren und Hoffnung auf Erfolg wecken.

Diese vielfältigen Anforderungen sind kaum zu bewältigen, wenn der Therapeut nicht über geeignete Strategien verfügt, um »Ordnung in das Chaos« zu bringen. Ein erster Schritt in diese Richtung besteht darin, Informationen nicht willkürlich (also so, wie sie von der Familie »angeboten« werden), sondern problembezogen zu sammeln und zu erfragen. Diese **erste problembezogene Informationssammlung** bezieht sich sowohl auf die von den Beteiligten genannten *Eingangsbeschwerden* als auch auf die (nicht immer ausdrücklich genannten) *Eingangserwartungen*. Wie in einem Filter oder Trichter sollen damit die Informationen selektiert werden, die für die späteren Phasen relevant sind. Diese Selektion kann jedoch nur dann erfolgen, wenn der Therapeut *hypothesengeleitet* Informationen erfragt, also kontinuierlich zeitlich begrenzte Annahmen macht (z. B. bezüglich der Problemgenese oder hinsichtlich aufrechterhaltender Bedingungen), die sich dann durch gezieltes Nachfragen bestätigen oder widerlegen lassen. Dadurch können sich schon in dieser frühen Phase der Therapie *erste therapeutische Ansatzpunkte (targets)* ergeben, die im weiteren Verlauf jedoch geprüft und ergänzt werden müssen.

Neben einer ersten problembezogenen Informationssammlung ist in dieser Phase der **Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung** von zentraler Bedeutung. Psychotherapie ist für den Klienten stets ein Risiko, da er in der Regel weder weiß, was ihn konkret erwartet, noch was für Veränderungsprozesse durch die Therapie angeregt werden, deren Folgen möglicherweise kaum abzusehen sind. Niemand wird sich auf dieses Risiko einlassen, sofern er sich in der Beziehung zum Therapeuten nicht ausreichend sicher und geschützt fühlt. Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2000) sprechen in diesem Zusammenhang von der Bildung einer vertrauensvollen »therapeutischen Allianz« im Sinne eines *zweckgerichteten, zeitlich begrenzten Arbeitsbündnisses zwischen Therapeut und Familie*.

Hierzu müssen einerseits (hinsichtlich aller an der Therapie beteiligten Personen) spezifische *Rollenmerkmale* in der Interaktion realisiert werden, die gerade für die therapeutische Beziehung charakteristisch sind und sie von anderen möglichen Beziehungsformen (Therapeut als »Freund der Familie«, »Kummerkasten«,

»Feuerlöscher in der Not« u. Ä.) unterscheiden. Andererseits muss bereits früh in dieser ersten Phase der (zeitlich begrenzte) »Arbeitscharakter« der therapeutischen Beziehung deutlich werden und eine entsprechende *Arbeitsorientierung* bei allen Beteiligten Schritt für Schritt aufgebaut werden. Entsprechend der Philosophie des Selbstmanagement-Ansatzes gehört hierzu vor allem die möglichst weit gehende Förderung von Eigenaktivität und Selbstständigkeit bei der Problemlösung.

Die therapeutische Interaktion wird jedoch nicht nur durch inhaltliche Aspekte und die Art der Therapeut-Klient-Beziehung beeinflusst, sondern auch durch »äußere« **Merkmale der Therapie-situation**, wie z. B. der Wahl des »therapeutischen Settings«. Auch hier gilt es, für die beginnende Therapie möglichst günstige Ausgangsbedingungen zu realisieren.

#### Checkliste 2.1.1: Schwerpunktziele Phase 1

- Herstellung des erforderlichen Basisverhaltens des Kindes dem Therapeuten gegenüber (Therapienachfrage, Mitarbeit, Offenheit, Bereitschaft zum Ausprobieren).
- Herstellung des erforderlichen Basisverhaltens der Eltern dem Therapeuten gegenüber (Therapienachfrage, Mitarbeit, Offenheit, Bereitschaft zum Ausprobieren).
- Problembezogene und hypothesengeleitete Informationssammlung und Ableitung erster therapeutischer Ansatzpunkte (*targets*).
- Herstellung eines angemessenen Settings für die Behandlung des Kindes und der Familie.
- Klärung von Fragen bzgl. Organisation und Ablauf; Information und Aufklärung der Beteiligten.
- Planung und Einleitung erster Maßnahmen zur Evaluation der therapeutischen Erfolge.

Wie bereits erwähnt, sind das erste Sammeln problembezogener Informationen, der Aufbau einer »therapeutischen Allianz« und die Gestaltung geeigneter äußerer Rahmenbedingungen Aufgaben,

die der Therapeut mehr oder weniger parallel zu bewältigen hat. Die schriftliche Aufarbeitung im Rahmen dieses Buches kann dies nur betonen, nicht zeigen. Es bleibt daher an dieser Stelle nur, ebenso wie in den folgenden Kapiteln, die Ziele und Strategien der einzelnen Phasen nacheinander darzustellen.

## 1.2 Erste problembezogene Informationssammlung

Die problembezogene, hypothesengeleitete Informationssammlung in Phase 1 ist in erster Linie als *doppelter Screeningprozess* zu verstehen: Einerseits werden verschiedene *Probleme und Beschwerden* gesammelt, strukturiert und gemeinsam bewertet und geordnet (1.2.1), andererseits werden aber auch spezifische *Erwartungen*, die sich auf die Person des Therapeuten oder das Therapiegeschehen beziehen, erfragt bzw., sofern sie unausgesprochen bleiben, expliziert (1.2.2). Damit bilden die in Phase 1 gesammelten Informationen die Basis für die in Phase 3 stattfindende *funktionale Bedingungsanalyse* und sollten bereits in dieser frühen Phase der Therapie so erfasst werden, dass später die notwendigen Informationen auch verfügbar sind.

Da es i. d. R. weder sinnvoll noch machbar ist, *alle* zunächst genannten Beschwerden einer funktionalen Bedingungsanalyse zu unterziehen und gleichermaßen in der Therapie zu berücksichtigen, ist es notwendig, gemeinsam mit der Familie eine *begründete Auswahl vorläufiger Problembereiche* zu treffen. Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die von Kanfer et al. (2000) vorgeschlagenen Unterscheidungen zwischen *Problem und Tatsache* bzw. zwischen *Ziel und Utopie* (vgl. Kasten 2.1.1). Die Unterscheidung zwischen (lösbaren) Problemen und (letztlich zu akzeptierenden) Tatsachen bzw. zwischen (realisierbaren) Zielen und (unerreichbaren) Utopien ermöglicht bereits eine erste Vorauswahl der therapeutisch relevanten Problembereiche. Im weiteren Verlauf werden die möglichen Problembereiche weiter eingeschränkt und erste Überlegungen hinsichtlich therapeutischer Ansatzpunkte

(*targets*) angestellt; hierzu stehen verschiedene Kriterien zur Verfügung (1.2.3).

Zentrale *Instrumente* der Informationssammlung (1.2.4) sind in dieser Phase zweifellos die Explorationsgespräche mit dem Kind bzw. Jugendlichen sowie mit den Eltern, Erzieherinnen, Lehrern oder sonstigen Beteiligten (1.2.5). Ergänzend dazu können Fragebögen (1.2.6), Verhaltensbeobachtungen (1.2.7) und andere Methoden der Informationsgewinnung (1.2.8) eingesetzt werden.

### **Probleme statt Tatsachen, Ziele statt Utopien!**

Im Rahmen des Selbstmanagement-Ansatzes wird großer Wert darauf gelegt, dass die Beschwerden, die vorgebracht werden, auch prinzipiell lösbar und die Ziele, die angestrebt werden, auch prinzipiell erreichbar sind. Um diesen Sachverhalt zu verdeutlichen, wurden von Kanfer et al. (2000) die Unterscheidungen Probleme vs. Tatsachen bzw. Ziele vs. Utopien eingeführt: Probleme unterscheiden sich von Tatsachen dadurch, dass es sich prinzipiell um veränderbare Zustände handelt. So sind z. B. der Tod eines Elternteils oder ein Gerichtsbeschluss hinsichtlich des Sorgerechts in diesem Sinne Tatsachen und können daher nicht Gegenstand der Therapie sein (auch wenn der Umgang mit den Auswirkungen dieser Tatsachen unter Umständen natürlich therapeutisch begleitet werden kann). Ähnlich verhält es sich mit der Unterscheidung Ziel vs. Utopie: Ziele unterscheiden sich von Utopien dadurch, dass sie prinzipiell erreichbar sind. So ist natürlich z. B. der Wunsch von Eltern, ihrem intellektuell unterdurchschnittlich begabten Kind das Abitur zu ermöglichen, ohne weiteres nachvollziehbar, de facto aber vermutlich eher eine Utopie als ein realisierbares Ziel. Auch kann es sein, dass sich gewünschte Veränderungen, die zunächst als Ziel konzipiert wurden, sich im weiteren Therapieverlauf als Utopie erweisen. Dies ist z. B. nicht selten bei Familien mit Trennungs- und Scheidungsproblematik der Fall, wenn ein Partner durch sein Verhalten die Familiendynamik zusätzlich massiv belastet (durch nicht eingehaltene Absprachen o. Ä.). Eine Verhaltensänderung dieses Partners erweist sich dabei oft als Utopie, Ziel kann dann allenfalls nur eine Akzeptanz bzw. ein möglichst wenig aufreibender Umgang mit dieser Problematik sein. →

Die nachfolgende Übersicht verdeutlicht nochmals die Unterscheidung der o. g. Begriffe in formalisierter Form.

Unterscheidung »Problem« vs. »Tatsache«	
»Problem«	↪ IST-Zustand, der sich in einen SOLL-Zustand transformieren lässt
»Tatsache«	↪ IST-Zustand, der sich <u>nicht</u> in einen SOLL-Zustand transformieren lässt
Unterscheidung »Ziel« vs. »Utopie«	
»Ziel«	↪ SOLL-Zustand, der sich in einen IST-Zustand transformieren lässt
»Utopie«	↪ SOLL-Zustand, der sich <u>nicht</u> in einen IST-Zustand transformieren lässt

Kasten 2.1.1: Unterscheidung Problem/Tatsache sowie Ziel/Utopie

### 1.2.1 Screening der Eingangsbeschwerden

Unabhängig davon, ob das therapeutische Erstgespräch zunächst nur mit den Eltern, dem Kind oder der ganzen Familie geführt wird – in jedem Fall geht es zu Beginn der Therapie vor allem um das Sammeln und Sichten mehr oder weniger konkret formulierter Beschwerden, die nach und nach in einem »verhaltensdiagnostischen Trichterungsprozess« (vgl. Abb. 2.1.1; s. dazu auch Cone & Hawkins, 1977; Kanfer et al., 2000) in erste therapeutische Ansatzpunkte (*targets*) transformiert werden müssen. Dieser Trichterungsprozess ähnelt ein wenig einem Segeltörn zwischen Skylla und Charybdis: Einerseits darf er die vorgebrachten Beschwerden nicht zu früh beschränken, um sicherzustellen, dass keine für die spätere Problemauswahl und Therapieplanung notwendigen Informationen verloren gehen. Andererseits darf er jedoch auch dem Vortragen der Beschwerden keinen unbegrenzten Raum lassen: »Problem-talk« und »Anekdoteninflation« haben zweifellos ihre Funktion in der Therapie, stehen einem Therapieerfolg jedoch eindeutig im Weg (ausführlicher hierzu vgl. Hungerige, 2001).

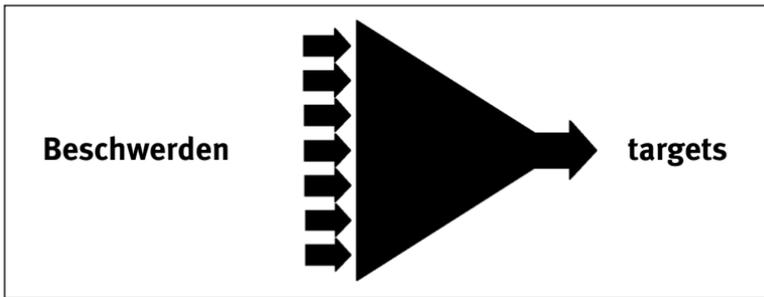


Abb. 2.1.1: Der verhaltensdiagnostische Trichterungsprozess: Von Beschwerden zu targets

Deutlich wird der Trichterungsprozess aber nicht nur an der bloßen Reduktion vielfältiger Beschwerden auf eine verhältnismäßig geringe Anzahl konkret anzugehender Problembereiche, sondern auch an dem dabei eingesetzten hypothesenorientierten Fragestil: Eher allgemein gefasste Hypothesen werden kontinuierlich überprüft, modifiziert und verfeinert, bis möglichst spezifische und differenzierte Hypothesen zu einer bestimmten Problemsituation vorliegen. (Kanfer et al., 2000, sprechen in diesem Zusammenhang auch von einem *ergebnisorientierten Optimieren* der Hypothesen.) Ein Beispiel für diese Art des hypothesengeleiteten Fragens findet sich in Kapitel 2.3.

Nicht selten verändert sich bereits durch die systematische Erfassung der Eingangsbeschwerden die Problemperspektive der Familie: Einige Probleme rücken in den Vordergrund, andere treten zurück, einige werden neu formuliert, andere als unlösbare Tatsachen entlarvt, neue Hierarchien bzgl. der Belastung werden gebildet, andere Problemsichten besser verstanden usw.: Diagnostik erweist sich in diesem Sinn bereits als Intervention. Darüber hinaus bietet die Erfassung der Eingangsbeschwerden die Basis sowohl für Prä-Post-Vergleiche als auch für eine therapiebegleitende Evaluation; entsprechende Maßnahmen sollten daher schon an dieser Stelle eingeleitet werden (vgl. dazu ausführlicher Phase 6). Auf die Bedeutung des Beschwerdenscreenings in Phase 1 für die Bedingungsanalyse in Phase 3 wurde bereits weiter oben eingegangen.

### 1.2.2 Screening der Eingangserwartungen

Neben der Erfassung der Eingangsbeschwerden werden im Rahmen des Screenings als zweiter Aspekt auch die Eingangserwartungen erfasst und geklärt. Diese können sich auf die Person oder Rolle des Therapeuten, den Verlauf des Therapiegeschehens, die Schnelligkeit oder Wahrscheinlichkeit der gewünschten Veränderungen, das notwendige Ausmaß der eigenen Mitarbeit und vieles mehr beziehen.

Viele dieser Erwartungen werden nicht direkt von den Familienmitgliedern benannt, sondern müssen durch entsprechende Fragen des Therapeuten erst geklärt werden. Insbesondere ist hierbei auf Erwartungen zu achten, die durch *implizite Äußerungen* der Klienten eingebracht werden. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen. Eine Mutter äußert relativ zu Beginn des Erstgesprächs den Satz: »Mein Sohn ist jetzt 10 Jahre alt, war noch nie trocken und in drei Wochen ist Klassenfahrt!« – Auf der *Sachebene* ist die Information relativ eindeutig: Es handelt sich um einen 10-jährigen Jungen mit Verdacht auf eine primäre Enuresis, bei dem in drei Wochen eine Klassenfahrt ansteht. Auf der *Beziehungsebene* dagegen wird unausgesprochen eine klare Erwartung an den Therapeuten formuliert; der implizite Appell ist: Sorgen Sie dafür, dass mein Sohn in drei Wochen trocken ist! Versäumt es der Therapeut, diese Erwartung zu explizieren und ein realistisches Ziel zu vereinbaren, wird die Mutter es ihm (nicht ganz unberechtigt) vermutlich übel nehmen – spätestens dann, wenn ihr Sohn in den Bus steigt.

Nicht immer gelingt es, implizite Erwartungen bereits in der Therapiestunde anzusprechen; manchmal bleibt nach Abschluss der Stunde ein »ungutes Gefühl«. Neben der immer bestehenden Möglichkeit der Supervision ist z. B. das bekannte »Kommunikationsquadrat« von Friedemann Schulz von Thun eine weitere Möglichkeit, implizite Erwartungen und Appelle dieser Art gezielt aufzudecken. Grundgedanke ist hierbei, dass jede Nachricht vier Seiten hat: Sachaspekt, Beziehungsaspekt, Selbstoffenbarungsaspekt und Appellaspekt. Mit Hilfe der »kommunikationspsychologischen Lupe« können nun diese vier Aspekte einer Nachricht syste-

matisch analysiert werden. Wegen der allgemeinen Bekanntheit des Modells verweisen wir auf die entsprechende Literatur (Schulz von Thun, 1991a, 1991b).

Von besonderer Bedeutung sind zudem Erwartungen, die ihren Ursprung in den *subjektiven Krankheitsüberzeugungen (health beliefs)* der einzelnen Familienmitglieder haben, also in ihren Vermutungen hinsichtlich Art, Ursachen und Entstehung der Probleme. Diese Überzeugungen sind insofern für die Therapie von großer Relevanz, da sie einen entscheidenden Einfluss darauf haben, welche Bewältigungsversuche bisher unternommen bzw. unterlassen wurden, und ebenfalls darauf, wie groß die Bereitschaft ist, sich im Rahmen der Therapie auf bestimmte Bewältigungsstrategien einzulassen. Eltern, die z. B. die hyperkinetische Störung ihres Kindes als rein biologisches Phänomen betrachten und ihre ganze Hoffnung auf eine medikamentöse Behandlung setzen, werden kaum die Bereitschaft aufbringen, sich den Anforderungen auszusetzen, die ein entsprechendes Elterntaining mit sich bringt. Im Rahmen der Erfassung der Eingangserwartungen müssen also stets die *subjektiven Krankheitsüberzeugungen* der an der Therapie beteiligten Familienmitglieder und deren *bisherige Bewältigungsversuche* mit erfasst werden.

Letztlich sei noch darauf hingewiesen, dass die Erwartungen der Klienten zu Beginn der Therapie auch insofern eine Rolle spielen, als sie einen nicht unbedeutenden »positiven« Einfluss darauf haben, ob die Therapie erfolgreich sein wird: Nach Asay und Lambert (2001) trägt die Erwartung, dass die Therapie erfolgreich sein wird, zu 15% am tatsächlichen Therapieerfolg bei! Für den Therapeuten bedeutet das: Die Therapie wird umso erfolgreicher sein, je mehr Hoffnung auf einen Therapieerfolg er den Klienten vermitteln kann. Diese bereits von Shapiro (1981) formulierte *Hypothese der Erwartungsmaximierung* konnte bisher in zahlreichen Studien bestätigt werden.

### 1.2.3 Kriterien zur ersten Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte

Um die Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte zu erleichtern, steht eine Reihe von Kriterien zur Verfügung bzw. müssen eine Reihe von Vorüberlegungen angestellt werden. Hierzu gehören z. B. (weitere Anregungen finden sich bei Kanfer et al., 2000):

- Wie *bedeutsam* ist die Beschwerde für Eltern und Kind?
- Welche Schwierigkeiten haben den *höchsten Belastungsgrad*? (Prioritäten?)
- Woran möchten Eltern/Kind *am liebsten* arbeiten? (Motivation!)
- Welche Beschwerden sind *zentral*, welche *peripher*?
- Gibt es evtl. *wichtigere, vorgeordnete* »targets«?
- Ist eine *Änderung* der Schwierigkeiten *überhaupt möglich*? (Problem vs. Tatsache?)

Ebenso sind stets die aktuelle *Lebenssituation* und der *Zeitpunkt* zu berücksichtigen: Da die Familie der Therapie im Rahmen ihres Alltags eine gewisse Priorität einräumen muss (vgl. 1.3.1), um zu einer befriedigenden Lösung zu gelangen, ist es evtl. nicht günstig, ein gravierendes Problem dann anzugehen, wenn gerade ein Umzug stattfindet.

Insbesondere die subjektiv empfundene Belastung (*Leidensdruck*) und die Bereitschaft, an einem bestimmten Problem zu arbeiten (*Motivation*), geben wichtige Hinweise für die *target selection*. Auf dem folgenden Arbeitsblatt können verschiedene Probleme oder Schwierigkeiten hinsichtlich dieser beiden Aspekte von den Eltern sowohl für sich selbst als auch für ihr Kind eingeschätzt werden. Zu beachten ist dabei, dass die Probleme einerseits bereits möglichst *konkret formuliert* sein sollten, und andererseits, dass es sich hierbei natürlich nur um eine *vorläufige* Auswahl und Einschätzung therapeutischer Ansatzpunkte handelt, die im weiteren Verlauf spezifiziert und gegebenenfalls auch verändert werden muss. Ein weiteres Arbeitsblatt erfasst analog dazu die Einschätzung des Leidensdrucks und der Motivation aus Sicht des Kindes.

**VORLÄUFIGE AUSWAHL THERAPEUTISCHER ANSATZPUNKTE:  
EINSCHÄTZUNG DURCH DIE ELTERN**

Name:	Alter:	Datum:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstige
			<input type="checkbox"/> Vater _____

Probleme/ Schwierigkeiten	Worunter leide ich am meisten?	Worunter leidet mein Kind am meisten?	Woran würde ich am liebsten arbeiten?	Woran würde mein Kind am liebsten arbeiten?
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VORLÄUFIGE AUSWAHL THERAPEUTISCHER ANSATZPUNKTE:  
EINSCHÄTZUNG DURCH DAS KIND**

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

	 Probleme/ Schwierigkeiten	Worunter leide ich am meisten?	Worunter leiden meine Eltern am meisten?	Woran würde ich am liebsten arbeiten?	Woran würden meine Eltern am liebsten arbeiten?
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

### 1.2.4 Psychotherapeutische Methoden der Informationsgewinnung

Zur Informationssammlung steht eine Reihe von Methoden zur Verfügung; eine Übersicht gibt Abbildung 2.1.2. Zentral für die erste Phase des therapeutischen Prozesses ist zweifellos die *Exploration des Kindes (bzw. Jugendlichen)* sowie die *Exploration der Eltern, Erzieher/innen und Lehrer/innen*. Die daraus gewonnenen Informationen werden i. d. R. durch *Fragebögen* und *Verhaltensbeobachtungen* komplettiert.

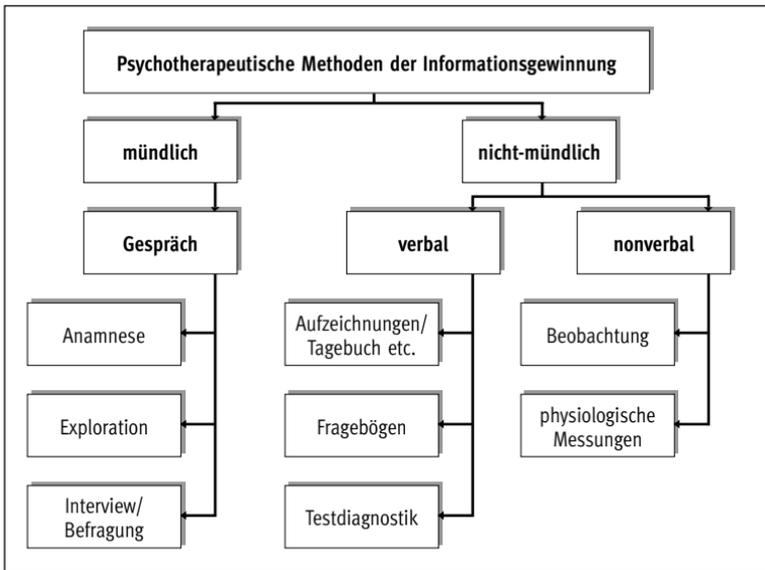


Abb. 2.1.2: Psychotherapeutische Methoden der Informationsgewinnung (aus Hungerige, 2001)

### 1.2.5 Das Explorationsgespräch

Nach Fliegel und Heyden (1994) ist die *Exploration* die systematische und hypothesengeleitete halbstandardisierte mündliche Befragung eines Klienten mit dem vorrangigen Ziel der Erhebung verwertbarer Informationen zur Erstellung einer Problemanalyse. Sie unterscheidet sich von der *Anamnese* vor allem dadurch, dass sie

Informationen zur *aktuellen Problematik* des Klienten erhebt und ist eine nicht zu unterschätzende Methode der Diagnostik: Nach Remschmidt (1998) können ca. 70 % aller Diagnosen bereits aufgrund der Anamnese und Exploration gestellt werden. Neben der Informationsgewinnung (*diagnostische Funktion*) ist das Explorationsgespräch als erster, intensiver Kontakt zwischen Therapeut und Klient ebenfalls entscheidend für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (*therapeutische Funktion*; vgl. dazu 1.1.3) und einer ausreichenden Therapiemotivation auf Seiten des Klienten (*motivierende Funktion*; vgl. dazu Phase 2).

Bereits während der Exploration sollten die gewonnenen Informationen nicht nur *gesammelt*, sondern hypothesengeleitet *strukturiert*, *hierarchisiert* und an ausgewählten Beispielen *konkretisiert* werden. Ein Beispiel für dieses Vorgehen in Form eines Explorationsgesprächs mit einer Mutter findet sich bei Hungerige (2001).

#### *Das Explorationsgespräch mit Eltern, Erziehern und Lehrern*

Die Lebensumwelt von Kindern wird in hohem Ausmaß durch Erwachsene beeinflusst. Insofern ist es unabdingbar, neben dem Kind selbst (s. u.) auch die relevanten Bezugspersonen zu den Schwierigkeiten des Kindes zu explorieren. Hinzu kommt, dass Kinder zwar mit zunehmendem Alter ihre Probleme besser wahrnehmen und genauer schildern können, bei Kindern unter 10 Jahren die Angaben der Eltern jedoch zuverlässiger sind (Edelbrock et al., 1985; zur Zuverlässigkeit von Elternurteilen vgl. z. B. Döpfner et al., 2000a; Hungerige, 2001; sowie die dort angegebene Literatur).

In den *Leitlinien zur Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, die sich eng an den so genannten *Practice Parameters* der *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) orientieren (vgl. hierzu Döpfner et al., 2000a), wird die Empfehlung ausgesprochen, in jedem Fall die Eltern auch *in Abwesenheit* des Kindes oder Jugendlichen zu befragen; dies schließt natürlich keinesfalls aus, auch mit Eltern und Kind *gemeinsame* Explorationsgespräche zu führen bzw. Geschwister und andere Familienangehörige hinzuzubitten (vgl. 1.4).

Eine vereinfachte Übersicht der Bereiche, auf die sich die Exploration der Eltern nach den oben erwähnten *Leitlinien* (ebd.) beziehen sollte, gibt Kasten 2.1.2:

### **Mit den Eltern zu explorierende Bereiche:**

1. Vorstellungsanlass; spontan berichtete Problematik; Erwartungen der Eltern
2. Aktuelle psychische Auffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen
3. Interessen, Aktivitäten, Kompetenzen und positive Eigenschaften des Kindes/Jugendlichen
4. Entwicklungsstand und schulische Leistungen des Kindes/Jugendlichen
5. Familiärer und sozialer Hintergrund
6. Entwicklungsgeschichte des Kindes/Jugendlichen
7. Einstellungen der Eltern zur Therapie

*Kasten 2.1.2: Bereiche der Elternexploration (nach Döpfner et al., 2000a, S. 31)*

Sofern die Problematik des Kindes auch im Kindergarten oder der Schule auftritt oder durch die dortigen Bedingungen mit beeinflusst wird, kann auch eine Exploration der Erzieher/innen bzw. Lehrer/innen indiziert sein. Die Kontaktaufnahme ist in jedem Fall mit dem Kind und den Eltern abzusprechen, außerdem ist eine Entbindung von der Schweigepflicht schriftlich einzuholen (vgl. 1.4.1).

Weiterführende Hinweise zur Exploration der Eltern, Erzieher, Lehrer und anderer Beteiligter finden sich z. B. bei Döpfner et al. (2000a), Hungerige (2001) sowie Schmidt-Bucher und Alby (2001).

#### *Das Explorationsgespräch mit dem Kind*

Das Explorationsgespräch mit dem Kind unterscheidet sich in einigen Aspekten deutlich von dem mit Erwachsenen: Sie wissen oft nicht, was sie in der Therapie erwartet, haben Ängste bezüglich der Einrichtung, in der sie sich plötzlich wiederfinden, oder haben nur eine gering oder gar nicht ausgeprägte Änderungsmotivation. Anders als die Eltern erfährt das Kind also oft erst im Explorationsgespräch, »wo es ist und weshalb es gebracht wurde« (Bormann & Meyer-Deters, 2001); ein entsprechendes Verständnis für das Set-

ting oder die Probleme, die es hat (oder andere mit ihm), muss in diesen Fällen erst noch vermittelt werden.

Ebenso unterscheiden sich die bei der Exploration eingesetzten *Methoden* (vgl. hierzu z.B. Döpfner et al., 2000a): Unter Berücksichtigung des zu explorierenden Funktionsbereichs und des jeweiligen Entwicklungsstands des Kindes treten neben der direkten Befragung *interaktive Spieltechniken* (z. B. Phantasie- oder Rollenspiele mit Puppen oder Figuren) und *projektive Explorationstechniken* (z. B. ein Bild malen) in den Vordergrund.

In Abhängigkeit von dem jeweiligen Anmeldegrund schlagen Bormann und Meyer-Deters (2001) bei der Durchführung des Explorationsgesprächs entsprechend angepasste Durchführungsvarianten vor, da jeweils unterschiedliche Ziele verfolgt werden. Tabelle 2.1.1 zeigt eine Übersicht; für eine ausführliche Darstellung verweisen wir auf die angegebene Literatur.

Anmeldegrund	Ziel der Exploration	Durchführungsart
Verhaltensauffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen	Problemanalyse zur Therapieplanung	Gespräch über die Verhaltensauffälligkeiten sowie die vorausgehenden und nachfolgenden Reizbedingungen
Verdacht auf Gefahr für das Kind	Klärung der Notwendigkeit von Maßnahmen zum Kinderschutz	Gespräch über gute und schlechte Erfahrungen, Grenzverletzungen, Geheimnisse
Gewalttätigkeit des Kindes/Jugendlichen	Kooperationsbereitschaft des Kindes/Jugendlichen	Konfrontation mit dem Delikt, Einfühlung in die Situation des Kindes/Jugendlichen

Tab. 2.1.1: Varianten des Explorationsgesprächs mit Kindern nach Bormann & Meyer-Deters (2001)

Eine Übersicht der verschiedenen Explorationsbereiche mit entsprechenden Einstiegsfragen für Kinder ab etwa dem Schulalter findet sich bei Döpfner et al. (2000a); als Einführung in das Thema empfehlen wir Bormann und Meyer-Deters (2001).

### *Unterstützende Verfahren: Explorationsleitfäden*

Unterstützend zum Explorationsgespräch können auch so genannte *Explorationsleitfäden* eingesetzt werden, die so gestaltet sind, dass der Therapeut während der Exploration die Informationen direkt auf den Bögen notieren kann. Hierbei ist zwischen *allgemeinen* und *störungsspezifischen* Explorationsleitfäden zu unterscheiden; eine Übersicht gibt Hungerige (2001). Exemplarisch sollen im Folgenden einige vorgestellt werden:

Zu den *allgemeinen Explorationsleitfäden* gehört z. B. das *Explorationsschema für Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (EPSKI). Es orientiert sich an den Inhalten der oben genannten *Leitlinien* und kann sowohl zur Exploration der Eltern und Erzieher bzw. Lehrer eingesetzt als auch für die Exploration des Kindes bzw. Jugendlichen selbst genutzt werden. Zudem erlaubt es eine Einschätzung des Verhaltens des Kindes in der Untersuchungssituation durch den Therapeuten. Eine vollständige Wiedergabe dieses Explorationsschemas findet sich z. B. in Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock und Petermann (2000a).

Zu den *störungsspezifischen Explorationsleitfäden* gehören dagegen z. B. das *Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen* (ESHOV; abgedruckt in Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2000b) sowie die *Checkliste zur Exploration aggressiv-dissozialer Verhaltensstörungen* (CAGDI; abgedruckt in Petermann, Döpfner & Schmidt, 2001; hierbei handelt es sich um eine differenziertere Ergänzung zum EPSKI).

### *Exploration und Erstgespräch*

Nicht nur in der Therapie entscheidet häufig bereits der erste Kontakt darüber, wie die »Spielregeln« der weiteren Interaktion aussehen werden (man denke nur an die Entstehung von Liebesbeziehungen; vgl. hierzu Hungerige & Borg-Laufs, 1999); einmal etablierte Interaktionsmechanismen sind i. d. R. nur schwer zu ändern (vgl. hierzu auch 1.3.1). Dem Erstgespräch kommt hier als erster, intensiver Kontakt zwischen Therapeut und Familie eine besondere Bedeutung zu (vgl. z. B. Frank & Frank, 1996; Kähler,

2001; zum psychoanalytischen Erstgespräch vgl. Laimböck, 2000; Eckstaedt & Klüwer, 1999).

Da die Exploration der wesentliche Bestandteil des Erstgesprächs ist, sind auch die Aufgaben von Exploration und Erstgespräch weitgehend identisch. Eine zusätzliche Aufgabe des Erstgesprächs ist jedoch die *Weitergabe relevanter Informationen an den Klienten*; wir werden darauf in Kapitel 1.3 näher eingehen (vgl. auch Frank & Frank, 1996; Hungerige, 2001). Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass die Exploration natürlich nicht nur auf die erste oder die ersten Sitzungen beschränkt ist, sondern Bestandteil des gesamten psychotherapeutischen Prozesses ist: So muss z. B. die Umsetzung vereinbarter Hausaufgaben in Phase 5 oder das Ausmaß therapeutischer Fortschritte in Phase 6 ebenfalls entsprechend exploriert werden.

Wie in Kasten 2.1.3 dargestellt, schlagen Kanfer et al. (2000) folgende drei Hauptfragen vor, auf die der Therapeut während des besonders bedeutenden Erstgesprächs (oder evtl. auch in den Stunden danach) eine Antwort suchen sollte (vgl. Kasten 2.1.3):

<b>Drei Hauptfragen für den Erstkontakt</b>
<p><b>1. Warum wird das Kind gerade jetzt zur Therapie vorgestellt?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Was hat gerade jetzt dazu geführt?</li><li>• Weshalb kommt die Familie nicht früher oder später?</li></ul>
<p><b>2. Weshalb kommt die Familie gerade zu mir?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wie ist die Familie auf mich bzw. meine Einrichtung aufmerksam geworden?</li><li>• Von wem wurde sie überwiesen/geschickt?</li></ul>
<p><b>3. Weswegen wird das Kind vorgestellt?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Was sind die »Präsentier-Symptome«?</li><li>• Welche Gründe gibt es für den Beginn der Therapie?</li><li>• Wie müsste die Situation beschaffen sein, damit die Therapie nicht nötig wäre?</li></ul>

*Kasten 2.1.3: Drei Hauptfragen für den Erstkontakt, modifiziert nach Kanfer et al. (2000)*

Hierbei ist zu beachten, dass je nachdem, wer aus der Familie gefragt wird, die Antworten durchaus unterschiedlich ausfallen können. Es ist also jeweils zu klären, wer eigentlich genau die Therapie beginnen möchte, wer welche Beschwerde als »Problem« definiert usw.

### 1.2.6 *Der Einsatz von Fragebögen und ähnlichen Verfahren*

Ergänzend zum Explorationsgespräch und gegebenenfalls eingesetzten Explorationsleitfäden wird i.d.R. in dieser Phase der Therapie eine Reihe von Fragebögen, Problemlisten, Verhaltensinventare o. Ä. an die Beteiligten ausgegeben, um therapierelevante Informationen auf einer breiten Basis erfassen zu können.<sup>2</sup>

Wie die tabellarischen Übersichten von Esser und Wyschkon (2001; 2004) sowie Hungerige (2001) zeigen, ist die Anzahl verfügbarer Fragebögen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kaum zu überblicken: Bei den zuerst genannten Autoren werden 29 verschiedene Fragebögen genannt, bei dem zuletzt genannten allein ca. 40 verfügbare Elternfragebögen! Exemplarisch soll daher im Folgenden das ursprünglich von Thomas M. Achenbach für den amerikanischen Sprachraum entwickelte Diagnosesystem (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*, ASEBA) vorgestellt werden, das inzwischen von der »Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist« (AG Dt. CBCL) weitgehend für den deutschsprachigen Raum adaptiert wurde (Literaturhinweise finden sich z. B. in Döpfner et al., 2000a). Mit Hilfe von insgesamt sieben Fragebögen erfasst es ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten vom Kleinkind- bis hin zum jungen Erwachsenenalter. Drei dieser Fragebögen sind für das Kindes- und Jugendalter von besonderem Interesse:

---

<sup>2</sup> Vgl. hierzu z. B. Döpfner et al. (2000a), Döpfner & Borg-Laufs (1999), Hungerige (2001), Hungerige, Mackowiak & Borg-Laufs (2005). Tabellarische Übersichten zahlreicher Fragebogenverfahren geben Esser und Wyschkon (2001, 2004); spezifische Fragebögen für die Beratung stellen Klann et al. (2003) vor.

- *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (CBCL 4-18; AG Dt. CBCL, 1998a; für das Alter von 4 bis 18 Jahren);
- *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (TRF; AG Dt. CBCL, 1993; für das Alter von 6 bis 18 Jahren);
- *Fragebogen für Jugendliche* (YSR; AG Dt. CBCL, 1998b; für das Alter von 11 bis 18 Jahren).

Alle Fragebögen erfassen jeweils acht Problembereiche (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstliche/depressive Tendenzen, schizoide/zwanghafte Tendenzen, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten, soziale Probleme und Aufmerksamkeitsprobleme) sowie drei (CBCL) bzw. zwei (YSR) Kompetenzbereiche. Damit ist ein unmittelbarer Vergleich der verschiedenen Urteile weitgehend gewährleistet. Ebenso ist es möglich, Kennwerte für die übergeordneten Skalen *internalisierende* und *externalisierende Auffälligkeiten* sowie einen Gesamtwert der psychischen Auffälligkeit abzuleiten.

### 1.2.7 *Der Einsatz von Verhaltensbeobachtungen*

Während durch Exploration und Fragebogenverfahren bereits gesehenes Verhalten erfasst wird, ermöglicht der gezielte Einsatz von Verhaltensbeobachtungen die Erfassung des *unmittelbar gezeigten Verhaltens in verschiedenen Situationen* (vgl. Mackowiak, 2001; Döpfner et al., 2000a). Die Beobachtung kann durch den Untersucher bzw. Eltern, Erzieher/innen oder Lehrer/innen erfolgen (*Fremdbeobachtung*), aber auch durch das Kind selbst (*Selbstbeobachtung*).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Einer der Autoren stieß während der Entstehung dieses Buches auf die vermutlich erste Anleitung zur systematischen, »verhaltenstherapeutischen« Selbstbeobachtung: Sie stammt von dem amerikanischen Buchdrucker und Staatsmann Benjamin Franklin (1706–1790), der 1784 in seiner Autobiographie auf immerhin 15 Seiten eine Selbstbeobachtungsanleitung zur Förderung von 13 ausgewählten Tugenden beschreibt, die noch heute jeden Verhaltenstherapeuten begeistern würde (vgl. Franklin, 2003).

Verhaltensbeobachtungen können sowohl in der *Untersuchungs- oder Testsituation* als auch in *natürlichen Situationen* (zu Hause, auf dem Spielplatz, im Unterricht, auf dem Schulhof etc.) durchgeführt werden. Dabei kann das Verhalten des Kindes *isoliert* betrachtet werden (z. B. zur Analyse des Lern- und Arbeitsverhaltens; vgl. z. B. Mackowiak & Hungerige, 2001) oder in der *Interaktion mit anderen* (z. B. beim Spiel in der Gruppe).

Komplexe Methoden wie das *Beobachtungsverfahren zur Analyse von aggressionsbezogenen Interaktionen im Schulunterricht* (BAVIS; Humpert & Dann, 1988) haben sich in der therapeutischen Praxis bisher kaum durchsetzen können. Es gibt allerdings eine Vielzahl von Möglichkeiten, das Verhalten des Kindes in weniger strukturierter Form zu beobachten (bzw. beobachten zu lassen), z. B.

- bei der Exploration des Kindes,
- bei der gemeinsamen Exploration von Eltern und Kind,
- während der Durchführung von Tests, Aufgaben u. Ä.,
- in verschiedenen Spielsituationen (allein, mit den Eltern, in einer Gruppe etc.),
- in verschiedenen natürlichen Situationen (z. B. auf dem Schulhof, während des Unterrichts etc.).

Abgesehen von dem subjektiven Eindruck, den sich der Therapeut auf diese Weise verschaffen kann, sollte auf eine *systematische Erfassung* nicht ganz verzichtet werden – nicht zuletzt deswegen, weil die gezielte Beobachtung eine hervorragende Möglichkeit der therapiebegleitenden Evaluation darstellt (vgl. 2.6). So kann z. B. zur Verhaltensbeobachtung während einer testpsychologischen Untersuchung auf den Arbeitsbogen *Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung* (VEWO) von Döpfner et al. (2000a) zurückgegriffen werden. Da die Untersuchungssituation für Kinder jedoch eine sehr untypische Situation darstellt, sollten die so gewonnenen Informationen in jedem Fall durch Beobachtungen im natürlichen Umfeld ergänzt werden. Hilfreich kann auch der begleitende Einsatz von *Videoaufzeichnungen* sein: So können z. B. aufgenommene Spielinteraktionen zwischen Eltern und Kind nicht nur wertvolle Hinweise für die Diagnostik geben, sondern auch in der späteren Elternarbeit genutzt werden.

*Selbstbeobachtungsverfahren* können unter Berücksichtigung des jeweiligen Entwicklungsstandes des Kindes ab ca. 8 Jahren eingesetzt werden (z. B. der *Detektivbogen* aus Petermann & Petermann, 2005, oder bei älteren Kindern das *Problemtagebuch* (PROTA) bei Döpfner et al., 2000a).

### 1.2.8 *Der Einsatz weiterer Methoden der Informationsgewinnung in Phase 1*

Die durch Explorationsgespräche, Fragebögen und Verhaltensbeobachtungen gewonnenen Informationen bilden bereits eine solide Basis für das weitere therapeutische Vorgehen. Es kann jedoch unter besonderen Umständen notwendig sein, bereits in dieser frühen Phase des therapeutischen Prozesses spezifischere Informationen hinsichtlich besonderer Umstände einzuholen.

So kann der Einsatz von *testdiagnostischen Verfahren* (vgl. Esser, 2004; Esser & Wyschkon, 2001, 2004) z. B. dann sinnvoll sein, wenn im Rahmen einer Schul- und Leistungsproblematik bereits früh abzuklären ist, ob bei dem Kind evtl. eine intellektuelle Überforderung vorliegt. Ebenso kann es bei bestimmten Störungsbildern notwendig sein, eine weitere *medizinische Abklärung* einzuleiten.<sup>4</sup>

## 1.3 Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung

Wenn es etwas gibt, über das in allen Psychotherapieschulen Einigkeit besteht, dann dies: Keine gute Therapie ohne gute therapeutische Beziehung! Nach Asay und Lambert (2001) trägt die Qualität

---

<sup>4</sup> Nach den Bestimmungen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) bzw. des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Behandlung ein Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung eingeholt werden (vgl. Best, 2004); es kann sich jedoch während der Therapie durchaus ergeben, dass eine weitere medizinische Untersuchung notwendig ist; vgl. hierzu auch Kap. 3.3.1.

der Beziehung zwischen Therapeut und Klient zu 30 % am Gesamterfolg der Therapie bei, lässt man sog. »Extratherapeutische Faktoren«, also Aspekte, die durch die Therapie nicht beeinflussbar sind, außen vor, erhöht sich dieser Anteil sogar auf 50 %!

Für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung müssen zunächst spezifische Merkmale hinsichtlich der »Rollenverteilung« von Therapeut, Eltern und Kind im Therapieprozess realisiert werden (1.3.1). Ebenso muss der (zeitlich begrenzte) »Arbeitscharakter« der therapeutischen Beziehung deutlich und eine entsprechende *Arbeitsorientierung* und *Eigenaktivität* bei allen Beteiligten gefördert werden (1.3.2).

### 1.3.1 Rollenstrukturierung

Die therapeutische Beziehung unterscheidet sich deutlich von Beziehungen, die wir im Alltag haben. Ein wesentlicher Unterschied liegt in der *asymmetrischen Kommunikationsstruktur* des therapeutischen Gesprächs: Der Therapeut weiß bzw. erfährt sehr viel von den Eltern und dem Kind, oft auch intime Details aus dem Alltag, die Familie weiß dagegen so gut wie nichts über den Therapeuten (abgesehen vielleicht von sehr allgemeinen oder therapeutisch gezielt eingesetzten Informationen).

#### *Merkmale der Therapeutenrolle*

Problematisch kann es werden, wenn Klienten Beziehungsmuster, die sie aus dem Alltag kennen, auf die therapeutische Beziehung übertragen. Dies können z. B. Interaktionsmuster sein, die sie aus ihrer Beziehung zu Ärzten kennen: Kanfer et al. (2000) sprechen in diesem Zusammenhang vom *Drive-in-Syndrom*, womit sie z. B. die Vorstellung einiger Eltern meinen, sie könnten ihr Kind nach 25 Stunden sozusagen wieder »geheilt« abholen, ohne weiter an der Therapie beteiligt sein zu müssen.

Ebenso kann es sein, dass Klienten den Therapeuten als »Kummerkasten« (um sich bei ihm alles »von der Seele zu reden«) oder als »Feuerlöscher« (der immer dann [und oft *nur* dann!] kontaktiert wird, wenn es gerade »brennt«) nutzen wollen oder sich eine freundschaftliche Beziehung zu ihm wünschen. Bei Kindern be-

steht unter Umständen die Gefahr, im Therapeuten einen »besseren Vater« (bzw. in der Therapeutin eine »bessere Mutter«) oder einen Ersatz für fehlende Freunde zu sehen. Der Therapeut muss diese Festschreibung negativer Rollenmerkmale nicht nur verhindern, sondern gleichzeitig die Zuschreibung positiver Merkmale der Therapeutenrolle unterstützen.

Kanfer et al. (2000) beschreiben die Therapeutenrolle im Rahmen ihres Selbstmanagement-Ansatzes etwa wie folgt: Der Therapeut versteht sich als professioneller Helfer zur Selbsthilfe, als »Änderungsassistent«, der dem Kind und der Familie nur gerade so viel Unterstützung gibt, wie sie benötigt, um die jeweilige Problematik selbstständig in den Griff zu bekommen (*Prinzip der minimalen Intervention*). Er wahrt dabei maximale Objektivität, Neutralität und Toleranz und kontrolliert dabei seine eigenen Motive und Interessen. Bei einem maximal transparenten Vorgehen ist er für den technisch-fachlichen Ablauf des Veränderungsprozesses verantwortlich, übernimmt aber keine inhaltliche Verantwortung für den Klienten. Er ist ein Modell für positives Bewältigungsverhalten, überprüft kontinuierlich seine diagnostisch-therapeutischen Hypothesen und tut dies jeweils auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Kenntnisse sowie im Rahmen berufsständischer, rechtlicher und ethischer Vorgaben.

Die Implikationen dieser (zugegebenermaßen abstrakt klingenden) Rollendefinition sind weit reichend: Sie umfassen auch so scheinbar »harmlose« Fragen, wie bekannt man z. B. mit der Familie sein darf, ob man sich als Therapeut duzen lassen sollte (von 5-Jährigen? von 12-Jährigen? von 18-Jährigen? von den Eltern?), Geschenke annehmen sollte (ein von einem Kind gemaltes Bild? eine Flasche Wein zu Weihnachten? das Jahresabo einer Zeitschrift?), private Besuche machen sollte (»Sie kommen doch zur Kommunion meines Sohnes?«), wie viel man von sich als Therapeut »preisgeben« darf (oder sollte?) und vieles mehr. Fragen dieser Art berühren immer auch den *ethischen Aspekt* therapeutischen Handelns (vgl. hierzu ausführlich Hungerer & Päßler, 1999).

## *Merkmale der Klientenrolle*

Komplementär zu den Merkmalen der Therapeutenrolle sind im Selbstmanagement-Ansatz die Merkmale der Klientenrolle definiert; sie greifen ineinander und bestimmen zusammen die »Spielregeln« aller an der Therapie beteiligten Personen.

Nicht nur das Kind und die Eltern haben bestimmte Erwartungen an den Therapeuten; auch der Therapeut hat Erwartungen an sie. Hierzu gehört vor allem die Einhaltung grundlegender »*Therapieregeln*« wie Offenheit, Mitarbeit in der Stunde, die Bereitschaft zum Ausprobieren von Vereinbarungen, das Erledigen von so genannten »therapeutischen Hausaufgaben«, regelmäßiges Erscheinen, Pünktlichkeit usw. Ebenso müssen die Klienten den prinzipiellen *Arbeitscharakter* der therapeutischen Beziehung akzeptieren und eine gewisse Bereitschaft zeigen, sich auch auf mögliche *Veränderungen der Lebenssituation* einzulassen. In jedem Fall sollte im Erstgespräch betont werden, dass es notwendig ist, der Therapie für eine begrenzte Zeit eine *hohe Priorität* einzuräumen; dies ist insbesondere bei Eltern notwendig, die von der i. d. R. falschen Vorstellung ausgehen, die Therapie ihres Kindes könne ohne ihre Mithilfe geschehen. Nicht zuletzt haben Klienten jedoch auch ein »*Recht auf Widerstand*«, das heißt, neben den oben genannten Erwartungen sollte der Therapeut auch deutlich machen, dass jeder zu jedem Zeitpunkt auch das Recht hat, eine weitere Mitarbeit ganz oder teilweise zu verweigern.

Je jünger die Kinder sind, desto schwieriger sind solche eher abstrakten Rahmenbedingungen zu klären. Der Therapeut muss daher in den Situationen, in denen eine solche Anforderung aktuell wird, diese Anforderungen am *konkreten Beispiel* besprechen.

## *Die Realisierung der Rollenmerkmale in der Interaktion*

Eine Aufgabe des Therapeuten in Phase 1 ist es also, der Familie die Bedeutung seiner Rolle als Therapeut zu verdeutlichen und sie ihrerseits dabei zu unterstützen, sich den Merkmalen der Klientenrolle anzunähern. Natürlich kann er diese Merkmale der Therapeuten- und Klientenrolle der Familie *nicht erklären*, sondern muss sie *in der Interaktion durch sein Verhalten und das Gespräch*

*vermitteln*. Dies kann er z. B. im Gespräch mit den Eltern oder dem Kind tun, indem er z. B.

- die Beteiligten bittet, eine problematische Situation *konkreter zu beschreiben*,
- *wiederholt darauf besteht*, dass eine Frage beantwortet wird,
- nach längeren Ausführungen der Klienten *eine zuvor gestellte Frage wieder aufgreift*,
- nach *alternativen Erklärungsansätzen* für das Verhalten des Kindes fragt,
- auf vorschnelle *Lösungsvorschläge verzichtet*,
- Ereignisse nach ihrer *Eintrittswahrscheinlichkeit beurteilen* lässt,
- die Klienten mit (scheinbaren?) *Widersprüchen konfrontiert*,
- Gehörtes mit eigenen Worten wiedergibt (*paraphrasiert*),
- Gesprächsinhalte nach *Zusammenhängen ordnet* usw.

Ein so geführtes Gespräch unterscheidet sich deutlich von den meisten Gesprächen, die wir im Alltag führen, und vermittelt den Klienten implizit, welches Verhalten von ihnen erwartet wird und welches vom Therapeuten zu erwarten ist. Weitere Hinweise zur therapeutischen Gesprächsführung geben Kanfer et al. (2000).

### 1.3.2 *Beziehungsaufbau und Förderung von Eigenaktivität*

Die bisher genannten Aspekte sind eine wesentliche Voraussetzung für eine tragfähige therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Familie: So wird den Eltern z. B. durch die umfassende Diagnostik das Gefühl vermittelt, dass kein wesentlicher Aspekt ihrer Schwierigkeiten »übersehen« wurde, sie fühlen sich kompetent betreut, durch die Art der therapeutischen Gesprächsführung ernst genommen usw. (Weitere Gesichtspunkte für den adäquaten Aufbau einer Therapeut-Klient-Beziehung nennen Kanfer et al., 2000.)

In Bezug auf das Kind sind weitere Aspekte für einen gelingenden Beziehungsaufbau zu bedenken: So können z. B. evtl. Ängste dadurch vermindert werden, dass ein spielerischer Einstieg gewählt wird oder dem Kind zunächst die Räumlichkeiten der Einrichtung gezeigt werden. Ebenso ist die Art der Gesprächsführung dem

sprachlichen Entwicklungsstand des Kindes anzupassen (vgl. Borg-Laufs & Trautner, 1999). Weitere Hinweise finden sich z. B. bei Bormann und Meyer-Deters (2001) sowie Mackowiak (1999).

Entsprechend der Maxime »Hilfe zur Selbsthilfe« sollte jede zielführende Eigenaktivität der Eltern oder des Kindes vom Therapeuten unterstützt und gefördert werden. Dies kann sich z. B. darin zeigen, dass noch ausstehende Informationen oder Dokumente (z. B. Zeugnisse, Klinikberichte) geliefert oder eigene Vorschläge (»Könnte ich nicht mal probieren ...«) eingebracht werden. Auch das Einhalten getroffener Vereinbarungen oder das Erledigen therapeutischer Aufgaben ist ein wichtiges Kriterium für die gewünschte »Arbeitsorientierung« der Familie in der Therapie.

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang »therapeutische Hausaufgaben«. Sie haben in Phase 1 oft zunächst eine ausschließlich diagnostische Funktion, dienen aber in späteren Phasen der Umsetzung therapeutischer Teilschritte (z. B. konkrete Verhaltensübungen). Um gleich zu Beginn der Therapie deutlich zu machen, dass es ohne eine *aktive Mitarbeit aller Beteiligten* vermutlich keine Erfolge geben wird, ist sehr zu empfehlen, bereits *in der ersten Stunde* der Familie therapeutische Hausaufgaben mit auf den Weg zu geben. Dies kann für das Kind z. B. eine *Wunschliste* sein (die evtl. später im Rahmen eines Punkteplans benötigt wird), für die Eltern kann z. B. fast immer ein einfacher *Beobachtungsbogen* wie der folgende verwendet werden.

Untersuchungen konnten zeigen, dass die Umsetzung von Hausaufgaben unmittelbaren Einfluss auf den Therapieerfolg hat: So fanden z. B. Sakofski und Kämmerer (1986) im Rahmen der Evaluation der Arbeit einer Erziehungsberatungsstelle die höchsten Zusammenhänge in ihrer Studie zwischen »Zielerreichung« und »Verwirklichung von Hausaufgaben«.

**BEOBACHTUNGSBOGEN: PROBLEMATISCHE SITUATIONEN**

Name:	Alter:	Datum:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Vater _____
-------	--------	--------	---

<b>Problematische Situation</b> Beschreiben Sie kurz die Situation!	<b>Wie habe ich mich verhalten?</b> Beschreiben Sie, was Sie daraufhin getan haben!
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

## 1.4 Die förderliche Gestaltung »äußerer« Merkmale der Therapiesituation

Auch »äußere« Merkmale der Therapiesituation wie die Klärung organisatorischer Angelegenheiten (1.4.1) und die Gestaltung des therapeutischen Settings (1.4.2) beeinflussen den Beziehungsaufbau entscheidend und müssen den jeweiligen Gegebenheiten entsprechend optimiert werden.

### 1.4.1 Organisatorische Fragen

Fragen, die den organisatorischen Ablauf und die Zuständigkeit des Therapeuten bzw. der Institution betreffen, sind i. d. R. bereits im Erstgespräch bzw. im Rahmen der probatorischen Stunden zu klären. Ein diesbezügliches Wissen darf bei der Familie keineswegs als bekannt vorausgesetzt, sondern muss *aktiv vermittelt* bzw. bei ungenauen Vorstellungen *explizit geklärt* werden (vgl. Kanfer et al., 2000).

Darüber hinaus besteht für den Therapeuten vor Behandlungsbeginn und nach Abschluss der diagnostischen Phase eine *Aufklärungspflicht* (vgl. z. B. Best, 2004) des Klienten bezüglich der *Mitteilung bestimmter Informationen* (Befund, Diagnose, Therapieplan, mögliche Behandlungsrisiken), evtl. *Behandlungsalternativen* und sonstiger Hilfsangebote. Sie umfasst auch eine *Klärung der Rahmenbedingungen* (Honorarregelungen, Ausfallhonorar, Sitzungsdauer, Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer der Behandlung u. Ä.) und eine *Information über rechtliche Aspekte* (z. B. Schweigepflicht, Mitteilungsrecht, Akteneinsicht, Datenschutz, besondere Bestimmungen zur Therapie von Kindern getrennt lebender oder geschiedener Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht usw.; vgl. z. B. Pulverich, 2001; Locher-Weiß, 2001; zum zuletzt genannten Aspekt vgl. Schwarz, 2004).

Viele dieser Hinweise können in Form eines *Informationsblattes* für Eltern bzw. (in angepasster Form) für ältere Kinder und Jugendliche aufbereitet und im Verlauf der ersten Stunde ausgehändigt werden, verbunden mit dem Hinweis, evtl. Fragen in der nächsten

Stunde zu klären. Dies ermöglicht dem Klienten, die teilweise komplizierten Sachverhalte zu Hause in Ruhe zu studieren, und entlastet den Therapeuten von seiner (immerhin rechtlich verankerten) Pflicht, die entsprechenden Informationen zu vermitteln. (Erfahrungsgemäß wird in den ersten Stunden der Familie selten der Unterschied zwischen Schweigepflicht und Mitteilungsrecht des Therapeuten erklärt oder das prinzipielle Recht auf Akteneinsicht erwähnt.) Als Beispiel zeigt Kasten 2.1.4 einen Auszug aus einem solchen Informationsblatt.

Neben diesen Aspekten muss zusätzlich geklärt werden, ob der Therapeut bzw. die entsprechende Einrichtung für Familie und Kind *zuständig* bzw. die *bestmögliche Wahl* sind. Gegebenenfalls ist an andere Berufsgruppen (Ärzte, Logopäden, Motopäden, Berufshelfer etc.) oder eine entsprechende Spezialeinrichtung (z. B. an ein Autismuszentrum oder eine Beratungsstelle für sexuellen Missbrauch) weiter zu verweisen.

Schließlich ist gemeinsam zu überlegen, ob und wie gegebenenfalls *weitere Personen oder Einrichtungen an der Therapie beteiligt* werden sollen, so z. B. Schulen, Kindergärten, das Jugendamt oder Einrichtungen der Berufshilfe. Hinweise zur dafür nötigen Schweigepflichtentbindungserklärung geben z. B. Pulverich (2001) und Locher-Weiß (2001).

#### 1.4.2 *Das therapeutische Setting*

Zum therapeutischen Setting im weiteren Sinn gehört eine Reihe von Faktoren, die nur bedingt beeinflussbar sind, z. B. die Lage der Einrichtung oder Praxis (oft nehmen Familien einen weiten Weg in Kauf, um nicht in ihrem Ortsteil zur Therapie zu müssen!), die räumliche Aufteilung, ihre verkehrstechnische Anbindung, die Ausstattung der Beratungs-, Spiel- und Gruppenräume usw. Natürlich kann darauf in einem gewissen Ausmaß Einfluss genommen werden (z. B. bei der Wahl des Praxisstandortes), oft muss man sich jedoch in das einfinden, was einem geboten wird (z. B. bei der Ersteinstellung in einer Klinik). So hat z. B. Knorr-Cetina (1991) darauf hingewiesen, dass an Universitäten und Forschungseinrichtungen

## Rechtliche Informationen zu Beratung und Therapie! (Beispiele)

- **Schweigepflicht (Recht auf informationelle Selbstbestimmung)** • Die Beratungsstelle gewährleistet den Schutz des Privatgeheimnisses der Rat Suchenden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (Recht auf informationelle Selbstbestimmung)

*Hierbei sind folgende Besonderheiten zu beachten:*

- Der Gesetzgeber räumt auch Kindern und Jugendlichen ein Recht auf informationelle Selbstbestimmung ein, sofern sie über ein entsprechendes Einsichts- und Urteilsvermögen verfügen. Konkret bedeutet dies, dass Informationen, die wir von Kindern oder Jugendlichen erhalten, ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen, auch gegenüber den Eltern! *Bitte haben Sie dafür Verständnis!*
- Eine Einbeziehung dritter Personen (Lehrer, Erzieherinnen etc.) kann nur aufgrund einer unterschriebenen Schweigepflichtentbindungserklärung durch die Erziehungsberechtigten erfolgen.
- Prinzipiell haben aber auch Kinder und Jugendliche das Recht, eine Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterschreiben, sofern sie über eine entsprechende Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügen. In der Regel ist dies ca. ab dem 14. Lebensjahr der Fall.
- Die Mitarbeiter/innen der Einrichtung können prinzipiell keine Schul- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen. Wenden Sie sich dafür bitte an Ihren Hausarzt.
- Selbstverständlich können jedoch auf Wunsch Bescheinigungen über den Besuch unserer Einrichtung ausgestellt werden (z. B. für die Schule oder den Arbeitgeber).
- Bei Kindern oder Jugendlichen von getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht kann eine therapeutische Behandlung nur mit Zustimmung beider Sorgeberechtigter durchgeführt werden.
- Liegt die Zustimmung beider Sorgeberechtigter nicht vor, können mit den Kindern oder Jugendlichen keine Einzeltermine vereinbart werden, wohl aber Gespräche in Anwesenheit eines Erziehungsberechtigten.
- **Krank-schreibungen**
- **Besonderheiten bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht**

*Kasten 2.1.4: Auszug aus einem Informationsblatt zur Aufklärung über rechtliche Aspekte der Therapie*

häufig das erforscht wird, wofür eben gerade Instrumente und Methoden zur Verfügung stehen. Auf den klinischen Kontext übertragen bedeutet dies, dass natürlich auch nur der Test mit dem Kind durchgeführt werden kann (und oft auch wird!), der gerade in der Einrichtung vorhanden ist – möglicherweise unabhängig von seiner Angemessenheit.

Ebenso beeinflusst natürlich das »Image« der Einrichtung die Therapieerwartungen der Familie: Kanfer et al. (2000) weisen darauf hin, dass die »Einbettung« des Therapieortes ganz unterschiedliche Erwartungen auslösen kann, je nachdem, ob die Therapie z. B. an einer universitären Klinik (*Bin ich jetzt ein Versuchskaninchen?*), in den privaten Räumen des Therapeuten (*Macht der das nur so nebenbei?*), bei einer städtischen Einrichtung (*Schalten die sofort das Jugendamt ein?*) oder in einer konfessionellen Beratungsstelle (*Muss ich da beten?*) erfolgt.

Zu den Setting-Faktoren im engeren Sinn gehört die Gestaltung der unmittelbaren Therapiesituation. Generell ist darauf zu achten, Assoziationen, die an Krankenhäuser oder Arztpraxen erinnern, zu vermeiden. So können z. B. lange Flure oder dunkle Ecken bei Kindern Ängste auslösen, ein hinter einem großen Schreibtisch sitzender Therapeut wird schwer eine angemessene Beziehung herstellen können usw. Neben entsprechenden Spiel- und Bewegungsmaterialien sind auch oft technische Hilfsmittel wie Videokamera (für die Aufzeichnung von Rollenspielen oder Spielinteraktionen), CD/DVD-Player, Overhead-Projektor oder Beamer (z. B. für Elterntrainings) anzuschaffen.

Die Frage, ob die Familie zum Erstgespräch stets gemeinsam erscheinen solle oder ob es bei jüngeren Kindern zu vertreten oder sogar zu empfehlen ist, die Eltern ohne das Kind zum Erstgespräch zu bitten, hängt einerseits noch häufig von der Ausbildungsrichtung des Therapeuten ab: Familientherapeutisch und zum Teil auch tiefenpsychologisch orientierte Therapeuten betonen die Notwendigkeit des gemeinsamen Erstgesprächs, während z. B. kognitiv-behavioristisch orientierte Therapeuten beim Erstgespräch von der Anwesenheit eines jüngeren Kindes zum Teil bewusst Abstand nehmen. Andererseits scheinen jedoch auch persönliche Vorlieben und individuelle »Stile« eine Rolle zu spielen. Bei älteren Kindern

und Jugendlichen ist i. d. R. ein gemeinsames Erstgespräch zu empfehlen, um die Mitarbeitsbereitschaft der Jugendlichen nicht zu gefährden. In jedem Fall sollte die Exploration der Eltern jedoch *auch* in Abwesenheit des Kindes oder Jugendlichen durchgeführt werden; dies entspricht auch den Empfehlungen der in Kapitel 1.2.5 erwähnten *Leitlinien*.

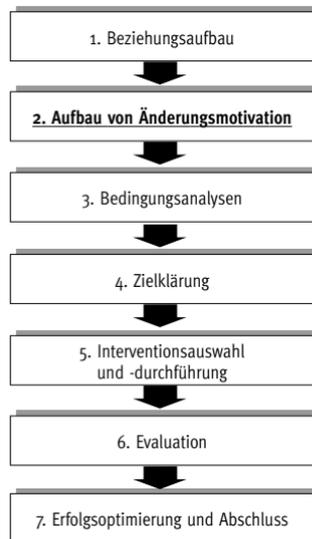
Das therapeutische Setting schafft die (hoffentlich) günstigen äußeren Voraussetzungen, damit eine Therapie erfolgreich sein kann. Auch wenn aufgrund räumlicher oder finanzieller Gegebenheiten nicht alles optimiert werden kann, scheint es notwendig, sich der dadurch bedingten Beschränkungen bewusst zu sein.

## 2. Vom Wünschen zum Wollen: Aufbau von Änderungsmotivation

### 2.1 Einleitende Bemerkungen zu Phase 2

Von Robert Musil stammt der schöne Satz: »Der Wunsch ist ein Wille, der sich selbst nicht ganz ernst nimmt.« Kurz gesagt ist die nun anstehende Phase 2 dann gelungen, *wenn* der Wunsch sich ernst nimmt.

In Phase 1 wurden die basalen Voraussetzungen für die Therapie geschaffen: Die Beziehung zur Familie ist gefestigt, gegenseitige Erwartungen wurden geklärt, die zur Behandlung notwendigen Informationen von allen Beteiligten auf breiter Ebene eingeholt, erste Problembereiche und therapeutische Ansatzpunkte einge-



grenzt, organisatorische Fragen besprochen usw. (vgl. Checkliste 2.2.1). Nun kann es weitergehen. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine ausreichende Motivation auf Seiten der Familie: Aus dem bloßen Wunsch nach Veränderung muss eine *handlungsrelevante Motivation zur Veränderung* werden (vgl. 2.2).

#### **Checkliste 2.2.1: Erhaltungsziele aus Phase 1**

- Zeigt das Kind das erforderliche Basisverhalten dem Therapeuten gegenüber (Therapienachfrage, Mitarbeit, Offenheit, Bereitschaft zum Ausprobieren)?
- Zeigen die Eltern das erforderliche Basisverhalten dem Therapeuten gegenüber (Therapienachfrage, Mitarbeit, Offenheit, Bereitschaft zum Ausprobieren)?
- Ist das Setting für die Behandlung des Kindes und der Familie angemessen hergestellt?
- Wurden problembezogen und hypothesengeleitet Informationen gesammelt und erste Ansatzpunkte (targets) für die Veränderung erarbeitet?
- Wurden erste Maßnahmen zur Evaluation der therapeutischen Erfolge eingeleitet?

Darüber hinaus muss stärker, als dies bisher in Phase 1 geschehen ist, ins Auge gefasst werden, wohin die »therapeutische Reise« eigentlich gehen soll, das heißt, *welche Ziele von wem angestrebt werden*, denn auch, wenn die Probleme so langsam deutlicher werden, bedeutet das noch lange nicht, dass dies auch für die Ziele gilt (geschweige denn für den Weg dorthin!). Für die Erarbeitung der Ziele ist im Rahmen des Selbstmanagement-Ansatzes ein eigener Schwerpunkt vorgesehen (Phase 4: Zielklärung), denn diese kann in umfassender Form erst dann erfolgen, wenn die Bedingungsanalysen für die ausgewählten Änderungsbereiche in Phase 3 abgeschlossen sind. Um jedoch den Schritt vom Wünschen zum Wollen zu erleichtern, empfiehlt es sich, bereits frühzeitig den Blick von den Problemen auf die Ziele zu richten und nicht »lageorientiert« in der Problemsicht zu verharren (vgl. 2.3).

Schließlich müssen der in Phase 1 beschriebene diagnostische Trichterungsprozess (Stichwort: *target selection*) weiter vorangetrieben und eine *vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen* getroffen werden (vgl. 2.4).

Dementsprechend lassen sich für Phase 2 folgende Schwerpunkte formulieren (vgl. Checkliste 2.2.2):

#### Checkliste 2.2.2: Schwerpunkte Phase 2

- Aufbau von Therapie-, Beziehungs- und insbesondere Änderungsmotivation durch die Grundbedingungen des Selbstmanagement-Ansatzes, durch Reduktion von Demoralisierung und Resignation und durch spezielle Motivationsstrategien.
- Erste vorläufige Ziel-Wertklärung (ZWK), die Hinweise aus Phase 1 aufnimmt und in Phase 4 ihren (vorläufigen) Abschluss findet.
- Weitere Einschränkung therapeutischer Ansatzpunkte und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen.

## 2.2 Aufbau von Therapie-, Beziehungs- und Änderungsmotivation

Um das Konstrukt »Motivation« im therapeutischen Kontext zu differenzieren, sind zahlreiche Ansätze vorhanden (vgl. im Überblick Mackowiak, 1999). Kanfer et al. (2000) unterscheiden z. B. verschiedene Aspekte der Motivation im therapeutischen Kontext (vgl. Kasten 2.2.1):

1. Motivation zu kommen bzw. wieder zu kommen
2. Motivation, Informationen zu geben
3. Motivation, an einer Änderung zu arbeiten
4. Motivation, bestimmte Interventionen durchzuführen
5. Motivation, mit dem speziellen Therapeuten zu arbeiten

*Kasten 2.2.1: Aspekte der Motivation im therapeutischen Kontext nach Kanfer et al. (2000)*

Veith (1997) schlägt dagegen vor, zwischen Therapiemotivation, Beziehungsmotivation und Änderungsmotivation zu unterscheiden. *Therapiemotivation* bezieht sich vor allem auf den unmittelbaren Therapieanlass und das Bestreben, die unangenehmen Folgen des Problems loszuwerden (ohne sich dafür aber unbedingt ändern zu wollen, ganz nach dem paradoxen Motto: *Wasch mich, aber mach mich nicht nass!*). Unter *Beziehungsmotivation* versteht er die Motivation, sich in einer therapeutischen Beziehung zu engagieren, und unter *Änderungsmotivation* die tatsächliche Bereitschaft zu Veränderungen, so anstrengend sie zunächst auch sein mögen.

Eine adäquate Beziehungsmotivation ist bei Kindern i. d. R. leicht herstellbar, z. B. durch die lange, uneingeschränkte Aufmerksamkeit eines Erwachsenen (eben des Therapeuten), der das Kind ernst nimmt, mit ihm spricht, malt, spielt usw. Auch eine ausreichende Therapiemotivation ist bei Kindern oft vorhanden, da viele durchaus froh wären, bestimmte Folgen ihres Verhaltens (schimpfende Eltern, Klassenbucheinträge, Fernsehverbot, wenig Freunde) nicht mehr tragen zu müssen. Problematisch ist dagegen die notwendige Änderungsmotivation, oft einhergehend mit einer nur gering ausgeprägten Problemeinsicht, einem nicht immer vorhandenen subjektiven Leidensgefühl und der Tatsache, dass die wenigsten Kinder freiwillig eine Therapie aufsuchen (vgl. im Überblick Mempel, 1985, 1989). Betrachtet man zudem den sekundären Störungsgewinn (allgemein eine erhöhte Aufmerksamkeit für das Kind in der Familie, bei oppositionellen Verhaltensweisen häufig die Durchsetzung des eigenen Willens, bei aggressiven Verhaltensweisen eine Veränderung des sozialen Status in der Klasse oder im Kindergarten usw.), wird deutlich, warum Kinder den zahlreichen Änderungsappellen von Erwachsenen nicht einfach einsichtig nachkommen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Es ist immer wieder erstaunlich und auch anrührend, wie viele Eltern noch mit dem Wunsch zur Therapie kommen, der Therapeut möge mit ihrem Kind doch »ein ernstes Wort reden« – so, als könne der Therapeut irgendetwas sagen, was das Kind schlagartig »einsichtig« macht. Es tut uns sehr Leid, aber wir haben die richtigen Worte noch nicht gefunden.

Es wäre jedoch einseitig anzunehmen, dass nur den Kindern der Wille zur Veränderung fehlt; auch bei den Eltern muss eine entsprechende Änderungsmotivation oft erst aufgebaut werden. Dieser Schritt wird von Therapeuten häufig als die schwierigste Phase des therapeutischen Prozesses eingeschätzt (Borg-Laufs, 1996). Die Ursachen hierfür sind vielfältig und hängen häufig damit zusammen, dass die Entscheidung, eine therapeutische Praxis, Beratungsstelle oder Klinik aufzusuchen, für die Eltern oft der letzte Versuch auf einem langen Leidensweg ist, auf dem sie bereits vieles ausprobiert haben – und mehr oder weniger gescheitert sind. Dementsprechend kommen sie mit dem Gefühl zur Therapie, bereits alles versucht zu haben, nicht mehr zu können, sind *resigniert und demoralisiert* (vgl. 2.2.3). Ebenso können sie auch *Vorstellungen, die sie über die Beziehung zwischen Arzt und Patient haben*, auf die Psychotherapie übertragen und kommen gar nicht auf die Idee, dass auch eine Änderung ihres Verhaltens notwendig sein könnte (schließlich ist ja das Kind der Patient; vgl. 1.3.1). Hiermit zusammenhängen können auch *subjektive Krankheitsüberzeugungen (health beliefs)*, also Vorstellungen darüber, wer das Problem eigentlich »hat« und wer entsprechend auch etwas dafür »tun« muss, um es wieder loszuwerden. Schließlich können auch *fehlendes Wissen* oder *fehlende Kompetenzen* Gründe für eine unzureichende Änderungsmotivation bei den Eltern sein: Wenn z. B. ein Elternteil nicht um die Bedeutung von Konsequenzen im Umgang mit oppositionellen oder hyperkinetischen Verhaltensweisen weiß oder nicht in der Lage ist, Aufforderungen effektiv zu geben, sind die notwendigen Voraussetzungen für die Entwicklung einer entsprechenden Änderungsmotivation erst gar nicht gegeben (vgl. 2.2.2).

Auf die besondere Bedeutung *intrinsischer Motivation* für die Änderungsbereitschaft ist bereits vielfach hingewiesen worden (vgl. im Überblick Mackowiak, 1999). Da im Rahmen des Selbstmanagement-Ansatzes großer Wert auf die maximale Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfreiheit aller an der Therapie Beteiligten gelegt und ein größtmögliches Ausmaß persönlicher Kontrolle über den Therapieverlauf und die Festlegung der Therapieziele angestrebt wird, impliziert diese Vorgehensweise bereits eine Vielzahl

*motivationsförderlicher Grundbedingungen*, auf die wir im Folgenden kurz eingehen werden (vgl. 2.2.1). Darüber hinaus werden wir auf Möglichkeiten, die Änderungsmotivation durch eine *Reduktion von Demoralisierung und Resignation* zu erhöhen (vgl. 2.2.2), sowie kurz auf weitere, spezielle Motivationsstrategien in der Arbeit mit Kindern und Eltern eingehen (vgl. 2.2.2).

### 2.2.1 *Motivieren durch die Grundbedingungen des Selbstmanagement-Ansatzes*

Kanfer et al. (2000) nennen und erläutern ausführlich eine Reihe möglicher Motivationsquellen, die sich unmittelbar aus der Realisierung des Selbstmanagement-Ansatzes ergeben. Für die Motivationsarbeit mit den Eltern verweisen wir daher auf ihre Darstellung und versuchen im Folgenden, einige Hinweise für die Arbeit mit Kindern zu geben.

#### *Motivieren durch Maximierung des Ausmaßes persönlicher Kontrolle beim Kind*

Generell sollte Kindern – ihrem Entwicklungsstand entsprechend – eine größtmögliche Kontrolle im Therapieprozess eingeräumt werden. Je mehr es der Therapeut schafft, die Therapie zur »persönlichen Angelegenheit« des Kindes zu machen, umso mehr wird es bereit sein, darin zu investieren. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass das Kind über den Verlauf der Therapie und die geplante Vorgehens- und Behandlungsweise kindgerecht informiert wurde (Stichwort: *Transparenz*) – auch dies erhöht das Gefühl persönlicher Kontrolle. Darüber hinaus kann es an vielen Stellen Einfluss auf den Therapieprozess nehmen, z. B. bei der konkreten Auswahl der (Teil-)Ziele (s. u.), der zu bearbeitenden Alltagssituationen in der Therapie, der in der Therapiestunde gespielten Spiele, der Wünsche bezüglich Veränderungen bei den Eltern u. v. m. Ebenso kann versucht werden, mit dem Kind »persönliche Projekte« zu erarbeiten, indem z. B. ein gemeinsames »Drehbuch« für ein Rollenspiel geschrieben oder eine Wandzeitung unter dem Thema »Warum ist es schön, mich als Freund/als Freundin zu haben?« gestaltet wird.

### *Motivieren durch selbst gesetzte Ziele*

Zahlreiche Befunde zeigen, dass selbst gesetzte Ziele die aktive Mitarbeitsbereitschaft in der Therapie erhöhen, zu einer größeren Zufriedenheit in der Therapie führen, die tatsächliche Zielerreichung wahrscheinlicher machen und auch die Überzeugung stärken, dass Änderungen überhaupt möglich sind (Literaturhinweise dazu finden sich z. B. bei Kanfer et al., 2000; Mackowiak, 1999). Bei Kindern ist insbesondere darauf zu achten, dass die Ziele eine alltagspraktische Relevanz haben und nicht zu weit in der Zukunft liegen (vgl. Kap. 4). Hinweise auf einen Schulabschluss, der möglicherweise erst Jahre später ansteht, oder gar auf einen späteren »guten Job« mögen daher für Eltern wesentliche Ziele sein, für Kinder haben sie zumeist keine Handlungsrelevanz. Dies hängt u. a. auch mit der Fähigkeit von Kindern zum Belohnungsaufschub (*delay of gratification*) zusammen, also der sich erst langsam ausbildenden Fähigkeit, kleinere Gratifikationen zu Gunsten größerer Belohnungen für eine längere Zeit zurückzustellen. (Wer sich z. B. auf eine dreijährige psychotherapeutische Zusatzausbildung eingelassen hat, weiß, wovon wir reden.) Die entwicklungspsychologische Grundlagenforschung hat gezeigt, dass diese Fähigkeit erst ab etwa 10 Jahren ausreichend beherrscht wird.

Auf weitere Aspekte der Zielklärung (Phase 4) gehen wir in Kapitel 4 näher ein (vgl. auch 2.3); weiter führende Hinweise zur gemeinsamen Erarbeitung von Zielen sind in verschiedenen Therapiemanualen zu finden, z. B. im *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern* nach Lauth und Schlottke (2002) oder im *Training mit aggressiven Kindern* (TaK) nach Petermann und Petermann (2005).

### *Motivieren durch Erhöhung der Selbstwirksamkeit (self-efficacy)*

Nichts ist so erfolgreich wie der Erfolg – das gilt für Kinder ebenso wie für Erwachsene. Und nichts dämpft die Motivation so sehr wie das Erleben, nicht wirksam zu sein. Von entscheidender Bedeutung ist hierbei, in kleinen Schritten vorzugehen. Das *Prinzip der kleinen Schritte* kann z. B. bei der Zerlegung eines Ziels in verschiedene Teilziele (Phase 4) oder bei der Abarbeitung einer Angst-

hierarchie im Rahmen einer graduierten Konfrontation (Phase 5) realisiert werden. Aber bereits während der Exploration (Phase 1) kann durch geeignete Fragen (»Was wäre der erste, kleine Schritt in die gewünschte Richtung?«) oder kleinere Hausaufgaben der Fokus der Aufmerksamkeit auf ein erhöhtes Selbstwirksamkeitserleben verschoben werden. In jedem Fall sollten die Schritte so gewählt werden, dass sie auch tatsächlich für das Kind zu bewältigen sind. Hierbei ist jeweils zu überprüfen, inwieweit die dafür notwendigen Kompetenzen auch tatsächlich vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall, müssen sie zunächst durch entsprechende Methoden wie Rollenspiele, Selbstinstruktionsmethoden oder Operante Verfahren aufgebaut werden (vgl. Kap. 5).

Ein eigenständiges, selbstwirksames Handeln hängt jedoch nicht nur vom Kind ab: Die Eltern müssen ebenfalls bereit sein, *dies zuzulassen*. So sollten Eltern, die sich um das Selbstbewusstsein ihrer Tochter Sorgen machen und sie deshalb zu einer Selbstbehauptungsgruppe angemeldet haben, damit rechnen, dass sich ihre Tochter auch von ihnen nicht mehr alles sagen lassen wird, und Eltern, die ihrem Sohn nicht mehr vertrauen wollen, da er häufiger Geld aus ihrer Tasche gestohlen hat, müssen sich Gedanken darüber machen, unter welchen Bedingungen sie wieder bereit sein werden, ihm erneut Vertrauen zu schenken. Damit Kinder also überhaupt selbstwirksam handeln *können*, ist eine entsprechende Haltung der Eltern in der therapiebegleitenden Arbeit oft erst herzustellen.

### *Motivieren durch Selbststeuerung und Selbstmotivation des Verhaltens*

Kinder sind ungefähr ab 6 bis 8 Jahren dazu fähig, sich selbst zu beobachten, sprachlich zu steuern und selbst zu regulieren (vgl. z. B. Borg-Laufs & Trautner, 1999; Mackowiak & Hungerige, 2001). Sofern Kinder ein gewisses Eigeninteresse an der Therapie haben, kann dieser Prozess der Selbstbeobachtung und -regulation des eigenen Verhaltens als herausfordernd und belohnend erlebt werden und somit eine zusätzlich motivierende Funktion haben. Hierzu können verschiedene Materialien wie *Detektivbögen* oder *Tagebücher* eingesetzt werden (vgl. 1.2.3). Da nicht alle Kinder diese Materialien ansprechend finden, können selbstregulatorische Prozesse auch im Rahmen *spielerischer Interaktionen* gefördert werden;

zahlreiche Vorschläge zum selbstregulatorischen Umgang mit Wut und Aggressionen im Spiel machen z.B. Olivier (1995), Kaiser (1999) und Portmann (2004; vgl. auch 2.2.3).

### *Motivieren durch maximale Transparenz*

Es ist leicht nachzuvollziehen, dass das Kind besser zu motivieren sein wird, wenn es versteht, was im Therapieprozess passieren wird, als wenn es sich auf ein völlig unbekanntes Geschehen in ungewohnter Umgebung mit unbekanntem Personen einlassen muss. Die in allen ethischen Rahmenrichtlinien geforderte *Transparenz* therapeutischen Arbeitens muss daher auch für Kinder altersgerecht umgesetzt werden. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch das Konzept des *Informed Consent*: »*Informierte Zustimmung* zu einer Behandlung durch den Patienten/Klienten bedeutet dessen Einverständnis zu einer Heilbehandlung, nachdem wesentliche Informationen über Art, Risiken und Ziele der Behandlung sowie über adäquate Alternativen mitgeteilt und verstanden worden sind.« (Eich et al., 1997, S. 369) In den letzten 25 Jahren wurde ausführlich darüber diskutiert, inwieweit eine Umsetzung des Prinzips der *informierten Zustimmung* auch in der Therapie mit Kindern erreicht werden kann und sollte (vgl. dazu z.B. Melton et al., 1983; Faden & Beauchamp, 1986; Reiter-Theil, 1991, 1993; Kottje-Birnbacher et al., 1995; Eich et al., 1997; Hungerige & Päßler, 1999). Problematisch ist hierbei, dass viele Kinder nicht freiwillig kommen (s. o.), natürlich aber zumindest an einer Therapiestunde teilnehmen *müssen*, um überhaupt die Basis für ein informiertes Einverständnis mit ihnen erarbeiten zu können. Ungeachtet dieser Schwierigkeiten werden Kinder jedoch umso bereitwilliger mitarbeiten, je klarer ihnen ist, warum sie es tun.

### *Motivieren durch das Prinzip der Freiwilligkeit*

Nach dem Grundkonzept des Selbstmanagement-Ansatzes, wie ursprünglich von Kanfer et al. (2000) für die Erwachsenentherapie formuliert wurde, scheiden Klienten, die nicht freiwillig an einer Therapie teilnehmen, prinzipiell von einer Behandlung in diesem Rahmen aus. Überträgt man dies im Verhältnis 1:1 auf die therapeutische Arbeit mit Kindern, so dürfte ein großer Teil dieser Klienten nicht nach den Grundprinzipien des Selbstmanagement-Ansatzes

behandelt werden, und Sie hätten bereits viele Seiten umsonst gelesen.

Don't panic! Wie oben erwähnt, haben Kinder (erst zu Hause, dann in der Therapie) oft keine ausgeprägte Änderungsmotivation (wie viele Erwachsene übrigens auch) und werden daher dem Therapeuten vorgestellt, sehr wohl aber bringen sie nicht selten eine hinreichende Therapiemotivation und sehr bald auch meistens eine ausreichende Beziehungsmotivation mit. Auch Kinder leiden unter den unmittelbaren oder weiter reichenden Folgen ihrer Probleme und Schwierigkeiten oder, falls nicht, fühlen sich zumindest durch die Reaktionen der Erwachsenen gestört und eingeschränkt. Zumindest theoretisch besteht hier also immer die Möglichkeit, Kinder »motivational abzuholen« und Ziele gemeinsam so zu vereinbaren, dass sie für alle Beteiligten einen Anreiz darstellen. Darüber hinaus beruht die anfängliche Verweigerung des Kindes auch häufig auf Gründen (wie z. B. Angst vor dem Unbekannten, mangelnde Informationen, soziale Scheu usw.), die i. d. R. im Rahmen der ersten Kontakte leicht abgebaut werden können.

Anders als in der Erwachsenentherapie gehört es in der Kinder- und Jugendlichen-therapie zum festen Bestandteil des Beziehungs- und Motivationsaufbaus, aus zunächst unfreiwillig gebrachten Kindern nach Möglichkeit freiwillig kommende zu machen. Andererseits muss deutlich gesagt werden, dass dies keine unbegrenzte Aufgabe ist: Sofern das Kind trotz aller Bemühungen nicht zur Mitarbeit bereit ist, ist dies zu respektieren und gegebenenfalls auf andere Beratungsformen zurückzugreifen (vgl. 2.2.3).

### 2.2.2 *Motivieren durch Reduktion von Demoralisierung und Resignation*

*... bei den Eltern*

Bevor Familien zur Therapie kommen, haben sie i. d. R. schon einiges versucht, um ihre Probleme selbst in den Griff zu bekommen (Stichwort: *bisherige Bewältigungsversuche*; vgl. 1.2.2). Das Gefühl, das bei den Eltern nach all diesen Bemühungen häufig bleibt, ist: Es hat nicht gereicht! Gefühle von Hilflosigkeit, Resignation, Kraft- und Mutlosigkeit sind häufig bei Eltern anzutreffen, die in

der Therapie den letzten Ausweg sehen. Gleichzeitig sind diese Gefühle ein großes Hindernis für den Therapieerfolg, denn ohne eine entsprechende Mitarbeit der Eltern ist bei vielen Problemen kaum Erfolg zu erwarten. Wie können also Eltern motiviert werden, trotz des Gefühls, alles versucht zu haben, es *noch einmal* zu versuchen? Erste Hinweise dazu wurden bereits im Rahmen der Rollenstrukturierung in Phase 1 (vgl. 1.3.1) gegeben: Durch die Vermeidung einer Arzt-Patient-Beziehung, das Aufgeben kleinerer Hausaufgaben bereits in der ersten Stunde und des von Alltagsgesprächen abweichenden Kommunikationsstils gibt der Therapeut bereits deutliche Hinweise darauf, dass es weder um ein »bloßes Reden« noch ohne aktive Mitarbeit gehen wird.

Darüber hinaus ist es notwendig, einerseits einen gewissen *Optimismus* zu vermitteln und andererseits dem Gefühl der Machtlosigkeit durch die möglichst rasche Vermittlung eines Erlebens von *Selbstwirksamkeit und Kompetenz* entgegenzuwirken.

Einen Überblick zum Einfluss von »*Optimismus*« und Hoffnung auf Erfolg auf die therapeutische Arbeit mit Erwachsenen geben Kanfer et al. (2000). Resümierend kann, wie bereits erwähnt (vgl. 1.2.2), festgehalten werden, dass eine Therapie umso erfolgreicher sein wird, je mehr der Klient Hoffnung auf einen Therapieerfolg hat. (Natürlich ist mit »Optimismus« keine völlig unrealistische Erfolgserwartung gemeint.) Dementsprechend sollte der Therapeut, um einer resignativen Haltung der Eltern entgegenzuwirken, auch in entsprechend dosierter Form *Hoffnung vermitteln*, indem er z. B. mit einer gewissen Überzeugtheit von der Effektivität der geplanten Interventionsmethoden spricht (vgl. Kasten 2.2.2).

Um zu verdeutlichen, wie die Vermittlung von Hoffnung auf Therapieerfolg in einem konkreten Beispiel aussehen kann, soll im Folgenden eine kurze therapeutische Intervention analysiert werden. So könnte z. B. ein Therapeut, wenn der Einsatz eines Regelplans mit positiven und negativen Konsequenzen in Erwägung gezogen wird, nach einer kurzen Erklärung desselben zu den Eltern sagen:

*»Unsere Erfahrungen mit solchen Plänen sind bisher sehr gut. Es kann sein, dass ihr Kind für eine kurze Zeit »aufdrehen« wird, um zu prüfen, ob Sie den Plan*

→

*auch ernst nehmen. Das wird für Sie noch mal sehr anstrengend sein, und ich würde es Ihnen gerne ersparen, weiß aber auch keine bessere Möglichkeit. Nachdem Sie das aber geschafft haben, wird es deutlich besser werden! Nicht völlig problemlos, aber deutlich besser!«*

Eine solche Formulierung versucht die Motivation der Eltern an verschiedenen Stellen »abzugreifen«: Zunächst wird die Effektivität der Methode betont und *Hoffnung auf Erfolg* geweckt (unsere Erfahrungen sind bisher sehr gut). Gleichzeitig wird sie als *Herausforderung* formuliert (Ihr Kind wird »aufdrehen« und es wird anstrengend sein) und in die *Verantwortung der Eltern* gelegt (... um zu prüfen, ob Sie den Plan ernst nehmen), eingebettet jedoch in das *Verständnis des Therapeuten* (ich würde es Ihnen gerne ersparen), der aber ebenso eine weitere *Verantwortung zurückgibt* und deutlich macht, dass er dieses Vorgehen für das Beste hält und keine »Zaubertricks« im »therapeutischen Koffer« hat (... weiß aber auch keine bessere Möglichkeit). Abschließend wird noch zwei Mal deutlich die vermutlich *positive Änderung* betont (... deutlich besser!), ohne unrealistisch zu werden (nicht völlig problemlos).

*Kasten 2.2.2: Vermittlung von »Therapieoptimismus« an einem konkreten Beispiel*

Ebenso bedeutsam für die Reduktion resignativer Anteile ist die möglichst schnelle Vermittlung von *Selbstwirksamkeit und Kompetenzerleben*. Eltern, die sich z. B. in der Interaktion mit ihren Kindern bereits hinsichtlich des Gebens effektiver Aufforderungen als völlig wirkungs- und machtlos erleben, werden kaum ausreichend motiviert sein, um schwierigere Probleme des familiären Zusammenlebens anzugehen. Hier ist es notwendig, in der begleitenden Elternarbeit (vgl. Schmelzer, 1999) oder im Rahmen flankierender Maßnahmen (z. B. Elterntrainings; vgl. Warnke, Beck & Hemminger, 2001) möglichst schnell die erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln, um über das Erleben von Selbstwirksamkeit die nötige motivationale Basis für die weitere Zusammenarbeit zu schaffen.

Darüber hinaus können bei Eltern auch durch das *Prinzip der kleinen Schritte* (vgl. 2.2.1) oder die *Antizipation positiver Ereignisse* (vgl. Kap. 4) Erfolgserwartungen induziert werden, die die Vorstellung aufkommen lassen, dass eine Änderung prinzipiell möglich und machbar ist.

... *bei dem Kind*

Einer der Gründe für eine resignative Haltung bei Kindern ist oft der *inkonsequente Erziehungsstil* von Eltern: Kinder können nicht nachvollziehen, warum sie oft mit ihrem Verhalten »durchkommen«, dann aber wiederum häufig für Kleinigkeiten unangemessene Strafen erhalten. Subjektiv entsteht so bei ihnen das Gefühl, dass es »egal« sei, wie sie sich verhalten, da sie es den Eltern ohnehin nicht recht machen können. Ansatzpunkt für eine motivationale Förderung kann hier sein, für »verlässliche Eltern« zu sorgen, die sich an Absprachen halten und sowohl negative als auch positive Konsequenzen tatsächlich umsetzen. Dies kann z. B. im Einzelfall dadurch erreicht werden, dass nicht nur Regeln für das Kind, sondern auch Regeln für die Eltern aufgestellt werden.

Bei einigen *Störungsbildern* wie Zwängen oder Tics kann es zudem sein, dass Kinder sich diesen gegenüber als völlig machtlos und ausgeliefert erleben, da sie über keinerlei Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Störungen verfügen. Hier ist in kindgerechter Form zu informieren und aufzuklären, um eine Vorstellung der prinzipiellen Kontrollierbarkeit und Veränderbarkeit dieser Symptomatik zu induzieren, ohne die der Einsatz entsprechender Behandlungsmethoden (wie z. B. Reaktionsverhinderung oder Reaktionsumkehr; vgl. im Überblick Esser, 2004) in Phase 5 kaum erfolgreich sein wird.

Allgemeine Strategien zum Abbau resignativer Anteile, wie die bereits oben erwähnte Förderung von Selbstwirksamkeit und Kompetenzerleben, das Vorgehen in kleinen Schritten (vgl. 2.2.1) oder die Antizipation positiver Ereignisse (vgl. Kap. 4), sind bei Kindern natürlich ebenso hilfreich wie bei ihren Eltern.

*Voraussetzungen prüfen!*

Abschließend sei noch einmal darauf hingewiesen, dass bei einem konkreten Motivationsproblem auf Seiten der Eltern oder des Kindes zwei Voraussetzungen geprüft werden müssen, bevor überhaupt weiter an der Motivation im engeren Sinn gearbeitet werden kann:

1. Ist bei den Eltern oder dem Kind das notwendige *Wissen* vorhanden?
2. Ist bei den Eltern oder dem Kind das nötige *Können* vorhanden?

Wie aus den vorherigen Abschnitten bereits deutlich wird, macht es wenig Sinn, z. B. von einem Kind eine Änderungsbereitschaft zu erwarten, das sich seinen Tics gegenüber völlig machtlos und ausgeliefert erlebt, und ebenso wenig von einer Mutter, die die hyperkinetische Störung ihres Sohnes als »angeboren und daher unbeeinflussbar« betrachtet (*Wissensdefizit*). Auch kann nicht von einem Kind im Rahmen einer therapeutischen Hausaufgabe erwartet werden, dass es auf dem Schulhof aktiv ein Spiel initiiert, wenn es bisher nicht geschafft hat, überhaupt andere Kinder nur anzusprechen (*Kompetenzdefizit*).

### 2.2.3 *Spezielle Motivationsstrategien für Kinder und Eltern*

Kanfer et al. (2000) geben eine Reihe konkreter Hinweise für die Motivation von Erwachsenen, die natürlich in der Arbeit mit Eltern und (in entsprechend angepasster Form) teilweise auch in der Arbeit mit Kindern eingesetzt werden können. Grundlegend ist ein Modell, in dem zwischen einem unerwünschten Ausgangszustand (Problem, P), einem erwünschten Zielzustand (Z) und potenzieller Mittel bzw. Wege, um von P nach Z zu gelangen, unterschieden wird. Dementsprechend unterscheiden sie drei Gruppen spezieller Motivationsstrategien, die entweder am Ausgangszustand P, am Zielzustand Z oder an dem Weg dorthin ansetzen.

So kann z. B. im Rahmen der ersten Gruppe von Motivationsstrategien (Ansatzpunkt: P) der negative Leidensdruck (und somit das Bedürfnis nach Veränderung) von Eltern und Kind erhöht werden, indem z. B. die Diskrepanz zwischen Ausgangs- und Zielzustand hervorgehoben wird. Hierzu kann der Therapeut etwa (eine entsprechend tragfähige Beziehung natürlich vorausgesetzt) Eltern bzw. Kind mit Widersprüchen und Ungereimtheiten konfrontieren oder bestimmte Überzeugungen übertrieben weiterdenken (»Verstehe ich das richtig? Du glaubst also, Kinder brauchen gar nicht

zu lernen, um das Gymnasium zu schaffen, und du wirst am Ende des Schuljahres versetzt werden, ohne einmal Vokabeln gelernt zu haben?«). Im Rahmen der zweiten Gruppe (Ansatzpunkt: von P nach Z) wird versucht, Eltern und Kind zu einer Beschäftigung mit *Motivationshindernissen* zu veranlassen, die einer Änderung bisher im Wege standen (vgl. Kasten 2.2.3). Die dritte Gruppe von Motivationsstrategien (Ansatzpunkt: Z) hat schließlich zum Ziel, sich überhaupt mit Zielzuständen zu beschäftigen und attraktive Zukunftsalternativen zu finden. (Wir werden auf einige dieser Strategien in Kapitel 4 eingehen.)

- Angst vor Veränderung
- Verhaltensträgheit (»alte Gewohnheiten«)
- »Gelernte Inkompetenz«
- Sekundäre Gewinne aus dem Problemverhalten
- Fähigkeitsdefizite
- Fehlende oder unzureichende Informationen
- Widerstand gegen den Therapeuten

*Kasten 2.2.3: Motivationshindernisse nach Kanfer et al. (2000)*

So abstrakt dieses Modell und seine Implikationen in diesen wenigen Zeilen vielleicht auch klingen mögen – es lohnt sich in jedem Fall, die ausführlichen Hinweise, Strategien und Beispiele bei Kanfer und Mitarbeitern nachzulesen. Sie gehen deutlich über das hinaus, was sich üblicherweise in den meisten Manualen und sonstigen Publikationen zur Motivation von Kindern und Eltern findet. Ergänzend dazu sei noch auf einige weitere Möglichkeiten hingewiesen.

Sofern Eltern sich *nicht sicher sind*, ob sie sich zusammen mit ihrem Kind auf die Therapie einlassen sollen, kann es hilfreich sein, zunächst auf eine *zeitlich begrenzte Mitarbeitsbereitschaft* hinzuwirken. Hierzu kann nach folgendem Schema vorgegangen werden (vgl. Kasten 2.2.4):

Angenommen, der Therapeut hat nach der Erklärung eines Regelplans versucht, den Eltern diese Vorgehensweise als effektives Verfahren (wie in Kasten 2.2.2 beschrieben) nahe zu legen. Auf seine Frage »Können Sie sich das vorstellen?« antwortet der Vater jedoch leider: »Nein, wohl eher nicht. Ich weiß nicht. Wir haben das ja schon einmal versucht. Ich bin mir nicht sicher, ob das funktionieren wird.« Eine mögliche Strategie des Therapeuten ist folgende:

1. *Nur mal angenommen, Sie würden sich darauf einlassen. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass es klappen könnte?* (Vater nennt 50 %, 10 %, 1 %, X % ...)
2. *Wären Sie prinzipiell bereit, etwas zu investieren, um diese Chance von X % zu nutzen?* (Fast alle Eltern sagen hier Ja!)
3. *Wie viel wären Sie bereit zu investieren, um diese Chance von X % zu nutzen? 1 Stunde? 5 Stunden? 10 Stunden?*

Bei der ersten Frage ist es völlig unerheblich, wie viel Prozent Wahrscheinlichkeit für den Erfolg genannt werden, sofern es nicht null Prozent sind – und das sagen die wenigsten Eltern. Diese (auch noch so geringe) Chance kann dann in Frage 2 aufgegriffen werden. Es ist hilfreich, zunächst in Frage 2 nach der *prinzipiellen Bereitschaft* zu fragen (da diese von kaum einem Elternteil verneint werden wird) und erst in Frage 3 nach der *konkreten Investitionsbereitschaft*. Sofern tatsächlich eine »Probezeit« vereinbart werden kann, ist es natürlich selbstverständlich, nach dieser ein Gespräch darüber zu führen, ob die bisherigen Zweifel ausgeräumt werden konnten und die Therapie fortgesetzt werden kann.

*Kasten 2.2.4: Fragestrategie zur Vereinbarung einer »Probezeit«*

Um die Motivation von Kindern zu fördern, ist natürlich noch auf den *Einsatz (therapeutischer) Spiele* hinzuweisen. Zu beachten ist allerdings, dass hierbei zweifellos die *Beziehungsmotivation* gefördert wird, oft aber unklar bleibt, inwieweit damit auch eine *Änderungsmotivation* geschaffen wird. Die Literatur hierzu ist kaum zu überblicken; exemplarisch sei auf das Buch *Spiele zum Umgang mit Aggressionen* von Portmann (2004) hingewiesen. Es bietet den Vorteil, dass die dort vorgestellten 134 Spiele thematisch geordnet sind und somit gezielt zu verschiedenen Zwecken im Therapieverlauf eingesetzt werden können (vgl. Kasten 2.2.5).

1. Aggressive Gefühle wahrnehmen und ausdrücken (19 Spiele)
2. Auslöser für Wut und Aggression erkennen (22 Spiele)
3. Sich selbst und andere besser verstehen (17 Spiele)
4. Wut und Aggression beherrschen und abbauen (26 Spiele)
5. Ich-Stärke und Selbstwertgefühl aufbauen (15 Spiele)
6. Nichtaggressive Beziehungen aufnehmen (19 Spiele)
7. Konflikte friedlich lösen (16 Spiele)

*Kasten 2.2.5: Thematische Übersicht der Spiele zum Umgang mit Aggressionen nach Portmann (2004)*

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass trotz aller Versuche, eine intrinsische Motivation beim Kind aufzubauen, dieser Versuch auch scheitern kann. Insbesondere bei Kindern mit oppositionellem Problemverhalten ist dies nicht unwahrscheinlich. Dementsprechend muss in diesen Fällen zumindest vorübergehend durch entsprechende operante Verfahren (vgl. Borg-Laufs & Hungerige, 2001; Hungerige & Borg-Laufs, 2005a) extrinsisch motiviert werden (eine ausführliche Diskussion extrinsischer vs. intrinsischer Motivation findet sich bei Mackowiak, 1999). Parallel dazu können andere Maßnahmen wie z. B. Elterntrainings eingesetzt werden (zur Information siehe Kasten 2.2.6).

Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie haben gezeigt, dass Elterntrainings insbesondere bei Kindern mit oppositionellem Trotzverhalten oder aggressiv-dissozialen Verhaltensweisen als *die* psychotherapeutische Methode der Wahl gelten (vgl. z. B. Kazdin, 1997; im Überblick auch Warnke et al., 2001).

Insbesondere für jüngere Kinder (Kindergarten- und Vorschulalter) haben sich Elterntrainings als sehr effektive Methode erwiesen; die Wirksamkeit ist aber auch für Kinder bis etwa zum 12. Lebensjahr sehr gut belegt (vgl. Warnke et al., 2001).

*Kasten 2.2.6: Kurzinformation zur Wirksamkeit von Elterntrainings*

## HEURISTIK ZUR FÖRDERUNG VON ÄNDERUNGSMOTIVATION

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

### 1. Sind die Voraussetzungen beim Klienten gegeben (Wissen/Kompetenzen), um sich überhaupt ändern zu können?

<i>Evtl. Wissensdefizite?</i>	<i>Evtl. Kompetenzdefizite?</i>
-------------------------------	---------------------------------

### 2. Lassen sich Ansatzpunkte zur Förderung der Änderungsmotivation durch die Grundbedingungen des Selbstmanagement-Ansatzes finden?

*Zu maximieren sind folgende Aspekte:*

- |                               |                                    |                              |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| → Max. persönlicher Kontrolle | → Max. selbstständiger Zielsetzung | → Max. der Selbstwirksamkeit |
| → Max. von Selbststeuerung    | → Max. von Transparenz             | → Max. von Freiwilligkeit    |

--

### 3. Lassen sich für diesen Klienten Ansatzpunkte finden, durch die Demoralisierung und Resignation abgebaut werden können?

--

### 4. Welche speziellen Motivationsstrategien scheinen für diesen Klienten geeignet, um die Änderungsmotivation zu erhöhen?

A) Strategien, die am Ausgangszustand ansetzen: Ideen?	B) Strategien, die an Motivationshindernissen ansetzen: Ideen?	C) Strategien, die am Zielzustand ansetzen: Ideen?

## 2.3 Erste vorläufige Ziel-Wertklärung (ZWK)

Während in Phase 4 die Ziele aller Beteiligten festgelegt werden und nach Möglichkeit ein gemeinsamer Konsens ausgehandelt wird (vgl. Kap. 4), ist es für den Therapieerfolg förderlich, sich bereits frühzeitig mit der Klärung individueller Ziele und Werte *zu beschäftigen*. Dieser Prozess beginnt bereits in Phase 1 und wird in Phase 2 fortgesetzt; je nach Art der Problematik kann die Ziel-Wertklärung aber einen sehr unterschiedlichen Zeitraum beanspruchen (bei einer akuten Suizidgefahr sind die therapeutischen Ziele z. B. offensichtlich).

Ausführliche Hinweise für eine Ziel-Wertklärung mit Erwachsenen geben Kanfer et al. (2000); Beispiele für eine Ziel-Wertklärung mit Kindern finden sich in Kapitel 4. Um Wiederholungen zu vermeiden, verzichten wir an dieser Stelle auf eine nähere Beschreibung. Die jeweiligen Strategien können jedoch bereits in dieser Phase eingesetzt werden, um durch eine frühzeitige Beschäftigung mit Zielzuständen die Änderungsmotivation von Eltern und Kind zu erhöhen und dem Therapeuten das derzeitige Ziel- und Wertesystem der Familie näher zu bringen.

## 2.4 Vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen

Nachdem in Phase 1 eine Vielzahl problembezogener Informationen gesammelt und erste Überlegungen hinsichtlich therapeutischer Ansatzpunkte angestellt wurden, sind inzwischen zahlreiche Informationen hinzugekommen, die die *Motivation der einzelnen Familienmitglieder* betreffen, an den verschiedenen Problemen zu arbeiten. Es ist also notwendig, die erste Auswahl von Änderungsbereichen unter Berücksichtigung dieser neuen Informationen erneut zu überdenken und im Sinne des diagnostischen Trichterungsprozesses weiter einzuschränken. Hierbei spielen einerseits *sachliche Kriterien* (vgl. 2.4.1, vgl. hierzu auch 1.2.3), andererseits nun zusätzlich aber auch *motivationale Kriterien* (vgl. 2.4.2) eine Rolle. (Auch diese Überlegungen sind jedoch nur vorläufig, da noch die Informationen aus den Bedingungsanalysen in Phase 3 fehlen.)

### 2.4.1 Sachliche Kriterien

Grundlegend ist in diesem Zusammenhang die Frage, welche Konsequenzen eintreten würden, wenn die therapeutische Behandlung *stattfinden* bzw. *ausbleiben* würde. Eine weitere Orientierung für die (positive) Auswahl geeigneter therapeutischer Ansatzpunkte geben z. B. folgende Fragen (vgl. Kasten 2.2.7; in Anlehnung an Kanfer et al., 2000):

- Handelt es sich um eine Problematik mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung?
- Ist das Problem für das Kind oder die Familie stark belastend?
- Ist das Problem prinzipiell änderbar?
- Ist das Problem mit dem derzeitigen Therapeuten bzw. in der derzeitigen Einrichtung änderbar?
- Ist das Problem in der derzeitigen Lebenssituation der Familie änderbar?
- Besteht für die Lösung des Problems eine gewisse Erfolgswahrscheinlichkeit?

*Kasten 2.2.7: Kriterien für die Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte (Auswahl)*

### 2.4.2 Motivationale Kriterien

Wie die Überlegungen in diesem Kapitel zeigen, werden sich weder Kinder noch Eltern ändern, wenn sie nicht ausreichend *motiviert* sind, dies zu tun. Neben den sachlichen Aspekten der Auswahl entsprechender Änderungsbereiche muss der Therapeut also stets mit bedenken, in welchem Ausmaß *wer wie stark* motiviert ist, an *welchen* Problemen zu arbeiten. Er sollte daher möglichst frühzeitig versuchen, sowohl *aus Sicht des Kindes* als auch *aus Sicht der Eltern* für sich auf folgende Fragen eine ehrliche Antwort zu finden (vgl. Kasten 2.2.8, in Anlehnung an Kanfer et al., 2000):

- Was ändert sich, wenn ich mich ändere?
- Wird es besser sein, wenn ich mich ändere?
- Kann ich es überhaupt schaffen?
- Lohnt sich der Aufwand?
- Kann ich auf diesen Therapeuten bauen?

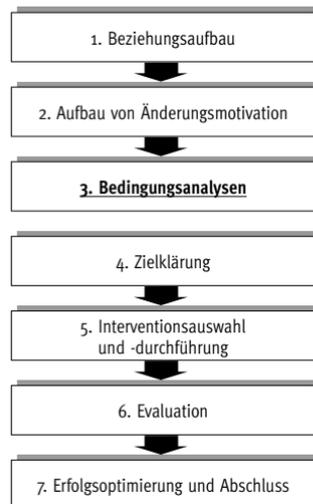
*Kasten 2.2.8: 5 Motivationsfragen für Eltern und Kind*

Nur wenn es dem Therapeuten gelingt, bei dem Kind und den Eltern eine ausreichende Änderungsmotivation aufzubauen, also im Sinne Musils Wünsche, die sich selbst ernst nehmen, werden sie diese Fragen positiv beantworten und die Therapie erfolgreich abschließen.

## 3. Das Erklärungsmodell: Funktionale Bedingungsanalyse

### 3.1 Einleitende Bemerkungen zu Phase 3

Nach dem Aufbau der therapeutischen Beziehung und einer angemessenen Änderungsmotivation sowie der dabei selbstverständlich angefallenen Datenerhebung kann nun in der dritten Therapiephase der Schwerpunkt darauf gelegt werden, weitere wichtige Informationen zu sammeln und vor allen Dingen zu strukturieren. Erst jetzt, nachdem Beziehung und Motivation hergestellt wurden, werden die Kinder und auch ihre Eltern möglicherweise bereit sein, wichtige Informationen zu liefern, die auch evtl. tabuisierte Themen betreffen. Auch die Testdiagnostik mit aufwändigeren Verfahren (z. B. Intelligenzdiagnostik, störungsspezifische Tests) sollte erst dann durchgeführt werden, wenn die Kinder sich dem Therapeuten bereits mit ihren Stärken und Ressourcen zeigen konnten und eine tragfähige Beziehung hergestellt wurde. Sie werden dann freier und aufrichtiger bei der Beantwortung von peinlichen Testitems sein und bei der Durchführung von Leistungstests nicht mehr die Sorge haben, sich dem



Therapeuten als erstes mit ihren »Schwachpunkten« präsentieren zu müssen. In dieser Therapiephase 3 wird also zwingend auf dem in den ersten Therapiephasen Erreichten aufgebaut. Daher muss neben den Schwerpunktzielen der aktuellen Therapiephase auch der Stand von Beziehung und Motivation im Blick behalten werden (vgl. Checkliste 2.3.1), d. h., Beziehung und Motivation müssen in hinreichendem Umfang gegeben sein. Sie dürfen auch durch die diagnostischen Maßnahmen in Phase 3 nicht »gefährdet« werden.

### Checkliste 2.3.1: Erhaltungsziele aus Phasen 1 und 2

#### Vor Beginn der Phase 3:

- Zeigt das Kind das erforderliche Basisverhalten dem Therapeuten gegenüber (Therapienachfrage, Mitarbeit, Offenheit, Bereitschaft zum Ausprobieren)?
- Zeigen die Eltern das erforderliche Basisverhalten dem Therapeuten gegenüber (Therapienachfrage, Mitarbeit, Offenheit, Bereitschaft zum Ausprobieren)?
- Ist das Setting für die Behandlung des Kindes und der Familie angemessen hergestellt?
- Wurden problembezogen und hypothesengeleitet Informationen gesammelt und erste Ansatzpunkte (*targets*) für die Veränderung erarbeitet?
- Wurden erste Maßnahmen zur Evaluation der therapeutischen Erfolge eingeleitet?

#### Während der Phase 3:

- Werden die jetzt einsetzenden diagnostischen Maßnahmen für die Beteiligten angenehm oder unangenehm bzw. werden eher unangenehme diagnostische Maßnahmen (z. B. sehr aufwändige Testverfahren) in einer möglichst angenehmen und die Beziehung und die Motivation nicht belastenden Weise durchgeführt?
- Wie müssen die diagnostischen Ergebnisse und die der Bedingungsanalysen vermittelt werden, damit weder beim Kind noch bei seiner Familie Beziehung und Änderungsmotivation gefährdet werden?

In dieser dritten Therapiephase, der Phase der *funktionalen Bedingungsanalyse*, wird schwerpunktmäßig das Ziel verfolgt, die für

die Therapieplanung notwendigen Informationen zu komplettieren und daraus eine stimmige Analyse des vorliegenden Einzelfalles abzuleiten.

Mit der Betonung der einzelfallorientierten Bedingungsdiagnose wollen wir uns deutlich von einer Vorgehensweise abgrenzen, bei der der Schwerpunkt der Diagnostik lediglich auf der Erarbeitung einer stimmigen klassifikatorischen Diagnose liegt, die dann als Ausgangspunkt für eine im Wesentlichen störungsorientierte Therapieplanung dienen soll. Zwar erkennen wir den hohen Wert störungsspezifischer Therapiemanuale durchaus an (vgl. etwa Borg-Laufs, 2001a), halten aber einen ausschließlich störungsorientierten Zugang für nicht hinreichend: Das gleiche Störungsbild kann durch unterschiedliche Ursachen ausgelöst und durch unterschiedliche Bedingungen aufrechterhalten werden (Äquifinalität). Die entwicklungspsychopathologische Forschung zur Entwicklung aggressiven Verhaltens über die Lebensspanne hat z. B. deutlich gemacht, dass die gleiche aktuelle Symptomatik, die als »Störung des Sozialverhaltens« (F91) klassifiziert wird, bei den Betroffenen völlig andere Ursachen und aufrechterhaltende Bedingungen aufweisen kann. Das Verhalten bei den so genannten »frühen Startern«, die bereits als Kleinstkinder auffällig waren und im Laufe ihrer abweichenden Biographie eine Fülle von Problemen akkumuliert haben, ist aufgrund der komplexen aufrechterhaltenden Bedingungen viel schwieriger und mit schlechterer Prognose zu behandeln als das aggressive Verhalten der so genannten »späten Starter«, die ebenfalls aktuell die Symptome einer Störung des Sozialverhaltens zeigen, aber als jüngere Kinder unauffällig waren (vgl. dazu Loeber, 1990; s. a. Borg-Laufs, 2003b). Wir gehen also davon aus, dass »Problemstrukturen in hohem Maß idiographischer Natur sind, auch wenn eine identische diagnostische Kategorisierung anhand eines Primärsymptoms vorgenommen werden kann« (Bruch, 2000, S. 5).

Aus diesem Grund halten wir eine *mehrdimensionale Diagnostik* für unumgänglich, bei der verschiedene Bedingungsanalysen zu erstellen sind, die später zu einem integrierten Therapieplan zusammengefasst werden (vgl. Borg-Laufs, 2005c; siehe auch Döpfner & Borg-Laufs, 1999; Döpfner et al., 2000a).

In diesem Rahmen wird die funktionale Verhaltensanalyse nach dem SORCK-Modell (Kanfer & Saslow, 1965) eine besondere Rolle spielen. Die funktionale Betrachtung des Problemverhaltens wird von uns als *die zentrale Analyseebene* betrachtet, die durch weitere Bedingungsanalysen, etwa im Sinne einer Plananalyse, einer Systemanalyse, einer Analyse der Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse sowie Ressourcen-, Beziehungs- und Motivationsanalysen und der klassifikatorischen Diagnostik nach der ICD-10 (vgl. WHO, 2001; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001; vgl. dazu auch die Übersichten zur ICD-10 im Anhang) ergänzt wird.

Das diagnostische Vorgehen erfolgt dabei im Rahmen des Selbstmanagement-Ansatzes grundsätzlich *hypothesengeleitet*, d. h., es geht nicht um die Sammlung möglichst vieler Informationen, die etwa durch eine Breitbanddiagnostik mit obligatorischer Testbatterie erfolgt (vgl. auch Phase 1). Vielmehr werden *genau die Daten erhoben, die für die Therapieplanung* (vgl. Phase 5) *erforderlich sind*. Damit der Therapeut zu einer solchen rationellen Datenerhebung überhaupt in der Lage ist, muss er vor allem in der Therapiephase 3 *hypothesenorientiert* vorgehen. Während der gesamten diagnostischen Phase wird der Therapeut also Hypothesen über die funktionalen Zusammenhänge des Problemverhaltens entwerfen, die er im nächsten diagnostischen Schritt zu überprüfen sucht (vgl. Bruch, 2000; Fiedler, 1974; Hungerige, 2001; Bormann & Meyer-Deters, 2001). Das bedeutet, dass sowohl während der Klientenkontakte laufend Hypothesen über die aufrechterhaltenen Bedingungen aufgestellt werden (deren Angemessenheit jeweils durch die weiteren Fragen überprüft wird), als auch zwischen den Klientenkontakten sorgfältig geprüft werden muss, welche Informationen zur Erstellung der relevanten Bedingungsdiagnosen noch benötigt werden, um entsprechende diagnostische Maßnahmen (z. B. Einsatz von Testverfahren) planen zu können.

### Checkliste 2.3.2: Schwerpunktziele Phase 3

- Hypothesengeleitetes Erheben aller noch fehlenden Informationen.
- Erstellen einer angemessenen funktionalen Verhaltensanalyse nach dem SORCK-Modell unter besonderer Berücksichtigung der relevanten »O«-Variablen (z. B. übergeordnete Verhaltenspläne, psychologische Grundbedürfnisse).
- Erfassen der diagnostisch relevanten Informationen zu den Ressourcen des Klienten.
- Erfassen der diagnostisch relevanten Informationen zu den sozialen Systemen, in und mit denen der Klient lebt.
- Erfassen der Symptomatik im Hinblick auf eine stimmige klassifikatorische Diagnostik nach dem multiaxialen Klassifikationssystem der ICD-10.

## 3.2 Relevante Informationen für die Selbstmanagementtherapie mit Kindern

Bevor in den folgenden Abschnitten dieses Kapitels beschrieben wird, mit welchen diagnostischen Strategien und Methoden bestimmte Daten erhoben werden können, muss geklärt werden, *welche* Informationen für die angemessene Durchführung einer Kinderpsychotherapie relevant sind. Nach einer Analyse der Grundlagenliteratur zu dieser Frage (vgl. z. B. Kanfer et al., 2000; Bartling et al., 2005; Schulte, 1996; vgl. auch Grawe, 1998; für die Kinderpsychotherapie darüber hinaus Döpfner et al., 2000a; Döpfner & Borg-Laufs, 1999; Borg-Laufs, 2005c) scheinen folgende Kenntnisse für die Therapieplanung relevant zu sein:

- Präzise Kenntnisse über *Verhalten, Kognitionen* und *Gefühle* des Klienten und seiner involvierten Bezugspersonen in den Problemsituationen.
- Multiaxiale Klassifikation nach ICD-10 (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001), welche über das *klinische Störungsbild* (Achse I) hinaus Aussagen über *Entwicklungsstörungen* (Achse II),

*Intelligenzniveau* (Achse III), *körperliche* (Achse IV) und (*abweichende*) *psychosoziale Rahmenbedingungen* (Achse V) sowie das *psychosoziale Funktionsniveau* (Achse VI) ermöglicht (vgl. dazu die Übersichten im Anhang).

- Kenntnisse über die Verwirklichung der *psychologischen Grundbedürfnisse* des Kindes und über die v. a. darauf basierenden übergeordneten *Verhaltenspläne* (vgl. dazu Borg-Laufs, 2004b, 2005c).
- Angemessene Einschätzung der therapeutischen *Beziehung* und der *Veränderungsmotivation* des Kindes und der Eltern.
- Informationen über die sozialen *Systeme*, in denen das Kind sich bewegt.
- Kenntnisse der *Ressourcen* des Kindes (personale und soziale Ressourcen; vgl. auch Klemenz, 2003).
- Als zentrales Analyseinstrument eine *funktionale Verhaltensanalyse* nach dem SORCK-Modell, in welches über die Organismus-Variable »O« viele der genannten diagnostischen Erkenntnisse integriert werden können (wiederkehrende Kognitionsmuster, Entwicklungsstand, psychologische Grundbedürfnisse, übergeordnete Verhaltenspläne).

Die funktionale Analyse nach dem SORCK-Modell hat im Laufe der Zeit einige Änderungen erfahren und wird bei den verschiedenen Autorinnen und Autoren heute leicht unterschiedlich beschrieben. Dennoch herrscht über die grundlegenden Bestandteile einer solchen Analyse weitgehende Übereinstimmung. Wir wollen die einzelnen Elemente, aus denen sich das SORCK-Modell zusammensetzt, hier – aufgrund der Wichtigkeit dieses Analysemoduls – vorstellen (vgl. Kasten 2.3.1), müssen allerdings darauf verweisen, dass die Durchführung einer stimmigen funktionalen Analyse sowohl einer intensiven Einführung als auch einiger Übung bedarf. Die kurze Beschreibung, die wir im Rahmen dieses Buches liefern können, reicht sicherlich nicht aus, um funktionale Analysen auch in komplexeren Fällen zu erstellen (vgl. dazu ausführlicher Borg-Laufs, 2005c; mit einer etwas abweichenden Darstellung Bartling et al., 2005).

## Die funktionale Analyse nach dem SORCK-Schema

Die funktionale Analyse nach dem SORCK-Schema dient dazu, Verhalten entsprechend dem lerntheoretischen Paradigma des instrumentellen Konditionierens funktional zu erklären und dadurch zu therapeutischen Ansatzpunkten zu gelangen (vgl. Kap. 5). Mit anderen Worten, es stellt sich also stets die Frage, welche *Funktion* ein bestimmtes Verhalten erfüllt, d. h., welche Verstärkung dadurch erzielt wird. Dabei wird – blenden wir die »O«-Variable zunächst einmal aus – im Wesentlichen eine Mikro-Verhaltensanalyse (Verhalten-in-Situationen) durchgeführt, d. h., die Analyse bezieht sich auf eine kurze Sequenz, einen kleinen Verhaltensausschnitt, der aber paradigmatisch für das Problemverhalten ist. Bei der Durchführung einer funktionalen Verhaltensanalyse ist folgendes Vorgehen empfehlenswert:

Zunächst wird das zu analysierende Verhalten identifiziert. Nehmen wir an, es geht um ein aggressives 14-jähriges Mädchen, das ihre Mutter häufig anschreit und beleidigt. Dies ist das Problemverhalten, welches betrachtet werden soll. Wir nennen es ihre *Reaktion (R)*. Im Explorationsgespräch mit der Jugendlichen erfahren wir, dass sie nicht nur schreit und eine drohende Körperhaltung einnimmt (dies bezeichnen wir beides als motorisches Verhalten, also  $R_{mot}$ ), sondern dass sie dabei sehr wütend ist (die emotionale Reaktion,  $R_{emot}$ ), dass sie denkt »Was will die bescheuerte Kuh von mir?!« (die kognitive Reaktion,  $R_{kog}$ ) und dass ihr Puls sich beschleunigt (die physiologische Reaktion,  $R_{phys}$ ). Damit haben wir ihr Verhalten auf mehreren Ebenen hinreichend präzise beschrieben. Als Nächstes erheben wir, was der Reaktion unmittelbar vorausgeht. Wir erfahren, dass sie dieses Verhalten immer dann zeigt, wenn ihre Mutter sie zuvor zu einer Haushaltstätigkeit aufgefordert hat. Dies bezeichnen wir als die *Situation* (oder den *Stimulus, S*). Damit haben wir eine S-R-Verbindung hergestellt. Als nächstes ist zu fragen, welche *Konsequenzen* auf das Verhalten des Mädchens folgen (*Consequences, C*). Dabei erfahren wir, dass sie der Aufforderung im Weiteren nicht folgen muss (ein negativer Zustand wird entfernt, C-), sie ein angenehmes Gefühl der Macht gegenüber der Mutter erlebt (C+) und ihre Wut sinkt (C-). Damit haben wir eine einfache S-R-C-Verbindung erfasst. Nun ist noch zu klären, wie die *Kontingenz (K)* ist, d. h. vor allem, ob die Belohnung jedes Mal erfolgt (kontinuierlich) oder nur manchmal (intermittierend). Im vorliegenden Fall erfahren wir, dass dies die regelmäßigen (kontinuierlichen) Konsequenzen ihres Verhaltens sind. Schließlich ist noch festzustellen, ob sich aus der Persönlichkeitsdiagnostik, der Plananalyse, der Entwicklungsdiagnostik oder der Analyse der Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse eine zeitlich überdauernde Disposition ableiten lässt, die wir als *Organismus-Variable (O)* bezeichnen. Möglicherweise finden wir, dass das Mädchen eine unbefriedigende Bindung zur Mutter erlebt und ein großes Bedürfnis nach Autonomie hat.

Damit könnten wir also folgende funktionale Mikroanalyse erstellen:

<b>S</b>	→	<b>O</b>	→	<b>R</b>	→	<b>C</b>	→	<b>K</b>
Aufforderung zur Hausarbeit durch die Mutter		unbefr. Bindung Autonomiestreben		$R_{mot}$ schreien $R_{kog}$ Was will die? $R_{emot}$ Wut $R_{phys}$ Pulserhöhung		C-/Aufgaben entfallen C+ Machterleben C-/Wutreduktion		kont. kont. kont.

Kasten 2.3.1: Funktionale Analyse nach dem SORCK-Modell (Mikroanalyse)

Im *Störungsübergreifenden Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (SDS-KJ; Borg-Laufs, 2005c) werden die dargestellten Informationen so weit integriert, dass letztlich sechs relevante Analyseebenen zu beachten sind, um die Therapieplanung durchzuführen, und zwar:

1. Funktionale Problemanalyse
2. Ressourcenanalyse
3. Systemanalyse
4. Störungsbildanalyse
5. Beziehungsanalyse
6. Motivationsanalyse

#### **Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ)**

Beim SDS-KJ handelt es sich um ein speziell für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie konstruiertes Diagnosesystem, welches die störungsübergreifende Diagnostik in den Mittelpunkt rückt. Die Störungsperspektive wird derzeit immer differenzierter ausgearbeitet, z. B. haben sich zusätzlich zu den störungsspezifischen Tests auch Interviewleitfäden (Unnewehr, Schneider & Margraf, 1995) und Fragebogensysteme (Döpfner & Lehmkuhl, 1998) etabliert, die die klassifikatorische Diagnostik in den Mittelpunkt stellen. Auch die Entwicklung störungsspezifischer Leitlinien für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (DGKJP, 2000) entspricht dieser Herangehensweise.

Mit dem SDS-KJ wird hingegen ein Diagnostik-System aus diagnostischen Materialien (Explorationsbogen, Verhaltensbeobachtungsbogen, Fragebögen) und Rastern und Vorlagen für weiter gehende Analysen (Kognitionsanalyse, Ressourcenanalyse, Analyse der psychologischen Grundbedürfnisse, funktionale Verhaltensanalyse, Plananalyse, Systemanalyse, Beziehungsanalyse, Motivationsanalyse) und für die daraus abgeleitete Therapieplanung eingeführt, in welchem störungsübergreifende bzw. störungsunabhängige Problem- und Ressourcenkonstellationen im Mittelpunkt der Diagnostik und Therapieplanung stehen.

*Kasten 2.3.2: Kurzinformation zum SDS-KJ (Borg-Laufs, 2005c)*

### 3.3 Diagnostische Strategien und Materialien in der Selbstmanagementtherapie mit Kindern

Bereits in den beiden vorangegangenen Therapiephasen mit den Schwerpunkten auf Beziehungs- und Motivationsaufbau wurden stets begleitend *auch* hypothesenorientiert und zielführend Informationen erhoben. Spätestens im Rahmen der Phase 3 der Selbstmanagementtherapie steht allerdings diese Strategie im Vordergrund: Die Daten müssen nun für die folgende Therapieplanung komplettiert werden. Die Strategie besteht also weiterhin darin, im Sinne des diagnostischen Trichterungsprozesses (vgl. Phase 1) von allgemeineren, »gröberen« Informationen nun zu ganz spezifischen Informationen überzugehen, die im Hinblick auf die weitere Arbeit von Bedeutung sind. Entsprechend der oben genannten Analyseebenen müssen also gezielt Informationen gewonnen werden, um Aussagen darüber treffen zu können,

1. wie das Problemverhalten des Kindes bzw. auch das dysfunktionale Verhalten der Eltern oder weiterer Beteiligter *funktional aufrechterhalten* wird (**situative Verhaltensanalyse** nach dem SORCK-Modell unter Einbeziehung intrapsychischer »O«-Variablen);
2. welche Ressourcen des Klienten und seiner Familie genutzt bzw. nutzbar gemacht werden können (**Ressourcenanalyse**);
3. wie die Systembedingungen in der Familie das Problemverhalten mit bedingen (**Systemanalyse**);
4. welche Störungsbilder zu diagnostizieren sind (**Störungsbildanalyse**);
5. welche Qualität die therapeutische Beziehung hat bzw. wie sich der Therapeut interaktionell verhalten sollte, um eine gute Beziehung herzustellen bzw. beizubehalten (**Beziehungsanalyse**) und
6. wie stark die Änderungsmotivation des Klienten ist bzw. welche spezifischen Motivationshemmnisse einer Verhaltensänderung im Wege stehen (**Motivationsanalyse**).

### 3.3.1 Funktionale Verhaltensanalyse unter Einbeziehung überdauernder Dispositionen

Bereits in Kapitel 3.2 wurden die Grundlagen der funktionalen Verhaltensanalyse vorgestellt. Die Strategie des Therapeuten besteht darin, dass er die Hypothesen, die er über funktionale Zusammenhänge entwickelt, im Explorationsgespräch sofort überprüft, etwa in der folgenden Weise:

<b>Mutter:</b>	<i>Und das Schlimmste ist, wenn er immer bei den Hausaufgaben dieses Theater macht.</i>
<b>Therapeut:</b> [will die Situation erst einmal im Überblick erfassen]	<i>Oh, das interessiert mich! Können Sie mir einmal genauer beschreiben, wie die Hausaufgabensituation zum Beispiel heute abgelaufen ist?</i>
<b>Mutter:</b>	<i>Also das war ganz schlimm heute: Er sollte mit den Hausaufgaben anfangen, dann hat er aber erst einmal wieder 10 Dinge gefunden, die er mir erzählen wollte. Als es dann endlich irgendwann losging, hat er sofort gesagt »Das kann ich nicht« und dann hab' ich natürlich geschimpft, weil er das immer so sagt, obwohl sie das doch morgens in der Schule gelernt haben. Und dann ist er auch laut geworden, hat mich beleidigt und herumgeschrien, ich wär 'ne Scheiß-Mama, und wir hatten mal wieder das reinste Theater. Das hat 2 Stunden gedauert, bis wir fertig waren, dabei waren es nur 2 Nummern im Mathebuch.</i>
<b>Therapeut:</b> [hat nun bereits Informationen über einen Teil des Problemverhaltens des Kindes; er hat jetzt die Hypothese, dass die Situation recht unstrukturiert ist, z. B. dass das Kind zu wechselnden Zeiten mit den Hausaufgaben beginnt]	<i>Wo und wann macht Markus denn seine Hausaufgaben? Immer an einem bestimmten Ort und zu einer bestimmten Zeit oder ...?</i>
<b>Mutter:</b>	<i>Ja, mit den Hausaufgaben fangen wir grundsätzlich nach dem Mittagessen an und wir machen das am Küchentisch.</i> <b>→ Hypothese des Therapeuten falsifiziert!</b>
	→

<b>Therapeut:</b> [entwickelt neue Hypothesen zur Anfangssituation der Hausaufgaben, etwa, dass die Mutter dem Kind das selbstständige Auspacken der Hefte und Bücher abnimmt, während dieser »10 Dinge« erzählt]	<i>Aha, schön, und wie geht es dann los? Packt Markus seine Bücher und sein Hausaufgabenheft von selber aus, oder ...</i>
<b>Mutter:</b>	<i>Wenn ich darauf warten würde, ginge es ja nie los. Nein, nein, das mache immer ich, und dann hole ich ihn her, er soll sich hinsetzen und anfangen.</i> <b>→ Hypothese kann beibehalten werden!</b>
<b>Therapeut:</b> [vermutet, dass Markus erst nach mehrfacher Aufforderung anfängt]	<i>Und? Fängt er dann sofort an?</i>
<b>Mutter:</b>	<i>Ach was! Das muss ich ihm doch erst zehnmals sagen, dass ich ihm nicht noch die Hand beim Schreiben führen muss, ist alles ...</i> <b>→ Hypothese kann beibehalten werden!</b>
<b>Therapeut:</b> [hat nun die Hypothese, dass das Verhalten des Jungen dem Ziel dient, möglichst wenig der anstrengenden Hausaufgaben selbstständig zu erledigen]	<i>Und wie geht das dann weiter? Arbeitet Markus dann zügig oder müssen Sie immer wieder einspringen?</i>
<b>Mutter:</b>	<i>Nein, bei jeder Aufgabe stellt er so lange dumme Fragen, bis ich ihm alles wieder haarklein erkläre und ihm die Ergebnisse vorkaue. Dabei vergisst er angeblich sogar, wie Aufgaben zu lösen sind, die er gerade vorher noch konnte.</i> <b>→ Hypothese kann beibehalten werden!</b>

Dieser kurze Ausschnitt aus einem Explorationsgespräch verdeutlicht, was mit hypothesengeleitetem Vorgehen gemeint ist. Der Therapeut fragt gezielt so nach, dass die von ihm aufgestellten Hypothesen von der Mutter falsifiziert<sup>1</sup> werden können. Durch die wenigen Fragen kann er nun eine SRC-Kette erstellen, die er im weiteren Verlauf des Gespräches sicher noch verfeinern wird. So muss etwa noch geklärt werden, ob die Verstärkung (die massive Hilfe der Mutter) immer (kontinuierlich) erfolgt oder ob es Ausnahmen gibt und so weiter. Diese funktionalen Zusammenhänge

werden in aller Regel im Rahmen des Explorationsgesprächs geklärt (vgl. Hungerige, 2001; vgl. auch Kap. 1.2.5). Verhaltensbeobachtungen (vgl. Mackowiak, 2001; vgl. auch Kap. 1.2.7) können dabei hilfreich sein, aber das Gespräch bleibt das entscheidende Medium für die Erstellung der funktionalen Analyse. Auch mit dem Kind muss die Situation besprochen werden, um einerseits seine Kognitionen und Gefühle in der Situation zu erfahren und andererseits zu klären, wie es mit der Verstärkung aus seiner Sicht aussieht bzw. ob bestimmte Stimulusbedingungen für ihn im Vordergrund stehen (Stichwort: Stimuluskontrolle, vgl. z.B. Hungerige & Borg-Laufs, 2005a; Borg-Laufs & Hungerige, 2001).

Allerdings gibt es einen Bestandteil der funktionalen Analyse, nämlich die »O«-Variable, die durch weitere diagnostische Schritte und Analysen erfasst werden muss. In den ersten Versionen der funktionalen Analyse stand die Organismus-Variable noch für rein körperliche Zustände (Kanfer & Saslow, 1965). Heute besteht aber Einigkeit darüber, dass die Organismus-Variable *überdauernde Dispositionen psychischer und physischer Art* enthält, die für die Therapieplanung relevant sind (vgl. z.B. Kanfer et al., 2000). Für die Kindertherapie scheinen hier insbesondere folgende Variablen eine herausragende Rolle zu spielen:

- Wichtige körperliche Rahmenbedingungen (chronische Krankheiten etc.)
- Kognitive Schemata und Attributionsmuster

---

<sup>1</sup> Es sei darauf hingewiesen, dass wir den Begriff »falsifizieren« natürlich nicht im Sinne der Erkenntnis- oder Wissenschaftstheorie (z. B. des Kritischen Rationalismus Poppers), sondern in einer viel schlichteren Weise gebrauchen: Wenn z. B. – wie in dem Ausschnitt aus einem Explorationsgespräch – der Therapeut die Hypothese hat, dass das Kind zu unterschiedlichen Zeiten mit den Hausaufgaben beginnt und die Mutter dies verneint, wäre es zunächst weder plausibel noch zielführend, weiter an dieser Hypothese festzuhalten: Sie ist in diesem Sinne »falsifiziert«. Es kann sich aber durchaus im späteren Therapieverlauf herausstellen, dass die anfängliche Hypothese zutreffend war, also im Nachhinein »verifiziert« werden kann. Konstruktivistisch sozialisierte Leserinnen und Leser mögen uns diesen laxen Sprachgebrauch verzeihen!

- Das Erleben von Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse
- Übergreifende Verhaltenspläne
- Entwicklungs- und Intelligenzniveau

Allerdings fließen nicht alle Dispositionen grundsätzlich in die funktionale Analyse ein. Vielmehr kommt es darauf an, ob die jeweilige Disposition im Rahmen der funktionalen Analyse von Bedeutung sein kann, also z. B. bestimmte Reaktionen wahrscheinlicher macht oder den Verstärkungswert von Konsequenzen erklären kann.

### *Körperliche Rahmenbedingungen*

Die Wechselbeziehungen zwischen psychischen und somatischen Auffälligkeiten sind vielfältig und können im Rahmen dieses Buches auch nicht ansatzweise dargestellt werden. In starker Vereinfachung lassen sich aber zwei Kausalrichtungen gegenseitiger Beeinflussung ausmachen (vgl. z. B. Döpfner et al., 2000a):

1. Psychische Störungen können *somatisch verursacht* sein, z. B. durch den Einfluss von Medikamenten, Drogen oder toxischen Substanzen, Infektionen, Schädel-Hirn-Traumata, genetischen Anomalien, endokrinologischen Störungen oder perinatalen Hirnschädigungen.
2. Umgekehrt können somatische Störungen *psychisch verursacht* sein, so z. B. bei einer Anorexie oder Bulimie.

Die medizinische Diagnose auf Achse IV des multiaxialen Klassifikationssystems der ICD-10 wird nicht vom Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gestellt, sondern dem jeweiligen Konsiliarbericht entnommen: Seit 1999 ist für die Durchführung einer Psychotherapie bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (oder Psychologischen Psychotherapeuten) nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und den Psychotherapierichtlinien der Krankenkassen die konsiliarische Vorstellung des Klienten bei einem Arzt Voraussetzung (vgl. Faber & Haarstrick, 2003; Jerouschek, 2004).

Bekannte Krankheiten im Kinder- und Jugendlichenbereich sind z. B. die verzögerte (E30.0) oder vorzeitige Pubertät (E30.1) (Pubertas tarda bzw. praecox), Fettsucht (Adipositas) (E66), die klassische Phenylketonurie (PKU; E70.0, eine Stoffwechselstörung), Epilepsie (G40), Migräne (G43), Asthma (J45) oder das Down-Syndrom (Trisomie 21) (Q90). Eine praktische und preiswerte Übersicht *sämtlicher* Diagnosen, die auf der Basis der ICD-10 gestellt werden können, wurde vom *Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information* zusammengestellt (DIMDI, 2000).<sup>2</sup> Indikationskriterien für die Diagnostik körperlicher Funktionen sowie eine Synopsis über den Zusammenhang von Untersuchungsparametern, diagnostischer Zielsetzung und diagnostischen Methoden finden sich in übersichtlicher Form bei Döpfner et al. (2000a).

Auf die Erfassung körperlicher Rahmenbedingungen im engeren Sinne (somatische Diagnosen) kann hier nicht näher eingegangen werden.

Es sollen aber einige Beispiele für die Bedeutung körperlicher Rahmenbedingungen als Organismus-Variable im Rahmen der funktionalen Analyse gegeben werden:

Eine chronische Erkrankung, die erhöhte Müdigkeit zur Folge hat, kann z. B. den Verstärkungswert von Konsequenzen mitbestimmen. Die erhöhte Müdigkeit mag dazu beitragen, dass ein Verstärker wie der Wegfall schulischer Anforderungen (indem z. B. bestimmte Aufgaben nicht erledigt werden müssen) besonders wirksam ist. Eine Adipositas (nach der ICD-10 kodiert als E66, »Fettsucht«), die zu körperlicher Ungeschicklichkeit in motorischen Spielen beiträgt, kann mit erklären, warum ein sozial ängstliches Kind z. B. aus Scham bei sportlichen Spielen mit Gleichaltrigen nicht mitmacht, obwohl es viele negative Konsequenzen dafür erhält.

---

<sup>2</sup> Unsere »Lieblingsdiagnose« ist derzeit zweifellos R45.2: Unglücklichsein (vgl. DIMDI, 2000, S. 609). Wir sind allerdings unglücklich darüber, dass sie so wenig differenziert ist, und schlagen daher folgende Erweiterung vor: R45.20: auf den familiären Rahmen beschränktes Unglücklichsein, R45.21: Unglücklichsein bei fehlenden sozialen Bindungen und R45.22: Unglücklichsein bei vorhandenen sozialen Bindungen. Zu beachten ist natürlich, dass die allgemeinen Kriterien für Unglücklichsein erfüllt sein müssen ...

## *Kognitive Schemata und Attributionsmuster*

Dysfunktionale und irrationale Überzeugungen, die immer wieder auftreten, spielen auch im Kindesalter eine wichtige Rolle. Die in *konkreten Situationen* auftretenden automatischen Gedanken gehören *nicht* zur Organismus-Variable, sondern werden als *situationsbezogenes* kognitives Verhalten ( $R_{\text{kog}}$ ) betrachtet. Aber die hinter diesen automatischen Gedanken liegenden Grundüberzeugungen (*beliefs*), die die automatischen Gedanken determinieren, können als übergeordnete Schemata und Attributionsmuster aufgefasst werden. Auch Kinder neigen zu Verallgemeinerungen und sind somit anfällig für jene irrationalen Grundüberzeugungen, die durch verabsolutierende Wörter wie »immer«, »nie«, »alle« oder »keiner« gekennzeichnet sind. So werden Grundüberzeugungen wie etwa eine stark ausgeprägte Misserfolgserwartung (»Ich schaffe sowieso nie etwas Gutes!«) selbstverständlich nicht ohne Auswirkung auf das Erleben und Verhalten des Kindes bleiben.<sup>3</sup> Auch bestimmte Attributionsstile, d. h. die Art der Einschätzung, worauf bestimmte Ereignisse ursächlich zurückzuführen sind, prägen Wahrnehmung und Verhalten. Als problematisch ist z. B. anzusehen, wenn negative Ereignisse grundsätzlich intern stabil attribuiert werden (»Dass ich die Mathearbeiten nicht besser schaffe, liegt an meiner Dummheit, und da kann man nun einmal nichts daran machen!«), während hier eine Neigung zu intern labiler Attribution (»Dass ich die Mathearbeit schlecht geschrieben habe, liegt wohl daran, dass ich diesmal nicht genug gelernt habe!«) offensichtlich günstigere Verhaltenskonsequenzen hat.

### *Erleben von Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse*

Insbesondere Klaus Grawe (1943–2005) hat die Bedeutung der psychologischen Grundbedürfnisse in der Psychotherapie hervorgehoben (Grawe, 1998). Er greift dabei auf ein Modell von Epstein (1990) zurück, welcher unter Rückgriff auf eine Fülle empirischer Belege folgende grundlegende menschliche Bedürfnisse postuliert:

---

<sup>3</sup> Eine sehr gute und amüsante Einführung in die Psychologie »klassischer Denkfällen« geben Freeman und DeWolf (2004) in ihrem Buch »Die 10 dümmsten Fehler kluger Leute«.

- Orientierung und Kontrolle,
- Lustgewinn/Unlustvermeidung,
- Bindung und
- Selbstwerterhöhung.

Eine theoretische Begründung für diese Auswahl kann an dieser Stelle nicht erfolgen; hierfür sei auf Grawe (1998) verwiesen. Wie bereits an anderer Stelle ausführlich dargelegt (Borg-Laufs, 2002, 2004b; vgl. auch Immisch, 2004), ist die Beachtung der psychologischen Grundbedürfnisse auch in der Kinderverhaltenstherapie von zentraler Bedeutung (vgl. Kasten 2.3.3): Menschen streben danach, ihre Grundbedürfnisse zu verwirklichen bzw. in diesen nicht verletzt zu werden. Die Vermeidung einer Verletzung dieser Bedürfnisse stellt häufig eine wichtige Verstärkung von Vermeidungsverhalten dar. So vermeiden z. B. Menschen, die in engen Bindungen häufig Verletzungen erlebt haben, möglicherweise zukünftig, überhaupt enge Beziehungen einzugehen, um weitere Verletzungen zu vermeiden (*Vermeidungsziel*). Andererseits können das Erlangen von Kontrolle, das Erleben von Lust oder Selbstwerterhöhung wichtige *Annäherungsziele* darstellen, und die Aussicht auf die Erhöhung des Selbstwerterlebens kann somit z. B. die Valenz einer mit Lob und Anerkennung verbundenen Zuwendung erhöhen.

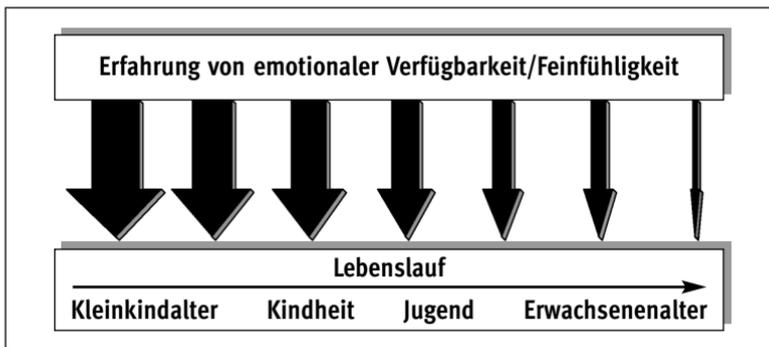


Abb. 2.3.1: Entwicklung der äußeren Beeinflussbarkeit der Bindungsorganisation über den Lebenslauf (aus Borg-Laufs, 2001b; in Anlehnung an Spangler & Zimmermann, 1999)

## Psychologische Grundbedürfnisse

### Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Kinder brauchen (ebenso wie Erwachsene) in Abhängigkeit von ihrem Entwicklungsstand die Erfahrung, sich in ihrer Welt zurechtzufinden und sie zu verstehen (*Orientierung*) sowie diese auch beeinflussen zu können (*Kontrolle*). Das setzt voraus, dass ihre Umwelt sich auch so verhält, dass diese Erfahrungen prinzipiell gemacht werden können. Eine hohe interne Kontrollüberzeugung, also die Überzeugung, sein Leben beeinflussen zu können, steht daher in eindeutigen Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden (vgl. Flammer, 1990; vgl. zur Bedeutung von Selbstkontrolle auch Ronen, 2000).

### Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung

Das Streben nach Lustgewinn und Unlustvermeidung ist unmittelbar evident und kann als wichtigstes Feedbacksystem für die Verhaltensanpassung gesehen werden. Jeder Mensch strebt für ihn tendenziell lustvolle Erfahrungen an und versucht Erfahrungen zu vermeiden, die Gefühle der Unlust auslösen.

### Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung

Menschen streben ein »gutes Gefühl« bezüglich der eigenen Person an (vgl. Brown, 1993). Die Selbstbewertung ist natürlich auch von der Fremdbewertung durch andere Personen abhängig: Insbesondere bei jungen Kindern wird das Selbstwertgefühl u. a. ganz entscheidend dadurch geprägt, ob sie von ihren wichtigsten Bezugspersonen selbstwertdienliche Rückmeldungen erhalten.

### Das Bedürfnis nach Bindung

Unter »Bindung« wird seit Bowlby (1975) ein lang andauerndes »affektives Band« an nicht auswechselbare Bezugspersonen verstanden. Je jünger Kinder sind, desto stärker sind sie aufgrund ihrer starken Abhängigkeit von erwachsenen Bezugspersonen darauf angewiesen, eine sichere Bindung zu ihnen zu erleben. Die Bindungserfahrungen, die Menschen machen, fließen in ihr so genanntes *internes Arbeitsmodell* von Bindung ein, welches aus kognitionspsychologischer Sicht als *kognitives Schema* beschrieben werden kann. Dieses kognitive Schema prägt die Sicht von Beziehungen erheblich und beeinflusst, in welcher Weise Menschen in der Lage sind, befriedigende Beziehungen zu anderen aufzubauen. Wenn Kinder keine sicheren Bindungen zu ihren wichtigsten Bezugspersonen erleben, muss dies als Risikofaktor für eine Fülle psychischer Störungen betrachtet werden (vgl. z. B. Spangler & Zimmermann, 1999; Dornes, 1999). Während das interne Arbeitsmodell von Bindung in ersten Konzeptionen nach dem Kleinstkindalter als weit gehend unveränderbar galt, zeigten nachfolgende Forschungen, dass Veränderungen über den ganzen Lebenslauf möglich sind, wenngleich eine sichere Bindungsrepräsentation am einfachsten in der frühesten Kindheit herstellbar ist, da Kinder in diesem Alter am empfänglichsten für die Erfahrung emotionaler Feinfühligkeit durch ihre Bezugspersonen sind (vgl. Abb. 2.3.1).

Die Einschätzung der Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse kann durch die *Skalen zur Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse bei Kindern und Jugendlichen* (GBKJ-Skalen aus dem SDS-KJ; Borg-Laufs, 2005c) unterstützt werden. Die GBKJ-Skalen bestehen aus Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen (für Eltern/Bezugspersonen und den Therapeuten), mit deren Hilfe die Befriedigung der hier beschriebenen psychologischen Grundbedürfnisse der Kinder beurteilt werden kann. Es handelt sich um zweipolige Items, die auf einer siebenstufigen Skala beurteilt werden können (s. Abb. 2.3.2 mit zwei Beispielitems).

Ich habe gute Beziehungen zu Gleichaltrigen	□□□□□□□	Ich habe schlechte oder keine Beziehungen zu Gleichaltrigen
Ich lasse mich gern auf Beziehungen ein	□□□□□□□	Ich vermeide Beziehungen

Abb. 2.3.2: Beispielitems aus dem Selbstbeurteilungsbogen des GBKJ (in Borg-Laufs, 2005c)

### *Situationsübergreifende Verhaltenspläne*

Eine weitere wichtige Erweiterung der Mikro-Verhaltensanalyse stellt die Plananalyse nach Caspar (1986; für die Kindertherapie siehe Klemenz, 1999) dar. Im Rahmen dieses Modells wird Verhalten nicht vorrangig als Funktion vorausgehender Stimuli oder nachfolgender Konsequenzen beschrieben, sondern *als Ergebnis übergeordneter Verhaltenspläne*. Diese Verhaltenspläne werden erfasst, indem das Verhalten des Kindes in verschiedenen Situationen daraufhin untersucht wird, welche wiederkehrenden Effekte mit diesem Verhalten möglicherweise erreicht werden. Von entscheidender Bedeutung ist dabei insbesondere, dass der Therapeut sorgfältig darauf achtet, *welche Impulse bei ihm selbst* durch das Verhalten des Kindes ausgelöst werden. (Hier wird eine gewisse Nähe zur so genannten *Gegenübertragungsanalyse* deutlich.) Möglicherweise zeigt ein Kind in der Untersuchungssituation ein Verhalten, welches beim Therapeuten den Impuls auslöst, das Kind nicht weiter zu belasten und somit z. B. auf belastende Konfrontationen mit seinem Problemverhalten zu verzichten. Der Therapeut

könnte dann das Verhalten des Kindes daraufhin untersuchen, ob es auch in anderen Kontexten und bei anderen Personen ein Verhalten zeigt, welches eine solche Schonung herausfordert. Verschiedene Verhaltensweisen des Kindes scheinen dann möglicherweise dem übergeordneten Verhaltensplan »Zeige dich schonungsbedürftig!« zu folgen. In der Regel lassen sich mehrere solcher Verhaltenspläne aus dem nonverbalen Verhalten des Klienten ableiten, die dann häufig nochmals zu allgemeinen Verhaltenszielen zusammengefasst werden können, die wiederum in der Regel die Befriedigung eines der im letzten Abschnitt genannten Grundbedürfnisse betreffen.

So könnte »Zeige dich schonungsbedürftig!« z. B. Teil des übergeordneten Verhaltensziels »Vermeide Unlusterfahrungen!« oder auch des Ziels »Verhindere Selbstwertminderung!« sein. Solche plananalytischen Interpretationen helfen häufig, das Verhalten des Kindes unter einer ganz neuen Perspektive zu betrachten, da z. B. auch imponierendes aggressives Verhalten häufig als Folge von Verletzlichkeit im Hinblick auf die Grundbedürfnisse interpretiert werden kann.

So können die aus verschiedenen aggressiv erscheinenden Verhaltensweisen (z. B. wütend zuschlagen, wenn man provoziert wird; lügen und abwehren, wenn Problemverhalten angesprochen wird; bei Kritik wütend werden) abgeleiteten Verhaltenspläne wie »Lass dir nichts gefallen!« und »Verhindere jede Kritik an dir!« zusammen mit einem Verhaltensplan wie »Zeige dich von deiner besten Seite!«, der aus gewissen prahlerischen Verhaltensweisen abgeleitet wurde, auf ein höchst verletzliches Kind hinweisen, welches die Oberziele »Verhindere Selbstwertminderung!« und »Vermeide Beziehungsprobleme!« verfolgt.

### *Entwicklungsstand und Intelligenzniveau*

Auch umschriebene Entwicklungsstörungen oder eine allgemeine Intelligenzminderung (IQ kleiner als 70) können relevante Organismusvariablen darstellen, welche etwa den Verstärkungswert der Rücknahme von Anforderungen (z. B. Hausaufgabenerledigung) erklären. So wird z. B. für ein Kind mit einer Lese-Rechtsschwäche (LRS) die Vermeidung der Hausaufgabensituation mit

der Mutter einen sehr hohen Verstärkungswert haben, da diese Situation sich in der Vergangenheit schon häufig als hoch belastend erwiesen hat. Daher kann es sein, dass das Kind verschiedene negative Konsequenzen (Strafen, Ärger) hinnimmt, da das Ziel der Vermeidung der Hausaufgabensituation zu hoch besetzt ist.

Im Gegensatz zu den sonstigen *Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (F9) werden die so genannten *Umschriebenen Entwicklungsstörungen* (F8) nicht auf Achse I des multiaxialen Klassifikationschemas der ICD-10 kodiert, sondern auf Achse II – eine Ausnahme bilden hierbei lediglich die *Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen* (F84), die ebenfalls auf Achse I kodiert werden. Für das *Intelligenzniveau* (F7) ist im Rahmen der multiaxialen Klassifikation die Achse III vorgesehen. Formal kodiert wird jedoch nur eine *Intelligenzminderung*, also ein allgemeiner Intelligenzquotient (IQ) unter 70. Für normal- oder hochbegabte Kinder ist keine F-Kodierung vorgesehen (vgl. Anhang).

Für die Testung von Teilleistungsstörungen und Leistungsvermögen insgesamt stehen zahlreiche Verfahren zur Verfügung (vgl. dazu im Überblick Döpfner et al., 2000a; Mackowiak & Hungerige, 2005; Esser & Wyschkon, 2001b; Borg-Laufs & Hungerige, 2005a). Bei Döpfner et al. (2000a, S. 159) ist darüber hinaus eine *Normtabelle zur Beurteilung umschriebener Entwicklungsstörungen* zu finden, die die Überprüfung des so genannten Diskrepanzkriteriums bei der Diagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen erleichtert (Näheres siehe dort).

### 3.3.2 Ressourcenanalyse

Neben der funktionalen Problemanalyse erweist sich auch die Ressourcenanalyse als zunehmend wichtig für die Therapieplanung (vgl. ausführlich Klemenz, 2003). Im Rahmen der Ressourcenanalyse ist zu klären, an welche positiven Ressourcen psychotherapeutische Interventionen anknüpfen können. Dabei ist zu beachten, *was* als Ressourcen angesehen werden kann und wie die gewonnenen Kenntnisse in der Therapie eingesetzt werden können. Zu der Frage, welche Ressourcen überhaupt zu unterscheiden sind, hat Klemenz (ebd.) eine interessante Einteilung vor-

genommen, der wir uns hier im Wesentlichen anschließen wollen (vgl. Abb. 2.3.3).

Zu unterscheiden ist demnach zwischen Personenressourcen einerseits und Umweltressourcen andererseits:

- Zu den **Personenressourcen** zählen physische Merkmale wie Attraktivität und Gesundheit, aber auch günstige Temperamentsmerkmale (»moderates« Temperament) und psychische Merkmale wie Interessen, Intelligenz, andere Stärken, Persönlichkeitsfaktoren und die emotionale Verfasstheit.
- Die **Umweltressourcen** betreffen zunächst andere Personen (Familie, Freunde) und deren Ressourcen, die in den Dienst der angestrebten Veränderung gestellt werden können, und auch die ökonomischen und ökologischen Ressourcen der Person (materielle Situation der Familie, Taschengeld des Kindes, ein eigenes Zimmer, Rückzugsmöglichkeiten in der Wohnung, Wohnumfeld mit Spielmöglichkeiten oder ohne usw.).

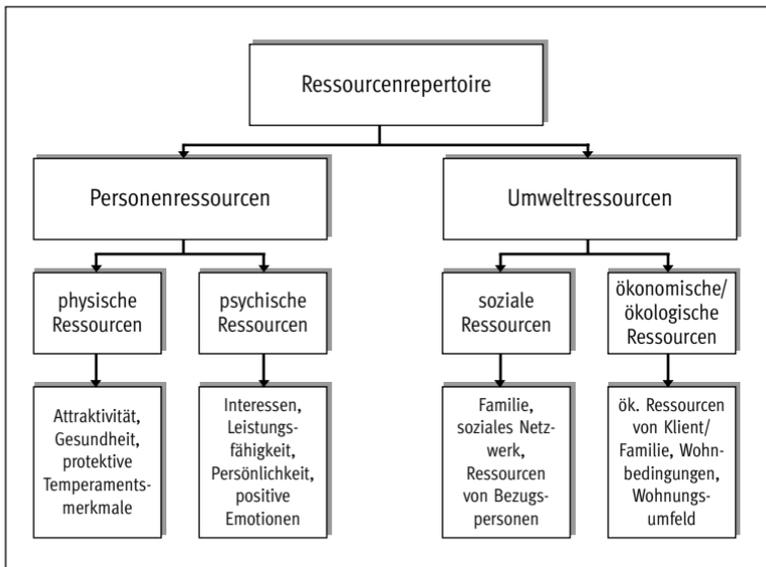


Abb. 2.3.3: Ressourcenrepertoire von Kindern in Anlehnung an Klemenz (2003)

Im Rahmen der Ressourcendiagnostik ist also zu erfassen, welche Ressourcen vorhanden sind und welche möglicherweise fehlen und somit aufgebaut werden müssten, aber auch, welche Ressourcen zwar vorhanden sind, aber noch optimiert werden können. Generell ist hierbei zu beachten, dass Ressourcen natürlich immer von jemandem *wahrgenommen* werden müssen – im günstigsten Fall übereinstimmend von Therapeut und Familie (Feld [a] im nachfolgenden Analyseschema). Ebenso kann es jedoch sein, dass Ressourcen zwar aus Sicht des Therapeuten vorhanden sind, von den Klienten aber als solche noch gar nicht erkannt und daher bislang nicht genutzt wurden (b) oder aber zwar in der Familie vorhanden sind, aber vom Therapeuten nicht gesehen werden (c). Im ungünstigsten Fall werden vorhandene Ressourcen weder von der Familie noch vom Therapeuten gesehen: ein »blinder Fleck«, der nur im Rahmen der Supervision oder des kollegialen Fachgesprächs überwunden werden kann. Zur Analyse der wahrgenommenen Ressourcen kann – unter Berücksichtigung der oben vorgestellten Taxonomie – das auf der folgenden Seite wiedergegebene Schema hilfreich sein:

Häufig ist es sinnvoll, bei der Ressourcendiagnostik nicht zu sehr in ein Frage-Antwort-Spiel abzugleiten. Verschiedene Materialien können hier hilfreich sein (vgl. Borg-Laufs, 2005c). Für die *Erfassung der sozialen Ressourcen* schlagen wir vor, dass der Bogen »Ich und mein Beziehungsstern« mit dem Kind zusammen ausgefüllt wird. Dabei kann in drei Schritten vorgegangen werden:

Zunächst werden mit dem Kind in einem ersten Schritt wichtige Personen aus dem Lebensumfeld des Kindes gesammelt. Dies können Freunde, Personen aus der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern usw.), dem Kindergarten oder der Schule (Lehrer/innen, Klassenkameradinnen usw.) oder aus sonstigen Lebensbereichen (Musikunterricht, Sportvereinen usw.) sein, die das Kind kennt. Es geht dabei nicht darum, möglichst viele Personen zu sammeln, sondern nur solche, zu denen das Kind in irgendeiner Beziehung steht (oder gerne stehen würde).

**ANALYSESCHEMA WAHrgENOMMENER RESSOURCEN IN DER FAMILIE**

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

<b>Ressourcen</b>	<b>vom Klient/von der Familie wahrgenommen</b>	<b>vom Klient/von der Familie <u>nicht</u> wahrgenommen</b>
<b>vom Therapeuten wahrgenommen</b>	a)	b)
<b>vom Therapeuten nicht wahrgenommen</b>	c)	d) Hinweise aus Supervision:

In einem zweiten Schritt zeichnet sich das Kind selbst dann mit einem Punkt oder Smiley in die Mitte des Kreises. Dann wird das Kind aufgefordert, sich eine Person auszusuchen und sie als Punkt so nah oder fern einzuzeichnen, wie sie sich dieser Person gegenüber gerade fühlt. Der entsprechende Abstand zum Kind wird dann als Linie eingezeichnet. Dies wird nach und nach mit allen vorher gesammelten Personen gemacht, die Punkte werden jeweils mit den entsprechenden Namen beschriftet, sodass ein soziales Netzwerk, eben der »Beziehungsstern«, entsteht, in dessen Mittelpunkt das Kind steht.

In einem dritten Schritt kann dann in späteren Therapiephasen mit diesem Beziehungsstern gearbeitet werden. So können z. B. die verschiedenen Linien zu den einzelnen Personen in Rot, Gelb oder Grün nachgemalt werden, je nachdem, ob die Beziehung gerade konflikthaft, neutral oder positiv ist. Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Linien vom Kind mit Pfeilen versehen zu lassen (in Richtung Kind oder vom Kind weg), um festzuhalten, zu welchen Personen sich das Kind einen engeren oder distanzierteren Kontakt wünscht. Ebenso kann mit älteren Kindern im Rahmen der Zielklärung (vgl. Phase 4) ein IST-Stern (also das aktuelle Netzwerk) und zusätzlich ein WUNSCH-Stern (also ein Beziehungsnetz, wie es sich das Kind idealerweise vorstellt) gezeichnet werden usw.

Auch Zeichnungen z. B. der Wohnung oder der Wohnumgebung können die Ressourcendiagnostik angenehm und entspannt, aber dennoch aussagekräftig werden lassen. Zur schnellen Skalierung verschiedener Risiken und Ressourcen *aus Therapeutesicht* kann z. B. eine ressourcenorientierte Modifikation der Achse V der ICD-10 (*Beurteilung assoziierter abnormer psychosozialer Umstände*, vgl. detaillierter dazu die Übersicht im Anhang) genutzt werden.

### 3.3.3 Systemanalyse

Die Systemanalyse ist gerade in der Kindertherapie von hoher Bedeutung, da Kinder in höherem Maße von den sie umgebenden Systemen (v. a. Familie, Kindertageseinrichtung, Schule) abhängig sind als Erwachsene. Es ist somit wichtig zu erkennen, welche System-

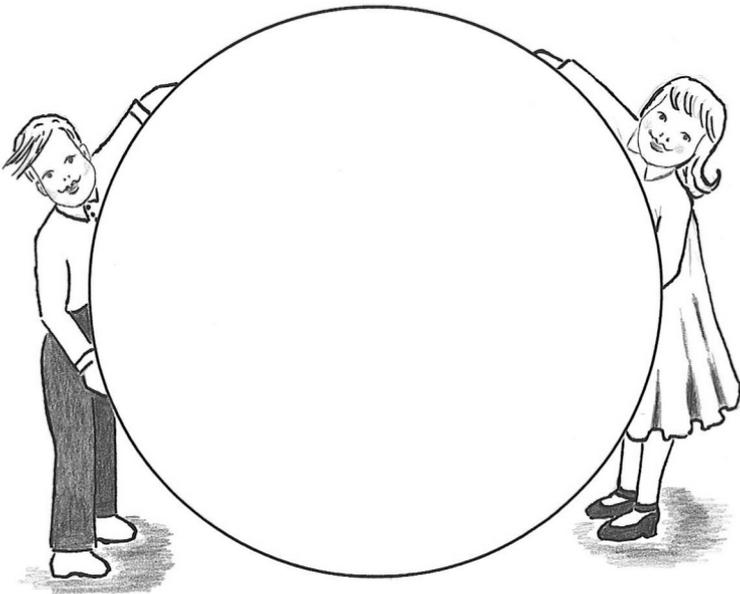
**RESSOURCEN: ICH UND MEIN BEZIEHUNGSSTERN (SOZIALES NETZ)**

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

# Ich und mein Beziehungsstern

Welche Personen kenne ich?

Familie	KiGa/Schule	Freunde	Wen sonst noch?
1. _____	1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____	6. _____
7. _____	7. _____	7. _____	7. _____
8. _____	8. _____	8. _____	8. _____
9. _____	9. _____	9. _____	9. _____
10. _____	10. _____	10. _____	10. _____



**RESSOURCENORIENTIERTE MODIFIKATION DER ACHSE V (ICD-10)**

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

Risiken				Ressourcen		
<b>1. Abnorme familiäre Beziehungen</b>				<b>Positive familiäre Beziehungen</b>		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>2. Psych. Störung in der Familie</b>				<b>Personale Ressourcen in der Familie</b>		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>3. Inadäquate familiäre Kommunikation</b>				<b>Klare Kommunikation in der Familie</b>		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>4. Abnorme Erziehungsbedingungen</b>				<b>Feinfühliges Erziehungsverhalten</b>		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>5. Abnorme Umgebung</b>				<b>Stabile, ressourcenreiche Umgebung</b>		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>6. Belastende Lebensereignisse</b>				<b>Positive Lebensereignisse</b>		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren</b>				<b>Gute soziale Integration</b>		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>8. Chronische Belastungen i. d. Schule</b>				<b>Positive Erfahrungen in der Schule</b>		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>9. Bel. Folgen v. Auffälligkeit</b>				<b>Ressourcenaktivierung d. Auffälligk.</b>		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Borg-Laufs & Hungerige (2005), <i>Selbstmanagementtherapie mit Kindern</i>						

bedingungen oder -regeln das Problemverhalten aufrechterhalten oder begünstigen bzw. das Auftreten erwünschten Verhaltens erschweren. Die Systemanalyse kann sich vor allem auf zwei Pfeiler stützen:

Zunächst werden relevante Systembedingungen durch die multi-axiale ICD-10-Diagnostik erfasst (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001). Auf der *Achse V des multiaxialen Klassifikationssystems* für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters werden besondere Risikofaktoren in der Familie und im weiteren Umfeld erfasst (vgl. Anhang). Das Handbuch (Remschmidt et al., 2001) zur multiaxialen ICD-Diagnostik bietet Operationalisierungsmöglichkeiten für die verschiedenen auf der Achse V möglichen Diagnosen an, die eine gewisse Beurteilerübereinstimmung hinsichtlich der vergebenen Diagnosen ermöglichen (vgl. Bästlein & Poustka, 1993). Auf der Übersicht zu Achse V im Anhang können die verschiedenen psychosozialen Umstände als unauffällig (0), fraglich zu diagnostizieren (1) oder sicher zu diagnostizieren (2) kodiert werden; zwei weitere Kodierungsmöglichkeiten sind für logisch nicht mögliche Kombinationen (8) und für den Fall nicht vorliegender Informationen (9) vorgesehen. Die vor der Einführung der multiaxialen Klassifikation üblichen entsprechenden Z-Kodierungen (Kapitel XXI der ICD-10, Z00-Z99: *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen*) sind in Klammern angegeben; für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind hier insbesondere die Kodierungen Z55 bis Z63 relevant.

Wie aus der Übersicht im Anhang zu ersehen ist, werden über die fünfte Achse der ICD-10 bereits eine Fülle von möglicherweise relevanten Systembedingungen erfasst. Darüber hinaus bieten verschiedene *Verfahren der Familien- und Interaktionsdiagnostik*, die überwiegend im Rahmen der (systemischen) Familientherapie entwickelt wurden, weitere Analysemöglichkeiten an, um insbesondere Familiendynamik und implizite Familienregeln zu beschreiben. Hier steht die Beobachtung redundanter Interaktions- und Kommunikationsabläufe in der Familie zur Ableitung familiärer Verhaltensregeln im Vordergrund (vgl. Jänicke & Borg-Laufs, 2001).

So bietet etwa die *Genogrammanalyse* (vgl. McGoldrick & Gerson, 2002; McGoldrick, 2003; Hildenbrand, 2005) die Möglichkeit, Aussagen über Familienstruktur, familiären Lebenszyklus, familiäre Entwicklungsaufgaben (vgl. etwa Schneewind, 1987), generationsübergreifende repetitive Familienmuster und Beziehungsmuster (Grenzen, Koalitionen, Konflikte, Nähe und Distanz) zu treffen. Die auf diese Weise (oder auch im Gespräch und in der Verhaltensbeobachtung) gewonnenen Daten betonen nochmals andere Aspekte als die ICD-Diagnostik auf Achse V.

In Anlehnung an die Leitlinien zur Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nennen Döpfner et al. (2000a) eine Reihe weiterer spezieller Verfahren der Familiendiagnostik, die in Abbildung 2.3.4 im Überblick dargestellt sind. Sie können an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden; wir haben einige Beispiele zur Veranschaulichung ausgewählt und verweisen ansonsten auf die angegebene Literatur und die zahlreichen Publikationen in den entsprechenden Fachverlagen.



Abb. 2.3.4: Spezielle Verfahren der Familien- und Interaktionsdiagnostik in Anlehnung an Döpfner et al. (2000a)

### 3.3.4 Störungsbildanalyse

Alte Diskussionen über die Sinnhaftigkeit klassifikatorischer Diagnostik sollen an dieser Stelle nicht mehr aufgegriffen werden. Es dürfte unbestritten sein, dass die Kenntnis des vorliegenden Störungsbildes viele wichtige Hinweise auf mögliche Interventionen liefert, wenngleich nochmals betont werden soll, dass eine alleinige Konzentration auf das klinische Störungsbild für eine therapieplanungsorientierte Diagnostik *allein* nicht ausreicht (vgl. Borg-Laufs, 2005c; Borg-Laufs & Merod, 2000). Umgekehrt gehört es aber zu einer differenzierten Bedingungsanalyse unbedingt dazu, eine angemessene klassifikatorisch-diagnostische Einordnung vorzunehmen, um auf entsprechendes Störungswissen zurückgreifen zu können. Neben Anamnese und Explorationsgespräch können bei der Störungsbilddiagnostik unterstützend auch Testverfahren zum Einsatz kommen.

Neben den verschiedenen störungsspezifischen Tests (vgl. im Überblick Esser & Wyschkon, 2001, 2004) sei hier insbesondere auf das *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV* (DISYPS-KJ; Döpfner & Lehmkuhl, 1998) verwiesen. Es handelt sich um ein Fragebogensystem, mit dem die gängigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters, eng angelehnt an die Kriterien der ICD-10, erfasst werden können. Der Vorteil dieses Erfassungssystems liegt u. a. in der Kombination verschiedener Beurteilungsebenen, nämlich des *klinischen Urteils* (in Form von Diagnose-Checklisten, DCL), des *Fremdurteils* durch Eltern, Lehrer oder Erzieherinnen (in Form von Fremdbeurteilungsbögen, FBB) und des *Selbsturteils* des Kindes bzw. Jugendlichen ab 11 Jahren (in Form von Selbstbeurteilungsbögen, SBB). Die Auswertung kann sowohl *dimensional* (durch die einfache Bildung von Kennwerten) als auch *kategorial* (mit Hilfe von Entscheidungsbäumen) erfolgen. Tabelle 2.3.1 zeigt eine Übersicht der Instrumente des DISYPS-KJ.

Störungsbereich	Diagnose-Checkliste	Fremd-beurteilungs-bogen	Selbst-beurteilungs-bogen
Hyperkinetische Störungen	DCL-HKS	FBB-HKS	SBB-HKS
Störungen des Sozialverhaltens	DCL-SSV	FBB-SSV	SBB-SSV
Angststörungen	DCL-ANG	FBB-ANG	SBB-ANG
Depressive Störungen	DCL-DES	FBB-DES	SBB-DES
Tief greifende Entwicklungsstörungen	DCL-TES	FBB-TES	
Tic-Störungen	DCL-TIC		
Störungen sozialer Funktionen	DCL-SSF		

Tab. 2.3.1: Übersicht der Instrumente des DISYPS-KJ nach Döpfner et al. (2000a, S. 135)

### 3.3.5 Analyse der therapeutischen Beziehung und der Veränderungsmotivation

Anhaltspunkte für eine angemessene Beziehungsgestaltung und eine hinreichende Änderungsmotivation der Klientinnen wurden in den vorangegangenen Kapiteln gegeben. Dennoch muss an dieser Stelle noch einmal darauf zurückgekommen werden, um zu betonen, dass eine angemessene Beurteilung der therapeutischen Beziehung und der Änderungsmotivation im Rahmen der Bedingungsanalyse vonnöten ist, um dann einschätzen zu können, ob Beziehung und Motivation zunächst weiter gezielt auf- oder ausgebaut werden müssen, bevor andere Interventionen ins Auge gefasst werden können.

## 3.4 Zusammenfassende Bedingungsanalyse für die Selbstmanagementtherapie mit Kindern

Im Rahmen dieses Kapitels haben wir versucht darzustellen, welche Informationen für die Therapieplanung in der Selbstmanagementtherapie mit Kindern von Bedeutung sind. Zum Abschluss dieses Kapitels soll noch einmal verdeutlicht werden, wie die unterschiedlichen Informationen zusammenhängen. Darüber hinaus soll ein zusammenhängender Befundbogen für die Diagnostik vor-

gestellt werden, der als Grundlage für die Therapieplanung (Phase 5) dient.

In Abbildung 2.3.3 wird der Zusammenhang der verschiedenen Informationen, auf deren Wichtigkeit wir hingewiesen haben, dargestellt.

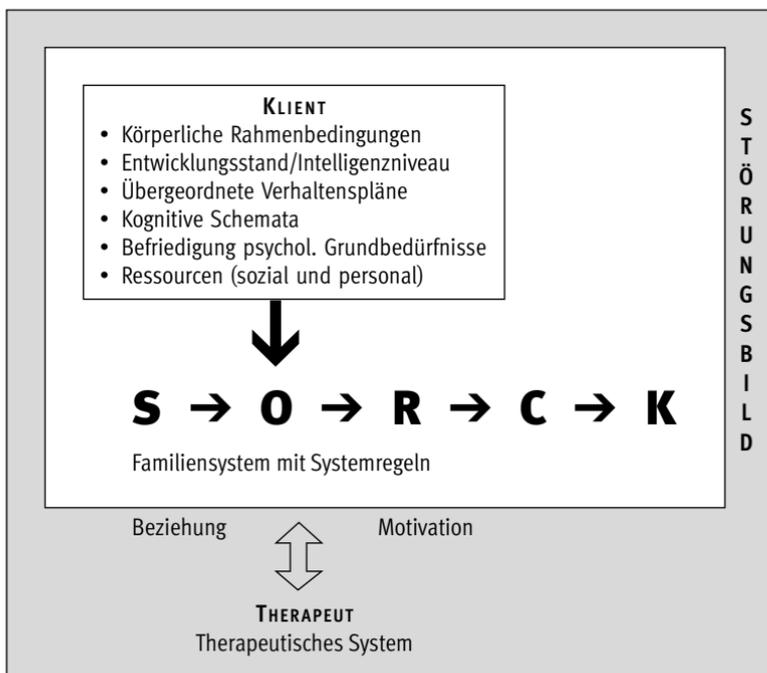


Abb. 2.3.3: Bedingungsdiagnosen in der Selbstmanagementtherapie mit Kindern

Die erhobenen zeitlich überdauernden Klientenvariablen (Körperliche Bedingungen, Entwicklungsstand und Intelligenzniveau, Verhaltenspläne, kognitive Schemata, Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse, Ressourcen) fließen als Organismus-Variable in die funktionale Analyse nach dem SORCK-Modell ein. Der Klient bewegt sich mit seinem Verhalten in einem Familiensystem mit bestimmten Regeln. Dieses System trifft nun mit einem Therapeuten zusammen, jedes Systemmitglied hat in bestimmter Weise eine Be-

ziehung zum Therapeuten und geht mit seiner jeweiligen Änderungsmotivation in die therapeutische Situation, die u. a. durch die Definition eines Störungsbildes nach der ICD-10 bestimmt ist. Die verschiedenen hier vorgeschlagenen Bedingungsdiagnosen sind nun für jeden Einzelfall möglichst übersichtlich zusammenzufassen. Dafür haben wir den im Folgenden abgebildeten Befundbogen für die Bedingungsdiagnosen vorgesehen.

Nach den Angaben zu Namen, Alter, Datum und Untersucher können dort zunächst die Diagnosen auf den Achsen I (Klinisches Störungsbild) und II (Umschriebene Entwicklungsstörungen) des multiaxialen Klassifikationssystems festgehalten werden. (Auf dem Befundbogen sind aus Platzgründen maximal jeweils drei Diagnosen vorgesehen.) Anschließend kann die Diagnose auf Achse III gestellt werden (Intelligenzniveau), wobei unter »Quellen« anzugeben ist, worauf sich die Diagnose stützt (klinischer Eindruck, Testverfahren o. Ä.). Die Angaben können entsprechend der vorgesehenen acht Kategorien festgehalten werden, wobei zu beachten ist, dass nur für einen IQ unter 70 (IM = Intelligenzminderung) ICD-Diagnosen vorgesehen sind. Für diese ist als Orientierungshilfe das dem jeweiligen IQ entsprechende mentale Alter angegeben (vgl. WHO, 2001). Sofern auf den Achsen I, II (oder IV, s. u.) keine Diagnose gestellt werden kann, besteht die Möglichkeit, dies entsprechend anzukreuzen.

Es schließen sich weitere, möglicherweise der Organismus-Variablen zuordenbare überdauernde Dispositionen in den nächsten Zeilen an: Körperliche Rahmenbedingungen einschließlich möglicher Diagnosen auf Achse IV, das Ausmaß der Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse, situationsübergreifende, übergeordnete Verhaltenspläne, irrationale oder dysfunktionale kognitive Schemata sowie Ressourcen. Da damit alle potenziellen Organismus-Variablen erfasst wurden, ergibt sich im Folgenden die Möglichkeit, eine Mikro-Verhaltensanalyse nach dem SORCK-Modell zu erstellen. Nochmals sei darauf hingewiesen, dass eine differenzierte, längere Verhaltensanalyse, bei der einzelne Bestandteile der Kette mehrere Funktionen haben (z. B. eine Reaktion oder Konsequenz wieder als neue Stimuli für eine direkt daran anschließende

Verhaltenskette auftreten), hier nur vereinfacht abgebildet werden können. In vielen Fällen reicht dies jedoch als Grundlage für die Therapieplanung (Phase 5) aus. Im Befundbogen können externe ( $S_e$ , z. B. Aufforderung durch den Lehrer) und interne Stimuli ( $S_i$ , z. B. Gefühl von Langeweile) unterschieden werden. Bezüglich der Reaktionen werden motorische ( $R_{mot}$ ), kognitive ( $R_{kog}$ ), physiologische ( $R_{phys}$ ) und emotionale Verhaltensweisen ( $R_{emot}$ ) unterschieden.<sup>4</sup> Bei den Konsequenzen (C) lassen sich verhaltensaufbauende oder -stabilisierende Konsequenzen ( $C+$  = positive Verstärkung, z. B. eine Belohnung, ein Lob;  $C-$  = negative Verstärkung, z. B. Angstreduktion) und verhaltensreduzierende Konsequenzen ( $C-$  = direkte Bestrafung;  $C+/-$  = Entfernen eines positiven Zustandes) unterscheiden (vgl. ausführlicher dazu Borg-Laufs & Hungerige, 2001; Hungerige & Borg-Laufs, 2005a). Für jede dieser vier Möglichkeiten sind im Befundbogen zwei Zeilen vorgesehen; die entsprechenden Kontingenzen (kontinuierlich vs. intermittierend) können entsprechend angekreuzt werden.

Es schließt sich die Betrachtung der Systembedingungen an: zunächst durch die Diagnosen auf Achse V der ICD-10 und die Beurteilung des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus auf

---

<sup>4</sup> Die Begrifflichkeiten führen in diesem Zusammenhang oft zu einer gewissen Verwirrung: Sowohl Kanfer et al. (2000) als auch Döpfner et al. (2000a) sprechen statt  $R_{mot}$ ,  $R_{kog}$  und  $R_{phys}$  von  $\alpha$ -,  $\beta$ - und  $\gamma$ -Variablen – leider nicht in einheitlicher Weise: Für Kanfer et al. (2000) bezeichnen diese Variablen die beobachtbare (also die Verhaltens-) Ebene ( $\alpha$ ), die kognitiven Prozesse und Inhalte ( $\beta$ ) sowie die biologisch-physiologische Ebene ( $\gamma$ ), für Döpfner et al. (2000a, S. 129) dagegen die subjektiv-kognitive Ebene ( $\alpha$ ), die Verhaltensebene ( $\beta$ ) und die physiologisch-emotionale Ebene ( $\gamma$ ). Um dieser Verwirrung zu entgehen (und darüber hinaus die Abstraktheit griechischer Symbole zu vermeiden) bleiben wir bei der oben gewählten Terminologie. (Ein Überblick zur historischen Entwicklung lerntheoretischer »Kürzel-Systeme« findet sich bei Kanfer et al., 2000, im Anhang.) – Die zusätzliche Aufnahme von  $R_{emot}$  (bei Döpfner und Mitarbeitern unter der  $\gamma$ -Variablen subsummiert) rechtfertigt sich unserer Ansicht nach durch die Tatsache, dass die Sprache eine sehr große Anzahl sehr spezifischer Gefühlswörter zur Verfügung stellt, die zur Präzisierung der Beschreibung genutzt werden können und sollten.

Achse VI (vgl. Anhang), dann durch die Benennung weiterer familiärer Regeln und Beziehungsmuster (Systemanalyse).

Schließlich werden noch die therapeutische Beziehung und die Änderungsmotivation erfasst. In starker Anlehnung an Schulte (1996; vgl. auch Borg-Laufs, 1997; 2005c) sehen wir hierfür vier bipolare Skalen vor, die das relevante therapeutische Basisverhalten der Klienten abbilden sollen. Dabei handelt es sich um die Skalen »Abbruch vs. Nachfrage«, »Widerstand vs. Mitarbeit«, »Verschlossenheit vs. Offenheit« und »Verweigerung vs. Ausprobieren«. Das Verhalten der Klienten kann auf einer siebenstufigen Skala von -3 bis +3 vom Therapeuten eingeschätzt werden. »-3« bedeutet dabei stets maximal ungünstiges und »+3« maximal günstiges Verhalten der Klienten. Die einzelnen Skalen lassen sich folgendermaßen kurz beschreiben (ausführlichere Beschreibungen finden sich bei Schulte, 1996, und bei Borg-Laufs, 2005c):

- *Therapienachfrage*: Die Klientin hält sich an Terminabsprachen, erscheint pünktlich, wünscht weitere Termine. *Abbruch*: Andere Termine sind aus Klientensicht wichtiger als die Therapietermine, unpünktliches und/oder unregelmäßiges Erscheinen, auf Therapieende drängen.
- *Mitarbeit*: Die Klientin zeigt sich engagiert, hört genau zu, bemüht sich um angemessene Antworten. *Widerstand*: Die Klientin bagatellisiert, redet am Thema vorbei, will nicht über Probleme reden, wertet den Therapeuten ab.
- *Offenheit*: Bereitwilliges Sprechen auch über schwierige/peinliche/tabuisierte Themen, emotional relevante Themen werden auch von der Klientin in die Therapie eingebracht. *Verschlossenheit*: Klient erzählt nur Oberflächliches, gibt nichts von sich preis.
- *Ausprobieren*: Erledigen therapeutischer Hausaufgaben, Mitmachen von Übungen (z. B. Rollenspiele, Entspannungsübungen). *Verweigern*: Therapeutische Hausaufgaben werden nicht erledigt, Übungen in der Therapiestunde verweigert.

Darüber hinaus können auch Beziehungswünsche der Klienten in den Bogen aufgenommen werden, die sich aus der Plananalyse ableiten ließen. So könnte z. B. deutlich werden, dass ein Klient

das Bedürfnis hat, in Beziehungen autonom zu bleiben, sodass der Therapeut darauf achten muss, ihn in alle therapeutischen Entscheidungen explizit mit einzubeziehen. In einem anderen Fall könnte der Klient sich in seinem Beziehungsverhalten als deutlich schutzbedürftig zeigen, sodass der Therapeut zunächst sehr supportiv und mitfühlend mit dem Klienten umgeht, bevor er ihn z. B. stärker mit seinen problematischen Verhaltensweisen konfrontiert.

Die Benutzung dieses Befundbogens für die Bedingungsdiagnosen erfordert aufgrund des knappen Platzes klare Überlegungen des Therapeuten, welche Daten für die spätere Therapieplanung relevant sein könnten. Wir halten dies für einen notwendigen Schritt gerade in Phase 3 der Selbstmanagementtherapie, denn schließlich – und dies sei nochmals betont – geht es nicht um die gedankenlose Kumulation von Daten, sondern um die zielgerichtete Erhebung und Auswahl therapieplanungsrelevanter Informationen. Diese Struktur nutzen zu können, erfordert nicht nur eine therapeutische Ausbildung, sondern auch einige Erfahrung im therapeutischen Umgang mit Kindern und Familien. Zugegebenermaßen schwierig wird es, wenn nicht nur kindbezogene Daten, sondern z. B. auch eine funktionale Analyse des elterlichen Verhaltens oder Einschätzungen ihres therapeutischen Basisverhaltens integriert werden sollen. Falls der Platz nicht ausreicht, muss dafür ggf. ein Zusatzblatt genommen oder ein weiterer Bogen für die Eltern ausgefüllt werden.

## BEDINGUNGSDIAGNOSEN SELBSTMANAGEMENTTHERAPIE MIT KINDERN

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

<b>Achse I:</b> Klinisches Störungsbild (Fo-F6, F84, F9)	F	F	F																								
	<input type="checkbox"/> Keine Diagnose und kein Zustand auf Achse I																										
<b>Achse II:</b> Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8, außer F84)	F8.	F8.	F8.																								
	<input type="checkbox"/> Keine Diagnose auf Achse II																										
<b>Achse III:</b> Intelligenzniveau (F7)  mentales Alter	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Quellen</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">sehr hohe I. &gt; 129</td> <td style="text-align: center;">hohe I. 115-129</td> <td style="text-align: center;">Norm- variante 85-114</td> <td style="text-align: center;">niedrige I. 70-84</td> <td style="text-align: center;">leichte IM 50-69 9-11 J.</td> <td style="text-align: center;">mittel- gr. IM 35-49 6-8 J.</td> <td style="text-align: center;">schwe- re IM 20-34 3-5 J.</td> <td style="text-align: center;">schwers- te IM &lt; 20 &lt; 3 J.</td> <td style="text-align: center;">F70</td> <td style="text-align: center;">F71</td> <td style="text-align: center;">F72</td> <td style="text-align: center;">F73</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quellen	sehr hohe I. > 129	hohe I. 115-129	Norm- variante 85-114	niedrige I. 70-84	leichte IM 50-69 9-11 J.	mittel- gr. IM 35-49 6-8 J.	schwe- re IM 20-34 3-5 J.	schwers- te IM < 20 < 3 J.	F70	F71	F72	F73
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quellen																	
sehr hohe I. > 129	hohe I. 115-129	Norm- variante 85-114	niedrige I. 70-84	leichte IM 50-69 9-11 J.	mittel- gr. IM 35-49 6-8 J.	schwe- re IM 20-34 3-5 J.	schwers- te IM < 20 < 3 J.	F70	F71	F72	F73																
<b>Achse IV:</b> Körperliche Symptomatik (A-E, G-Y) <input type="checkbox"/> s. Konsiliarbericht																											
	<input type="checkbox"/> Keine Diagnose und kein Zustand auf Achse IV																										

Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse	Orient./Kontr.	Lustgewinn	Bindung	Selbstwert
Situations- übergreifende Verhaltenspläne				
Irrationale oder dysfunktionale kognitive Schemata				
Ressourcen	physisch	psychisch	sozial	ökon./ökol.



<b>S</b>	Se	
	Si	
<b>O</b>		
<b>R</b>	Rmot	
	Rkog	
	Rphys	
	Remot	
<b>C/K</b>		kont. intern.
	C+ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C- / _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C- _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C+ / _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

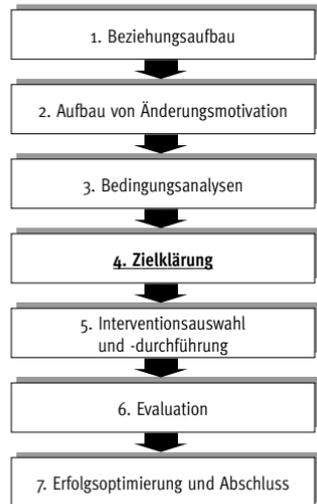
<b>Achse V:</b> Abnorme psychosoziale Umstände			
<b>Achse VI:</b> Psychosoziales Funktionsniveau	①	②	③
	④	⑤	⑥
	⑦	⑧	⑨ Inform. fehlt

<b>Systemanalyse</b> (implizite Familienregeln, Beziehungsmuster)			
<b>Therapeutische Beziehung</b>	geschlossen/offen?	Widerstand/Mitarbeit?	Beziehungswünsche?
	-3 -2 -1 0 1 2 3	-3 -2 -1 0 1 2 3	
<b>Änderungsmotivation</b>	Interesse vs. Abbruch?	ausprobieren vs. verweigern?	Leidensdruck? Zielorientierung
	-3 -2 -1 0 1 2 3	-3 -2 -1 0 1 2 3	

## 4. Wohin uns der Weg führt: Zielklärung

### 4.1 Einleitende Bemerkungen zu Phase 4

Nachdem nun in den ersten drei Therapiephasen durch die Etablierung einer geeigneten Beziehung zu allen Beteiligten, durch den Aufbau von Änderungsmotivation bei Kind und Eltern sowie durch die Sammlung und Strukturierung aller notwendigen Daten die grundlegenden Bedingungen für eine Therapie hergestellt worden sind, muss vor der Kernphase der therapeutischen Intervention (Phase 5) noch genauer erarbeitet werden, welche konkreten Ziele mit der Therapie erreicht werden sollen.



Bereits in den Gesprächen während der ersten drei Phasen (dabei insbesondere in Phase 1 und 2) wurde versucht, die zunächst mehr oder weniger diffusen Eingangsbeschwerden und -erwartungen (so weit es bisher möglich war) in konkrete Ziele zu transformieren. Dieser Prozess findet in Phase 4 seinen (vorläufigen) Abschluss. Bei der Zielklärung müssen einerseits die Ziele der verschiedenen beteiligten Personen des Klientensystems beachtet und andererseits noch eventuell Ziele des Therapeuten eingebracht werden, die sich für diesen aus den Ergebnissen der Diagnostik ergeben haben. Daher wird deutlich, dass die explizite Zielfestlegung erst nach der dritten Therapiephase erfolgen kann, wenn die Phase der Erstellung der Bedingungsanalysen erfolgreich abgeschlossen worden ist. Darüber hinaus kann die Zielklärung durchaus zu Konflikten zwischen den Beteiligten führen, da unterschiedliche Zielvorstellungen gegebenenfalls in der Diskussion geklärt werden müssen (s. u.). Somit ist es wichtig, hier bereits auf das Fundament einer ge-

lungenen Therapiebeziehung aufbauen zu können (vgl. die Checkliste 2.4.1 zu den Erhaltungszielen aus den Phasen 1 bis 3).

Die Zielklärung ergibt sich nur in wenigen Fällen quasi »wie von selbst« aus der Symptomatik. Eine solche könnte z. B. nächtliches Einnässen (Enuresis nocturna) sein. Ein 11-jähriges Kind wird ebenso wie seine Eltern wollen, dass die Symptomatik verschwindet und das Bett zukünftig nachts dauerhaft trocken bleibt. Dennoch ergibt sich evtl. auch bei einem solchen, hinsichtlich der Zielklärung zunächst scheinbar einfach gelagerten Fall, dass auch Ziele auf anderen Ebenen verfolgt werden sollten. So könnte sich z. B. zeigen, dass sich das Kind mehr Beziehungsangebote von den Eltern wünscht oder dass der Therapeut aufgrund der Ergebnisse seiner Diagnostik eine Stärkung der sozialen Kompetenz des Kindes für wünschenswert hält, damit die psychische Gesundheit des Kindes auch langfristig aufrechterhalten werden kann, auch wenn dieses Ziel bisher von niemandem in der Familie formuliert wurde. Hobrucker (2003) schlägt vor, dass grundsätzlich nach Zielen Ausschau gehalten werden sollte, die die Bereiche Emotionalität, Leistung, Familie und Soziales betreffen.

Die Notwendigkeit einer gemeinsamen Zielklärung ergibt sich aber auch aus ethischen Überlegungen (vgl. Hungerige & Päßler, 1999), denn natürlich verfolgen alle Beteiligten (Therapeut, Kind, Eltern) auch dann bestimmte Ziele in und mit der Therapie, wenn diese nicht explizit besprochen werden. Neben den sich daraus ergebenden fachlichen Problemen (z. B. unklare Rollenzuweisungen und -erwartungen, diffuse Evaluations- und Abschlusskriterien u. Ä.) ist aber besonders darauf hinzuweisen, dass ein Therapeut, der Ziele verfolgt, ohne sie zuvor mit der Familie zu klären, nicht transparent handelt und damit gegen anerkannte ethische Rahmenrichtlinien der Psychotherapie verstößt (vgl. z. B. DGVT, 1996). So kann nur dann von einer »informierten Zustimmung« (*informed consent*; vgl. 2.2.1) ausgegangen werden, wenn die Beteiligten entsprechend ihrem Entwicklungsstand über Ziele und Vorgehen der Therapie informiert wurden und dem zugestimmt haben.

### Checkliste 2.4.1: Erhaltungsziele aus Phasen 1 bis 3

#### Vor Beginn der Phase 4:

- Zeigt das Kind das erforderliche Basisverhalten dem Therapeuten gegenüber (Therapienachfrage, Mitarbeit, Offenheit, Bereitschaft zum Ausprobieren)?
- Zeigen die Eltern das erforderliche Basisverhalten dem Therapeuten gegenüber (Therapienachfrage, Mitarbeit, Offenheit, Bereitschaft zum Ausprobieren)?
- Ist das Problemverhalten angemessen verstanden, im Rahmen der Diagnostik eingeordnet und funktional interpretiert worden?
- Wurden erste Maßnahmen zur Evaluation der therapeutischen Erfolge eingeleitet?

#### Während der Phase 4:

- Können Einigungen über die zu verfolgenden therapeutischen Ziele mit allen Beteiligten so getroffen werden, dass die therapeutische Beziehung und die Therapiemotivation erhalten bleiben, bzw.: auf welche Weise muss die Zielklärung erfolgen, damit dies so geschieht?
- Ergeben sich im Rahmen der Zielklärung neue relevante Informationen, die noch in die Bedingungsanalysen integriert werden müssen?

Entwicklungspsychologisch ist dabei u. a. zu bedenken, dass Zielvorstellungen von Kindern einen deutlich engeren Zeitraum umfassen als diejenigen von Erwachsenen. Selbst Jugendliche haben in etwa einem Drittel der Fälle nur einen Zeithorizont von weniger als einem Jahr (Fischer et al., 2000); bei jüngeren Kindern sollten sich Zielperspektiven nicht weiter als auf einige Monate erstrecken.

Darüber hinaus muss auf zwei weitere Aspekte geachtet werden, nämlich die *Erreichbarkeit* und *Instrumentalität* der Ziele: Einerseits sollten Ziele für Kinder nur eine geringe »psychologische Distanz« (Gjesme, 1982) aufweisen, also erreichbar erscheinen. Andererseits müssen sie in ihrer Instrumentalität erkennbar sein: Es muss also deutlich werden, dass die Zielerreichung auch erkennbar positive Konsequenzen haben wird (Hobrucker, 2003). Die Ziel-

klärung muss also stets die *Kompetenzen* der Beteiligten im Auge haben, um klären zu können, ob angestrebte Ziele auch für diese Klienten prinzipiell erreichbar sind. In Bezug auf die Instrumentalität der Therapieziele müssen die *lebensweltlichen Bedingungen* beachtet werden, um entscheiden zu können, ob das veränderte Verhalten tatsächlich die erhofften positiven Auswirkungen haben wird.

#### Checkliste 2.4.2: Schwerpunktziele Phase 4

- Herausarbeitung realistischer, konkreter und positiver Zielvorstellungen mit allen Beteiligten.
- Gegebenenfalls Vermittlung von aus Therapeutesicht zusätzlich oder abweichend von den Klientenzielen zu verfolgenden Therapiezielen.
- Gegebenenfalls in Zielverhandlungen mit Eltern und Kind (sowie möglicherweise weiteren Beteiligten) dafür sorgen, dass nur solche Ziele verfolgt werden, die miteinander kompatibel und ethisch vertretbar sind.

Nicht zuletzt ist in der Kindertherapie darauf zu achten, dass die Ziele der Eltern, die die Verhaltensweisen ihres Kindes betreffen, auch in eigene Verhaltensziele der Eltern umgewandelt werden sollten. Es gilt also zu überlegen, wie Wünsche hinsichtlich des Verhaltens ihres Kindes durch *eigene* Verhaltensänderungen erreicht und entsprechende eigene Verhaltensziele entworfen werden können.

Es dürfte deutlich geworden sein, dass die Zielklärung in der Arbeit mit Kindern und Familien kein zu vernachlässigender Aspekt der Therapie sein darf, da diese ohne explizite Bearbeitung und Besprechung der Ziele für die Familie nicht transparent ist und i. d. R. ineffektiv verläuft. Für einen erfolgreichen weiteren Therapieverlauf ist die Zielklärung eine notwendige Voraussetzung. Sie beginnt in Phase 1 und 2, wird in Phase 4 intensiviert und (vorläufig) abgeschlossen, darf aber auch in den folgenden Phasen nicht aus den Augen verloren werden, da sich Ziele im Verlauf der Therapie verändern, verschieben oder neue hinzukommen können. Zielklärung *als kontinuierlicher Prozess* wird damit auch zum bedeutsamen motivationalen Faktor (vgl. Kap. 2) für die letztlich an-

gestrebte Zielerreichung und den Therapieerfolg insgesamt (vgl. auch Grawe, 1998).

## 4.2 Der Zielklärungsprozess

Bevor wir näher auf einzelne Methoden der Zielklärung eingehen, stellen wir zunächst den gesamten Prozess der Zielklärung im Überblick dar. Wir greifen hierzu auf die Beschreibung bei Michels und Borg-Laufs (2001) zurück, die den Zielklärungsprozess in sechs Teilschritte differenziert haben (vgl. Kasten 2.4.1 sowie Abb. 2.4.1), welche allerdings jeweils in ihrer Durchführungsintensität von Fall zu Fall variieren können.

<b>1. Vorläufige Zielerhebung</b>
Im Rahmen der üblichen diagnostischen Maßnahmen (Explorationen, Verhaltensbeobachtung, Testdiagnostik, Verhaltens- und Plandiagnostik, Ziel- und Wertklärungsübungen, Klassifikation) werden die vorläufigen Ziele der einzelnen Beteiligten sowie weitere, aus Therapeutensicht relevante Daten erfasst bzw. erschlossen.
<b>2. Zielanalyse</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Erstens werden die verschiedenen kurz- und langfristigen Ziele der einzelnen Systembeteiligten auf ihre gegenseitige Kompatibilität überprüft (z. B.: Passen die geäußerten Therapieziele des Kindes zu den in der Plananalyse erschlossenen Oberzielen?).</li><li>• Zweitens muss darauf geachtet werden, ob die Ziele vom Therapeuten fachlich und ethisch vertreten werden können.</li><li>• Drittens ist zu prüfen, ob die Ziele aller Beteiligten sich nicht widersprechen und ob auch die aus Sicht des Therapeuten zu realisierenden Ziele zu denen des Klientensystems passen.</li><li>• Viertens ist zu klären, ob die Ziele realistisch sind (Ziel vs. Utopie?), d. h. dem vom Therapeuten ermittelten Kompetenzprofil des Kindes bzw. der Familie angemessen sind.</li></ul>

<b>3. Zielverhandlung</b>
Hier müssen die Ziele im offenen Diskurs mit allen Beteiligten so verhandelt werden, dass sie in eine angemessene Therapieplanung integriert werden können. Dazu müssen möglicherweise aufgetretene Widersprüche bzw. Inkompatibilitäten zwischen den Zielen offen angesprochen werden.
<b>4. Konkretisierung/Operationalisierung</b>
Schließlich müssen die Therapieziele konkretisiert und so operationalisiert werden, dass sie tatsächlich als Leitlinien für die Therapie gelten können und eine angemessene Evaluation der Zielerreichung ermöglichen. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass vage Wünsche in konkrete handlungsrelevante Ziele transformiert werden.
<b>5. Hierarchisierung</b>
Die gewählten Therapieziele müssen schließlich in eine angemessene Reihenfolge gebracht werden, in der sie bearbeitet werden sollen.

*Kasten 2.4.1: Zielklärungsprozess, modifiziert nach Michels & Borg-Laufs (2001)*

In manchen Fällen kann der gesamte Zielklärungsprozess in einer einzigen Familiensitzung abgeschlossen werden, etwa wenn realistische zeitnahe Ziele geäußert werden, die miteinander kompatibel sind und auch den fachlichen Erwägungen des Therapeuten entsprechen. In anderen, konflikthafteren Konstellationen kann die Zielklärung hingegen einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen.

## 4.3 Methoden zur Zielklärung

### *Vorläufige Zielerhebung*

Im ersten Schritt – der vorläufigen Zielerhebung – werden die Klientinnen mit geeigneten Methoden dazu angeregt, Ziele der Behandlung zu benennen. Dazu kann es sinnvoll sein, zunächst über *allgemeine Lebensziele* zu sprechen. Dies kann im Verlauf der bis-

herigen Gespräche bereits im Rahmen der vorläufigen Ziel-Wertklärung in Phase 2 (vgl. 2.3) geschehen sein. War dies aber nicht der Fall, dann ist jetzt der Zeitpunkt dafür gekommen. Der Therapeut kann dazu spezielle Übungen einsetzen, die den Kindern helfen können, erste Zielvorstellungen zu entwickeln. Diese Zielvorstellungen können zunächst noch unkonkret sein und nur eine allgemeine Richtung angeben, die Konkretisierung erfolgt dann spätestens im weiteren Verlauf des Zielklärungsprozesses (s. u.).

Für die *Zielklärung mit den Eltern* sei an dieser Stelle auf die zahlreichen Vorschläge für die Arbeit mit Erwachsenen von Kanfer et al. (2000) verwiesen. Eine weitere sehr differenzierte Methode der Zielklärung mit Erwachsenen schildern Willutzki und Koban (1996; vgl. auch Koban & Willutzki, 2001). Es ist in vielen Fällen durchaus wünschenswert, auch die Zielklärung mit den Eltern nicht zu kurz kommen zu lassen. Dabei können sich auch für die Eltern völlig neue Perspektiven ergeben, die weit über ihre, das Verhalten des Kindes betreffende Wünsche hinausgehen. Wenn es gelingt, auch für die Eltern Anstöße zu geben, kann auch die Situation des Kindes häufig verbessert werden. Nicht selten ist es so, dass die Eltern (oder ein Elternteil) auch im Umgang mit ihrem Kind deswegen ungünstige Verhaltensweisen zeigen, weil sie aufgrund vieler eigener Probleme und Unzufriedenheiten nur sehr wenig Energie übrig behalten, um sich angemessen mit ihrem Kind zu beschäftigen.

Bei der *Zielentwicklung mit Kindern* hat es sich bewährt, einen Einstieg über kreative oder spielerische Methoden zu wählen. Die im Folgenden dargestellten Übungen können Kindern dabei helfen herauszufinden, was sie als wirklich wichtig empfinden. Daher werden im Folgenden einige Zielklärungsübungen vorgestellt (der »Beziehungsstern« (soziales Netz) wurde bereits in Phase 3 vorgestellt; zu weiteren Übungen, z. B. dem Zielklärungs-Wappen, vgl. Michels & Borg-Laufs, 2001).

Aus den genannten Übungen ergeben sich nicht unbedingt direkte Therapieziele, denn die Übungen regen zum Teil ja eher an, allgemeine Ziele und Werte herauszuarbeiten. Es liegt dann an dem Therapeuten, mit Hilfe dieses Materials mit den Kindern weiter zu arbeiten. Falls noch keine konkreten Ziele genannt wurden (z. B.

## ZIELKLÄRUNGSÜBUNG MIT KINDERN I: »DIE GUTE FEE«

### Beschreibung:

Der Therapeut bittet das Kind, sich drei aus den von ihm oder anderen Familienmitgliedern bislang genannten Problemen auszuwählen. Es wird dann eine Imagination eingeleitet, in der das Kind sich vorstellen soll, dass eine gute Fee kommt und diese Probleme nacheinander wegzaubert. Nach jeder »Zauberei« wird das Kind aufgefordert, genau zu benennen, was sich nun dadurch in seinem Leben verändert hat.

### Instruktion:

Bei einem Mädchen, das zum Beispiel als Problem benannt hat, dass sie nicht immer so wütend sein will, könnte ein Ausschnitt aus der Imagination etwa folgendermaßen lauten (wobei jeweils genug Zeit gelassen werden muss, damit das Mädchen eine Vorstellung entwickeln kann):



*»Jetzt möchte ich, dass du dir einmal etwas vorstellst ... vielleicht fällt dir das am einfachsten, wenn du die Augen schließt ... und setz (leg) dich auch ganz entspannt und gemütlich hin, so, dass du dich wohl fühlst (...). Du merkst schon, dass du ganz ruhig und entspannt wirst (...). Und nun ... stell dir eine Fee vor ... ich weiß nicht, wie deine Fee aussieht, vielleicht ist sie weiß gekleidet ... ich weiß nicht, welche Haarfarbe deine Fee hat ... stell sie dir einfach so vor, wie du sie magst ... Sie kommt eines Nachts ... vielleicht heute Nacht ... in dein Zimmer, während du schläfst, vielleicht hat sie einen Zauberstab dabei oder etwas anderes, was ihr beim Zaubern hilft ... jedenfalls ... schwingt sie ihren Zauberstab, oder was auch immer sie bei sich hat, ... und – wusch – sind deine Wutanfälle verschwunden ... einfach weg, nicht mehr da. Sie lächelt, weil sie mit ihrer Arbeit zufrieden ist, und verschwindet langsam wieder aus deinem Zimmer ... vielleicht aus dem Fenster oder durch die Tür, ich weiß es nicht ... und du, du schläfst einfach weiter ... und am nächsten Morgen erwachst du ... und immer noch sind deine Wutanfälle weg ... und jetzt stell dir einmal vor, wie dein Tag aussehen wird, so ohne deine Wutanfälle ... Was wird jetzt passieren? ... Stell dir vor, wie es bei euch morgens so zugeht, wie du dich für die Schule fertig machst ... wer alles da ist ... und was die anderen tun ... und immer noch sind deine Wutanfälle weg, einfach weg ... Was werden die anderen vielleicht merken? ... Wird es deiner Mutter auffallen? (Oder deinem Vater? Deinen Geschwistern?) ... wird ihnen auffallen, was nun anders ist? ... und stell dir dann vor, wie du zur Schule gehst (fährst) ... wird da etwas anders sein? ... und in der Schule ... wer ist da alles? ... und was macht ihr? ... und wer wird alles merken, dass deine Wut einfach nicht mehr da ist? ... und woran? ... und dann wieder zu Hause ... wie werden nun das Mittagessen ... und der Nachmittag verlaufen ohne deine Wutanfälle? ... was wirst du tun? ... und mit wem? ... und wie wird das sein? ... und am Abend ... das Abendbrot ... ohne deine Wutanfälle ... was wird anders sein für dich und für die anderen? ... und schließlich, wenn du ins Bett gehst ... wie wirst du den Tag beschließen? ... ohne Wutanfälle ... was wirst du machen und was machen die anderen ...« usw.*

### Auswertung:

Das Kind wird über eine solche Phantasiereise angeregt, sich positive Zielzustände vorzustellen, die es anschließend im Gespräch mit dem Therapeuten benennen und reflektieren kann.

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

## ZIELKLÄRUNGSÜBUNG MIT KINDERN II: »MEINE INSEL«

### Beschreibung:

Das Kind wird aufgefordert, sich eine Insel vorzustellen, die es selbst besitzt und auf der es alles bestimmen kann. Es soll sich dann überlegen, wen es einladen würde, mit ihm auf der Insel zu leben, und was sie dort zusammen unternehmen würden.

### Instruktion:

»Stell dir vor, du besitzt eine Insel ... **DEINE** eigene Insel, auf der du alles bestimmen kannst ... sie liegt vielleicht irgendwo im Süden, wo es schön warm ist, vielleicht aber auch woanders ... Du kannst dir selbst ausmalen, wie sie aussieht ... vielleicht geht das am besten, wenn du die Augen schließt und es dir ganz gemütlich machst (...) und jetzt stell dir mal vor ... welche Pflanzen und Tiere es dort gibt ... wie das Wetter ist ... und wie überhaupt alles aussieht und sich anfühlt ... und jetzt überlege dir, wer dort mit dir leben soll



... lass dir ruhig Zeit dabei, wähle sorgfältig aus, wen du auf deine Insel einladen möchtest ... und wenn du alle beisammen hast, zumindest im Moment, vielleicht fallen dir später noch andere ein ... dann stell dir einmal vor, was du allein oder mit den anderen auf der Insel zusammen unternehmen wirst ... mal dir aus, wie alles aussieht, was ihr tut, wer was sagt und macht und was du den ganzen Tag so machen möchtest ... erzähl mir ein bisschen von deinem oder eurem Tag (...)« usw.



### Auswertung:

Im Anschluss daran kann es für das Kind, wenn es gerne malt, hilfreich sein, die schönste Szene des Tages zu malen. Im Gespräch kann dann versucht werden herauszuarbeiten, was eigentlich die Wünsche des Kindes sind, welche Beziehungen es pflegen möchte, was es gerne unternehmen möchte usw.

## ZIELKLÄRUNGSÜBUNG MIT KINDERN III: »GLÜCKS-13«

### Beschreibung:

Die Kinder werden gebeten, 13 (je nach Alter können es auch weniger sein, z. B. 7) Sachen oder Personen als Antwort auf bestimmte Fragen zu benennen. In Abhängigkeit von Alter und »Schreiblust« können sie diese selbst aufschreiben oder die Namen dem Therapeuten diktieren.

### Instruktion:

Die Fragen können z. B. sein:

- Welche 13 Spielzeuge willst du niemals abgeben?
- Welche 13 Kinder möchtest du zu einer Party einladen?
- Welche 13 Lieder würden auf deine ganz persönliche Lieblings-CD kommen?
- Welche 13 Orte möchtest du einmal besuchen?
- Welche 13 Film-, Geschichten-, Comic- oder Fernsehfiguren magst du am liebsten?



Im Anschluss daran müssen die Kinder aus den Listen noch einmal die wichtigsten 3 Namen auswählen; dafür können verschiedene Gründe genannt werden:

- Es geht auf eine Reise und mehr Personen passen nicht ins Auto ...
- Es geht auf eine Reise und mehr Dinge passen nicht in den Koffer ...
- usw.

### Auswertung:

Im Gespräch kann dann geklärt werden, warum die Wahl jeweils auf diese 3 Personen/Dinge fiel, woraus dann wiederum gemeinsam abgeleitet werden kann, warum diese Dinge/Personen/Figuren usw. so wichtig sind.

bei der Übung »Die gute Fee«), geht es bei den anschließenden Gesprächen darum, einen Zusammenhang zwischen den genannten globalen Zielen und der augenblicklichen Lebenssituation herzustellen. Wenn ein Kind in seinen Beschreibungen z. B. viele befriedigende soziale Kontakte benennt, zurzeit aber aufgrund seiner Schüchternheit oder seines aggressiven Verhaltens nur wenige Freunde hat, so wäre zu klären, was es nun als ersten Schritt tun könnte (bzw. was es in seinen Phantasien getan hat!), um diesem Ziel näher zu kommen: *Was habe ich auf meiner Insel getan, als es so gut lief? Wie habe ich mich verhalten, nachdem die Fee mein Problem weggezaubert hat?*

Im nächsten Schritt muss das herausgearbeitete Verhalten auf die reale Lebenswelt des Kindes übertragen werden:

*Wie kann ich das Verhalten, das ich in der Phantasie gezeigt habe, im wirklichen Leben zeigen? Was würde mir dabei helfen? Was genau müsste ich anders machen?*

Für den Therapeuten ergeben sich häufig weitere, bislang von den Familienmitgliedern nicht genannte Therapieziele, die aus fachlicher Sicht aber zu verfolgen sind. Dies können Verhaltensänderungen der Eltern sein, die ihr Kind z. B. mehr fördern, ein feinfühleres Verhalten seinen Bedürfnissen gegenüber haben oder sich konsequenter verhalten sollten.

### *Zielanalyse*

Der Therapeut tut, zumindest wenn mehrere Ziele (von Kindern und/oder Eltern) genannt wurden, gut daran, die Ziele schriftlich festzuhalten (s. Bogen »Zielklärung«), um vor der nächsten Sitzung überprüfen zu können, ob bei einer genaueren Zielanalyse Probleme erkennbar werden.

Dies bedeutet zunächst, dass jedes einzelne Ziel für sich *bewertet* werden muss, und zwar nach den Kriterien:

- Ist das Ziel inhaltlich angemessen?
- Ist das Ziel den Kompetenzen/Ressourcen angemessen?
- Ist das Ziel ethisch vertretbar?



## ZIELKLÄRUNG

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

Wichtigste Ziele ...		Ziel akzeptabel?
des Kindes	1.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	2.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	3.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
der Eltern	1.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	2.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	3.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
der Therapeutin/ des Therapeuten	1.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	2.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	3.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Sind Zielkonflikte erkennbar?

Zielkonflikt 1:	Zielkonflikt 2:	Zielkonflikt 3:	Zielkonflikt 4:
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Gegebenenfalls neue Zielformulierungen:

Zielkonkretisierungen:	Reihenfolge

Wenn die Ziele als vorläufige Ziele zunächst übernommen werden können, ist als Nächstes zu prüfen, ob es *Zielkonflikte* gibt, ob also einzelne genannte Ziele möglicherweise miteinander *inkompatibel* sind. So könnte es z. B. sein, dass ein Kind das Ziel verfolgt, weniger lernen zu müssen, während die Eltern das Ziel verfolgen wollen, dass sich die Schulleistungen des Kindes verbessern. Dies scheinen zumindest partiell nicht gleichzeitig verfolgbare Ziele zu sein. Ein anderer Zielkonflikt wäre etwa gegeben, wenn die viel beschäftigten Eltern sich wünschen, dass ihr Kind selbstständiger wird und sie weniger in Anspruch nimmt, während sich das Kind wünscht, dass die Eltern mehr Zeit und Zuwendung aufbringen.

Auch wenn keine tatsächlichen Ziel-Inkompatibilitäten vorliegen, kann es passieren, dass Eltern bestimmten Wünschen ihrer Kinder nicht entsprechen wollen oder umgekehrt. In all diesen Fällen muss im nächsten Schritt eine *Zielverhandlung* erfolgen.

### *Zielverhandlung*

Die Zielverhandlungen sollten normalerweise mit allen Beteiligten gemeinsam stattfinden, allerdings kann es in bestimmten Fällen auch wichtig sein, dies in Einzelgesprächen vorzubereiten, wenn ein Familiengespräch ansonsten zu scheitern droht.

Für die Zielverhandlungen können verschiedene Strategien sinnvoll und hilfreich sein. Generell sollte versucht werden, in den Familiengesprächen eine Atmosphäre von gegenseitigem Respekt und Wohlwollen herzustellen. Hilfreich ist dazu eine Gesprächsführung, bei der *zirkuläre Fragen* (vgl. Penn, 1983; Rothermel & Feierfeil, 1990; Palmowski & Thöne, 1995; Simon & Rech-Simon, 2001) im Vordergrund stehen.

Zirkuläre Fragen beziehen sich auf Beziehungen untereinander, gegenseitige Wahrnehmungen und Vermutungen. Sie entsprechen nicht dem üblichen Kommunikationsmuster der linearen Fragen und geben dadurch die Gelegenheit, eingefahrene Kommunikations-, Wahrnehmungs- und Beziehungsmuster in der Familie zu verändern.

Bei zirkulären Fragen werden einzelne Familienmitglieder nach ihren Vermutungen über Gefühle, Wahrnehmungen und Hand-

lungsweisen anderer Familienmitglieder gefragt. In Bezug auf eine gemeinsame Zielklärung könnten zirkuläre Fragen z. B. lauten:

An das Kind gerichtet:

- Was glaubst du, wie sehr deine Eltern mit deinen Zielen und Wünschen einverstanden sind?
- Was vermutest du: Ist eher deine Mutter oder dein Vater mit deinen Zielen einverstanden?
- Glaubst du, dass deine Eltern die gleichen Ziele für die Therapie hier haben?
- Was glaubst du, über welche Veränderung sich deine Eltern am meisten freuen würden?

An die Eltern gerichtet:

- Wenn Ihre Wünsche in Bezug auf die Veränderungen verwirklicht würden, was glauben Sie, wie Ihrem Sohn/Ihrer Tochter dies gefallen würde?
- Was vermuten Sie, welches Ziel ist Ihrem Sohn/Ihrer Tochter am wichtigsten?

Bei dieser Art von Fragestellung können neue Sichtweisen in der Familie entwickelt werden. Durch die ernsthafte Aufforderung, sich in die jeweils anderen hineinzusetzen, wird möglicherweise eine empathische Perspektive angeregt, die vorher selten oder evtl. sogar noch niemals eingenommen wurde. Noch beeindruckender ist für die Familienmitglieder oftmals zu hören, wie sich die anderen in ihre Gefühle und Wünsche »einzudenken« versuchen. Insgesamt führt diese Art der Gesprächsführung oft zu einer sehr ziel-führenden und wohlwollenden Gesprächsatmosphäre. Dafür ist es allerdings notwendig, darauf zu achten, dass die Familienmitglieder die Fragen des Therapeuten auch tatsächlich beantworten. Häufig versuchen die Klienten zunächst, die ungewohnte und verwirrende Fragestellung zu umgehen und einfach die üblichen »linearen« Antworten zu geben. Um eine Kultur des zirkulären Gesprächs zu etablieren, sollte der Therapeut hier unbedingt in geeigneter Weise darauf bestehen, dass seine Fragen auch tatsächlich so beantwortet werden, wie sie gestellt wurden, auch wenn es zunächst für die Familie ungewohnt ist.

Die folgenden Strategien, Anregungen und Ideen können helfen, die Zielverhandlung mit der Familie auch in schwierigen Fällen erfolgreich zu führen:

1. *Ist ein Kompromiss oder »Deal« möglich?* Können die Familienmitglieder dazu gebracht werden, gegenseitig (zunächst zumindest einige) die Ziele der anderen zu akzeptieren, wenn gleichzeitig (einige) ihrer eigenen Ziele bedacht werden? Es kann sehr hilfreich sein, dies im Rahmen der zirkulären Gesprächsführung (sozusagen als vorläufiger Kompromiss oder »Deal«) anzubieten. So könnten z. B. die Eltern gefragt werden: »Nachdem Sie gerade gesagt haben, was Sie sich von Ihrem Sohn wünschen – was glauben Sie, könnten Sie im Gegenzug tun, was ihm gut gefallen würde?« Nachdem die Eltern hier ein Angebot gemacht haben und das Kind gefragt wurde, ob es dieses Angebot annehmen könnte, wird ihm natürlich eine entsprechende Gegenfrage gestellt. Das Aushandeln des »Deals« beruht also auf dem Prinzip des *Do ut des*: »Ich gebe, damit du gibst ...«
2. *Gibt es eine »logische Ordnung« der Ziele?* In Verbindung mit der Zielhierarchisierung (s. u.) könnte der Therapeut versuchen, eine sach- und fachgerechte zeitliche Abfolge der Zielverfolgung zu implementieren, auch wenn dadurch die Ziele bzw. Wünsche eines der Beteiligten zunächst in den Hintergrund treten müssen.
3. Lassen sich *»kleinste gemeinsame Ziele«* finden, auf die sich alle einigen und bei denen alle »an einem Strang ziehen« können? Hier wäre z. B. ein erstes Ziel wie »Niemand soll zu Hause mehr Schimpfworte verwenden« möglich, welches über ein gemeinsames Projekt wie z. B. eine »Schimpfwortkasse« verwirklicht werden könnte, in die jede/r einzahlen muss, der oder die ein Schimpfwort benutzt.
4. Gibt es – falls die Therapie in einer Institution stattfindet – die Möglichkeit, dass Eltern und Kind *getrennte Bezugspersonen* (Therapeuten, Berater) bekommen, mit denen sie jeweils ihre eigenen Ziele verfolgen?

5. Macht es Sinn, weitere Familiensitzungen durchzuführen, in denen die Auseinandersetzung mit den gegenseitigen Wünschen vertieft werden?
6. Unter Umständen kann es auch günstig sein, als Therapeut mit der *fachlichen Autorität* zu »winken« und die Zielauswahl direkter zu unterstützen.

### *Konkretisierung/Operationalisierung*

Wenn es gelungen ist, einen Zielkonsens herzustellen, müssen die Ziele schließlich noch operationalisiert werden. Hier ist besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass die Ziele sehr *verhaltensnah* (und damit beobacht- und überprüfbar) formuliert werden.

Ziele sollten möglichst (nicht unbedingt) positiv formuliert sein und einfach überprüfbar sein. Nicht alle Therapieziele werden in konkrete Verhaltensweisen übersetzbar sein; manchmal gibt es auch welche, die sich auf *innere Zustände* beziehen. Solche Ziele sollten aber nicht ausschließlich gewählt werden. Insbesondere im Hinblick auf die Evaluation (vgl. Phase 6) ist es wichtig, dass auch *beobachtbare Verhaltensziele* vereinbart und formuliert werden.

Eine mögliche Hilfe für die Zieloperationalisierung mit Kindern ist die *Verlern-Erlern-Tabelle* (in Anlehnung an Michels & Borg-Laufs, 2001, sowie Petermann & Petermann, 2005; vgl. das nachfolgende Arbeitsblatt). Die gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeiteten zu *verlernenden* Verhaltensweisen werden zunächst vom Kind in die linke Spalte der Verlern-Erlern-Tabelle eingetragen (z. B. »böse gucken und protestieren, wenn der Lehrer mich zur Arbeit auffordert«). Im Anschluss daran wird in die rechte Spalte in der gleichen Zeile das stattdessen zu *erlernende* Verhalten eingetragen (z. B. »ruhig die Aufforderungen des Lehrers befolgen«). Auch das zu erlernende Verhalten wird natürlich gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeitet. Die Verlern-Erlern-Tabelle kann im weiteren Therapieverlauf immer wieder eingesetzt werden. So können z. B. sowohl diejenigen unerwünschten Verhaltensweisen mit einem Smiley gekennzeichnet werden, die bereits *verlernt* wurden, als auch diejenigen erwünschten Verhaltensweisen, die bereits *erlernt* wurden.

Die operationalisierten Ziele sollten schließlich noch in eine *Zielerreichungsskala* (ZES; s. dazu ausführlich Kap. 2.4.6; vgl. auch Borg-Laufs, 1997b; Döpfner & Borg-Laufs, 1999) eingetragen werden. Die Einführung einer Zielerreichungsskala ist in der Regel problemlos mit Eltern und Kindern ab etwa 8 bis 10 Jahren möglich. Nahezu jedes denkbare Therapieziel kann in einer Zielerreichungsskala abgebildet werden. Mit Hilfe der ZES kann der Therapieerfolg überprüft werden; daher wird die Arbeit mit diesem Hilfsmittel ausführlich in dem entsprechenden Kapitel 2.4.6 vorgestellt. Hier sei nur darauf hingewiesen, dass die Einführung und regelmäßige Nutzung einer ZES in der Therapie sowohl die Ziel fokussierung während des gesamten Therapieprozesses erhöht als auch die Therapieevaluation erheblich bereichert. Ähnliche Verfahren (PROBO und ZIEBO) finden sich auch bei Döpfner et al. (2000a).

### *Hierarchisierung*

Die Zielklärung wird mit einer Hierarchisierung der Therapieziele abgeschlossen. Die Therapieziele sollten in eine fachlich angemessene Reihenfolge gebracht werden, da es i. d. R. nicht möglich sein wird, alle Ziele gleichzeitig zu verfolgen. In Anlehnung an Kanfer et al. (2000), Schulte (1996) sowie Döpfner und Borg-Laufs (1999) sollten dabei folgende drei Aspekte beachtet werden:

- *Einfache Ziele zuerst!* Damit die Änderungsmotivation der Klienten aufrechterhalten werden kann, ist es sinnvoll, dass sie die therapeutischen Erfolge schnell erleben können (vgl. Phase 2). Dies wird ihr Zutrauen in die Therapie sowie die Bereitschaft, sich aktiv an der Therapie zu beteiligen, erhöhen.
- *Wichtige Ziele zuerst!* Häufig ist es angemessen, als erstes die Therapieziele zu bearbeiten, deren Erreichung eine besondere Entlastung für die KlientInnen nach sich zieht. Somit spielt auch die subjektive Wichtigkeit der Therapieziele bei der Hierarchisierung der Ziele eine entscheidende Rolle (vgl. Phase 2). Es muss allerdings darauf geachtet werden, dass die Ziele nur dann angegangen werden, wenn die KlientInnen bereits die notwendigen Kompetenzen für die Zielerreichung aufweisen. Daraus ergibt sich die letzte Heuristik zur Ordnung der Therapieziele:

**VERLERN-UND-ERLERN-TABELLE**

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

# Verlernen und Erlernen



Manchmal mache ich Sachen, die nicht gut für mich oder andere sind. Die will ich VERlernen.



Und damit ich das auch schaffe, muss ich wissen, was ich dann stattdessen tun will. Das will ich ERLernen.

Das will ich VERlernen:	☺	Das will ich ERLernen:	☺

- *Unabhängige Therapieziele zuerst!* Manche Therapieziele sind erst dann erreichbar, wenn andere Ziele bereits verwirklicht wurden. Mit anderen Worten, das Bearbeiten dieser Ziele ist *abhängig* davon, dass ein anderes Therapieziel bereits verwirklicht wurde. So können z. B. Entspannung und Angstreduktion unterschiedliche Therapieziele sein, aber bei einigen therapeutischen Methoden zur Angstreduktion muss ein Entspannungsverfahren bereits beherrscht werden, sodass am Ziel der Angstreduktion erst gearbeitet werden kann, wenn das *unabhängige* Ziel der Entspannungskompetenz bereits erreicht wurde.

Es ist offensichtlich, dass die drei genannten Heuristiken zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können. So ist das für die Klientinnen subjektiv wichtigste Ziel mit der höchsten Entlastungserwartung möglicherweise gleichzeitig sehr schwierig zu erreichen oder abhängig von der vorherigen Erreichung eines anderen Therapieziels. Während die dritte Heuristik (Abhängigkeit) aus logischen Gründen unbedingt vorrangig zu beachten ist, muss bezüglich der anderen beiden Heuristiken im Einzelfall abgewogen werden, welche Vorgehensweise zur Motivierung der Klientinnen wichtiger ist. Ob also zunächst einfachere Ziele oder lieber als erstes schwierigere, aber subjektiv bedeutsamere Ziele bearbeitet werden sollen, kann nur im Einzelfall geklärt werden. Ein einfach zu erreichendes Therapieziel bietet i. d. R. einen guten Therapieeinstieg. Wenn aber die Betroffenen kaum in der Lage sind, einfache Fortschritte zu würdigen, weil sie stark unter einem anderen Problem leiden, welches für sie absolut im Mittelpunkt steht, wird es manchmal notwendig sein, auch genau an diesem Problem anzusetzen, um die Compliance der Familie zu erhalten.

### *Abschließende Bemerkung*

Damit sind die einzelnen Phasen des Zielklärungsprozesses durchlaufen. Abbildung 2.4.1 zeigt sie noch einmal im Überblick, angefangen von den zunächst noch diffusen Wünschen von Eltern, Kindern oder sonstigen an der Therapie beteiligten Personen, die erste vorläufige Zielerhebung, die Zielanalyse und anschließende, mehr oder weniger problematische Zielverhandlung, den dabei möglicherweise hilfreichen Strategien, über die Konkretisierung, Opera-

tionalisierung und Hierarchisierung der Ziele bis hin zur letztendlichen Zielumsetzung in Phase 5, der wir uns nun zuwenden werden.

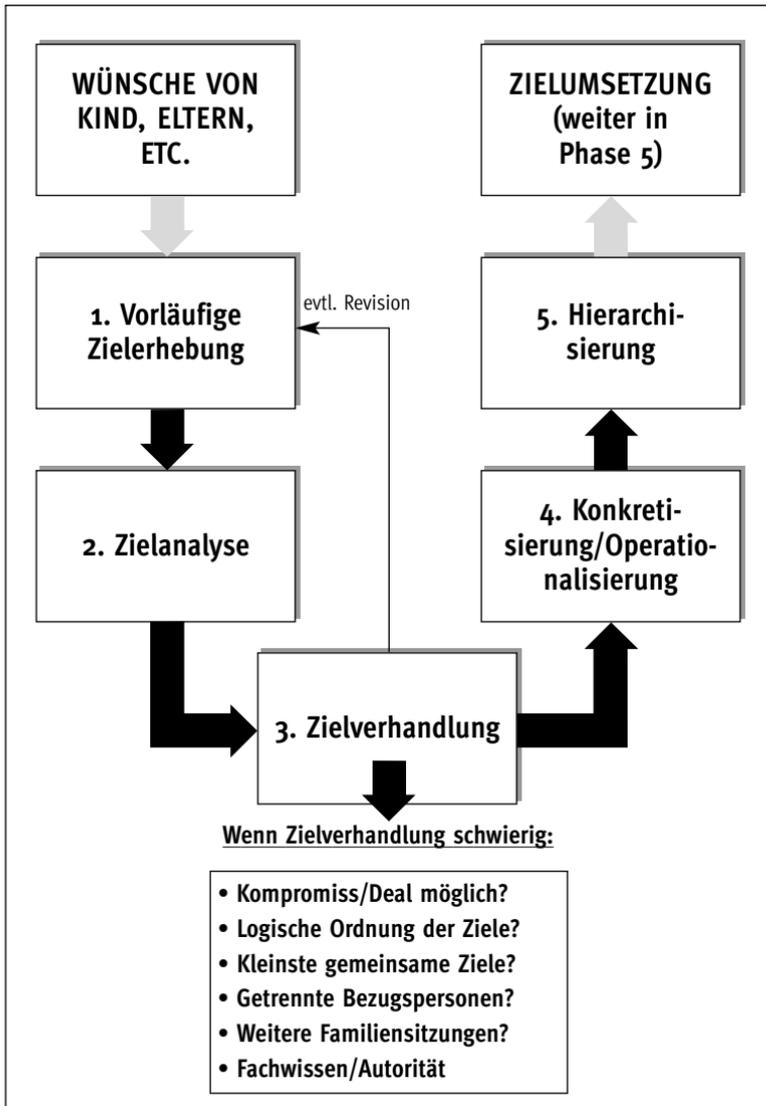


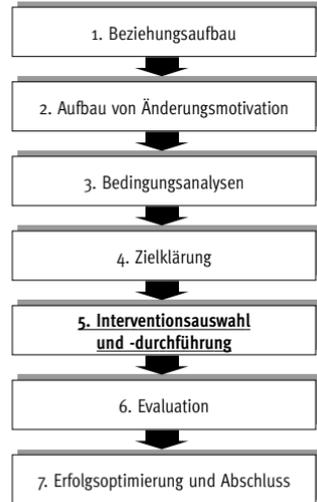
Abb. 2.4.1: Der Zielklärungsprozess, modifiziert nach Michels & Borg-Laufs (2001)

## 5. Hilfe zur Selbsthilfe: Auswahl, Planung und Durchführung von Interventionen

### 5.1 Einleitende Bemerkungen zu Phase 5

Wenn die therapeutische Beziehung etabliert ist, die Klientinnen motiviert sind, die aufrechterhaltenden Bedingungen des Problemverhaltens umfassend erhoben wurden und über die Ziele der Therapie Einigkeit hergestellt werden konnte, kommt die Kernphase jeder Therapie, die Auswahl, Planung und Durchführung spezifischer Interventionen.

Gelegentlich fühlen sich Therapeuten unter Druck gesetzt, möglichst schnell erfolgreich zu sein, etwa weil dem Kind ein Schulverweis droht, wenn das aggressive Verhalten nicht sofort beendet wird, weil das Problemverhalten außerordentlich belastend für die Familie ist oder weil ein bestimmtes Vorhaben ansteht (z. B. ein Schulausflug mit Übernachtung), zu dem das Problem aus Sicht der Klienten auf jeden Fall gelöst sein soll. In diesen Fällen besteht die Gefahr, dass der Therapeut sich nicht die nötige Zeit nimmt, Beziehung und Motivation zu etablieren, die Diagnostik sorgfältig durchzuführen und die Ziele der Beteiligten zu erarbeiten, da es möglichst schnell zu einer Verbesserung kommen soll. Dadurch besteht eine erhöhte Gefahr zu scheitern, denn auch die in Phase 5 der Therapie zum Einsatz kommenden spezifischen Interventionsmethoden funktionieren nur vor dem Hintergrund der Verwirklichung der Therapieziele aus den ersten Therapiephasen. Auch eine kompetente und »lehrbuchgemäße« Durchführung von therapeutischen Interventionen scheitert, wenn es an Beziehung oder Motivation mangelt oder wenn z. B. die Diagnostik falsch



oder unvollständig durchgeführt wurde. Aus diesem Grunde ist es gerade auch bei der manchmal für die Familie belastenden Phase der Interventionsdurchführung wichtig, darauf zu achten, dass die Erhaltungsziele aus früheren Therapiephasen im Auge behalten werden (vgl. Checkliste 2.5.1).

#### **Checkliste 2.5.1: Erhaltungsziele aus den Phasen 1 bis 4**

##### **Vor Beginn der Phase 5:**

- Zeigt das Kind das erforderliche Basisverhalten dem Therapeuten gegenüber (Therapienachfrage, Mitarbeit, Offenheit, Bereitschaft zum Ausprobieren)?
- Zeigen die Eltern das erforderliche Basisverhalten dem Therapeuten gegenüber (Therapienachfrage, Mitarbeit, Offenheit, Bereitschaft zum Ausprobieren)?
- Sind die Ergebnisse der Diagnostik zielführend im Sinne einer angemessenen Therapieplanung?
- Verfolgen alle Beteiligten miteinander kompatible Therapieziele?
- Wurden angemessene Maßnahmen zur Evaluation der therapeutischen Erfolge eingeleitet?

##### **Während der Phase 5:**

- In welcher Reihenfolge und ggf. mit welcher Unterstützung und Vorbereitung müssen therapeutische Interventionen durchgeführt werden, damit Beziehung und Änderungsmotivation erhalten bleiben?
- Erhält der Therapeut während der Interventionsdurchführung neue Informationen, die noch in die Bedingungsanalyse aufzunehmen sind?
- Ergeben sich für die Klienten oder den Therapeuten während der Interventionsdurchführung noch neue Ziele, und sind diese kompatibel mit den bisherigen Zielen?

Sofern also diese grundlegenden Bedingungen realisiert sind, kann es nun zur Kernphase der Psychotherapie kommen. Der Titel dieses Kapitels besagt bereits, dass diese Kernphase aus drei Teilen besteht, und zwar (1) der Auswahl, (2) der Planung und (3) der

Durchführung von Interventionen. Tatsächlich muss die Interventionsdurchführung in einer wissenschaftlich orientierten Psychotherapie sorgfältig vorbereitet werden, und zwar dadurch, dass die jeweils optimalen Interventionen ausgewählt werden, deren Einsatz im jeweiligen Einzelfall spezifisch geplant und aufeinander abgestimmt wird.

Zunächst werden aufbauend auf den Ergebnissen der Diagnostik und Zielklärung und vor dem Hintergrund des in Ausbildung, Supervision und beruflicher Praxis erworbenen klinisch-psychologischen Veränderungswissens diejenigen empirisch bewährten therapeutischen Interventionen *ausgewählt*, die bei der gegebenen Problem- und Ressourcenkonstellation am ehesten positive Veränderungen ermöglichen bzw. erwarten lassen. Da das Modell der Selbstmanagementtherapie methodenoffen ist, können hier verhaltenstherapeutische Ansätze ebenso zum Einsatz kommen wie Verfahren anderer psychotherapeutischer Schulen (z. B. aus der Systemischen Familientherapie, Hypnotherapie, Personenzentrierten Psychotherapie, usw.; vgl. dazu auch Schmidtchen, 2001).

Wenn die im vorliegenden Fall prinzipiell einsetzbaren Interventionen ausgewählt wurden, gilt es, sie an den jeweiligen Fall anzupassen. Einerseits müssen die Interventionen in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht werden, andererseits müssen auch die einzelnen Interventionen im Hinblick auf die spezifischen Erfordernisse des Einzelfalles im Detail *geplant* werden.

#### **Checkliste 2.5.2: Schwerpunktziele Phase 5**

- Auswahl von Interventionen, die der jeweiligen Problem- und Ressourcenkonstellation maximal entsprechen.
- Einzelfallorientierte Planung der Interventionsdurchführung.
- Fachgerechte und kompetente Durchführung der Interventionen im Kontakt mit den Klienten.

Daran schließt sich die eigentliche *Interventionsdurchführung* an, bei der es darauf ankommt, einerseits mit der Methode hinreichend vertraut zu sein, um sie auch in schwierigen Fällen und bei überraschenden Entwicklungen in der Therapiestunde souverän an-

wenden zu können. Dies bedeutet u. a. auch zu wissen, wann Variationen der Methode sinnvoll sein können und unter welchen Bedingungen eine eher »lehrbuchgemäße« Durchführung angemessen ist. Andererseits muss genügend therapeutische Basiskompetenz vorhanden sein, um die Methoden so einzusetzen, dass Beziehung und Motivation auf hohem Niveau bleiben und die Art der Durchführung den Bedürfnissen der Klientinnen entspricht.

## 5.2 Die einzelfallangepasste Auswahl und Planung von Interventionsmethoden

Wenn Diagnostik und Zielklärung abgeschlossen sind, gilt es, die vor dem Hintergrund der diagnostischen Ergebnisse erarbeiteten Ziele zu verwirklichen. In einer wissenschaftlich orientierten Psychotherapie (und darum handelt es sich bei der Selbstmanagementtherapie) müssen empirisch fundierte und nachvollziehbare Heuristiken zur Auswahl der Methoden herangezogen werden (vgl. Kanfer et al., 2000). Grundlage dieser Planung sind Verlauf und Ergebnisse der Therapiephasen 1 bis 4, insbesondere die Ergebnisse der Diagnostik einerseits und das Wissen und die Kompetenzen des Therapeuten andererseits.

### 5.2.1 *Ergebnisse der Diagnostik und ihre Bedeutung für die Auswahl und Planung von Interventionsmethoden*

Der Befundbogen, den wir in Zusammenhang mit Phase 3 vorgestellt haben, stellt die Zusammenfassung der aus unserer Sicht für die Therapieplanung relevanten Informationen dar. Daher wollen wir auf diese Grundlage jetzt zurückgreifen. In dem Befundbogen werden Daten zu folgenden Bereichen eingetragen (vgl. Phase 3):

- Klinisches Störungsbild (Achse I)
- Umschriebene Entwicklungsrückstände (Achse II)
- Intelligenzniveau (Achse III)
- Körperliche Störungen (Achse IV)
- Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse

- Situationsübergreifende Verhaltenspläne
- Irrationale oder dysfunktionale Kognitionen
- Ressourcen
- Funktionale Verhaltensanalyse
- Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V)
- Psychisches Funktionsniveau (Achse VI)
- Systemanalyse
- Beziehungsanalyse
- Motivationsanalyse

Wir wollen also den Beitrag jedes einzelnen Befundes zur Auswahl und Planung von Therapiemethoden im Folgenden kurz vorstellen:

### *Klinisches Störungsbild*

Wie an anderer Stelle in diesem Buch (oder auch z. B. Borg-Laufs & Merod, 2000) betont, steht für uns das klinische Störungsbild nicht im Mittelpunkt der Therapieplanung. Das heißt aber keineswegs, dass wir es für unwichtig halten. Im Laufe der vergangenen Jahre wurde so viel störungsspezifisches Wissen gesammelt, dass es sowohl zu einem besseren Verständnis des Klienten beitragen als auch direkte Hinweise für die Methodenauswahl liefern kann, wenn das Störungsbild korrekt diagnostiziert wurde. Einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Störungsbilder geben z. B. die Lehrbücher von Petermann (2000), Lauth, Brack und Linderkamp (2001), Esser (2001), Remschmidt (2001), Mattejat (2005) sowie Herpertz-Dahlmann et al. (2005). Einen Überblick hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen klinischen Diagnosen und spezifischen Interventionen kann man sich bei Borg-Laufs (2001b) verschaffen. Darüber hinaus bieten insbesondere die störungsspezifischen Leitlinien der DGKJP (2000) entsprechende Hinweise. Ein Psychotherapeut, der mit Kindern und Jugendlichen arbeiten will, sollte mit dieser Literatur zumindest teilweise vertraut sein.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Aus unserer Sicht ist es so, dass die Lehrbücher – wie sollte es auch anders sein – natürlich große Überschneidungsbereiche aufweisen, sodass möglicherweise nicht jedes davon gelesen werden muss. Andererseits sind die Beiträge in den Lehrbüchern durchaus nicht identisch, und das Lesen mehrerer Lehrbücher bietet durchaus Erkenntnisgewinn.

In Anlehnung an Borg-Laufs (2001b; siehe die weiterführenden Hinweise dort) können z. B. folgende Hinweise für die Indikation spezifischer therapeutischer Interventionen in Abhängigkeit vom klinischen Störungsbild nach Kapitel V (F) der ICD-10 gegeben werden (vgl. Tab. 2.5.1). Zur Durchführung der genannten Interventionen finden sich detaillierte Hinweise bei Borg-Laufs (2001c) sowie (etwas weniger ausführlich) bei Lauth, Brack und Linderkamp (2001). Der geneigten Leserschaft wird auffallen, dass eine eindeutige Zuordnung einzelner Methoden zu einem Störungsbild kaum möglich ist. Vielmehr wird in Tabelle 2.5.1 deutlich, dass bei einem spezifischen Störungsbild durchaus verschiedene Methoden vorrangig indiziert sein können. Die Entscheidung, welche der genannten Methoden in einem gegebenen Fall einzusetzen sind und welche nicht, ergibt sich aus den weiteren Bedingungsdiagnosen.

Wir möchten aber nochmals betonen, dass das störungsspezifische Veränderungswissen, welches inzwischen gesammelt wurde, von Kinder- und Jugendlichentherapeuten unbedingt genutzt werden sollte. Es muss nicht bei jeder depressiven Störung, Angststörung oder Verhaltensstörung »das Rad neu erfunden« werden, wenn sich bereits spezifische störungsorientierte Methoden in wissenschaftlichen Untersuchungen als wirkungsvoll erwiesen haben. Viele der störungsspezifischen Manuale haben bei einem bestimmten Indikationsbereich jeweils ihre Wirksamkeit in Untersuchungen zeigen können (vgl. Borg-Laufs, 2001a). Dabei ist allerdings zu beachten, dass eine »manualisierte Therapie« nicht bedeutet, dass sich der Therapeut »sklavisch« an die Anweisungen des Therapiemanuals halten muss, sondern dass das im Manual vermittelte Therapierational eingehalten wird und die spezifischen Interventionsmethoden natürlich dem Einzelfall angepasst werden müssen (vgl. ebd.). Wie diese Anpassung im Einzelfall aussieht, ergibt sich oft nicht unmittelbar aus der Störungsdiagnose, sondern aus den anderen in diesem Kapitel zu besprechenden Informationsquellen.

Ein fundierter Kritikpunkt an der manualorientierten Therapie ist u. a. die Vernachlässigung *komorbider Probleme* (vgl. Auckenthaler, 2000; Borg-Laufs & Merod, 2000). Tatsächlich ist Komorbidität in der Versorgungspraxis der Regelfall, was erneut gegen die

Störungsbild	Häufig indizierte Methoden	Möglicherweise indizierte Methoden	Häufig kontraindizierte Methoden
Akute Belastungszustände	PLT, SB	ET, PHT, RS	EV, KT
Ängste, Phobien	HY, ML, OV, RD, SD/K	EKT, EV, FT, PHT, RS, SB, SI, ST	
Anorexie	OV	HY, FT, PHT, RD, RS, TS	
Aufmerksamkeitsstörungen	KT, ML, PT, OV, SI	EV, HY, PHT, RS	SB, TS
Autismus	ML, OV	ET, FT, PHT, RS	SI
Bindungsstörung	EKT	ET, FT, ST	
Bulimie		FT, HY, KRV, PHT, OV, RD, RS, SD/K, SI, TS	
Depression		FT, HY, OV, PHT, PLT, RD, RS, SI, ST	EV, SD/K, TS
Enkopresis (Einkoten)	OV	ET, FT, HY, ST	ML
Enuresis (Einnässen)	OV	ET, FT, HY, PHT	ML
Frühkindliche Schrei- und Schlafstörungen	EKT, OV	SD/K, ET	
Fütterstörungen	SD/K, OV	ET	
Hyperkinetische Störungen (HKS)	EKT, KT, OV, PLT	EV, FT, HY, PHT, ML, RS, SI	
Mutismus	ML, OV	ET, HY, SD/K, ST	SI
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	SD/K	HY, ML, RD, RS, SI, ST	
Schizophrenie	FT, PHT, OV	EKT, PT, TS	EV, KRV, RD, SD/K
Störungen des Sozialverhaltens	ET, FT, RD, ML, OV, PLT, RS, TS	EKT, EV, HY, PHT, SI	KT, SB
Stottern	OV	EV, HY, RS, SD/K, SI	
Substanzmissbrauch	RD	FT, HY, ML, PHT, PLT, OV, RS, SI	KRV
Tic-Störungen	VU	ET, FT, HY, PHT, ML, OV, SI	
Zwangsstörungen	FT, HY, KRV	EKT, PHT	
Abkürzungen der Methoden:			
<b>EKT:</b> Eltern-Kind-Therapie	<b>KRV:</b> Konfrontation mit Reaktionsverhinderung	<b>PLT:</b> Problemlösetraining	<b>SI:</b> Selbstinstruktionsmethoden
<b>ET:</b> Elterntrainings	<b>KT:</b> Konzentrations- u. Aufmerksamkeitstrainings	<b>RD:</b> Rationale Disputation	<b>ST:</b> Spieltherapie
<b>EV:</b> Entspannungsverfahren	<b>ML:</b> Modelllernen	<b>RS:</b> Rollenspiel	<b>TS:</b> Trainings des Sozialverhaltens
<b>FT:</b> Familietherapie	<b>OV:</b> Operante Verfahren	<b>SB:</b> Stressbewältigungstrainings	<b>VU:</b> Verhaltensumkehr (Habit-Reversal)
<b>HY:</b> Hypnose/Hypnotherapie	<b>PHT:</b> Pharmakotherapie	<b>SD/K:</b> Systematische Desensibilisierung/ Konfrontationsverfahren	

Tab. 2.5.1: Indikation spezifischer Interventionsmethoden bei ausgewählten Störungsbildern nach Borg-Laufs (2001b).

buchstabengetreue »Abarbeitung« von Therapiemanualen (welche i. d. R. an Kindern mit nur einer Diagnose überprüft wurden) spricht. Für die Therapieplanung in unserem Modell sind selbstverständlich *alle* klinischen Diagnosen heranzuziehen und deren mögliche Wechselwirkungen zu beachten.

Ergänzend zu den oben genannten *Standardmethoden* wie Selbstinstruktionsverfahren, Rollenspiel, Konfrontationstechniken usw. kommen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie natürlich auch verschiedene *erlebnisorientierte Übungen* zum Einsatz. Sie dienen v. a. der »kindgerechten Belebung der Therapiesituation, zur mühelosen impliziten Vermittlung von Informationen und zum Transportieren von Fachwissen in [eine] kindgerechte Sprache« (Görlitz, 2004, S. 46). Ebenso wie beim Einsatz der so genannten Standardmethoden sollte jedoch vorher genau überlegt werden, *welche diagnostischen oder therapeutischen Ziele* mit der jeweiligen Übung verfolgt werden. Literatur mit entsprechenden Übungsvorschlägen liegt in ausreichender Menge vor, oft allerdings leider ohne jede theoretische oder therapeutische Einbettung. Eine Ausnahme bietet hier die empfehlenswerte Materialiensammlung von Görlitz (2004, 2005), die in zwei Bänden zahlreiche erlebnisorientierte Übungen und Materialien für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Görlitz, 2004) sowie mit Eltern und anderen Bezugspersonen (Görlitz, 2005) vorgelegt hat. Neben allgemeinen Einstiegs- und Gefühlsübungen werden u. a. auch störungsspezifische Übungen vorgestellt, wie z. B. die Übung »Klebrige Gedanken«, die bei der Behandlung von Kindern mit Zwangsstörungen eingesetzt werden kann.

### *Umschriebene Entwicklungsrückstände und Intelligenzniveau*

Entwicklungsbesonderheiten und das Intelligenzniveau von Kindern können im Sinne einer funktionalen Verhaltensanalyse als Organismusvariable betrachtet werden (vgl. Borg-Laufs, 2005c). Möglicherweise beeinflussen sie die Funktionalität bestimmter Verhaltensweisen, da sie die Bedeutung und Valenz von Verstärkern beeinflussen können. Für ein Kind mit einer umschriebenen Entwicklungsstörung bestimmter schulischer Fertigkeiten wird z. B. die Vermeidung der Anstrengung bei den Hausaufgaben einen viel

größeren Verstärkungswert haben als für ein durchschnittlich oder gut begabtes Kind.

Darüber hinaus können Schwierigkeiten im Leistungsbereich eine Fülle von Folgewirkungen haben (vgl. z.B. Murjahn, Latoska & Borg-Laufs, 2005). Die Kinder erleben, dass sie in einem wichtigen Entwicklungsbereich nicht mithalten können, was ihr Selbstwertgefühl beeinträchtigt und eine generelle Misserfolgsenerwartung fördern kann. Aus diesem Grund ergibt sich durch Diagnosen in diesem Bereich auch oft die Notwendigkeit, spezifische *Fördermaßnahmen* für die entsprechenden Probleme einzuleiten. Fortschritte in diesem Bereich können dann in erheblichem Ausmaß therapeutische Veränderungen erleichtern.

Ein hohes Intelligenzniveau kann i. d. R. als Ressource verstanden werden, während ein niedriges Intelligenzniveau bei der Feinabstimmung der Therapieplanung berücksichtigt werden muss, wenn darauf geachtet wird, ob die Kompetenzen des Klienten den Anforderungen der Methoden entsprechen (vgl. dazu auch Borg-Laufs & Trautner, 1999).

### *Körperliche Störungen*

Die Kenntnis körperlicher Störungen kann in vielfältiger Weise in die Therapieplanung einfließen (vgl. 3.3.1):

- Wenn eine körperliche Störung als Ursache einer psychischen Störung angesehen werden kann, muss die somatische Störung vorrangig behandelt werden.
- Wenn eine körperliche Störung im Sinne einer Organismusvariablen zur Aufrechterhaltung der psychischen Störung beiträgt, so sollte die körperliche Störung zumindest mitbehandelt werden.
- Jede körperliche Störung ist als Rahmenbedingung zu sehen, die möglicherweise die Kompetenzen des Klienten für bestimmte Veränderungsmöglichkeiten einschränkt. Zum Beispiel können chronische körperliche Krankheiten durchaus die Rahmenbedingungen des familiären Zusammenlebens in erheblichem Ausmaß beeinflussen und bestimmte therapeutisch wünschenswerte familiäre Veränderungen erschweren.

### *Status der Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse*

Der Status der Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse kann in mehrfacher Hinsicht für die Therapieplanung äußerst relevant sein (vgl. Borg-Laufs, 2004b). Die Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse kann als eigenständiges Therapieziel im Sinne der Minimierung von Risikofaktoren und der Etablierung von Schutzfaktoren gelten. Darüber hinaus muss der Status der Bedürfnisbefriedigung als Organismusvariable betrachtet werden (vgl. auch den weiter unten folgenden Abschnitt zur Plananalyse), die – wie auch andere Faktoren – die Bedeutung von Verstärkungsbedingungen entscheidend beeinflussen kann. Schließlich können befriedigte Grundbedürfnisse als Ressource gelten und auf diese Weise in die Therapieplanung einfließen (s. u.). Therapieplanungsrelevante Aspekte der Bedürfnisanalyse können der folgenden Tabelle 2.5.2 entnommen werden (vgl. auch Borg-Laufs, 2005c):

<b>Grundbedürfnis</b>	<b>Status</b>	<b>Therapeutische Implikationen</b>
<b>Orientierung/ Kontrolle</b>	befriedigt (Ressource)	<ul style="list-style-type: none"><li>• traut sich mehr zu als andere Kinder</li><li>• kann Ereignisse gut integrieren</li><li>• hohe Resilienz</li><li>• aufgeschlossen gegenüber Therapie</li></ul>
	nicht befriedigt	<ul style="list-style-type: none"><li>• viele Informationen geben</li><li>• Transparenz, Mitwirkungsmöglichkeiten wichtig</li><li>• Umfeldbedingungen verändern</li><li>• Kognitive Therapie, Aktivierung, Attributionsveränderung</li><li>• Elternberatung/-training zur Erhöhung der Transparenz des elterlichen Verhaltens</li></ul>
<b>Lustgewinn/ Unlust- vermeidung</b>	befriedigt (Ressource)	<ul style="list-style-type: none"><li>• viele Verstärkungsmöglichkeiten</li><li>• positive Grundhaltung, Neugierde</li></ul>
	nicht befriedigt	<ul style="list-style-type: none"><li>• Umfeldbedingungen entsprechend ändern</li><li>• Kognitive Therapie: Erhöhung von Handlungsmöglichkeiten, Aktivierung</li><li>• Elternberatung: Mehr angenehme Situationen</li></ul>

<b>Bindung</b>	befriedigt (Ressource)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau der therapeutischen Beziehung einfacher</li> <li>• Eltern können als Verstärker eingesetzt werden</li> <li>• Soziale Beziehungen als Ressource</li> </ul>
	nicht befriedigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training sozialer Kompetenz</li> <li>• Eltern-Kind-Therapie, Familientherapie</li> <li>• Elternberatung/-training zur Erhöhung der Feinfühligkeit</li> <li>• ggf. Fremdunterbringung</li> </ul>
<b>Selbstwert- erhöhung</b>	befriedigt (Ressource)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kann gut mit Frustrationen umgehen</li> <li>• traut sich mehr</li> </ul>
	nicht befriedigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffen von Erfolgserlebnissen (in der Therapie und im realen Umfeld)</li> <li>• Elternberatung zur Stützung und Förderung des Kindes</li> <li>• Kognitive Therapie, Aktivierung</li> <li>• Training sozialer Kompetenz</li> </ul>

Tab. 2.5.2: Therapieplanungsrelevante Aspekte der Bedürfnisanalyse

### *Situationsübergreifende Verhaltenspläne*

Wie bei der Beschreibung von Phase 3 geschildert, versucht der Therapeut bei der Plananalyse, *übergeordnete, situationsübergreifende Verhaltenspläne* der Klientin zu erfassen. Dies tut er, indem er das Verhalten der Klientin (über das ihm von ihr und anderen berichtet wird) analysiert, und vor allem, indem er im unmittelbaren Therapiekontakt das (verbale und nonverbale) Verhalten der Klientin *auf sich wirken lässt* und daraus ableitet, welches Interaktionsverhalten sich die Klientin *von ihm ihr gegenüber wünscht*.

Sofern dies gelingt, kann eine angemessene Intervention darin bestehen, bei der Beziehungsgestaltung zu der Klientin darauf zu achten, dass der Therapeut ein *komplementäres Verhalten* zeigt, also dasjenige Verhalten, das ihren Beziehungswünschen an ihn entspricht. Wenn er dies tut, wird die Klientin sich in der therapeutischen Beziehung wohl fühlen und nicht um die Verwirklichung dieser Ziele »kämpfen«, sodass Energie und Kraft für die wichtige Arbeit an den therapeutischen Zielen aufgewendet werden können.

(Natürlich bedeutet dies nicht, dass der Therapeut immer und in jedem Fall komplementäres Verhalten zeigen soll oder muss: Eine entsprechend tragfähige Beziehung vorausgesetzt, kann eine andere Strategie auch darin bestehen, die Klientin mit bestimmten Erwartungshaltungen zu konfrontieren und diese zu hinterfragen – mit dem Ziel, diese langfristig zu verändern.)

Häufig stehen die situationsübergreifenden Verhaltenspläne letztlich im Zusammenhang mit der Befriedigung von Grundbedürfnissen. Die Klientinnen wollen in ihrem Selbstwert bestätigt (oder nicht verletzt) werden, sie wollen eine gute Beziehung zum Therapeuten haben (oder von ihm nicht verletzt werden), sie wollen Orientierung erhalten (durch einen Therapeuten, der weiß, »wo es langgeht«) oder keinen Kontrollverlust erleiden (durch einen Therapeuten, der etwas mit ihnen macht, was sie nicht einschätzen und verstehen können). Der Therapeut sollte sich in seinem Interaktionsverhalten auf diese Bedürfnisse einstellen und den Klientinnen durch sein Verhalten zu diesen Zielen kongruente Beziehungserfahrungen ermöglichen.

### *Irrationale oder dysfunktionale Kognitionen*

Irrationale Grundüberzeugungen (»Ich darf keine Fehler machen!«) oder automatische dysfunktionale Kognitionen (»Das schaffe ich nie!«) tragen in erheblichem Ausmaß zu psychischen Störungen bei (vgl. etwa Ellis, 1977; Beck et al., 1994; Stavemann, 1999; Freeman & DeWolf, 2004). Sie sind im Rahmen der funktionalen Verhaltensanalyse (s. u.) als Organismusvariable (bei überdauernden kognitiven Schemata) oder als situatives kognitives Verhalten ( $R_{\text{kog}}$ ) zu interpretieren.

In jedem Fall ist es wichtig, die Veränderung problemaufrechterhaltender Kognitionen als mittelbares oder unmittelbares Ziel in der Therapie zu verfolgen. Dazu können hier nicht näher zu beschreibende Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie eingesetzt werden wie die Rationale Disputation (Breitenbach, 2001) oder Selbstinstruktionsmethoden (Mackowiak & Hungerige, 2001). Eine andere Herangehensweise ist, die Kognitionen indirekt über emotionale oder verhaltensbezogene Therapietechniken zu verändern.

## *Ressourcen*

Die bei der Ressourcenanalyse (vgl. Phase 3) erhaltenen Informationen können zunächst hilfreich für die Beziehungsgestaltung sein: Ein Therapeut, der sich nicht nur mit den Problemen, sondern auch mit den Ressourcen (Interessen, Fähigkeiten) der Klientin beschäftigt, zeigt ihr dadurch seine Wertschätzung und trägt damit zu einer vertrauensvollen Beziehung bei.

Weiter gehend und spezifischer können die aus der Ressourcenanalyse gewonnenen Informationen so genutzt werden, dass der Therapeut daran arbeiten kann, Ressourcen zu aktivieren, nicht wahrgenommene Ressourcen nutzbar zu machen oder die Ressourcennutzung zu optimieren (vgl. ausführlich Klemenz, 2003).

### *Aktivierung von Ressourcen:*

Ressourcen, die den Klientinnen helfen, ihren Alltag effektiver und befriedigender zu gestalten, können zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse beitragen, was wiederum als eigenständiges Therapieziel (s. o.) gelten kann, da die Befriedigung von Grundbedürfnissen als wirksamer Schutzfaktor gegen psychische Störungen angesehen werden kann. Der Therapeut sollte also darauf achten, dass vorhandene Ressourcen in (vor allem aber auch außerhalb) der Therapiestunde häufig eingesetzt werden und dies nach Möglichkeit fördern.

### *Nutzbarmachung nicht wahrgenommener Ressourcen:*

Häufig werden aufgrund der negativen Einstellung und Grundstimmung in der Familie positive Aspekte gar nicht mehr wahrgenommen. Diese nicht mehr wahrgenommenen Ressourcen gilt es, wieder in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken. Dazu können einfache Mittel eingesetzt werden wie etwa der Auftrag an die Eltern, eine »Positiv-Liste« oder ein »Positiv-Tagebuch« zu führen. Hierzu müssen sie jeden Tag aufschreiben, was ihnen an ihrem Kind gefallen hat bzw. welche Situationen mit ihrem Kind schön waren. Oft hat allein schon eine positive wertschätzende Rückmeldung des Therapeuten, der etwa die Leistungsfähigkeit, bestimmte Eigenschaften oder Verhaltensweisen der Familienmitglieder deutlich hervorhebt, eine hilfreiche Funktion. Nicht wahrgenommene

Ressourcen können von der Familie wieder gesehen und genutzt werden. Zu beachten ist allerdings, dass die Fokussierung auf positive Situationen bei den Eltern nicht den Eindruck erwecken sollte, der Therapeut nähme ihre Probleme nicht ernst genug («Warum fragt der mich immer, was mir an meinem Kind gefällt? Bekommt der nicht mit, was für Probleme wir haben?»). Um dies zu vermeiden, müssen die Eltern also einerseits für den »Blick auf die Ressourcen« entsprechend vorbereitet sein und andererseits das deutliche Signal vom Therapeuten erhalten, dass auch die Probleme bei ihm »angekommen« sind und entsprechend berücksichtigt werden.

#### *Optimierung von Ressourcen:*

Bei der Optimierung von Ressourcen wird nicht nur die Wiederaufnahme von gelingenden Handlungen gefördert (wie bei der Ressourcenaktivierung), sondern auch die Wirkung vorhandener Ressourcen optimiert, indem therapeutisch angeregt wird, die Ressourcen auf neue Handlungsfelder zu übertragen. So könnte einem stillen Kind mit starken logischen Fähigkeiten der Eintritt in einen Schachclub nahe gelegt werden, einem sportlichen Kind der Eintritt in einen passenden Sportverein usw.

#### *Funktionale Verhaltensanalyse*

Wie bereits mehrfach betont, sollte die funktionale Verhaltensanalyse im Rahmen einer Selbstmanagementtherapie mit Kindern eine prominente Rolle einnehmen. Sie erfasst das unerwünschte Verhalten des Kindes (R), die Hinweis- oder auslösenden Reize dieses Verhaltens (S) und die Folgen desselben (C, K) vor dem Hintergrund überdauernder persönlicher Faktoren (O). Nach Erstellen der Verhaltensanalyse sollte sich der Therapeut also jedes einzelne Glied der Verhaltenskette ansehen und überlegen, wo welche therapeutischen Ansatzpunkte greifen könnten:

#### *Ansatzpunkt S (Stimulus):*

Kann das Auftreten des unerwünschten Verhaltens dadurch reduziert (oder gar verhindert) werden, dass der vorausgehende Reiz geändert wird (Stimuluskontrolle)? Hier ist zu klären, ob die Eltern z. B. Aufforderungen in verletzender Weise stellen, sodass das Kind darauf mit Aggression reagiert und bereits ein anderer »Ton-

fall« der elterlichen Aufforderung die Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens verringern würde. Oder stellen die Eltern Aufforderungen in wenig effektiver Weise, weil sie z. B. gar nicht darauf achten, ob das Kind seine Aufmerksamkeit auf sie gerichtet hat oder weil sie ihre Aufforderungen nicht ernsthaft genug präsentieren? Oder ist bei einem aufmerksamkeitsgestörten Kind die Ausgangssituation für die Erledigung der Hausaufgaben durch viele ablenkende Reize (Blick aus dem Fenster auf andere spielende Kinder, herumtollende Geschwister, zu viel Spielzeug auf dem Schreibtisch usw.) ausgesprochen ungünstig?

*Ansatzpunkt O (Organismusvariable):*

Gibt es überdauernde Dispositionen (kognitive Schemata, übergeordnete Verhaltenspläne, unbefriedigte Grundbedürfnisse, körperliche Zustände usw.), die das Verhalten im Zusammenhang mit den auslösenden Reizen und den nachfolgenden Konsequenzen mit aufrechterhalten? In diesem Falle müsste mit entsprechenden Interventionen versucht werden, die Organismusvariable zu verändern. Dies kann höchst unterschiedliche Methoden umfassen (kognitive Umstrukturierung, familientherapeutische Interventionen usw.). Welche Methode zum Einsatz kommt, hängt selbstverständlich von der Art der Organismusvariable ab (s. die Hinweise in den anderen Abschnitten dieses Kapitels).

*Ansatzpunkt R (Reaktion):*

Muss das Verhalten des Kindes unmittelbar verändert werden? Dies ist zum Beispiel bei respondentem Angstverhalten der Fall. Das Vermeidungsverhalten des Kindes verhindert die Löschung der klassisch konditionierten Angstreaktion. Die therapeutische Intervention muss also darin bestehen, das Kind (im Rahmen einer Konfrontationstherapie) dabei zu unterstützen, ein anderes Verhalten zu zeigen, damit es neue, günstige Lernerfahrungen machen kann.

Eine andere Frage bezüglich des Verhaltens des Kindes ist, ob es überhaupt die *Kompetenz* für ein angemessenes Alternativverhalten besitzt oder ob diese erst aufgebaut werden muss. Nicht selten ist es z. B. bei aggressiven Kindern so, dass ein angemessenes Durchsetzungsverhalten in ihrem Verhaltensrepertoire gar nicht vorhan-

den ist. Wenn sie etwas erreichen wollen, müssen sie daher das unerwünschte aggressive Verhalten einsetzen. Mit Hilfe von Rollenspielen und anderen Therapiemethoden muss in diesen Fällen daran gearbeitet werden, dass das Kind die Ausführung eines angemessenen Alternativverhaltens (R') überhaupt erlernt (z. B. sozial angemessenes Verhalten in Konfliktsituationen).

*Ansatzpunkt C (Konsequenzen):*

Operantes Verhalten wird im Wesentlichen durch die nachfolgenden Konsequenzen des Verhaltens aufrechterhalten. Daraus ergeben sich mehrere mögliche Ansatzpunkte:

- *Löschung unerwünschten Verhaltens:* Positiv verstärkende Konsequenzen für unangemessenes Verhalten werden entfernt (C+/-). Erhält das Kind z. B. für unerwünschtes Verhalten Aufmerksamkeit, so sollte es diese zukünftig im Anschluss an das Verhalten nicht mehr bekommen. Oder: Erhält ein aggressives Kind durch sein aggressives Verhalten, was es sich wünscht (z. B. das Spielzeug eines anderen Kindes), so muss dafür gesorgt werden, dass diese Belohnung in Zukunft nicht mehr erfolgt.
- *Verhinderung unerwünschten Vermeidungsverhaltens:* Negativ verstärkende Konsequenzen für unangemessenes Verhalten werden entsprechend verändert. Wenn ein Kind durch sein Fehlverhalten unangenehme Zustände beenden oder gar nicht erst aufkommen lassen kann (z. B. keine Hausaufgaben machen müssen), so muss dafür gesorgt werden, dass diese Verstärkung (C-/-) nicht mehr gewährt wird: Die Konsequenzen, die das Kind durch sein Verhalten vermeiden will (in diesem Beispiel: Anstrengung durch Erledigen der Hausaufgaben), bleiben aufrechterhalten (C-).
- *Bestrafung:* Unerwünschtes Verhalten wird durch direkte (C-) oder indirekte Strafen (Beendigung eines positiven Zustandes wie Entzug von Spielzeug etc.; C+/-) sanktioniert. (Zur besonderen Problematik direkter Strafen vgl. die Hinweise bei Skinner, 1974; Sorgatz, 1999; Estes, 1944.)
- *Belohnung:* Erwünschtes Verhalten wird gezielt belohnt (C+ oder C-/-).

Bei diesen Veränderungen muss darauf geachtet werden, dass möglichst *alle* relevanten Konsequenzen in der Verhaltensanalyse erfasst wurden. Wenn ein Kind für sein Fehlverhalten verschiedene Verstärker erhält, so nützt es häufig nichts, nur ein C zu entfernen, denn die verbleibenden angenehmen Konsequenzen reichen möglicherweise aus, um das Verhalten weiter aufrechtzuerhalten.

*Ansatzpunkt K (Kontingenzen):*

Häufig ist es so, dass Verhalten dadurch aufrechterhalten wird, dass es z.B. intermittierend verstärkt wird. So bleiben die Eltern möglicherweise in vier von fünf Fällen, in denen ihr Kind durch massive Aggressionen versucht, länger aufzubleiben, um fernsehen zu können, konsequent und lassen ihr Kind nicht aufbleiben. Sie besitzen also in diesem Fall durchaus bereits die Kompetenz zu angemessenem Erziehungsverhalten für diese Situation, aber sie schätzen die Wirkung ihrer Nachgiebigkeit (etwa bei jedem fünften Auftreten des Problemverhaltens des Kindes) falsch ein. Durch diese intermittierende Verstärkung (etwa jedes fünfte Mal wird das Verhalten belohnt) wird das unerwünschte Verhalten des Kindes ausgesprochen lösungsresistent, da die Eltern ihrem Kind geradezu »antrainieren«, es nur »oft genug« zu versuchen, um schließlich doch Erfolg zu haben. (Intermittierende Verstärkung bewirkt also eine hohe »Frustrationstoleranz« und ist u.a. deswegen so lösungsresistent.) Hier muss dafür gesorgt werden, dass in Phasen der angestrebten Verhaltensänderung die angemessenen Konsequenzen *immer* erfolgen und die Eltern dementsprechend über die fatalen Konsequenzen intermittierender Verstärkung in angemessener Weise aufgeklärt werden.

Die funktionale Verhaltensanalyse nach dem SORCK-Modell bietet somit eine Vielzahl möglicher Ansatzpunkte. In Borg-Laufs (2005c) werden diesen Ansatzpunkten jeweils spezifische verhaltenstherapeutische Interventionsmethoden zugeordnet. Eine Übersicht über die verschiedenen Möglichkeiten der Veränderung von Fehlverhalten mit Hilfe operanter Methoden findet sich bei Borg-Laufs und Hungerige (2001). Das nachfolgende Analyseschema kann dabei helfen, die verschiedenen Ansatzpunkte für einen konkreten Fall zu sammeln.

**THERAPEUTISCHE ANSATZPUNKTE AUS DER  
FUNKTIONALEN VERHALTENSANALYSE**

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

	<b>Therapeutische Ansatzpunkte</b>
<b>Stimulus</b>  <div style="font-size: 48px; font-weight: bold; text-align: center;">S</div>	
<b>Organismus</b>  <div style="font-size: 48px; font-weight: bold; text-align: center;">O</div>	
<b>Reaktion</b>  <div style="font-size: 48px; font-weight: bold; text-align: center;">R</div>	
<b>Konsequenz</b>  <div style="font-size: 48px; font-weight: bold; text-align: center;">C</div>	
<b>Kontingenz</b>  <div style="font-size: 48px; font-weight: bold; text-align: center;">K</div>	
<small>Borg-Laufs &amp; Hungerige (2005), <i>Selbstmanagementtherapie mit Kindern</i></small>	

### *Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände*

Die Diagnosen auf Achse V des multiaxialen Klassifikationssystems für Kinder und Jugendliche (Remschmidt et al., 2001) fließen in die Systemanalyse (s. u.) mit ein. In Borg-Laufs (2005c) werden weiterführende spezifische Hinweise gegeben, welche therapeutischen und sozialarbeiterischen Interventionen den jeweiligen Diagnosen zuzuordnen sind. Deutlich ist, dass jede Diagnose auf Achse V (z. B. »verzerrte intrafamiliäre Kommunikation« oder »mangelnde Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung«, vgl. Anhang 4 dieses Buches) einen Risikofaktor oder evtl. sogar einen aufrechterhaltenden Faktor für psychische Störungen darstellen kann. Es muss also überprüft werden, ob und mit welchen Methoden die hier offenbar werdenden Missstände günstig beeinflussbar sind.

Einige Diagnosen können sicherlich Anlass sein, im Rahmen der therapiebegleitenden Elterngespräche auf eine Veränderung hinzuwirken (wobei ein Gelingen häufig von der Schwere der Problematik abhängen wird) oder ob nicht eher daran gedacht werden sollte, hier Maßnahmen der sozialen Arbeit oder andere Jugendhilfemaßnahmen einzuleiten. In manchen Fällen dürfte es auch sinnvoll sein, die Eltern dazu zu bewegen, für sich selber eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

### *Psychisches Funktionsniveau*

Das psychische Funktionsniveau (Achse VI des multiaxialen Klassifikationssystems nach Remschmidt et al., 2001) ist ein sehr grobes Maß (vgl. Phase 3) und daher für die Therapieplanung nur eingeschränkt nützlich. Es befindet sich aus Gründen der Vollständigkeit auf unserem in Phase 3 vorgestellten Befundbogen, da die Angabe zum psychischen Funktionsniveau zu einer vollständigen ICD-Diagnose im Kindes- und Jugendalter gehört. Selbst für die Veränderungsmessung im Rahmen einer Evaluation ist es ein zu grobes und nicht wirklich hilfreiches Maß.

### *Systemanalyse*

Die Systemanalyse beruht auf zwei Datenquellen, die völlig unterschiedlichen theoretischen Hintergründen zuzuordnen sind: Zum einen können hier die Diagnosen auf Achse V des multiaxialen Klas-

sifikationssystem herangezogen werden, zum anderen geht es um Daten, die durch Frage-, Beobachtungs- und Analysetechniken entstanden sind, die dem systemischen Theoriegebäude zuzurechnen sind. Erstere – die Diagnosen auf Achse V – haben wir im vorliegenden Kapitel bereits an anderer Stelle behandelt, sodass wir uns nun auf die Daten der zweiten Quelle konzentrieren können. Verschiedene Ergebnisse der Familiendiagnostik bieten Anlass, über eine Veränderung familiärer Beziehungs- und Interaktionsmuster nachzudenken, die häufig im Rahmen der Elternberatung oder familientherapeutischer Sitzungen realisiert werden können. Dies ist der Fall, wenn diffuse oder starre Grenzziehungen, Verstrickungen, Konfliktumleitungen, Parentifizierungen oder widersprüchliche und unklare Kommunikationsmuster in der Familie zu beobachten sind (vgl. im Überblick Jänicke & Borg-Laufs, 2001). In diesen Fällen ist häufig eine intensive Elternarbeit oder die Arbeit mit dem ganzen Familiensystem sinnvoll, um Änderungen herbeizuführen. Hier können Methoden der kognitiven Umstrukturierung oder der Verhaltensanleitung und -übung bei den Eltern zum Einsatz kommen, aber auch aus der Familientherapie stammende Interventionsformen wie Skulpturarbeit, Einführung von Ritualen, zirkuläres Fragen u. v. m. (vgl. z. B. Jänicke & Borg-Laufs, 2001).

### *Beziehungsanalyse*

Neben den Ergebnissen der Plananalyse, die direkte Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung mit den Klientinnen haben sollten, wird bei der Beziehungsanalyse besonders darauf geachtet, ob die Klientinnen sich öffnen und eine angemessene Mitarbeitsbereitschaft zeigen. Wenn dies nicht der Fall ist, muss der Therapeut überprüfen, auf welche Weise er die therapeutische Beziehung verbessern kann. Hierbei kommt es darauf an, sich als Therapeut so zu verhalten, dass die Klientin ihm so weit vertrauen kann, dass sie bereit ist, sich zu öffnen und seine Angebote anzunehmen. Der Therapeut sollte also hinterfragen, ob er mit seinem Verhalten seine Vertrauenswürdigkeit genügend unter Beweis stellt, d. h. zuverlässig, verschwiegen, wertschätzend, transparent und kompetent handelt. Ungünstige Ergebnisse der Beziehungsanalyse legen nahe, dass der Therapeut sein Beziehungsverhalten der Klientin gegenüber verändern muss. Hierzu kann auch gehören, die wahrgenommene

Beziehungsproblematik (in jeweils angemessener Form) zu thematisieren (zeitweilige Rückkehr zu Phase 1).

### *Motivationsanalyse*

Anhand der Motivationsanalyse sollte nicht nur geklärt werden, ob die Änderungsmotivation der Klientinnen als ausreichend betrachtet werden kann oder nicht, sondern darüber hinaus, welcher Art das evtl. Motivationshemmnis ist (vgl. Phase 2). Es muss die Frage beantwortet werden, welche ungünstige Erwartung in Bezug auf das Verhalten »engagiert in der Therapie mitarbeiten« vorliegt. Erst daraus lassen sich zielgerichtete motivationssteigernde Interventionen ableiten (vgl. Borg-Laufs, 2005c). Dabei ist zu beachten, dass mehrere der im Folgenden genannten Motivationshemmnisse gleichzeitig vorhanden sein können. (Vgl. zu den motivationstheoretischen Grundlagen Heckhausen, 1989, aber auch Mackowiak, 1999).

### *Situations-Ergebnis-Erwartung:*

Wenn das Kind glaubt, dass die Situation, in der es sich befindet, »gar nicht so übel« ist bzw. dass in seiner augenblicklichen Situation ohne weitere eigene Anstrengungen ein positives Ergebnis zu erwarten ist, muss die Motivationsstrategie darin bestehen, diesen Glauben zu erschüttern. Möglicherweise nehmen z. B. die Eltern einem sozial ängstlichen Kind alle »schwierigen« sozialen Aufgaben ab, sodass überhaupt kein Leidensdruck besteht und das Kind den Eindruck hat, in einer komfortablen Situation zu sein. In diesem Fall würde es zur Motivationsarbeit gehören, einerseits die Eltern dazu zu bringen, dieses Verhalten einzustellen, und andererseits dem Kind durch psychoedukative Gespräche plausibel (z. B. anhand von geeigneten Modellbeispielen oder durch eine Gesprächsführung, die es ermöglicht, dass das Kind von selbst seinen Irrtum erkennt) zu machen, dass aus dem augenblicklichen Verhalten sehr wahrscheinlich weitere Probleme folgen werden.

### *Handlungs-Ergebnis-Erwartung:*

Möglicherweise denkt das Kind, dass die von ihm erwartete Handlung (engagierte Therapieteilnahme) keine Vorteile bringen wird, weil es etwa nicht glauben kann, dass durch das therapeutische Vorgehen überhaupt Veränderungen möglich sind. Eine mögliche

Intervention wäre in diesem Fall die »story-of-the-other-child«, also eine Modellgeschichte, mit der der Therapeut erläutert, wie ein anderes (als Modell geeignetes) Kind von der Therapie profitieren konnte. Eine andere Möglichkeit für diese Überzeugung des Kindes könnte sein, dass es generell eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung aufweist. Die therapeutische Strategie muss dann sein, zunächst sehr einfache therapeutische Schritte zu gehen, damit das Kind Zutrauen in seine Kompetenz gewinnen kann.

#### *Handlungs-bei-Situations-Ergebnis-Erwartung:*

In diesem Fall glaubt das Kind zwar, dass es effektiv handeln und auch eine Therapie aus seiner Sicht möglicherweise hilfreich sein könnte, nicht aber daran, dass dies auch in seiner speziellen Situation gilt, z. B. weil es sich selbst gar nicht für die Probleme verantwortlich sieht. Durch geeignete Gesprächsführung, z. B. mit rationaler Disputation, muss der Fokus der therapeutischen Handlungen nun zunächst darauf liegen, diese (Fehl-)Attribution zu korrigieren.

#### *Ergebnis-Folge-Erwartung:*

Möglicherweise glaubt das Kind, dass es zwar sein Verhalten durch die Therapie ändern könnte, es glaubt aber auch, dass diese Verhaltensänderung nicht zu einem positiven Ergebnis führt. Zum Beispiel könnte es das Problem sehen, dass die Lehrer oder die Eltern eine vorgefertigte Meinung haben und somit die Verhaltensänderung gar nicht bemerken, weil sie ihm ohnehin immer die Schuld geben. Hier könnte es die Änderungsmotivation des Kindes erhöhen, wenn der Therapeut mit dem Kind bespricht, dass er auch mit den Bezugspersonen (Eltern, Lehrer) arbeiten und diese davon abbringen wird, das Kind mit einer solchen vorgefertigten Meinung zu betrachten. Wenn das Kind dann erlebt, dass der Therapeut seinen Worten auch tatsächlich entsprechende Taten folgen lässt, kann das Hoffnung auf den Sinn einer Verhaltensänderung wecken.

#### *Zusammenfassung der therapeutischen Ansatzpunkte*

In der folgenden Übersicht werden die wichtigsten eben genannten therapeutischen Vorgehensweisen in Abhängigkeit von den zugrundeliegenden Analyseebenen zusammengefasst:

Analyseebene	Ableitung von Interventionen
Klinisches Störungsbild	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswahl störungsspezifischer Interventionen/Manuale</li> <li>• Beachtung komorbider Störungen (ggf. Kontraindikationen)</li> </ul>
Entwicklungsrückstände/ Intelligenzminderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementierung geeigneter Fördermaßnahmen</li> <li>• Berücksichtigung der eingeschränkten Ressourcen für bestimmte anspruchsvollere Interventionen</li> </ul>
Körperliche Störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Mit-)Behandlung der körperlichen Störung</li> <li>• Berücksichtigung möglicherweise eingeschränkter persönlicher und familiärer Ressourcen</li> </ul>
Befriedigung psych. Grundbedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapie so gestalten, dass die durch befriedigte Grundbedürfnisse vorhandenen Ressourcen genutzt werden</li> <li>• Ableitung spezifischer Interventionsmaßnahmen für Kind und Familie zur besseren Bedürfnisbefriedigung</li> </ul>
Plananalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zu den übergreifenden Verhaltensplänen der Klientin komplementäre Beziehungsangebote machen</li> </ul>
Kognitionsanalyse/ Ressourcenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz von Techniken zur kognitiven Umstrukturierung</li> <li>• Aktivierung von Ressourcen</li> <li>• Nutzbarmachung von Ressourcen</li> <li>• Optimierung von Ressourcen</li> </ul>
Funktionale Verhaltensanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswahl von Verfahren der Stimuluskontrolle</li> <li>• Veränderung der Organismusvariable</li> <li>• Aufbau von Alternativverhalten</li> <li>• Kontingenzmanagement (Veränderung der aufrechterhaltenden Konsequenzen)</li> </ul>
Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elternberatung zur Verringerung der ungünstigen Umstände</li> <li>• Lehrerberatung</li> <li>• Einleitung von Jugendhilfemaßnahmen</li> <li>• Kooperation mit Anbietern Sozialer Arbeit</li> </ul>
Systemanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung ungünstiger familiärer Beziehungs- und Interaktionsmuster durch Elternberatung und Methoden der Familientherapie</li> </ul>
Beziehungsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ggf. Veränderung des Beziehungsverhaltens des Therapeuten zum Vertrauensaufbau</li> <li>• ggf. Konfrontation mit Interaktionsgewohnheiten und Erwartungshaltungen</li> </ul>
Motivationsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leidensdruck verstärken</li> <li>• Situationserwartungen verändern</li> <li>• Folgerwartungen verändern</li> <li>• Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen</li> </ul>

Tab. 2.5.3: Analyseebenen und abgeleitete Interventionen

Da sich aus den Bedingungsanalysen in der Regel mehrere verschiedene therapeutische Interventionen ableiten lassen, werden auch Heuristiken benötigt, nach denen zu entscheiden ist, welche der möglichen Interventionen ausgesucht und in welcher Reihenfolge sie durchgeführt werden.

Grundsätzlich sollte die endgültige Auswahl der Interventionen folgende an die Ausführungen bei Kanfer et al. (2000) angelehnte Heuristiken berücksichtigen:

- Berücksichtige die Ergebnisse der Diagnostik.
- Berücksichtige die Ziele der Klienten.
- *Primum non nocere*: Wähle aus mehreren Alternativen die für die Klientinnen angenehmste Alternative aus.
- Wähle die effektivste Methode aus.
- Berücksichtige die Ressourcen des Klienten.
- *Prinzip der minimalen Intervention*: Gib nur so viel Hilfe wie notwendig.
- *Prinzip der kleinen Schritte*: Gehe in so kleinen Schritten vor, dass sie in jedem Fall von den Klienten geschafft werden.
- Beachte bei allen Entscheidungen das Verhältnis von Aufwand und Ertrag.

Für die Frage der Abfolge der Interventionen möchten wir folgende drei grundlegende Regeln als Heuristik anbieten:

- *Achte darauf, dass aufeinander aufbauende Interventionen auch nacheinander durchgeführt werden.* Wenn eine bestimmte Intervention eine Kompetenz voraussetzt, die der Klient noch nicht besitzt, so muss selbstverständlich zunächst eine Intervention erfolgen, die das Erreichen der vorauszusetzenden Kompetenz ermöglicht, bevor die folgende Intervention eingesetzt wird.
- *Orientiere dich an den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Klienten.* Wenn die erste genannte Regel nicht dagegen spricht, dann ist es natürlich (auch für die Motivation der Klienten) sinnvoll, die von den Klienten am meisten herbeigesehnten Veränderungen als Erstes anzugehen.

- *Einfache Ziele zuerst!* Sollte es den ersten beiden Zielen nicht grundlegend widersprechen, so sind stets einfach zu erreichende Ziele zuerst anzugehen, um den Klienten frühzeitig Erfolgserlebnisse zu ermöglichen.

### 5.2.2 *Persönliche Kompetenzen und Handlungswissen des Therapeuten*

Wir wollen an dieser Stelle nicht vergessen darauf hinzuweisen, dass der Erfolg der Phase 5 in wesentlichem Umfang vom Wissen und von den Handlungskompetenzen des Therapeuten abhängt. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut braucht (zunächst) eine umfangreiche Ausbildung (wie sie das Gesetz ja auch vorschreibt)<sup>2</sup> und (auf lange Sicht) eine reflektierte Berufspraxis. Wir halten es für unerlässlich, dass sich auch Praktiker nach Abschluss ihrer Ausbildung durch Literaturstudium (vgl. die umfangreichen Literaturangaben in Borg-Laufs & Hungerige, 2005a), Fortbildungen und Intervision auf dem Laufenden halten. Es ist nicht hinnehmbar, wenn ein Therapeut 20 Jahre nach Abschluss seiner Ausbildung immer noch die gleichen Methoden auf die gleiche Weise anwendet wie direkt nach Abschluss der Ausbildung, da der Erkenntniszugewinn der Psychotherapieforschung doch beträchtlich ist. Wie meinte schon Kurt Tucholsky? »Lass dir von keinem Fachmann imponieren, der dir erzählt: ›Lieber Freund, das mache ich schon seit zwanzig Jahren so!‹ – Man kann eine Sache auch zwanzig Jahre lang falsch machen.« (Tucholsky, 1989, S. 80)

---

<sup>2</sup> Hier soll allerdings auch darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sachgerecht erscheinen. Zum Teil werden Anforderungen an die Ausbildungsteilnehmerinnen gestellt, die fachlich kaum nachvollziehbar sind (vgl. im Überblick Borg-Laufs, 2003b, 2003c).

### 5.3 Durchführung der Methoden

Zur Durchführung der einzelnen Methoden können an dieser Stelle keine näheren Hinweise gegeben werden; zu vielfältig sind die Möglichkeiten therapeutischer Intervention, als dass hier im Einzelnen darauf eingegangen werden kann. Wie bereits in Kapitel 2.5.2 angedeutet, muss der Therapeut *Handlungskompetenz* besitzen, das heißt, die Klientinnen sollten ihn stets als jemanden erleben können, der weiß, *was* er tut und *wie* es zu tun ist. Nicht nur bei belastenden therapeutischen Interventionen (z. B. Konfrontationsverfahren), sondern auch bereits bei der Durchführung von Standardverfahren ist darauf zu achten, dass die Durchführung tatsächlich den fachlichen Anforderungen genügt. So ist etwa die Etablierung von operanter Verstärkung zwar theoretisch einfach, erfordert aber gründliche theoretische Kenntnisse über die Auswahl der geeigneten Methode und zugleich therapeutisches Geschick bei der Vermittlung dieser Intervention an die Klienten. Schließlich muss der Therapeut auch in der Lage sein, bei der fachgerechten Durchführung der Interventionen die Aufrechterhaltung einer guten Therapeut-Klient-Beziehung nicht aus den Augen zu verlieren.

### 5.4 Formblatt für die Therapieplanung

Bei der Darstellung von Phase 3 wurde ein Formblatt für die diagnostischen Ergebnisse vorgestellt. An dieser Stelle wollen wir nun ein weiteres Formblatt als Kopiervorlage vorstellen, in welches der Therapeut die *Interventionsableitungen* eintragen kann. In jeder Zeile der Vorlage können nun die aus der Diagnostik abgeleiteten Interventionsmöglichkeiten eingetragen und am Ende in einen auch zeitlich abgestimmten Therapieplan übertragen werden. In der rechten Spalte finden sich jeweils Stichworte zu möglichen Interventionen, die aus der jeweiligen Analyse abzuleiten sind.

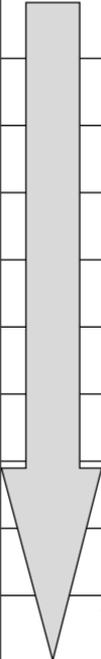
## THERAPIEPLANUNG UND THERAPIEVERLAUFSPLAN

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

### THERAPIEPLANUNG

Analyseebene	Ableitung von Interventionen
<b>Klinisches Störungsbild</b>	Auswahl störungsspezifischer Interventionen; Beachtung komorbider Störungen
<b>Entwicklungsrückstände/ Intelligenzminderung</b>	Fördermaßnahmen; eingeschränkte Ressourcen
<b>Körperliche Störungen</b>	Behandlung der körperlichen Störung; eingeschränkte Ressourcen
<b>Befriedigung psych. Grundbedürfnisse</b>	Ressourcen nutzen; Interventionen zur Bedürfnisbefriedigung
<b>Plananalyse</b>	komplementäre Beziehungsangebote
<b>Kognitionsanalyse</b>	kognitive Umstrukturierung
<b>Ressourcenanalyse</b>	Aktivierung, Nutzbarmachung, Optimierung von Ressourcen
<b>Funktionale Verhaltensanalyse</b>	Stimuluskontrolle, Veränderung der Organismusvariable, Aufbau von Alternativverhalten, Kontingenzmanagement

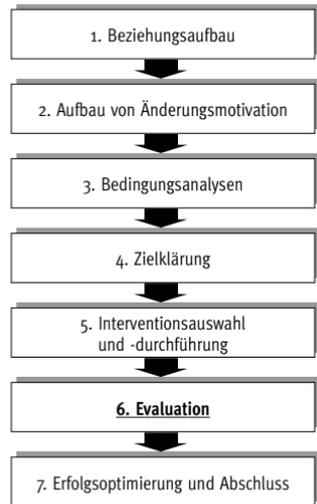
<b>Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände</b>	Elternberatung, Lehrerberatung, Jugendhilfe, Soziale Arbeit
<b>Systemanalyse</b>	Elternberatung, Familientherapie
<b>Beziehungs-analyse</b>	Verhaltensaufbau, Hinterfragen von Interaktionsgewohnheiten
<b>Motivations-analyse</b>	Leidensdruck verstärken, Situationserwartungen verändern, Folgeerwartungen verändern, Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen

<b>THERAPIEVERLAUFSPLAN</b>	
<i>Grundlegendes zuerst! Belastendes zuerst! Einfaches zuerst!</i>	
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.
<b>Borg-Laufs &amp; Hungerige (2005), Selbstmanagementtherapie mit Kindern</b>	

## 6. Nicht glauben, sondern wissen: Evaluation therapeutischer Fortschritte

### 6.1 Einleitende Bemerkungen zu Phase 6

Die in der Praxis leider häufig als überflüssige oder zumindest als lästige Arbeit angesehene Phase 6 des therapeutischen Prozesses dient der Überprüfung, ob die anfangs formulierten Hypothesen und die ausgewählten Interventionen tatsächlich zu den erwarteten Effekten führen. Dabei geht es allerdings nicht um eine »wissenschaftliche Erforschung« einzelner Wirkmechanismen; vielmehr sollen *mit vertretbarem Aufwand* der therapeutische Prozess und sein Ergebnis evaluiert werden. Es kann auf eine Vielzahl bereits entwickelter Verfahren zurückgegriffen werden, von denen einige in dem vorliegenden Kapitel vorgestellt werden.



Tatsächlich ist das Thema »Evaluation« sowohl bei Praktikerinnen und Praktikern als auch in Ausbildungskursen nicht sonderlich beliebt, obwohl heute kaum noch denkbar ist, ohne Evaluation (als Maßnahme der Qualitätssicherung; vgl. dazu in der Kindertherapie Borg-Laufs, 2001d; Rückert & Linster, 1998) psychotherapeutisch fachgerecht zu arbeiten. Weder in Beratungsstellen noch in Kassenpraxen oder Kliniken kann dieses Thema übergangen werden. Wie kommt es, dass es dennoch zu den eher »ungeliebten« Bestandteilen des therapeutischen Prozesses gehört?

Zunächst fehlt es an Akzeptanz, nicht nur auf Seiten der Psychotherapeuten: Von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen werden qualitätssichernde Maßnahmen zwar verlangt, nicht aber bezahlt; institutionell eingebundene Therapeutinnen sind an der

Erarbeitung der Evaluationskriterien oft nicht beteiligt, sondern bekommen sie (nicht selten bürokratisch aufgebläht und überladen) von ihren Vorgesetzten eben »vorgesetzt«, sodass für sie kaum transparent wird, warum diese »zusätzliche Arbeit« sinnvoll sein könnte.

Zudem erleben sie, dass Qualitätssicherung durchaus nicht immer das Wohl der Klienten verfolgt, sondern auch argumentativ zur Durchsetzung sozialpolitischer Ziele und innerbetrieblicher Umstrukturierungen verwendet werden kann, die teilweise nachteilig für den Therapeuten und seine Tätigkeit sind. Neben diesem Mangel an »institutioneller Anerkennung« für qualitätssichernde Maßnahmen bleibt auch die gegenseitige »individuelle Anerkennung« i. d. R. auf ein Minimum beschränkt: Viele Kolleginnen und Kollegen begegnen Evaluationsmaßnahmen mit Skepsis, zuweilen sogar mit Feindseligkeit, einerseits vielleicht aus der verständlichen Sorge heraus, ihr eigenes therapeutisches Handeln transparent und damit prinzipiell angreifbar zu machen, andererseits vielleicht aufgrund der theoretischen Überzeugung, »Therapieerfolg« ließe sich ohnehin nicht adäquat empirisch operationalisieren.

Darüber hinaus halten viele Therapeuten das Verhältnis von Aufwand und Ertrag für nicht gerechtfertigt. Zwar wollen sie selbstverständlich gute Therapien machen, aber sie gehen davon aus, dass sie Verlauf und Ergebnis der Therapie auch ohne aufwändige Methoden erkennen und bewerten können. Wir sehen hier allerdings die Gefahr, dass Therapeuten ihre eigenen Schwächen nicht immer erkennen und zufällige positive Erfolge (eventuell durch außertherapeutische Faktoren wesentlich beeinflusst) generalisieren. So konnten z. B. Hiatt und Hargrave (1995) zeigen, dass Therapeuten mit schlechten Therapieergebnissen die mangelnde Qualität ihrer therapeutischen Vorgehensweise nicht erkennen konnten und sich selbst als genauso effektiv einschätzten wie erfolgreiche Therapeuten.

Allein die Verwirklichung therapeutischer Basisvariablen durch den Therapeuten und der Glaube des Klienten, dass es durch die Therapie zu einer Besserung kommen wird (»Hoffnung auf Erfolg«, vgl. Phase 2), führt häufig schon zu einer Verbesserung der Befindlichkeit und Symptomatik der Klienten (vgl. dazu Frank, 1973;

Grawe, 1998). Diese Veränderungen bleiben aber weit hinter dem zurück, was mit optimalen Therapiemethoden bei einem spezifischen Fall hätte erreicht werden können. Ohne systematische Evaluation neigen Therapeuten wohl eher dazu, beliebige Veränderungen bei den Klientinnen auf ihre eigenen Vorgehensweisen zu attribuieren, womit sich ein »therapeutischer Aberglaube« einschleicht, der darin besteht, die in einem Fall vermeintlich erfolgreiche Intervention (die vielleicht überhaupt nicht zielführend war, da die Erfolge auf unspezifische Wirkfaktoren zurückzuführen waren) nun auf die Arbeit mit anderen Klienten zu übertragen.

Aus unserer Sicht ist eine systematische Evaluation in dreierlei Hinsicht von großer Bedeutung (vgl. auch Kanfer et al., 2000; Döpfner & Borg-Laufs, 1999):

1. *Klientinnen haben einen Anspruch auf eine maximal effektive Therapie:* Ebenso wie bei jeder anderen (gut bezahlten) Dienstleistung haben die Klientinnen nicht nur einen Anspruch darauf, dass ihnen »irgendwie« geholfen wird, sondern darauf, dass ihnen die *bestmögliche Hilfe* zuteil wird. Sie gehen davon aus, dass sie »nach allen Regeln der Kunst« behandelt werden. Gerade im Bereich der Psychotherapie haben die Klientinnen wenig Möglichkeiten, von sich aus einzuschätzen, wie gut oder schlecht ein Therapeut arbeitet. Es ist für sie in der Regel weitgehend undurchsichtig, was es bedeutet, dass ihr Gegenüber etwa »Verhaltenstherapeut« oder »Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut« ist. Ihnen fehlt in der Regel das fachliche Wissen, welches zur Einschätzung der Güte einer Therapie notwendig ist. Wenn die Klientinnen etwa wüssten, dass ein Therapeut nur eine vage Vorstellung davon hat, wie er den Erfolg seiner Therapie einschätzen kann, schenkten sie ihm sicherlich nicht das notwendige Vertrauen. Therapeuten müssen daher möglichst zu jedem Zeitpunkt der Therapie eine begründete Vorstellung davon haben, ob der Therapieprozess angemessen verläuft und die Erfolge eintreten, die bei Anwendung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse (soweit sie in aktuellen Lehrbüchern und anderen Publikationen vermittelt werden) zu erwarten sind. Weder die voreingenommene Über-

zeugung der Therapeutinnen, sie würden schon »alles richtig« machen, noch ihre Bequemlichkeit, die sie von der systematischen therapiebegleitenden Evaluation abhalten könnte, sind Grund genug, das selbstverständliche Recht der Klienten auf schnellst- und bestmögliche Linderung ihrer Leiden (im Rahmen des therapeutisch Möglichen) nicht zu berücksichtigen.

2. *Wunsch der Therapeuten nach beruflicher Befriedigung durch hohe Professionalität und Effizienz:* Da die Berufsausübung in der Regel ein quantitativ und qualitativ zentraler Bestandteil menschlicher Existenz ist, sollten Menschen bei ihrer Berufsausübung (wenn irgend möglich) Zufriedenheit mit ihrer eigenen Leistung erleben. Es wäre i. d. S. wünschenswert, im Laufe der Jahre zu immer höherem Expertentum zu gelangen. Dies wird aber nur dann möglich sein, wenn Therapeuten bereit sind, in ihrer Berufsausübung tatsächlich zu lernen und nicht die gleichen Fehler jahrelang zu wiederholen. (Es gibt doch noch so viele, schöne andere Fehler, die man machen kann!) Regelmäßige systematische Evaluation bietet die Möglichkeit, aus eigenen Fehlern lernen und sich beruflich weiterentwickeln zu können.
3. *Anspruch der Gesellschaft auf effiziente Arbeit der von ihr bezahlten Menschen:* Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden entweder aus Steuergeldern (z. B. in Beratungsstellen) oder aus Solidarkassen (Krankenkasse) bezahlt. Die Gesellschaft bezahlt Psychotherapeuten dafür, dass sie in bestmöglicher Weise Leid lindern und/oder heilen. Psychotherapeuten müssen daher ihr Handeln der Gesellschaft gegenüber legitimieren können. Gerade angesichts der chronisch leeren öffentlichen Kassen muss jede Tätigkeit, die mit Geld aus diesen Kassen entlohnt wird, hohen Qualitätsanforderungen genügen. Es ist indiskutabel, hier Geld erhalten zu wollen, andererseits aber die Effektivität der eigenen Tätigkeit nicht überprüfen zu wollen.

### Checkliste 2.6.1: Erhaltungsziele aus den Phasen 1 bis 5

#### Vor Beginn der Phase 6:

- Sind Beziehung und Änderungsmotivation noch gut bzw. hoch genug?
- Wurde bei der Auswahl von Veränderungsbereichen, bei der Diagnostik und bei der Zielklärung darauf geachtet, dass Daten für die Therapieevaluation erhoben werden?
- Stimmen die funktionalen Bedingungsanalysen?
- Wurden angemessene Therapieziele erarbeitet?
- Wurden und werden angemessene Interventionsmethoden durchgeführt?

#### Während der Phase 6:

- Ist die Evaluation so wenig wie möglich invasiv, d. h., ist sie so wenig aufwändig und gut in den Therapieprozess integriert, dass sie Beziehung, Motivation und Interventionsdurchführung nicht belastet?

Die Phase 6 des therapeutischen Prozesses ist die letzte Phase vor dem Abschluss der Therapie, und somit ist offensichtlich, dass an dieser Stelle der Therapiedurchführung die Evaluation der therapeutischen Fortschritte im Mittelpunkt der Betrachtung steht, denn es gilt zu entscheiden, inwieweit die angestrebten Therapieziele tatsächlich erreicht wurden (und die Therapie somit in Kürze beendet werden kann), oder ob eine Fortführung der Therapie notwendig ist. Dennoch ist dieser Bestandteil des therapeutischen Prozesses nicht auf diesen Zeitpunkt begrenzt, denn eine Evaluation, die erst *nach* der Durchführung therapeutischer Interventionen ansetzt, verdient diesen Namen nicht. Um die Effekte der eigenen therapeutischen Tätigkeit überprüfen zu können, muss bereits früh im therapeutischen Prozess überlegt werden, *welche* Ziele verfolgt werden sollen (vgl. Phase 2 und 4) und wie deren Erreichung zu überprüfen ist. Günstigstenfalls sollte diese Festlegung bereits *vorläufig* in Phase 2 der Therapie erfolgt sein und dann in Phase 4 – wie dort beschrieben – überprüft werden. Je früher die Datenerhebung für die Evaluation beginnt, desto besser. Wenn sich

in Phase 4 nochmals wichtige Änderungen bezüglich der zu verfolgenden Ziele ergeben, so ist dies zu berücksichtigen und die Planungen zur Therapiekontrolle müssen dementsprechend verändert werden. Diese Möglichkeit sollte aber nicht davon abhalten, bereits vorher mit der Therapieevaluation anzufangen, *sofern dies möglich ist*.

#### Checkliste 2.6.2: Schwerpunktziele Phase 6

##### Vor Beginn der Phase 5:

- Erkennen der wesentlichen Merkmale des Verlaufes der Therapie (Prozessevaluation).
- Sachgerechtes Einschätzen der therapeutischen Fortschritte zu jedem Zeitpunkt der Therapiedurchführung.
- Sachgerechte Einschätzung erarbeiten, ob die Therapie in Kürze beendet werden kann.

## 6.2 Grundprinzipien der Therapieevaluation

Wie bereits erwähnt, muss die Grundlage der Therapieevaluation bereits zu Beginn der Therapie gelegt werden, denn nur ein Vergleich der Ausgangsdaten zu der augenblicklichen Lage bzw. eine Betrachtung der Daten über den ganzen Therapieverlauf stellt eine angemessene Evaluation dar. Reine Post-hoc-Einschätzungen, d. h. die Beurteilung der Therapieergebnisse ohne systematische Erhebung des Ausgangszustandes bzw. des Datenverlaufes über die Therapie, ist ausgesprochen fehleranfällig und nicht als adäquate Evaluation anzusehen. Evaluation bedeutet vielmehr, dass der *tatsächliche Veränderungsverlauf* mit dem *hypothetisch erwarteten Veränderungsverlauf* verglichen wird. Dies setzt natürlich voraus, dass der Therapeut Vorstellungen über diesen Verlauf und über erreichbare Ergebnisse bei einer gegebenen Problemkonstellation besitzt, was wiederum eine Vertrautheit mit der relevanten Literatur und Erfahrungen mit der Evaluation therapeutischer Prozesse voraussetzt.

Bezüglich der konkreten Therapieevaluation ist zu entscheiden, *was mit welchen Mitteln* evaluiert werden soll (vgl. nach den folgenden Erläuterungen Abb. 2.6.1). Mit anderen Worten, es muss eine Entscheidung getroffen werden über

- die Gegenstände der Evaluation (was wird evaluiert?),
- die konkret zu erhebenden Daten und
- die einzusetzenden Methoden.

### 6.2.1 Was wird evaluiert?

Gegenstand der Evaluation kann einerseits der Therapieprozess als solcher sein (*Prozessevaluation*). Im Sinne der Überprüfung der Prozessqualität sind Daten über den Verlauf der therapeutischen Beziehung, die Therapiemotivation, die Therapeut-Klient-Interaktion usw. zu erheben. Der Fokus liegt dabei nicht auf den Ergebnissen der Therapie, sondern auf den als Wirkfaktoren anzusehenden Prozessmerkmalen. Andererseits ist natürlich die *Ergebnisevaluation* von zentraler Bedeutung, denn die Ergebnisse des therapeutischen Prozesses sind (in logischer Sicht) das Explandum, also das, was z.B. mit den Ergebnissen der Prozessevaluation zu erklären ist. (Wenn ich also im Rahmen der Ergebnisevaluation erfahre, dass eine Therapie besonders gut oder schlecht »läuft«, so kann die Prozessevaluation mir möglicherweise dabei helfen zu erklären, warum dies so ist.) Bei der Ergebnisevaluation kann wiederum unterschieden werden zwischen einer problem- und zielorientierten Überprüfung der Ergebnisse im engeren Sinn und einer eher allgemeinen Überprüfung von Veränderungen. Bei der zielorientierten Evaluation werden die herausgearbeiteten Therapieziele hinsichtlich ihrer Erreichung überprüft. Sie muss letztlich im Mittelpunkt der Evaluation stehen, denn hier geht es konkret um die Lösung der Probleme, aufgrund derer die Therapie aufgesucht wurde. Flankiert werden kann diese Maßnahme aber durch eine allgemeine lebensqualitätbezogene Überprüfung von Veränderungen. Statt der Symptomreduktion geht es dabei um die allgemeine Verbesserung der Lebensqualität, etwa im Sinne verbesserter familiärer Beziehungen oder sozialer Kontakte, einem positiveren Lebensgefühl, besserer schulischer Performanz usw.

### 6.2.2 *Welche Daten sind für die Evaluation relevant?*

Offensichtlich werden für die verschiedenen Evaluationsbereiche unterschiedliche Daten benötigt. Der therapeutische Prozess kann durch Angaben der Klientin und Einschätzungen des Therapeuten kontinuierlich, von der ersten Stunde an, überprüft werden. Sofern die Kapazitäten vorhanden sind, ist auch eine externe Beobachtung der Therapiestunde, etwa über teilnehmende Praktikantinnen/Praktikanten, über die Beurteilung von Videoaufzeichnungen durch Kolleginnen und Kollegen oder während der Supervision möglich. Für die Ergebnisevaluation sind einerseits kontinuierlich erhobene Daten über Intensität und Ausmaß der Symptome denkbar, die entweder von den Klienten oder externen Beobachtern erhoben werden, andererseits aber auch Prä-Post-Daten aus Tests, Beobachtungen und Fragebögen.

### 6.2.3 *Welche Methoden können bei der Evaluation eingesetzt werden?*

Neben der direkten Verhaltensbeobachtung ist eine Selbstbeobachtung und kontinuierliche Datenerhebung über Tagebücher, Protokolle usw. möglich. Darüber hinaus gibt es Evaluationsverfahren wie die Zielerreichungsskalierung (ZES; vgl. 6.3.3), die eine kontinuierliche Verlaufsbeurteilung ermöglichen. Der Einsatz von Testverfahren und Fragebögen zur Prä-Post-Messung kann ergänzend zum Einsatz kommen, ersetzt aber nicht die kontinuierliche Erhebung, denn nur diese ermöglicht eine *Therapiesteuerung* durch die Evaluation. Nur wenn kontinuierlich über den gesamten Therapieverlauf hinweg Daten erhoben werden, können Therapeut und Klient frühzeitig erkennen, wenn die Therapie nicht die erwünschten und erwarteten Ergebnisse zeigt.

Die verschiedenen üblichen Möglichkeiten der Evaluation sind in Abbildung 2.6.1 zusammengefasst.

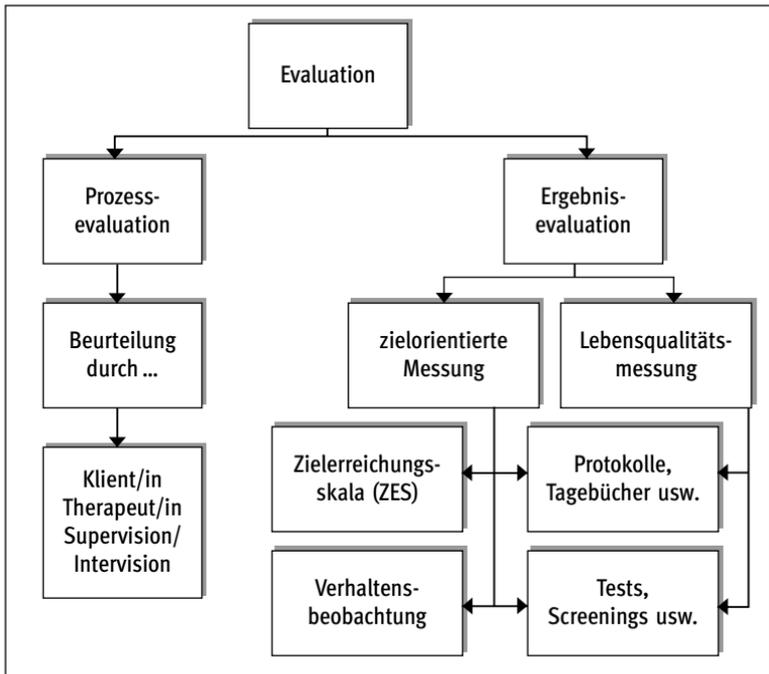


Abb. 2.6.1: Möglichkeiten der Evaluation im Überblick

Im Folgenden werden nun konkrete Möglichkeiten der Therapie-evaluation vorgestellt, die allerdings in der Regel – wie bereits erwähnt – zu Beginn der Therapie gestartet werden müssen, aber in der Phase 6 (final) ausgewertet werden.

## 6.3 Evaluationsmethoden

### 6.3.1 Prozessevaluation

Bereits im Zusammenhang mit Phase 3 haben wir im Rahmen der Beziehungs- und Motivationsanalyse die wichtigsten Aspekte des therapeutischen Basisverhaltens der Klienten nach Schulte (1996; vgl. auch Borg-Laufs, 1997b) beschrieben. Demnach ist das therapeutische Basisverhalten auf den vier Dimensionen Verslossenheit/Offenheit, Widerstand/Mitarbeit, Interesse/Abbruch und

Ausprobieren/Verweigerung beschreibbar (nähere Erläuterungen dazu siehe Phase 3). Im Rahmen der Prozessevaluation ist es ein einfaches Mittel, den therapeutischen Prozess im Blick zu behalten, diese Kriterien *nach jeder Therapiestunde* einzuschätzen. Es erfordert nicht viel Aufwand; tatsächlich kann das Basisverhalten bereits während der Therapiestunde festgehalten werden (s. z. B. den Kurzprotokollbogen in Borg-Laufs, 1997b) und braucht anschließend nur in die folgende Übersicht (Evaluation therapeutischer Basisvariablen) übertragen zu werden. Dadurch wird die Verwirklichung der therapeutischen Basisvariablen, die deutliche Rückschlüsse auf die Qualität des therapeutischen Prozesses zulässt, kontinuierlich erhoben und kann auf dem Übersichtsblatt zusammenhängend verfolgt werden.

Dies ist sinnvoll, denn einmalige »Ausrutscher« sagen nicht viel über den therapeutischen Prozess aus. Es kann an anderen Gründen, etwa persönlicher Belastung u. v. a. liegen, wenn ein Klient in einer Stunde einmal weniger interessiert erscheint. Wenn dies allerdings mehrfach hintereinander passiert, sollte dies Anlass sein, die Qualität des therapeutischen Prozesses in einem gemeinsamen Gespräch zu überprüfen.

Der Bogen »Evaluation therapeutischer Basisvariablen« kann und sollte für Kind- und Elternkontakte getrennt geführt werden. Unter »Name« kann eingetragen werden, auf welche Person sich die auf diesem Bogen dargestellte Evaluation bezieht (also z. B. der Name des Kindes oder – falls es sich um den Bogen für die Eltern handelt – die Bezeichnung »Eltern«). Es wird eine Vereinfachung darstellen, für beide Elternteile einen gemeinsamen Bogen zu führen. Statt einem Kreuz an den entsprechenden Stellen wird dann ein »V« für den Vater und ein »M« für die Mutter an der entsprechenden Stelle eingetragen. Bei Familienterminen, bei denen Eltern und Kind anwesend sind, sollte die Kodierung dennoch auf getrennten Bögen erfolgen.

Eine weitere Methode der regelmäßigen Überprüfung der Qualität des therapeutischen Prozesses ist die Ausgabe von *Stundenbeurteilungsbögen* an die Klienten. Dabei muss natürlich darauf geachtet werden, dass ein solcher Bogen für ein Kind einfach zu verstehen

## EVALUATION THERAPEUTISCHER BASISVARIABLEN

Name:	Alter:	Datum (Beginn):	Untersucher/in:
-------	--------	-----------------	-----------------

Datum	Basisvariablen	-3	-2	-1	0	1	2	3
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							

ist. Aber auch bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen sollte eine entsprechende Stundenbefragung eher kurz gehalten sein (max. 1 Seite), um die Klienten nicht unnötig zu belasten und das erhaltene Datenmaterial nicht unnötig aufzublähen.

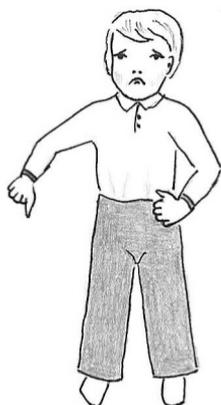
Im Folgenden werden einige Stundenbewertungsbögen für Kinder verschiedener Altersstufen vorgeschlagen, die nach jedem Termin vorgelegt werden können. Für die Stundenbeurteilung durch Jugendliche und Erwachsene wurde der bewährte SB-K (Stundenbeurteilung-Klient) von Schindler, Hohenberger-Sieber und Hahlweg (1989) in leicht modifizierter Form übernommen (abgedruckt in Klann et al., 2003, S. 25–26). Hierbei handelt es sich um 20 vierstufige Items, die die Erwartungen an die Sitzung, die Transparenz des Vorgehens, die Aktivität und Zusammenarbeit, den Aufbau von Selbstkontrolle sowie Zuversicht und Vertrauen aus Klientensicht erfassen. (Parallel dazu kann der SB-T eingesetzt werden, der über vergleichbare Items die Sicht des Therapeuten erfasst; vgl. ebd.) Durch Summenbildung über alle Items können mindestens 20, maximal 80 Punkte erreicht werden; ein Wert unter 42 »nach dem Erstgespräch deutet auf eine geringe Zufriedenheit mit der Stunde hin« (Klann et al., 2003, S. 23). Zusätzlich kann die Zufriedenheit mit der Stunde global eingeschätzt werden (0–100 %). Darüber hinaus werden auch Bögen vorgestellt, auf denen die Ergebnisse der Stundenbeurteilung über einen längeren Zeitraum erfasst werden können. Auf dem Bogen »Übersicht Prozessevaluation für Kinder« können z. B. alle quantitativen Angaben der Kinder über einen Verlauf von 40 Therapiestunden übersichtlich untereinander auf einem Blatt eingetragen werden.

## STUNDENBEURTEILUNGSBOGEN FÜR KINDER BIS ETWA 8 JAHRE

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

# Wie hat dir heute die Stunde gefallen?

eher nicht gut



weiß nicht



eher gut



## STUNDENBEURTEILUNGSBOGEN FÜR KINDER VON 8–12 JAHREN

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

# Bitte kreuze an!

Nein

weiß  
nicht

Ja



Die Therapeutin/  
der Therapeut hilft mir.




Ich freue mich auf  
die nächste Stunde.




Die Therapeutin/  
der Therapeut mag mich.

## STUNDENBEURTEILUNGSBOGEN FÜR KINDER VON 12–14 JAHREN

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

# Bitte kreuze an!

Nein

weiß  
nicht

Ja



Die Therapeutin/  
der Therapeut hilft mir.



Die Therapeutin/der  
Therapeut versteht mich.



Ich kann in der Therapie  
mitbestimmen.



## STUNDENBEURTEILUNGSBOGEN FÜR JUGENDLICHE UND ERWACHSENE MODIFIZIERT NACH SCHINDLER ET AL. (1989)

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

stimmt ...	gar nicht	ein wenig	weit- gehend	voll- kommen							
1. Ich habe der heutigen Sitzung mit Interesse entgegen- gesehen.	①	②	③	④							
2. Ich wusste ziemlich genau, was ich heute in der Sit- zung einbringen wollte.	①	②	③	④							
3. Ich konnte heute sehr vieles ansprechen, was mir wichtig war.	①	②	③	④							
4. Ich habe mich in dieser Stunde von der Thera- peutin/vom Therapeuten verstanden gefühlt.	①	②	③	④							
5. Das heutige Vorgehen der Therapeutin/des Thera- peuten habe ich als hilfreich erlebt.	①	②	③	④							
6. Den Ablauf der Stunde habe ich als planvoll und ziel- gerichtet erlebt.	①	②	③	④							
7. Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können.	①	②	③	④							
8. Ich habe heute eine gute Zusammenarbeit erlebt.	①	②	③	④							
9. Die Erfahrungen der heutigen Sitzung haben mir Mut gemacht.	①	②	③	④							
10. Ich habe heute mehr an Verständnis und Einsicht in meine Situation gewonnen.	①	②	③	④							
11. Ich habe heute neue Anregungen bekommen, wie wir unser Leben verändern können.	①	②	③	④							
12. Ich habe heute neue Möglichkeiten zur Kontrolle mei- ner Stimmung und meines Verhaltens kennen gelernt.	①	②	③	④							
13. Ich sehe nach dieser Stunde bestimmte Dinge in neuem Licht.	①	②	③	④							
14. Die heutige Stunde hat zur Lösung mancher Probleme beigetragen.	①	②	③	④							
15. Ich fühle mich nach dieser Stunde besser imstande, auftretende Schwierigkeiten zu überwinden.	①	②	③	④							
16. Ich fühle mich nach dieser Stunde irgendwie erleichtert.	①	②	③	④							
17. Ich sehe nach dieser Stunde den kommenden Tagen zuversichtlich entgegen.	①	②	③	④							
18. Die heutige Stunde hat mein Vertrauen zu mir gestärkt.	①	②	③	④							
19. Wir sind heute einen Schritt weitergekommen.	①	②	③	④							
20. Nach dieser Stunde bin ich zuversichtlich, dass wir weitere Fortschritte machen werden.	①	②	③	④							
21. Insgesamt war ich mit der Sitzung zufrieden (0–100%).	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

## ÜBERSICHT: PROZESSEVALUATION DURCH DAS KIND (BIS 14 JAHRE)

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

Nr.	Datum	Stunde insgesamt gefallen (< 8)			Therap. hilft mir (8–12)			Freue mich auf nächste St. (8–12)			Therap. mag mich (8–12)		
					Therap. hilft mir (12–14)			Therap. versteht mich (12–14)			Ich kann mitbestimmen (12–14)		
		-	0	+	-	0	+	-	0	+	-	0	+
1		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
3		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
4		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
5		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
6		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
7		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
8		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
9		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
10		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
11		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
12		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
13		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
14		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
15		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
16		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
17		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
18		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
19		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
20		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
21		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
22		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
23		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
24		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
25		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
26		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
27		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
28		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
29		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
30		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
31		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
32		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
33		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
34		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
35		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
36		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
37		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
38		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
39		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
40		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

### 6.3.2 *Ergebnisevaluation: Testverfahren*

Ungeachtet möglicher testtheoretischer Probleme<sup>1</sup> können klinische Fragebögen und Tests zur Ergebnisevaluation genutzt werden. Problematisch dabei ist, dass sie in der Regel nur zu Anfang und zum Ende der Therapie vorgelegt werden, um den Therapieerfolg beurteilen zu können. Im Sinne einer Steuerung der aktuellen Therapie sind sie darum bei dieser Art des Einsatzes wenig hilfreich, denn bei einer angemessenen Therapiesteuerung müsste regelmäßig Gelegenheit gegeben sein, den aktuellen Stand der therapeutischen Fortschritte zu erfassen.

Empfehlenswert ist daher, wenn solche Verfahren zum Einsatz kommen, sie *nicht nur* zu Anfang und zum Ende der Therapie einzusetzen, sondern auch zu verschiedenen Zeitpunkten während der laufenden Therapie. Dies ist allerdings im Verhältnis zur Belastung der Klienten durch die Befragung zu sehen. In der Regel können nur einfache kurze Fragebögen mehrfach während der Therapie eingesetzt werden. Eine Übersicht kurzer Elternfragebögen, die teilweise auch zur Evaluation verwendet werden können, findet sich bei Hungerige (2001).

Einige möglicherweise sinnvoll zur Therapieevaluation einsetzbare Verfahren werden in Kasten 6.3.1 genannt. Neben diesen Verfahren können natürlich auch alle störungsspezifischen Verfahren zur Therapiekontrolle bei umschriebenen Störungsbildern zur Anwendung kommen.

---

<sup>1</sup> Veränderungen in der Testperformanz bei der gleichen Person zu einem zweiten Messzeitpunkt müssen bei Tests, die nach dem Modell der *klassischen Testtheorie* (KTT) konstruiert wurden, im Prinzip als Messfehler betrachtet werden. Eine Veränderung der Testwerte durch Lerneffekte ist eigentlich durch die Axiome der klassischen Testtheorie ausgeschlossen bzw. es ist im Rahmen der klassischen Testtheorie nicht entscheidbar, ob eine gemessene Veränderung auf einem Messfehler oder auf einer tatsächlichen Veränderung der gemessenen Größe beruht. Hierbei handelt es sich allerdings um ein grundlegendes Problem der klassischen Testtheorie (vgl. ausführlicher Rexilius, 1999).

**CBCL, YSR, TRF (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a, 1998b, 1993)**

Die *Child Behavior Checklist* (CBCL) und daraus abgeleitete Verfahren wurden bereits in Kapitel 1.2.2 vorgestellt. Die CBCL ist ein häufig eingesetztes Screening-Verfahren für Eltern, welches je nach Vertrautheit mit dem Schriftsprachgebrauch 20 bis 40 Minuten für die Bearbeitung benötigt. Sie kann daher z. B. den Eltern ausgegeben werden, wenn sie im Wartezimmer sitzen, während ihr Kind in Behandlung ist. Bei der YSR handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsbogen für Jugendliche, bei der TRF um einen Beurteilungsbogen, der von Lehrerinnen ausgefüllt werden kann. Die drei Verfahren haben einen weit gehend identischen Itempool, sodass die unterschiedlichen Einschätzungen der verschiedenen Beurteiler verglichen werden können (vgl. dazu auch Döpfner & Borg-Laufs, 1999).

**DISYPS-KJ (Döpfner & Lehmkuhl, 1998)**

Das DISYPS-KJ wurde bereits in Kapitel 3.3.4 kurz vorgestellt. Es handelt sich um ein einfaches Fragebogenverfahren mit Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen, welches störungsspezifisch für die häufigsten Störungsbilder im Kinder- und Jugendbereich eingesetzt werden kann.

**GBKJ (in Borg-Laufs, 2005c)**

Mit dem Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren GBKJ, welches bereits in Kapitel 3.3.1 eingeführt wurde, kann der Stand der Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ökonomisch erfasst werden. Daher bietet der Einsatz dieses Verfahrens einen nicht störungsspezifischen, sondern lebensqualitätsbezogenen Ansatz zur Evaluation. Ausgehend von der Annahme, dass die Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse nach Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung in hohem Maße mit psychischem Wohlbefinden und psychischer Stabilität verbunden ist (vgl. im Überblick Grawe, 1998), sollten sich im Laufe einer erfolgreichen Therapie natürlich auch diese Parameter verbessern.

*Kasten 6.3.1: Zur Therapieevaluation einsetzbare Testverfahren (Auswahl)*

### 6.3.3 *Zielerreichungsskalierung (ZES)*

Eine besonders vielseitig einsetzbare Methode der Therapieevaluation ist die *Zielerreichungsskalierung* (Kiresuk & Sherman, 1968; s.

die deutsche Version bei Borg-Laufs, 1997b; ähnliche Verfahren sind auch bei Döpfner et al., 2000a, zu finden). Bei der Zielerreichungsskalierung handelt es sich um eine Methode, bei der zusammen mit den Klienten erarbeitete Ziele konkret operationalisiert werden und anschließend der Stand der Zielerreichung gemeinsam regelmäßig überprüft wird.

Das Verfahren ist – nach einer gewissen Übung – relativ einfach durchzuführen und problemlos in beinahe jeden Therapieprozess integrierbar. Die Fokussierung auf selbst erarbeitete Ziele während der gesamten Therapiedurchführung (durch die regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung) hilft Therapeuten und Klienten, die Ziele nicht aus den Augen zu verlieren und effektiv an der Zielerreichung zu arbeiten. Die Zielerreichungsskalierung kann – je nach kognitivem Entwicklungsstand – mit Kindern ab etwa dem späten Grundschulalter durchgeführt werden; sehr gut ist sie aber auch standardmäßig in der Arbeit mit Eltern einsetzbar. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte der Zielerreichungsskalierung dargestellt.

#### *Erarbeiten von allgemeinen Therapiezielen*

Der Prozess der Erarbeitung von Therapiezielen wurde bereits bei der Schilderung des Vorgehens in Phase 4 ausführlich beschrieben. Dieser erste Schritt der Zielerreichungsskalierung wird bereits zu einem frühen Zeitpunkt des therapeutischen Prozesses durchgeführt, denn nur so ist eine kontinuierliche Therapiesteuerung sicherzustellen. Möglich ist die Arbeit daran aber nur vor dem Hintergrund einer bereits funktionierenden therapeutischen Beziehung und bei ausreichender Änderungsmotivation. Die Erarbeitung konkreter Ziele ohne diese grundlegenden Rahmenbedingungen wird nicht erfolgreich sein können, da die Klienten ohne diese Grundlagen noch nicht für die Erarbeitung konkreter Veränderungsziele bereit sind. Dieser Schritt der Zielerreichungsskalierung erfolgt also frühestens am Ende der Phase 2 des therapeutischen Prozesses und wird gegebenenfalls während der Phase 4 nochmals überarbeitet.

Es werden in der Regel nicht mehr als drei Therapieziele gemeinsam erarbeitet. Diese Ziele sollen bereits möglichst konkret formuliert sein, z. B. »im Unterricht weniger in die Klasse rufen«, »mich

im Unterricht häufiger melden«, »keine Prügeleien mehr auf dem Schulhof«, oder auch »mich besser gegen andere durchsetzen« sowie »besser mit Kritik umgehen können«. Diese Ziele werden in den Bogen für die Zielerreichungsskala (s. ZES-Bogen am Ende von 6.3) übertragen, und zwar hinter den Vorgaben »Ziel Nr. 1«, »Ziel Nr. 2« und »Ziel Nr. 3«.

### *Operationalisierung der Therapieziele*

Im zweiten Schritt werden die genannten Therapieziele konkret operationalisiert. Zunächst wird dazu der Ist- und der Sollzustand (maximal möglicher Therapieerfolg) möglichst konkret und verhaltensnah beschrieben. Dies könnte bei den oben genannten Problembereichen z. B. so aussehen (vgl. Kasten 6.3.2):

#### Ziel »im Unterricht weniger in die Klasse rufen«

- Ist (0% Zielerreichung): Durchschnittlich 20× pro Schultag in die Klasse rufen
- Soll (100% Zielerreichung): Durchschnittlich 0–1× pro Schultag in die Klasse rufen

#### Ziel »mich im Unterricht häufiger melden«

- Ist (0% Zielerreichung): sich höchstens 1× pro Tag melden
- Soll (100% Zielerreichung): sich durchschnittlich 15× pro Tag melden

#### Ziel »keine Prügeleien mehr auf dem Schulhof«

- Ist (0% Zielerreichung): durchschnittlich 5 Prügeleien pro Woche auf dem Schulhof
- Soll (100% Zielerreichung): keine Prügeleien mehr auf dem Schulhof

#### Ziel »mich besser gegen andere durchsetzen«

- Ist (0% Zielerreichung): Ich mache alles mit, was meine Freunde wollen
- Soll (100% Zielerreichung): Ich setze meine Bedürfnisse durch, auch wenn T. mich einschüchtern will<sup>2</sup>

→

<sup>2</sup> Bei diesem Beispiel steht »T.« für den Namen desjenigen Freundes, gegen den es für den Klienten am schwersten ist, die eigenen Wünsche durchzusetzen.

Ziel »besser mit Kritik umgehen können«

- Ist (0% Zielerreichung): bei jeglicher Kritik rot werden, Blick abwenden und nichts sagen
- Soll (100% Zielerreichung): bei massiver Kritik ruhig bleiben und mich ruhig verteidigen

*Kasten 6.3.2: Beispiele für den Ist- und Sollzustand bei der Zielerreichungsskalierung (ZES)*

Nachdem Ist- und Sollwert sozusagen als Anfangs- und Endpunkte eines Kontinuums geklärt wurden, gilt es als Nächstes, gemeinsam Konkretisierungen für Zwischenschritte bei der Zielerreichung vorzunehmen, die etwa 25%, 50% und 75% der Zielerreichung entsprechen. Dies ist eher einfach bei zählbaren Verhaltensweisen wie im Beispiel »durchschnittlich 20× pro Schultag in die Klasse rufen«. Hier wären 25% Zielerreichung durchschnittlich 15× pro Tag in die Klasse zu rufen, 50% Zielerreichung etwa 10× pro Tag in die Klasse zu rufen und 75% Zielerreichung nur noch etwa 5× pro Tag in die Klasse zu rufen.

Schwieriger gestaltet sich die Suche nach Zwischenzielen bei nicht quantifizierbaren Zielen wie etwa »besser mit Kritik umgehen können«. Hier erfordert es einiges Geschick und Übung des Therapeuten, nur solche Zwischenziele auszuwählen, die wirklich einen klaren Schwierigkeitsunterschied für den Klienten aufweisen. Es wäre für die Durchführung höchst unerfreulich, wenn der Klient z. B. den 75%-Schritt erreichen, aber den 50%-Schritt nicht bewältigen kann. In einem solchen Fall wäre die Zielerreichungsskala schlecht konstruiert.

Es muss also im Einzelfall mit dem Klienten sorgfältig überlegt werden, wie eine sinnvolle Reihenfolge der Zwischenziele bei dem jeweiligen Problem aussehen könnte. Bei dem genannten Beispiel *könnte* dies z. B. so aussehen: 25% Zielerreichung wäre »Blickkontakt halten«, 50% wäre »bei Kritik durch Freunde ruhig antworten«, 75% etwa »bei leichter Kritik durch die Eltern ruhig antworten«. Es ist offensichtlich, dass die Zieloperationalisierung hier sehr einzelfallspezifisch erfolgen muss, denn die genannten Ziele gelten in dieser Reihenfolge nur für eine Klientin, der es am schwersten

fällt, bei elterlicher Kritik ruhig zu bleiben, während sie bei Kritik durch Freunde schon jetzt wesentlich ruhiger bleiben kann.

Als Letztes ist noch eine Verschlechterung des Ausgangszustandes zu benennen, im genannten Beispiel etwa »bei Kritik weinen oder weglaufen«. Die Zwischenziele sowie die mögliche Verschlechterung werden nun für jedes Ziel im ZES-Bogen in die Zeilen -1 bis 4 eingetragen.

Der Bogen wird nun an diesem Tag erstmals ausgefüllt, d. h., in das erste Datumskästchen wird bei jedem Problem das aktuelle Datum eingetragen und darüber ein Kreuz in der Zeile »0 Ausgangslage« gemacht. Im unteren Abschnitt »Gesamt-ZES« wird ebenfalls das Datum eingetragen und ein Kreuz bei »0« gemacht, da der Zielerreichungsgrad der drei einzelnen Ziele zusammengezählt  $0 + 0 + 0 = 0$  beträgt und dieses durch 3 Ziele geteilt ebenfalls 0 ergibt.

### *Kontinuierliche Evaluation der Therapiefortschritte*

Von nun an wird regelmäßig der Grad der Zielerreichung zu Beginn einer Therapiestunde überprüft. Dies kann während festgelegter Intervalle (z. B. jede dritte Therapiestunde) geschehen, es ist aber aus unserer Sicht durchaus auch möglich und empfehlenswert, dies zu Beginn *jeder* Therapiestunde zu tun. Das bedeutet, dass jede Therapiestunde damit beginnt, dass der Therapeut den ZES-Bogen vorlegt und nach der Begrüßung als Erstes (mit dem offen auf dem Tisch liegenden Bogen) danach fragt, wie der aktuelle Stand der Zielerreichung ist. Die Klienten gewöhnen sich sehr schnell an dieses Ritual, und oft haben sie sich nach einiger Zeit schon vor der Stunde überlegt, welcher Stand einzutragen ist.

Nach dem Eintragen aller drei Kreuze bei den einzelnen Zielen werden die Werte zusammengerechnet und durch die Anzahl der Ziele geteilt, damit in dem unteren Bereich des Bogens noch ein Gesamtwert eingetragen werden kann. Es ist wichtig, stets *alle* Ziele abzufragen, auch wenn nur eines aktuell bearbeitet wird. Über einige Wochen den Verlauf der Zielerreichung zu sehen, ist in der Regel hoch interessant (10 Wochen passen auf einen ZES-Bogen, danach muss ein neuer Bogen geführt werden; ein Beispiel für einen ausgefüllten ZES-Bogen findet sich bei Döpfner & Borg-Laufs, 1999).

Die genaue Zielfokussierung erfordert bei quantitativen Zielmaßen eine ständige Registrierung durch die Klienten. Es muss jeweils genau mit ihnen abgesprochen werden, auf welche Weise sie über ihr Verhalten (z. B. Häufigkeit des Meldens oder Häufigkeit des In-die-Klasse-Rufens) Buch führen sollen (z. B. durch Strichlisten etc.; vgl. dazu Bellingrath, 2001).

Die wöchentliche Abfrage der Zielerreichung ermöglicht es, zeitnah Stagnationen oder Rückschritte zu erfassen und ein wichtiges Ziel, nämlich die *Therapiesteuerung*, konsequent zu verfolgen. Wenn sich bei der Evaluation der Fortschritte z. B. im ZES-Bogen zeigt, dass etwa 3 Wochen lang keinerlei Verbesserungen zu erkennen sind, obwohl der Therapeut seiner Therapieplanung zufolge eigentlich bei den angewandten Methoden Fortschritte erwartet, so ist dies Anlass, *gemeinsam mit dem Klienten* zu erörtern, warum die erwarteten Therapieerfolge ausbleiben. Auf diesem Wege kann geklärt werden, ob etwa erneute Beziehungs- oder Motivationsarbeit ansteht, die Diagnostik erweitert werden muss, ungünstige Ziele gewählt wurden oder die Methodendurchführung nicht angemessen ist.

Diese kontinuierliche Zielbewertung ist durch die klare Operationalisierung viel hilfreicher als der lediglich verbale Austausch (»Wie ist es dir in der Zwischenzeit ergangen?« – »Gut!« – »Und, denkst du, dass wir einen Schritt weiter gekommen sind?« – »Klar!«).

#### 6.3.4 *Einzelfalluntersuchung*

Wir haben in der Einleitung dieses Kapitels zur Phase 6 des therapeutischen Prozesses betont, dass Evaluation *praxisorientiert* ist und nicht als Mittel wissenschaftlicher Forschung betrachtet werden soll. Dennoch möchten wir dieses Kapitel nicht beenden, ohne darauf hinzuweisen, dass auch an Forschung interessierte Praktiker mit relativ einfachen Mitteln die Evaluation der therapeutischen Fortschritte so gestalten können, dass die Ergebnisse gleichzeitig auch als *wissenschaftlich orientierte Einzelfalluntersuchung* gelten kann.

## ZIELERREICHUNGSSKALA (ZES)

Name:

Alter:

Datum:

Untersucher/in:



### Zielerreichungsskala für \_\_\_\_\_

#### Ziel Nr. 1:

<b>4</b>	100%													
<b>3</b>	75%													
<b>2</b>	50%													
<b>1</b>	25%													
<b>0</b>	Ausgangslage													
<b>-1</b>	Verschlechterung													
<b>Datum:</b>														

#### Ziel Nr. 2:

<b>4</b>	100%													
<b>3</b>	75%													
<b>2</b>	50%													
<b>1</b>	25%													
<b>0</b>	Ausgangslage													
<b>-1</b>	Verschlechterung													
<b>Datum:</b>														

#### Ziel Nr. 3:

<b>4</b>	100%													
<b>3</b>	75%													
<b>2</b>	50%													
<b>1</b>	25%													
<b>0</b>	Ausgangslage													
<b>-1</b>	Verschlechterung													
<b>Datum:</b>														

#### Gesamt-Zielerreichungsskala (Gesamtpunkte geteilt durch Anzahl der Ziele)

<b>4</b>	100%													
<b>3</b>	75%													
<b>2</b>	50%													
<b>1</b>	25%													
<b>0</b>	Ausgangslage													
<b>-1</b>	Verschlechterung													
<b>Datum:</b>														

Dies erfordert ein Vorgehen entsprechend einem *Einzelfallversuchsplan*, der allerdings in der Praxis einfach umzusetzen ist, weil weder komplizierte Forschungsdesigns erforderlich sind noch in größerem Umfang gerechnet werden muss und somit auch keine spezielle Software notwendig ist. Die Vorgehensweise wird ausführlich bei Julius, Schlosser und Goetze (2000) sowie bei Kern (1997) beschrieben (vgl. auch Petermann, 1982, 1989); ein ausführliches Fallbeispiel aus dem Bereich der Erziehungsberatung findet sich bei Borg-Laufs (2004c). Einzelfalluntersuchungen können – so einfach sie auch durchzuführen sind – durchaus neben der reinen Therapieevaluation als Beitrag zur Psychotherapieforschung gelten (Hahlweg, 1995; Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 1999). Für die Therapieevaluation relevant ist hier nur, dass die im Rahmen eines Einzelfallversuchsplans zu entwickelnden Grafiken für die Klienten häufig hoch interessant sind und somit auch gut in die Therapie integrierbar sind.

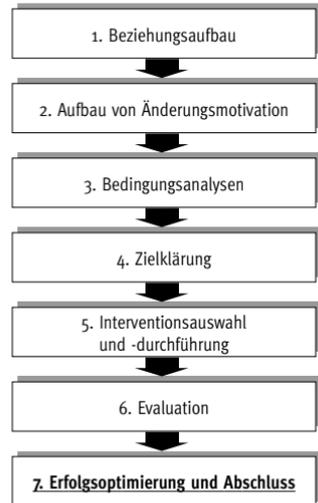
Im Rahmen des vorliegenden Bandes kann keine differenziertere Beschäftigung mit der Planung und Durchführung von Einzelfallanalysen erfolgen (s. dazu die o. a. Literatur), es soll aber nochmals ausdrücklich dafür geworben werden, sich diesem Modell zuzuwenden, damit die Kluft zwischen Praxis und Theorie sich nicht weiter verbreitert, sondern dadurch geschlossen wird, dass auch Praktikerinnen und Praktiker unter realen Versorgungsbedingungen mit geringem Aufwand durch die Evaluation ihrer Therapien einen Beitrag zur Forschung leisten.

## 7. Gute Reise auch weiterhin: Abschluss und Erfolgsoptimierung

### 7.1 Einleitende Bemerkungen zu Phase 7

Die Reise durch die Selbstmanagementtherapie mit Kindern neigt sich dem Ende zu – doch während Sie als Leserin oder Leser kaum Schwierigkeiten haben werden, Ihr Leben ohne dieses Buch weiterzuleben, müssen das Kind und seine Familie darauf vorbereitet werden, ihr Leben wieder *ohne* therapeutische Unterstützung zu führen – was einigen vielleicht nicht so leicht fallen wird.

Gemäß der Philosophie des Selbstmanagement-Ansatzes<sup>1</sup> wurde bereits auch in den vorherigen Phasen darauf geachtet, die Abhängigkeit der Familie vom Therapeuten auf ein Minimum zu beschränken und die Eigenverantwortlichkeit und »Selbstmanagementfähigkeiten« aller an der Therapie Beteiligten maximal zu fördern. Versucht wurde dies u. a. bereits durch die Art der Rollenstrukturierung in Phase 1, die Förderung von Änderungsmotivation in Phase 2, die gemeinsame Zielklärung und -formulierung in Phase 4 oder das Prinzip der minimalen Interventionen in Phase 5. Dementsprechend ist für die Optimierung des bisher Erreichten und den letzt-



<sup>1</sup> Wir beschränken uns bei unserer Darstellung auf Aspekte des Therapieendes, die sich aus der Perspektive des Selbstmanagementansatzes ergeben. Leserinnen und Leser, die sich für weitere Facetten dieses spannenden Themas interessieren, seien auf das Buch *Das Beenden der Psychotherapie – Trennung in der Abschlussphase* von Rieber-Hunscha (2004) verwiesen, die u. a. auch die psychoanalytische Sichtweise beschreibt.

endlichen Therapieabschluss in der nun anstehenden Phase 7 ein erfolgreiches Durchlaufen der vorherigen Phasen Voraussetzung (vgl. Checkliste 2.7.1).

#### Checkliste 2.7.1: Erhaltungsziele aus den Phasen 1 bis 6

- Sind Beziehung und Änderungsmotivation noch gut bzw. hoch genug?
- Sind die bisherigen Problembereiche und Therapieziele hinreichend bearbeitet, analysiert und vereinbart?
- Konnten durch die ausgewählten und durchgeführten Interventionen die angestrebten Therapieziele erreicht werden?
- Sind geeignete Maßnahmen getroffen worden, den Therapieerfolg zu evaluieren?

Was bedeutet es nun, die bisherigen therapeutischen Fortschritte zu »optimieren«? Zunächst muss sichergestellt werden, dass die bisherigen Therapieerfolge langfristig stabil bleiben und die Familie nach Abschluss der Therapie nicht in alte Interaktionsmuster zurückfällt oder bereits überwundene Probleme wieder erneut aktualisiert werden. Erstes zentrales Thema der Phase 7 ist also die *Stabilisierung der therapeutischen Erfolge* und der *Transfer* des bisher Erreichten *in den Alltag* der Familie (7.2). Möglicherweise konnten im Verlauf der Therapie aber nicht alle relevanten Themen bearbeitet werden, evtl. sind auch weitere, neue Ziele hinzugekommen. In diesem Fall ist zu klären, wie mit diesen *noch unbearbeiteten Problemen* bzw. Zielen umzugehen ist; auch dafür sollte unbedingt der nötige Raum zur Verfügung gestellt werden (7.3). Darüber hinaus ist die Familie darauf vorzubereiten, wie sie mit *Rückfällen* umgehen kann: Da nicht davon auszugehen ist, dass ihr zukünftiges Leben problemlos sein wird, ja noch nicht einmal davon, dass die Probleme, weswegen die Therapie begonnen wurde, nie mehr auftreten werden, muss eine *gezielte Rückfallprophylaxe* die Familie in die Lage versetzen, auftretende Schwierigkeiten in Zukunft nach Möglichkeit selbstständig lösen zu können (7.4). Und schließlich muss der tatsächliche *Therapieabschluss*, also die »letzte Stunde«, durch eine behutsame Auflösung der Therapeut-Klient-Beziehung und ein langsames Ausblenden der Therapiekontakte

für Eltern und Kind vorbereitet werden (7.5). Dementsprechend ergeben sich für Phase 7 folgende Schwerpunkteziele (vgl. Checkliste 2.7.2):

#### **Checkliste 2.7.2: Schwerpunkteziele Phase 7**

- Stabilisierung der therapeutischen Erfolge und Transfer in den Alltag
- Bearbeitung restlicher oder neu hinzu gekommener Probleme/Ziele
- Rückfallprophylaxe
- Ausblenden der Therapiekontakte und Therapieabschluss  
(+ Follow-up-Planung)

## 7.2 Stabilisierung der therapeutischen Erfolge und Transfer in den Alltag

Bereits bei der Darstellung von Phase 1 (vgl. 1.3.2) wurden Hinweise zur Förderung einer »Arbeitsorientierung« der Familie gegeben und die besondere Bedeutung »therapeutischer Hausaufgaben« (vgl. Bellingrath, 2001) betont – bereits dadurch wird frühzeitig ein erster Alltagstransfer geleistet. Darüber hinaus nennen Kanfer et al. (2000) eine Vielzahl von Stabilisierungs- und Transfer-Strategien, die sich auf vier Prinzipien zurückführen lassen:

1. den Einsatz lerntheoretischer Prinzipien der Stabilisierung und Generalisierung,
2. das Einüben neuer Verhaltensweisen in natürlichen Situationen,
3. das Einbeziehen des sozialen Systems des Klienten
4. und den Einsatz von Selbstregulations- und Selbstmanagement-Prozessen.

Wir werden diese in Anlehnung an Kanfer et al. (2000) im Folgenden aufgreifen und auf die Arbeit mit Kindern und ihren Familien beziehen.

## 7.2.1 *Der Einsatz lerntheoretischer Prinzipien der Stabilisierung und Generalisierung*

### *Verstärkung/Selbstverstärkung*

Um neu erworbene Verhaltensweisen und Interaktionsmuster langfristig zu stabilisieren, ist auch nach Abschluss der Therapie sicherzustellen, dass sie entsprechend verstärkt (bzw. selbstverstärkt) werden. Sofern in der Therapie Operante Verfahren eingesetzt wurden (Token-Systeme, Response-Cost-Verfahren; vgl. Hungerige & Borg-Laufs, 2005a; Borg-Laufs & Hungerige, 2001), ist von einer zunächst kontinuierlichen Verstärkung nach und nach zu einer intermittierenden Verstärkung überzugehen. Hinweise zur Entwicklung, Durchführung, Modifikation und Beendigung von Punkteplänen finden sich z. B. in für Eltern geeigneter Form bei Döpfner, Schürmann und Frölich (2002); entsprechende Arbeitsmaterialien für Kinder (z. B. die Geschichten »Punkte statt Ärger« und »Mama, ich und die lachenden Gesichter«) finden sich ebenfalls dort.

### *Ausblenden/Überblenden von Kontingenzen*

Künstliche Kontingenzen (»token«, Smileys etc.) werden nach und nach durch natürliche Verstärker wie Lob, Anerkennung, kleinere Belohnungen etc. aus der Lebenswelt des Kindes ersetzt.

### *Überlernen*

Neu gelerntes Verhalten wird über das normal übliche Maß hinaus so lange geübt (»überlernt«), bis es »sitzt«. So kann z. B. mit einem Kind, das u. a. Schwierigkeiten hat, andere nach der Uhrzeit zu fragen, dies so lange (im Rollenspiel oder in realen Situationen) geübt werden, bis es für das Kind kein Problem mehr darstellt.

### *Variation von Stimuli/Situationen während der Therapie*

Bei dieser Strategie wird eine neu erworbene Verhaltensweise in der Therapie in verschiedenen, ähnlichen Situationen geübt, um die Generalisierung zu erleichtern. So kann das Kind z. B. zunächst den Therapeuten nach der Uhrzeit fragen, dann ein anderes Kind aus der Gruppe, dann die Sekretärin, die es bereits kennt, dann eine fremde Person auf der Straße usw.

### *Variation von Reaktionen (Aufbau von flexiblen Strategien)*

Hierbei wird nicht nur *eine* Verhaltensweise geübt, sondern eine *flexible* Verhaltensstrategie. So kann das Kind z. B. im Rahmen einer Selbstbehauptungsübung ausprobieren, unterschiedlich zu reagieren (aggressiv, selbstbewusst, submissiv) oder, nachdem es nach der Uhrzeit gefragt hat, z. B. wortlos weggehen, sich freundlich bedanken oder eine Anschlussfrage stellen (*Wissen Sie, wie ich zum Bahnhof komme?*).

### *7.2.2 Das Einüben neuer Verhaltensweisen in natürlichen Situationen*

#### *Raus ins Leben! (In-vivo-Therapie)*

Gemäß dem *Prinzip der realen Erfahrung* sollten Übungen nach Möglichkeit nicht im Therapieraum stattfinden, sondern in der natürlichen Umgebung – also dort, wo die Probleme auch tatsächlich auftreten! Insbesondere bei Angststörungen ist diese Vorgehensweise zu empfehlen, auch wenn dies für den Therapeuten oft einen höheren Planungs- und Durchführungsaufwand erfordert, da dadurch optimale Generalisierungsbedingungen gegeben sind. Die Erfahrung zeigt darüber hinaus, dass der Therapieerfolg oft nicht nur schneller eintritt, sondern dass sich durch das Aufsuchen der konkreten angstbesetzten Situationen auch wertvolle Ansatzpunkte für die Therapie ergeben, die bei einem reinen *In-sensu*-Ansatz leicht übersehen werden können (z. B. hinsichtlich Vermeidungstendenzen, Angsthierarchien etc.).

#### *Maximale Annäherung an reale Situationen*

Nicht immer sind Übungen in der natürlichen Umgebung möglich. In diesem Fall sollte angestrebt werden, die Therapiesituation der realen Situation möglichst anzunähern, indem z. B. Hausaufgaben mitgebracht und mit Hilfe von Selbstinstruktionskärtchen bearbeitet werden oder ein Referat innerhalb einer bestimmten Zeit mit Hilfe von Stichwortkarten dem Therapeuten vorgetragen wird.

### *Systematisches Einbeziehen »therapeutischer Hausaufgaben«*

Auf die Bedeutung von Hausaufgaben wurde bereits mehrfach hingewiesen. Hatten sie zunächst in den ersten Phasen eine überwiegend diagnostische Funktion, haben sie später überwiegend therapeutische Ziele (vgl. Bellingrath, 2001; weitere Literaturhinweise zu therapeutischen Hausaufgaben finden sich bei Kanfer et al., 2000).

### *7.2.3 Das Einbeziehen des sozialen Systems des Kindes*

Neben der therapiebegleitenden Elternarbeit (vgl. Schmelzer, 1999) haben sich insbesondere Elterntrainings (vgl. z. B. Warnke, Beck & Hemminger, 2001) als hoch wirksam erwiesen, um das Problemverhalten von Kindern deutlich zu reduzieren (vgl. Kasten 2.2.6). Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass ohne eine adäquate Einbeziehung der Eltern (und ggf. auch der Lehrer/innen bzw. Erzieher/innen) in den meisten Fällen kaum eine dauerhafte Änderung erreicht werden kann. Daher sollte vor allem zum Ende der Therapie hin dafür gesorgt werden, dass in den sozialen Systemen, in denen das Kind lebt (vorrangig in der Familie), Rahmenbedingungen geschaffen werden, die als Schutzfaktoren gewertet werden können, während Risikofaktoren für die weitere Entwicklung des Kindes möglichst minimiert werden sollten (vgl. Wustmann, 2005). Sofern dies bislang nicht geschehen ist, sind also Familieninteraktionen und -regeln verstärkt daraufhin zu untersuchen, ob sie für die weitere Entwicklung des Kindes förderlich sind oder nicht. Gegebenenfalls würde es gerade zur Abschlussphase der Therapie gehören, hier zukunftsorientierte Veränderungen zu initiieren.

### *7.2.4 Der Einsatz von Selbstregulations- und Selbstmanagement-Prozessen*

#### *Abstrahieren von Regeln (»rule-learning«)*

Hierbei geht es darum, dem Kind zu vermitteln, eine erfolgreiche Strategie so weit von einer konkreten Situation zu abstrahieren,

dass es sie auch auf andere Bereiche übertragen kann. Dies kann z. B. im Rahmen eines Problemlöse- (vgl. Borg-Laufs & Hungerige, 2005b) oder Selbstinstruktionstrainings (vgl. Mackowiak & Hungerige, 2001) geschehen, bei dem konkrete Teilschritte zunächst an einem Beispiel geübt werden, um dieses Vorgehen dann auf neue Bereiche zu übertragen. Ebenso kann versucht werden, einem Kind mit multiplen Ängsten nahe zu bringen, die Strategie, die es bei der Bewältigung *einer* Angst erfolgreich eingesetzt hat, auch bei der Bewältigung der *übrigen* Ängste zu nutzen.

### *Erlernen von Selbstmanagement-Prozessen*

Durch die oben beschriebenen Strategien wie dem Abstrahieren von Regeln oder der Variation von Situationen und Reaktionen erwirbt das Kind allgemeine Selbstmanagementfähigkeiten wie Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle, kann seine Handlungen besser einschätzen und bewerten, sich selbst Ziele setzen, Entscheidungen treffen, Probleme lösen usw. Es sollte daher (sofern es der Entwicklungsstand des Kindes erlaubt) in dieser letzten Phase der Therapie versucht werden, die Aufmerksamkeit des Kindes auf diese Prozesse zu lenken. Dies kann durch Fragen geschehen, die die metakognitiven Denkfähigkeiten des Kindes fördern und unterstützen; in Anlehnung an Kanfer et al. (2000) z. B. (vgl. Kasten 2.7.1):

- Wie bist du bei der Bearbeitung eines Problems vorgegangen?
- Was hast du zuerst getan?
- Wie hast du Entscheidungen getroffen?
- Was hat dir geholfen, die Entscheidungen zu treffen?
- Was hast du daraus gelernt?
- Gibt es Situationen, in denen du ähnlich vorgehen kannst?

### *Kasten 2.7.1: Fragen zur Anregung und Förderung von Selbstmanagementfähigkeiten*

Darüber hinaus können auch Fragestrategien eingesetzt werden, die aus so genannten *metakognitiven Interviews* bekannt sind, um Informationen über Planungs- und Steuerungsprozesse beim Lernen zu erhalten (vgl. z. B. Mackowiak & Hungerige, 2005; Schmalohr, 1991; Brunsting-Müller, 1997; Schlagmüller, Visé & Schneider,

2001). Hierbei werden Kinder im Anschluss an eine Aufgabe gefragt, wie sie bei der Lösungssuche vorgegangen sind. Der Untersucher stellt dazu strukturierende Fragen, mit deren Hilfe das Lösungsverhalten während des Lernprozesses rekonstruiert werden soll, die sich auf folgende Aufgaben- und Lösungsaspekte beziehen können (vgl. Brunsting-Müller, 1997; Mackowiak & Hungerige, 2005):

- *Aufgaben- und Zieldefinition* (»Was war deine Aufgabe?«);
- *Strategien* (»Wie bist du vorgegangen?«; »Was hast du gemacht?«; »Wie hast du herausgefunden, was du tun musst?«);
- *Handlungsroutinen* (»Welche einzelnen Schritte hast du unternommen?«; »Was hast du alles gemacht?«);
- *Kontrollprozeduren* (»Wie findest du heraus, ob du etwas richtig gemacht hast?«);
- *Korrekturprozeduren* (»Wie korrigierst du, wenn du etwas falsch gemacht hast?«);
- *Bewertung der Aufgabe* (»War diese Aufgabe schwierig für dich?«; »Wie schwierig [von 1–10]?«);
- *Wissenserwerb* (»Was hast du bei dieser Aufgabe gelernt?«);
- *Generalisierbarkeit des Wissens* (»Wo kannst du das Gelernte sonst noch nutzen?«).

Prinzipiell können diese Fragen (mit entsprechender therapeutischer Unterstützung) auch auf die Therapie insgesamt angewendet werden; die für die erfolgreiche Bearbeitung dieser Fragen notwendigen kognitiven Voraussetzungen sind aber i. d. R. erst bei Kindern gegen Ende der Grundschulzeit zu erwarten.

### 7.3 Bearbeitung restlicher oder neu hinzugekommener Probleme/Ziele

Je nachdem, wie viele Ziele in Phase 4 ausgewählt und in den folgenden Phasen therapeutisch angegangen wurden, kann es sein, dass nach dem Erreichen der wichtigsten Therapieziele noch einige unberücksichtigt (bzw. unerreicht) geblieben oder aber auch im Verlauf der Therapie neue Problembereiche bzw. Ziele hinzugekommen sind. In beiden Fällen ist gemeinsam mit der Familie

sorgfältig zu überlegen, wie mit diesen noch verbleibenden Zielvorstellungen umzugehen ist. Hierzu können folgende Fragestellungen hilfreich sein:

7.3.1 *Reicht die verbleibende Therapiezeit aus, die Probleme angemessen zu bearbeiten bzw. die Ziele zu erreichen?*

Sofern die bisher bearbeiteten Probleme im Verlauf der Therapie erfolgreich gelöst wurden, können bei dem Kind und den Eltern i. d. R. eine Reihe von Fähigkeiten wie Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle, allgemeine Problemlösestrategien u. Ä. vorausgesetzt werden, die es nicht unwahrscheinlich machen, dass auch in einer vergleichsweise kurzen, noch verbleibenden Therapiezeit die restlichen oder neu hinzugekommenen Ziele erfolgreich bearbeitet werden können. Hierzu werden die verschiedenen Phasen erneut, diesmal allerdings in schnellerer Folge, durchlaufen. In der Regel erfolgt dieser Wiedereintritt in Phase 3 (Verhaltensanalyse), wobei allerdings auf viele bekannte Informationen zurückgegriffen werden kann. Hierbei ist jedoch darauf zu achten, dass weder das Kind noch die Eltern überfordert werden und zudem noch ausreichend Zeit verbleibt, um eine Rückfallprophylaxe durchführen (vgl. 7.4) und die Therapie angemessen ausblenden (vgl. 7.5) zu können. Zudem gilt hier das *Prinzip der minimalen Intervention* in besonderem Maße: Da sich die Therapie ohnehin dem Ende nähert und von Seiten des Therapeuten verstärkt Bemühungen unternommen werden, die Therapeut-Klient-Beziehung behutsam zu lösen, sollte die therapeutische Unterstützung bei der Bearbeitung der restlichen Ziele auf das unbedingt notwendige Minimum beschränkt sein.

7.3.2 *Verfügt der Klient/die Klientin über ausreichende Selbstmanagementfähigkeiten, um die restlichen Probleme selbstständig zu bearbeiten bzw. die Ziele zu erreichen?*

Sofern die verbleibende Therapiezeit nicht ausreicht, um die verbleibenden Ziele *im Rahmen der Therapie* zu bearbeiten, ist zu prü-

fen, ob die Fähigkeiten des Kindes bzw. seiner Eltern ausreichen, das Problem selbstständig *nach Abschluss* der Therapie zu lösen. Ist dies der Fall, kann die verbleibende Therapiezeit z. B. dann dazu genutzt werden, das weitere Vorgehen zu besprechen bzw. die Familie auf eventuell auftretende Schwierigkeiten vorzubereiten.

*7.3.3 Können dem Klienten/der Klientin in der verbleibenden Zeit die (noch) nötigen Selbstmanagementfähigkeiten vermittelt werden, um die restlichen Probleme selbstständig zu bearbeiten bzw. um die Ziele zu erreichen?*

Eine erfolgreiche Selbstmanagementtherapie mit Kindern und ihren Familien sollte in jedem Fall verschiedene Selbstmanagementfähigkeiten gefördert, gestärkt und vermittelt haben. Natürlich kann nicht erwartet werden, dass gegen Ende der Therapie diese Fähigkeiten bei allen Familienmitgliedern voll entwickelt sind, sodass die verbleibenden Therapiestunden auch dazu genutzt werden können, spezifische Fähigkeiten gezielt im Hinblick auf noch anstehende Probleme zu schulen.

*7.3.4 Sind die restlichen Ziele für den Klienten/ die Klientin so bedeutsam bzw. die Probleme so belastend, dass sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt bearbeitet werden sollten?*

Wenn weder ausreichend Therapiezeit zur Verfügung steht noch auf Seiten der Klienten Fähigkeiten vorhanden sind bzw. vermittelt werden können, die verbleibenden Probleme angemessen zu bearbeiten, ist schließlich zu klären, ob die restlichen Probleme bzw. Ziele tatsächlich so belastend bzw. bedeutsam sind, dass sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt unbedingt bearbeitet werden müssen. Damit soll zum einen ausgeschlossen werden, dass die Familie nur deswegen weitere Probleme vorbringt, um die vermeintliche »Sicherheit« der therapeutischen Begleitung nicht aufgeben zu müssen. Zum anderen soll damit der utopischen Hoffnung vorgebeugt werden, es gäbe einen problemfreien Alltag bzw. ein Mittel (»Therapie«), mit dem sich prinzipiell alle Probleme radikal lösen

ließen, vorausgesetzt, man wendet es nur lange genug an.<sup>2</sup> Stattdessen sollte während der Therapie, und insbesondere gegen deren Ende, versucht werden, der Familie *allgemeine Formen des Umgangs mit Problemen* zu vermitteln.

In den wenigen Fällen, in denen sich die verbleibenden Probleme als so gravierend und belastend herausstellen, dass sie weiter behandelt werden sollten, bieten sich mehrere Möglichkeiten an:

- Sofern im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zunächst ein Antrag auf Kurzzeittherapie (KZT-Antrag; VT 3a/KZT) gestellt wurde, kann (mit entsprechender Begründung) rechtzeitig ein *Fortführungsantrag* (VT 3b) gestellt werden. Hinweise dazu finden sich auf den entsprechenden Informationsblättern der Krankenkassen.
- Darüber hinaus kann an therapeutisch arbeitende Einrichtungen weiter verwiesen werden, die nicht der kassenärztlichen Versorgung angeschlossen sind, wie *Erziehungs- und Familienberatungsstellen* u. Ä. (vgl. Borg-Laufs, 1999).
- In einzelnen Fällen kann es sinnvoll sein, spezifische *Anschlussbehandlungen* einzuleiten, wie etwa Elterntrainings, LRS-Förderung, Ergotherapie usw.

Abbildung 2.7.1 zeigt die bisher beschriebene Vorgehensweise im Überblick. Unabhängig davon, wie aber mit den verbleibenden Schwierigkeiten umgegangen wird: In jedem Fall sollte die Planung so erfolgen, dass noch ausreichend Zeit für eine angemessene Rückfallprophylaxe zur Verfügung steht.

---

<sup>2</sup> Solche radikalen Lösungen wie z. B. eine lebenslange Therapie sind leider oft keine, wie es schon George Santayana auf den Punkt brachte: »Seine radikalen Lösungen waren nutzlos, weil seine Probleme alltäglich waren« (zitiert nach Phillips, 1997, S. 27).

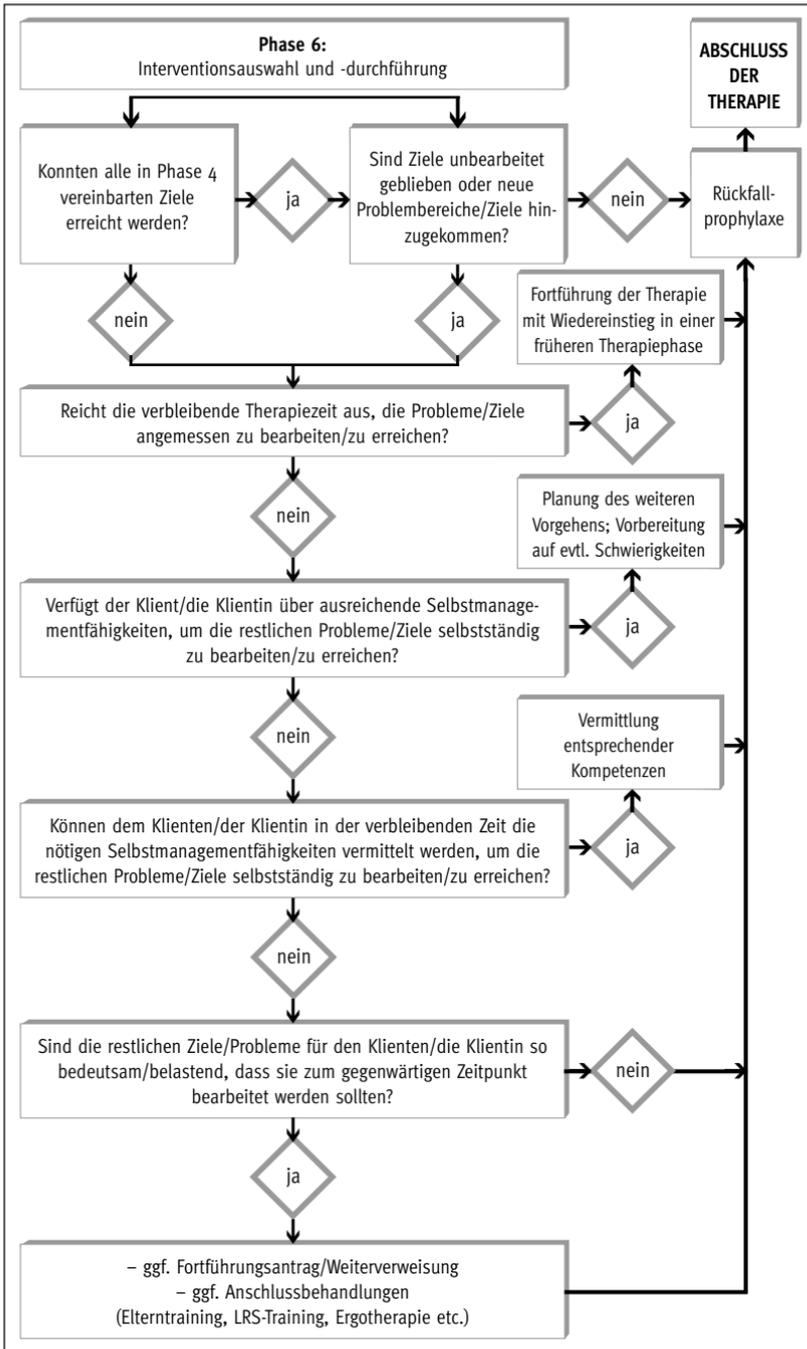


Abb. 2.7.1: Vorgehen bei der Bearbeitung verbleibender Probleme/Ziele

## 7.4 Was tun, wenn es wieder schlimmer wird? – Rückfallprophylaxe

Keine Therapie löst alle Probleme. Und keine Therapie kann sicherstellen, dass nie mehr Probleme auftreten werden. Was eine gute Therapie aber leisten sollte, ist, die Familie darauf vorzubereiten, was zu tun ist, »wenn es wieder schlimmer wird«, also alte oder neue Probleme (erneut) auftauchen.

Hierzu muss in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand des Klienten unterschiedlich vorgegangen werden; wir schlagen daher im Folgenden zwei Varianten vor, die sich für jüngere Kinder sowie für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene eignen.

### 7.4.1 Rückfallprophylaxe für jüngere Kinder

Die Rückfallprophylaxe kann für jüngere Kinder (Kindergarten und Grundschule) z. B. im Rahmen einer *Abschiedsübung* durchgeführt werden. Hierzu wird das Kind gebeten, auf einem großen Blatt Papier oder einem Stück Tapete alles zu malen oder zu schreiben, was es noch von der Therapie in Erinnerung hat. Der Therapeut kann dann im Rahmen der Rückfallprophylaxe bestimmte Bereiche der Tapete thematisch vorgeben, z. B. durch Fragen wie »Was kann ich tun, wenn ich wieder Angst habe?« oder »Was kann ich denken, wenn es mir mal schlecht geht?« usw. und dem Kind ggf. Erinnerungshilfen geben. Auch Materialien (Selbstinstruktionskarten, »Mein geheimer Ort«, Mutbilder; vgl. Görlitz, 2004) oder Geschichten (Entspannungsgeschichten, Mutgeschichten o. Ä.), die in der Therapie erarbeitet bzw. verwendet wurden, können auf die Tapete geklebt werden, die das Kind anschließend mit nach Hause nimmt.

### 7.4.2 Rückfallprophylaxe für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene empfehlen wir in Anlehnung an Beckmann und Hungerige (2003) ein Vorgehen in sechs Schritten, wobei der jeweilige Entwicklungsstand im Auge behalten werden sollte (vgl. Kasten 2.7.2):

<b>1. »Katastrophisieren« lassen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Befürchtungen/»Horrorszenarien« sammeln</li> <li>• Was könnte passieren (auch im »schlimmsten Fall«)?</li> </ul>
<b>2. Fehleranalyse anleiten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypothetisch erfragen: <i>Wie konnte es (wieder) so weit kommen?</i></li> </ul>
<b>3. Wahrscheinlichkeiten einschätzen lassen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eintretenswahrscheinlichkeit für jedes gesammelte Szenario einschätzen lassen</li> <li>• Rangreihe bilden (<i>sehr wahrscheinlich – völlig unwahrscheinlich</i>)</li> </ul>
<b>4. Für wahrscheinliche Szenarien »Warnsignale« sammeln</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Woran könnte ich frühzeitig erkennen, dass es wieder problematisch wird?</li> <li>• Was muss vorher passieren (oder nicht passieren), damit es wieder problematisch wird?</li> </ul>
<b>5. Für wahrscheinliche Szenarien Lösungsmöglichkeiten sammeln</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückgriff auf bereits bekannte Lösungen möglich? (<i>Wie habe ich mir schon einmal in <u>dieser</u> Situation geholfen?</i>)</li> <li>• Übertragung von bekannten allgemeinen Lösungsstrategien auf neue Probleme möglich? (<i>Wie habe ich mir schon einmal in einer <u>ähnlichen</u> Situation geholfen?</i>)</li> </ul>
<b>6. »Notfallplan« entwerfen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mögliche Szenarien konkret und gezielt durchsprechen; ggf. im Rollenspiel üben</li> </ul>

*Kasten 2.7.2: Rückfallprophylaxe in Anlehnung an Beckmann und Hungerige (2003)*

Das nachfolgende Arbeitsblatt kann dabei unterstützend eingesetzt werden.

<b>RÜCKFALLPROPHYLAXE – WAS TUN, WENN ES SCHLIMMER WIRD?</b>			
Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
<b>1. Was könnte passieren?</b>			
1.	2.	3.	4.
<b>2. Wie konnte es (wieder) so weit kommen?</b>			
1.	2.	3.	4.
<b>3. Wie wahrscheinlich ist es, dass es passiert?</b>			
1. _____ %	2. _____ %	3. _____ %	4. _____ %
<b>4. Welche »Warnsignale« wird es geben?</b>			
1.	2.	3.	4.
<b>5. Wie habe ich mir schon einmal in dieser oder einer ähnlichen Situation geholfen?</b>			
1.	2.	3.	4.
<b>6. Wie sieht mein »Notfallplan« aus?</b>			
1.	2.	3.	4.

## 7.5 Ausblenden der Therapiekontakte und Therapieabschluss

Auch wenn dem Kind und dessen Eltern natürlich bewusst ist, dass die Therapie irgendwann enden wird, sollte die Therapie nicht mit der letzten Stunde »abrupt« aufhören, sondern der Abschluss bereits rechtzeitig durch entsprechende Maßnahmen vorbereitet und eingeleitet werden; Kanfer et al. (2000) weisen u. a. auf folgende Möglichkeiten hin:

- Allmähliches Ausblenden der Kontakte (Termine in größer werdenden Abständen)
- Starke Erhöhung der Klientenaktivität und Transfer in den Alltag (vgl. 7.2)
- Lenkung der Aufmerksamkeit auf positive Fortschritte
- Übergang zu kurzen, aber geplanten Telefonkontakten (»Telefonprechzeit«)
- Briefliche Rückmeldungen des Klienten
- Gelegentliche Nachbesprechungstermine (z. B. nach einem halben Jahr)
- »Booster«-Sitzungen bei Bedarf (Intensivsitzen zum »Wiederauffrischen«)
- Falls nötig: jährlicher »Check-Up«
- Katamnese, z. B. nach einem Jahr

Der eigentliche Therapieabschluss, also die »letzte Stunde«, sollte insbesondere mit dem Kind in besonderer Weise gestaltet werden. Hierzu eignet sich z. B. die in Kapitel 7.4.1 beschriebene Abschiedsübung. Eine andere Abschlussübung kann darin bestehen, das Kind nacheinander drei bis vier Ecken des Therapieraumes »durchwandern« und es sich dabei an die wesentlichen Ereignisse oder Wendepunkte der Therapie erinnern zu lassen. Natürlich kann das Kind in der letzten Stunde aber auch selbst bestimmen, was es z. B. spielen oder sonst tun will. Spielvorschläge, Materialien und Methoden für die Schlussphase in der Gruppenarbeit mit Kindern finden sich bei Baer et al. (1998).

Die letzte Stunde mit den Eltern kann im Prinzip zur Rekapitulation des bisher Erreichten, zur Klärung weiterer Fragen o. Ä. verwendet werden. Eine mögliche Abschlussintervention mit den Eltern ist die Übung »Ich schreibe einen Brief an mich selbst« (in Anlehnung an Beckmann & Hungerige, 2003), die nochmals an das bisher Erarbeitete anknüpft und einen positiven Schlusspunkt setzt (vgl. hierzu die nachfolgenden Materialien).

# Liebe Eltern,

das war's erst mal ...

unsere gemeinsame Therapie ist nun beendet. Unsere Bitte zum Abschluss ist, dass Sie sich in den nächsten 15 Minuten selbst einen Brief schreiben.

Sie können sich darin z. B. an wichtige Punkte erinnern, die Ihnen geholfen haben und die Sie auf keinen Fall vergessen wollen.

Oder Sie können darin die Ziele festhalten, die Sie in den nächsten Wochen im Hinblick auf das Thema »Umgang mit meinem Kind« erreichen wollen.

Vielleicht wollen Sie sich auch »ermahnen«, bestimmte Fehler nicht wieder zu machen.

Natürlich können Sie sich auch ein paar gute Tipps oder Ratschläge aufschreiben, die Sie sich selber gerne geben möchten.

Wenn Sie sich den Brief geschrieben haben, stecken Sie ihn bitte in den beiliegenden Umschlag, kleben ihn zu und beschriften ihn dann mit Ihrer Adresse.

Wir werden Ihren »Brief an sich selbst« nicht lesen. Wir schicken Ihnen aber den Brief nach einigen Wochen zu.

Sie können dann lesen, was Sie sich selbst in ein paar Wochen unbedingt noch einmal sagen wollten ...

## ICH SCHREIBE EINEN BRIEF AN MICH SELBST (II)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Liebe/r \_\_\_\_\_



## KAPITEL III

# Hinweise zur Stundenstrukturierung in der Selbstmanagementtherapie mit Kindern



# 1. Stundenstruktur in der Standard-Therapiesituation mit Kindern

Sicherlich gibt es besondere Therapiesituationen, die auch eine besondere Struktur der Therapiesitzung verlangen. Dennoch gehen wir davon aus, dass eine bestimmte Stundenstrukturierung für die Arbeit nach dem Modell der Selbstmanagementtherapie im Regelfall die bestmöglichen Voraussetzungen für eine angemessene Realisierung therapeutischer Wirkfaktoren bietet und somit wahrscheinlich optimale Therapieeffekte ermöglicht. Auf Ausnahmen von dieser Regel gehen wir am Ende des Kapitels ein.

Der Ablauf der therapeutischen Interaktion unterscheidet sich für Kinder deutlich von der Alltagsinteraktion. Manche Erwachsene neigen manchmal dazu, Kindern nicht ernsthaft zuzuhören, weil sie sich nicht oder nur wenig für ihre Meinung interessieren. Andere nehmen die Kinder ebenfalls als Gesprächspartner nicht ernst, wollen ihnen aber eine Freude machen und lassen sie daher ausführlich erzählen. Dieses Nicht-ernst-genommen-Werden von Erwachsenen ist leider oft eine typische Erfahrung der Kinder. Sie dürfen ihren Spaß haben, müssen allerdings »folgsam« sein. Dass es in der Therapiestunde anders ist, dass sie hier als Gesprächspartner ernst genommen werden, merken die Kinder manchmal erst nach einiger Zeit. Wichtig erscheint uns, dass der Therapeut diese Haltung konsequent einnimmt, sich also für die Wahrnehmungen und das Erleben des Kindes, für seine Gedanken, Kognitionen und Verhaltensweisen ernsthaft interessiert. Dies kann durch die von uns vorgeschlagene Stundenstruktur unterstützt werden.

Bereits an anderer Stelle (Borg-Laufs & Hungerige, 1999) hatten wir uns diesem Thema gewidmet und dabei – in leichter Abwandlung von Kanfer et al. (2000) – folgende Sitzungsstruktur für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen vorgeschlagen:

- Eingangsstadium;
- Bearbeiten der zentralen Thematik;
- Rekapitulieren und Zusammenfassen der zentralen Ergebnisse;
- Spiel- und Abschlussphase.

Wir wollen diese therapeutischen »Episoden« im Sinne Schindlers (1996; vgl. hierzu die Einführung) im Folgenden etwas ausführlicher darstellen.

## 1.1 Eingangsstadium

Wir halten es für günstig, wenn das Kind zunächst ein festes Ritual erlebt, welches den Übergang vom Alltag in die Therapiestunde markiert. Dem Kind wird dadurch die Möglichkeit gegeben, sich auf die Therapie »einzustimmen«. Der Therapietermin sollte sich von den Kontakten des täglichen Lebens unterscheiden und im Sinne eines *diskriminativen Stimulus* ein bestimmtes Kommunikations- bzw. Interaktionsverhalten hervorrufen. Dabei geht es uns *nicht* um einen als Ritual erkennbaren festgelegten Einstieg mit einer Entspannungsübung oder sonstigen direkten therapeutischen Intervention. Vielmehr soll diese Einstimmung mit ganz einfachen Mitteln erfolgen.

Daher beginnt (mit Ausnahme des Erstkontaktes, bei welchem dem Kind nach der Begrüßung zunächst alle Räume der Einrichtung gezeigt und erläutert werden und erst danach das Therapie- bzw. Beraterzimmer betreten wird) der Therapiekontakt in immer gleicher Weise:

1. Das Kind wird grundsätzlich in das Wartezimmer gebeten. Dies gilt auch, wenn der Therapeut eigentlich schon Zeit hätte, mit der Therapie zu beginnen, denn dies ist der erste Punkt des »ritualisierten« Ablaufes: Das Kind stürmt nicht direkt in das Therapiezimmer, wenn ihm gerade danach ist, sondern es setzt sich zunächst in das Wartezimmer, wo es mindestens zwei oder drei Minuten wartet. Dadurch hat es Gelegenheit, sich ggf. zu beruhigen (je nachdem, aus welcher Situation es gerade kommt) und sich emotional und inhaltlich auf die kommende Therapiestunde einzustellen. Es kann sich gedanklich schon einmal vorbereiten, erinnert sich vielleicht an die letzte Stunde usw. (Die Nutzung des Wartezimmers als diskriminativen Stimulus zur Einstimmung auf das

Therapiegeschehen empfehlen wir übrigens auch für die Eltern!)

2. Der Therapeut holt das Kind im Wartezimmer ab und bringt es in den Therapieraum. Häufig nehmen die Kinder dann dort bereits ihren »Stammplatz« in der Gesprächsecke ein. Möglicherweise wird der Therapeut auch kleinere »Verhaltensrituale« für den Anfang der Therapiesitzung entwickelt haben: Er nimmt z. B. vielleicht Klientenakte, Papier und Stifte, die auf dem Schreibtisch bereitliegen, und setzt sich dann mit den Materialien auf »seinen Stammplatz« o. Ä.
3. Es erfolgt dann eine kurze allgemeine Begrüßung, in die vielleicht aktuelle Besonderheiten eingebaut werden (»Hallo! Na, wie geht's dir heute? Du hast ja eine knallige Hose an!«).
4. Erst dann beginnt die therapeutische Interaktion im engeren Sinne. Je nach Einzelfall wird nun die Zielerreichungsskala hervorgeholt, um sie zu Beginn der Stunde zu bearbeiten, oder es werden die therapeutischen Hausaufgaben aus der letzten Stunde besprochen.

## 1.2 Bearbeitung der zentralen Thematik

Die Besprechung der therapeutischen Hausaufgaben oder der Zielerreichungsskalierung führt in der Regel nahtlos in die zweite Episode der jeweiligen Therapiesitzung, in der die zentrale Thematik der jeweiligen Stunde bearbeitet wird. Dies sollte die intensivste Phase der therapeutischen Sitzung sein. In dieser Sitzungsphase kommen neben dem therapeutischen Gespräch gegebenenfalls auch andere therapeutische Techniken (Imaginationsübungen, Rollenspiel, Arbeit mit spezifischem Therapiematerial, therapeutische Spiele etc.) zum Einsatz.

Vor allem bei Kindern mit Aufmerksamkeitsproblemen ist es wichtig, dass die Eingangsphase nicht zu lange dauert, damit Aufmerksamkeit und Konzentration gerade während der Bearbeitung der zentralen Thematik der Therapiesitzung noch aufrechterhalten wer-

den können. Durch einen Material- oder Methodenwechsel (Rollen spiel, Imagination sübungen) kann die Aufmerksamkeit und Motivation zur weiteren Mitarbeit auch wieder aktiviert werden. Insgesamt muss sich der Therapeut den Fähigkeiten und dem Entwicklungsstand des Kindes anpassen; dies gilt natürlich auch in dieser Phase der Bearbeitung der zentralen Problematik. Die verbalen Äußerungen des Therapeuten dürfen nicht zu kompliziert und müssen dem Entwicklungsstand des Gegenübers angepasst sein (vgl. Borg-Laufs & Trautner, 1999). Bei der Formulierung therapeutischer Fragen empfehlen wir daher einige einfache Regeln:

- Kurze Fragen!
- Einfache Worte!
- Keine Passivkonstruktionen!
- Keine doppelten Verneinungen! (Achtung bei der Vorsilbe »un-«!)
- Keine Synonyme in zeitlich nahem Zusammenhang!
- Keine Vorannahmen in die Fragen legen, die erst noch überprüft werden müssen!

### 1.3 Zusammenfassen der zentralen Ergebnisse und Alltagstransfer

Zum Ende des inhaltlichen Teils sollten die wichtigen Ergebnisse zusammengefasst und deren Bedeutung für den Alltag herausgearbeitet werden, falls dies nicht integraler Bestandteil der Hauptphase der Therapiestunde war. In der Regel werden daraus therapeutische Hausaufgaben abgeleitet, damit das Kind Gelegenheit hat, die neuen Erkenntnisse oder Verhaltensweisen in seiner natürlichen Umgebung zu erproben. Die therapeutischen Fortschritte werden sicherlich im Wesentlichen *zwischen* den Therapiestunden erzielt. Es ist von zentraler Wichtigkeit, dass die Kinder den Inhalt der Therapiestunde verstanden und seine Bedeutung für den Alltag erkannt haben sowie dazu aufgefordert werden, bis zur nächsten Therapiesitzung die Inhalte auszuprobieren (vgl. hierzu auch die Hinweise zu Phase 7).

Aufgrund der unterschiedlichen Lebenswelten und des unterschiedlichen Entwicklungsstandes von Therapeut und Kind ist die Wahr-

scheinlichkeit erhöht, dass das Kind etwas ganz anderes verstanden und wahrgenommen hat, als vom Therapeuten intendiert wurde. Daher sollten die zentralen Ergebnisse und die Hausaufgaben *vom Kind* in seinen Worten (ggf. unterstützt vom Therapeuten) wiedergegeben werden. (Wir empfehlen darüber hinaus auch, bei der Arbeit mit den Eltern die therapeutischen Hausaufgaben am Ende der Stunde von diesen wiederholen zu lassen; die Erfahrung zeigt immer wieder, dass auch einfache Aufgaben nicht immer so verstanden wurden, wie sie vom Therapeuten gemeint waren.<sup>1</sup>)

## 1.4 Spielphase

Zum Abschluss des therapeutischen Kontaktes sollte ausreichend Gelegenheit zum (gemeinsamen) Spiel gegeben sein. Es ist günstig, wenn dazu in einen anderen Raum gewechselt wird oder zumindest im Therapieraum eine andere »Ecke« für das Spielen reserviert ist. So wird auch für das Kind der Übergang von der Arbeits- zur Spielphase deutlich.

Die Spielphase beendet den therapeutischen Kontakt positiv. Es werden nun eher Ressourcen im Vordergrund stehen, mit denen das Kind sich dem Therapeuten präsentieren kann, während das Problem nicht mehr besprochen wird. Durch die angenehme und selbstwertdienliche Situation wird auch die therapeutische Beziehung gestärkt.

In der Spielphase sollte unbedingt auf die Wünsche der Kinder eingegangen werden. »Therapeutische Spiele«, die dem Kind weniger gut gefallen und ihm ggf. auch weniger Möglichkeiten der selbstbestimmten Präsentation dem Therapeuten gegenüber bieten, sollten bewusst vermieden werden. Aus Sicht des Kindes ist die »Arbeit« an dieser Stelle vorbei. Auch für den Therapeuten sollte nun der Beziehungsaufbau im Vordergrund stehen.

---

<sup>1</sup> Zu dem interessanten Phänomen des Verstehens und Missverstehens vgl. auch Rusch (1986, 1992, 1999) sowie Hungerige und Hillebrandt (1993, 1999).

Darüber hinaus bietet das freie Spiel aber natürlich für das Kind eine Menge therapeutisch relevanter Möglichkeiten, Verhaltensweisen zu erproben, und für den Therapeuten die Möglichkeit weiterer Diagnostik. Je mehr es dem Therapeuten gelingt, eine angenehme Spielatmosphäre zu schaffen, umso alltagsnäher werden die Verhaltensbeobachtungen sein, die der Therapeut in der Spielphase machen kann. Ein geschickter Therapeut kann in der Regel den Ablauf der Spielphase doch entscheidend beeinflussen, auch wenn das Kind alle Entscheidungen trifft. So dürfte es bei den meisten Spielen in seiner Hand liegen, wer gewinnt und wer verliert, wie »dramatisch« sich der Spielverlauf gestaltet usw. Der Therapeut kann diese Situationen gezielt herstellen, um das Kind genau in diesen, auch in seinem Alltagsleben relevanten Situationen zu beobachten: Wie verhält sich das Kind, wenn es gewinnt? Wie, wenn es verliert? Wie bezieht es *von sich aus* den Therapeuten als Spielpartner in die Auswahl des Spiels ein? Darüber hinaus ergeben sich durch die ungezwungenen Gespräche während des Spieles weitere wichtige Informationen (Diagnostik) sowie Möglichkeiten, im Gespräch selbstwertdienliche oder auf andere Weise therapeutische sinnvolle Erfahrungen für das Kind herzustellen. Darüber hinaus kann natürlich auch der Rahmen der Spielphase, die einzuhaltenen Regeln usw. aus therapeutischer Sicht dem Kind wichtige Erfahrungen vermitteln. Die Spielphase ist somit sowohl im Sinne *therapiebegleitender Diagnostik und Evaluation* als auch im Sinne *therapeutischer Arbeit* sinnvoll und wichtig, auch wenn die therapeutische Absicht nicht im Vordergrund steht.

Die Spielphase sollte für die Kinder unbedingt verstärkenden Charakter haben und als Belohnung für die vorhergehende »Arbeit« angesehen werden können. In einigen Fällen kann es sinnvoll sein, dies auch explizit einzusetzen und etwa die Länge der Spielzeit mit Hilfe eines Tokenprogrammes (Sammeln von »Spielminuten«) vom Verhalten während der Arbeitsphase abhängig zu machen. Ein gut sichtbar aufgehängtes Schild kann das Kind während der Stunde an die jeweils getroffene Vereinbarung erinnern (vgl. das Beispiel in Kasten 3.1).

		Spielminuten			
2	Punkte	→	5	Minuten Spielzeit	
3	Punkte	→	9	Minuten Spielzeit	
4	Punkte	→	13	Minuten Spielzeit	
5	Punkte	→	17	Minuten Spielzeit	
6	Punkte	→	21	Minuten Spielzeit	

*Kasten 3.1: Sammeln von Spielminuten während der Therapiestunde (Beispiel)*

## 1.5 Stundenstruktur im Überblick

Der typische Ablauf einer Kindertherapiestunde ist noch einmal in Kasten 3.2 erkennbar. Wir verzichten dabei bewusst auf Zeitangaben, da die Dauer der Phasen in Abhängigkeit von den Besonderheiten des Einzelfalles sehr stark schwanken kann. Bei einem aufmerksamkeitsgestörten Kind wird etwa die Eingangs- und die Arbeitsphase möglicherweise vor allem zu Beginn der Therapie nur wenige Minuten lang sein können, und ein großer Teil der Stunde wird im Spielzimmer verbracht. Erst im Laufe der Therapie werden die Arbeitsphasen dann ausgedehnt. Die Länge der Eingangsphase kann auch in erheblichem Maße davon abhängen, wie ausführlich die therapeutischen Hausaufgaben besprochen werden, aber wie bereits angemerkt, gehen Eingangs- und Arbeitsphase hier ohnehin nahtlos ineinander über. Die Länge der zentralen Arbeitsphase hängt ggf. aber auch von der verwendeten Methode bzw. vom Inhalt ab. Eine Testdurchführung benötigt ebenso wie bestimmte Interventionen eine bestimmte Mindestzeit, die nicht unterschritten werden kann. Die Spielzeit sollte von wenigen Ausnahmen abgesehen nicht weniger als 10 Minuten betragen und gerade bei jüngeren Kindern eher 15 bis 20 Minuten dauern.

## Standard-Stundenstruktur in der Kindertherapie

1. Eingangsstadium
  - 1.1 Wartezimmer
  - 1.2 Abholen
  - 1.3 Allgemeine Begrüßung
  - 1.4 Zielerreichungsskala (ZES)/Hausaufgabenbesprechung
2. Bearbeitung der zentralen Thematik
  - Therapeutisches Gespräch
  - Spezifische Interventionen (Rollenspiel, Imagination, Arbeit mit spezifischem Material, usw.)
3. Zusammenfassung und Alltagstransfer
  - 3.1 Zusammenfassen der Inhalte der Stunde durch das Kind
  - 3.2 Alltagstransfer
  - 3.3 Festlegen der therapeutischen Hausaufgabe
  - 3.4 Wiederholen der Hausaufgabe durch das Kind
4. Spielphase
  - Räumlich an anderer Stelle
  - Das Kind bestimmt das Spiel
  - Verhaltenserprobung
  - Verhaltensbeobachtung
  - Beziehungs- und Motivationsarbeit

*Kasten 3.2: Stundenstruktur in der Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

## 2. Variationen in der Stundenstruktur

Die hier beschriebene Struktur einer Therapiestunde gilt aus unserer Sicht für eine große Zahl von therapeutischen »Standardsituationen«. Selbstverständlich erfordern besondere Situationen auch

besondere Maßnahmen, daher ist die Einhaltung dieser Struktur nicht in jedem Fall zwingend geboten. Vielmehr ist eine ganze Reihe von Ausnahmen denkbar, etwa:

- In einer stärker spieltherapeutisch orientierten Therapie kann auch die ganze oder fast die ganze Therapiestunde aus Spielinteraktionen bestehen, die therapeutischen Charakter haben (vgl. z. B. Mrochen & Bierbaum-Luttermann, 2001).
- Im Rahmen schwieriger Therapiesituationen oder auch bei Testdurchführungen kann es sinnvoll sein, die Arbeitsphase durch eine Spielphase zu unterbrechen.
- Bei extrem zurückhaltenden, ängstlichen oder mutistischen Kindern kann es notwendig sein, zunächst mehrere Stunden ausschließlich im Spielzimmer zu verbringen und die Gesprächs- und Arbeitsphasen auf ein Minimum zu reduzieren.
- Im Rahmen von In-vivo-Kontakten, etwa bei einer Konfrontationsbehandlung, ist die hier vorgegebene Stundenstruktur nicht sinnvoll. Sie bezieht sich vielmehr auf Kontakte in der therapeutischen Institution oder Praxis.
- Im Rahmen von Eltern-Kind-Therapien (z. B. Döpfner, Schürmann & Frölich, 2002) kann es sinnvoll sein, Eltern- und Kindkontakte abwechselnd innerhalb einer einzigen Therapiestunde durchzuführen. Gleiches gilt, wenn z. B. Absprachen zwischen Therapeut und Kind direkt auch den (möglicherweise wartenden) Eltern mitgeteilt werden sollen. In diesem Fall werden die Eltern zum Ende der Stunde mit dazugebeten.

Gerade für den letzten in der Aufzählung angesprochenen Punkt sollte es eine klare Indikation geben. Wir halten die in der Praxis häufig zu beobachtende Gewohnheit, innerhalb eines Termins getrennte Kontakte mit Eltern und Kind zu haben, im Regelfall eher für ungünstig. Viele Therapeuten arbeiten z. B. zunächst therapeutisch mit dem Kind, beenden die Stunde aber damit, dass sie sich in den letzten 10 Minuten mit den Eltern unterhalten, während das Kind im Wartezimmer spielt. Dadurch kann das Kind den Eindruck bekommen, dass der Therapeut die in der Therapie an-

gesprochenen Sachverhalte im Anschluss direkt den Eltern mitteilt. Wir halten hier eine klare und transparente Struktur für erheblich sinnvoller: Es findet *innerhalb einer Therapiestunde* entweder ein Elternkontakt oder ein Kindkontakt oder ein Familiengespräch statt, nicht aber verschiedenes nacheinander.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Wir sehen allerdings durchaus das Problem, dass in einer kassenfinanzierten Richtlinienpsychotherapie solche Vorgehensweisen manchmal unumgänglich sind, da üblicherweise recht wenig Bezugspersonenstunden genehmigt werden und die Therapeuten daher solche Kurzkontakte mit den Eltern nutzen.

## KAPITEL IV

# Ausblick



## Ausblick

Mit dem vorliegenden Modell einer Selbstmanagementtherapie mit Kindern haben wir ein erfolgreiches und plausibles Modell der Psychotherapie mit Erwachsenen auf die Arbeit mit Kindern zu übertragen versucht. Viele der im Text zitierten Vorarbeiten und unsere eigene praktische Erfahrung in der Psychotherapie mit Kindern haben uns dazu ermutigt, dieses Modell in kompakter Buchform ausführlich darzustellen.

Wir glauben, dass unser Modell zurzeit den Erkenntnissen aktueller Psychotherapieforschung entspricht und, vor allem, dass es kompatibel zu Ansätzen der Entwicklung einer *allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* ist. Aufgrund des augenblicklichen Standes der Therapieforschung scheint es uns ganz selbstverständlich zu sein, dass unser Vorgehen eine starke Betonung verhaltenstherapeutischer Denk- und Handlungsweisen impliziert. Dennoch haben wir an vielen – auch zentralen – Stellen unseres Modells Inhalte anderer Schulrichtungen in das Selbstmanagementmodell integriert. Wie die Zukunft einer allgemeinen Psychotherapie mit Kindern aussehen wird, können wir natürlich nicht sagen. Wir sind uns darüber im Klaren, hier eine Momentaufnahme reflektierter psychotherapeutischer Praxis abzuliefern, die im Zuge weiterer Psychotherapieforschung möglicherweise in einiger Zeit überholt sein könnte.

Dennoch vermuten wir, dass so manche Momente unseres Modells für einige Zeit durchaus »zukunftssicher« sein dürften, da sie in hohem Maße auch in anderen aktuellen Entwürfen zeitgemäßer Psychotherapie eine prominente Rolle spielen. So wird in absehbarer Zeit Psychotherapie mit Kindern sicherlich nicht auf die Betonung folgender Punkte verzichten können:

- Betrachtung der Kinderpsychotherapie als prozesshaftes Geschehen mit verschiedenen beteiligten Systemen.
- Betonung der Rolle der therapeutischen Beziehung.
- Betonung der Rolle systematischer und wissenschaftlich begründbarer Therapieplanung, -durchführung und -evaluation.

- Betonung der Wichtigkeit der Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse des Menschen.
- Arbeit mit Ressourcen.

Die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist und bleibt ein wichtiger Aspekt einer sozialen und humanen Gesellschaft. Kindern dabei zu helfen, eine angemessene Entwicklung nehmen zu können, muss als wichtige Zukunftsinvestition verstanden werden, denn wenn der Zeitpunkt verpasst wird, an dem abweichende Entwicklungsverläufe noch günstig beeinflusst werden können, bleiben die Kinder die Leidtragenden, und die gesamte Gesellschaft wird die Kosten tragen müssen. Höhere Jugend- und Erwachsenen kriminalität, misslingende Berufs- und Familienentwicklungen sind die häufigen Spätfolgen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Vor diesem Hintergrund ist es bedauerlich zu sehen, dass die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland noch so lückenhaft ist und im öffentlichen Sektor (Beratungsstellen) sogar in Gefahr steht, noch weiter abgebaut zu werden.

# Anhang

## Übersichten zur ICD-10

- Anhang 1* Kapitel V (F) der ICD-10 – Übersicht
- Anhang 2* Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS) für psychische Störungen des Kindes und Jugendalters (Remschmidt et al., 2001)
- Anhang 3* Achse III: Intelligenzniveau (F7)
- Anhang 4* Achse V: Beurteilungsbogen assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Anhang 5* Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus
- Anhang 6* Berücksichtigung einer spezifischen Symptomatik bei verschiedenen Diagnosen der ICD-10 am Beispiel der »Störungen des Sozialverhaltens« (SSV)

**Anhang 1:**  
**Kapitel V (F) der ICD-10 – Übersicht**

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

**Anhang 2:**  
**Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS) für psychische Störungen  
des Kindes u. Jugendalters (Remschmidt et al., 2001)**

<b>I. Achse</b>		<b>Psychische Symptomatik (Klinisch-psychiatrisches Syndrom)</b>
→ Altersbezogene Störungen		
F84		Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
F9	F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
	F99	nbn psychische Störung
→ Störungen ohne eigenen Altersbezug		
F0	F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	F30–F39	Affektive Störungen
F4	F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (z.B. Anorexie)
F6	F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
<b>II. Achse</b>		<b>Umschriebene Entwicklungsstörungen</b>
F8	F80–F89 außer F84	Entwicklungsstörungen Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
<b>III. Achse</b>		<b>Intelligenzniveau</b>
F7	F70–F79	Intelligenzminderung
<b>IV. Achse</b>		<b>Körperliche Symptomatik</b>
	A–E/G–Y	Krankheiten aus anderen Kapiteln der ICD-10 (andere als psychiatrische Erkrankungen)
<b>V. Achse</b>		<b>Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände</b>
	00–9.8	Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
<b>VI. Achse</b>		<b>Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus</b>
	0–9	Adaptation/Beeinträchtigung

**Anhang 3:**  
**Achse III: Intelligenzniveau (F7)**

Bezeichnung	F-Kodierung	IQ-Bereich	mentales Alter
sehr hohe Intelligenz	<i>keine</i>	über 129	
hohe Intelligenz	<i>keine</i>	115–129	
Normvariante	<i>keine</i>	85–114	
niedrige Intelligenz	<i>keine</i>	70–84	
leichte Intelligenzminderung	<b>F70</b>	50–69	9 bis unter 12 Jahren
mittelgradige Intelligenzminderung	<b>F71</b>	35–49	6 bis unter 9 Jahren
schwere Intelligenzminderung	<b>F72</b>	20–34	3 bis unter 6 Jahren
schwerste Intelligenzminderung	<b>F73</b>	unter 20	unter 3 Jahren
sonstige Intelligenzminderung	<b>F78</b>		
nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	<b>F79</b>		

Nach WHO (2001, S. 256) kann mit der **vierten Stelle** das Ausmaß der Verhaltensbeeinträchtigung in Verbindung mit den Kategorien F70–F79 näher gekennzeichnet werden:

F7x.0	keine oder nur minimale Verhaltensauffälligkeit
F7x.1	deutliche Verhaltensauffälligkeit, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F7x.8	sonstige Verhaltensauffälligkeiten
F7x.9	Verhaltensauffälligkeit nicht erwähnt

## Anhang 4: Achse V: Beurteilungsbogen assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

KODIERUNG: 2 = DIAGNOSE SICHER, 1 = DIAGNOSE FRAGLICH, 0 = KEINE DIAGNOSE,  
8 = LOGISCH NICHT MÖGLICH, 9 = UNBEKANNT

1	<b>Abnorme intrafamiliäre Beziehungen</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
1.0	Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung (Z62.5)	2	1	0 8 9
1.1	Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen (Z63.0)	2	1	0 8 9
1.2	Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind (Z62.4)	2	1	0 8 9
1.3	Körperliche Kindesmisshandlung (Z61.6)	2	1	0 8 9
1.4	Sexueller Missbrauch (in der Familie) (Z61.4)	2	1	0 8 9
1.8	Andere:	2	1	0 8 9
2	<b>Psychische Störung, abweichendes Verhalten o. Behinderung in der Familie</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
2.0	Psychische Störung/ abweichendes Verhalten eines Elternteils (Z63.7)	2	1	0 8 9
2.1	Behinderung eines Elternteils (Z63.7)	2	1	0 8 9
2.2	Behinderung der Geschwister (Z62.7)	2	1	0 8 9
2.8	Andere:	2	1	0 8 9
3	<b>Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
4	<b>Abnorme Erziehungsbedingungen</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
4.0	Elterliche Überfürsorge (Z62.0)	2	1	0 8 9
4.1	Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung (Z62.0)	2	1	0 8 9
4.2	Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt (Z62.6)	2	1	0 8 9
4.3	Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern (Z62.7)	2	1	0 8 9
4.8	Andere:	2	1	0 8 9
5	<b>Abnorme unmittelbare Umgebung</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
5.0	Erziehung in einer Institution (Z62.2)	2	1	0 8 9
5.1	Abweichende Elternsituation (Z58.0)	2	1	0 8 9
5.2	Isolierte Familie (Z62.7)	2	1	0 8 9
5.3	Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung (Z59.0)	2	1	0 8 9
5.8	Andere:	2	1	0 8 9
6	<b>Akute, belastende Lebensereignisse</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
6.0	Verlust einer liebevollen Beziehung (Z60.0)	2	1	0 8 9
6.1	Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung (Z60.0)	2	1	0 8 9
6.2	Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder (Z60.2)	2	1	0 8 9
6.3	Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (Z60.2)	2	1	0 8 9
6.4	Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie) (Z60.5)	2	1	0 8 9
6.5	Unmittelbar beängstigende Erlebnisse	2	1	0 8 9
6.8	Andere:	2	1	0 8 9
7	<b>Gesellschaftliche Belastungsfaktoren</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
7.0	Verfolgung oder Diskriminierung (Z58.4 + Z58.5)	2	1	0 8 9
7.1	Migration oder soziale Verpflanzung (Z58.2)	2	1	0 8 9
7.8	Andere:	2	1	0 8 9
8	<b>Chron. zwischenmenschl. Belastung im Zusammenhang mit Schule/ Arbeit</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
8.0	Streitbeziehungen mit Schülern/ Mitarbeitern (Z55.4 + Z56.4)	2	1	0 8 9
8.1	Sündenbockzuweisungen durch Lehrer/ Ausbilder (Z55.4 + Z56.4)	2	1	0 8 9
8.2	Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation (Z55.8 + Z56.8)	2	1	0 8 9
8.8	Andere:	2	1	0 8 9
9	<b>Belastende Lebensereignisse/ Situationen infolge von Verhaltensstörungen/ Behinderungen des Kindes</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
9.0	Institutionelle Erziehung (Z62.2)	2	1	0 8 9
9.1	Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung (Z60.0)	2	1	0 8 9
9.2	Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (Z60.2)	2	1	0 8 9
9.8	Andere:	2	1	0 8 9

**Wird ein ganzer Bereich mit 0, 8 oder 9 beurteilt, kann er übersprungen werden!**

## Anhang 5:

### Achse VI:

## Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Diese Skala bezieht sich auf die psychosoziale Anpassung des Patienten zum Zeitpunkt der klinischen Untersuchung. Mit Ausnahme von sehr akuten Störungen (bei denen nur die letzten Tage oder Wochen beurteilt werden) sollten die **letzten drei Monate** vor der klinischen Untersuchung eingeschätzt werden. Die Kodierung sollte sich auf folgende Bereiche beziehen:

- Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie;
- Bewältigung von sozialen Situationen (allgemeine Selbstständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung);
- schulische bzw. berufliche Anpassung;
- Interessen und Freizeitaktivitäten.

0	<b>Herausragende/gut soziale Funktionen</b> in allen Bereichen. Gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie; kann sich mit allen üblichen sozialen Situationen effektiv auseinandersetzen und verfügt über ein gutes Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen.
1	<b>Mäßige soziale Funktion</b> insgesamt, aber mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen.
2	<b>Leichte soziale Beeinträchtigung.</b> Adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z. B. Schwierigkeiten mit Freundschaften, gehemmte soziale Aktivitäten/Interessen, Schwierigkeiten mit inner-familiären Beziehungen, wenig effektive soziale Coping-Mechanismen oder Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie).
3	<b>Mäßige soziale Beeinträchtigung</b> in mindestens ein oder zwei Bereichen.
4	<b>Ernsthafte soziale Beeinträchtigung</b> in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z. B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit, mit neuen sozialen Situationen zurechtzukommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich).
5	<b>Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung</b> in den meisten Bereichen.
6	<b>Funktionsunfähig</b> in den meisten Bereichen. Benötigt ständige Aufsicht oder Betreuung zur basalen Alltagsbewältigung; ist nicht in der Lage, für sich selbst zu sorgen.
7	<b>Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung.</b> Manchmal unfähig für eine minimale Körperhygiene zu sorgen, oder braucht zeitweise strenge Beaufsichtigung um Gefahrensituationen für sich selbst und andere zu verhüten, oder schwere Beeinträchtigung in allen Bereichen der Kommunikation.
8	<b>Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung.</b> Ständige Unfähigkeit für die eigene Körperhygiene zu sorgen, oder ständige Gefahr, sich selbst oder Andere zu verletzen oder völliges Fehlen von Kommunikation
9	<b>Nicht zutreffend/nicht einschätzbar.</b>

**Anhang 6:**  
**Berücksichtigung einer spezifischen Symptomatik bei**  
**verschiedenen Diagnosen der ICD-10 am Beispiel der »Störungen**  
**des Sozialverhaltens« (SSV)**

<b>F43.24</b>	<b>Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens</b>
	<p>erfüllt sein müssen die <u>allgemeinen Kriterien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• einer Anpassungsstörung (F43.2), z. B. kann sich eine Trauerreaktion in der Adoleszenz in aggressivem oder dissozialem Verhalten äußern</li> </ul>
<b>F90.1</b>	<b>hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens</b>
	<p>erfüllt sein müssen die <u>allgemeinen Kriterien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• einer hyperkinetischen Störung (F90) und einer Störung des Sozialverhaltens (F91)</li> <li>• ALSO: F90.1 = F90 + F91</li> </ul>
<b>F91</b>	<b>STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS (SSV)</b>
	<p><u>allgemeine Kriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• allgemeine Kriterien:</li> <li>• anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens</li> <li>• übersteigt die altersentsprechenden Erwartungen (»schwerer als kindlicher Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit«)</li> <li>• seit mind. 6 Monaten oder länger</li> <li>• wenn andere psychiatrische Diagnosen vorliegen, dann sind diese zu kodieren</li> </ul> <p><u>Unterscheide ferner:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn in der Kindheit (vor dem 10. Lebensj.)/in der Adoleszenz (nach dem 10. Lebensj.)</li> <li>• leicht/mittelgradig/schwer</li> </ul>
<b>F91.0</b>	<b>auf den familiären Rahmen beschränkte SSV</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allg. Kriterien der SSV erfüllt?</li> <li>• <u>zusätzlich:</u> nur auf den häuslichen Rahmen/die Kernfamilie beschränkt</li> <li>• <u>nicht ausreichend:</u> lediglich gestörte Eltern-Kind-Beziehung</li> </ul>
<b>F91.1</b>	<b>SSV bei fehlenden sozialen Bindungen</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allg. Kriterien der SSV erfüllt?</li> <li>• <u>zusätzlich:</u> tiefgreifende Beeinträchtigung der Beziehung zu anderen/keine Freundschaften</li> </ul>
<b>F91.2</b>	<b>SSV bei vorhandenen sozialen Bindungen</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allg. Kriterien der SSV erfüllt?</li> <li>• <u>zusätzlich:</u> gut in entsprechender Altersgruppe integriert</li> <li>• <u>dazugehörige Begriffe:</u> gemeins. Stehlen, Gruppendelin., Schuleschwänzen, Bandenmitgl.</li> </ul>
<b>F91.3</b>	<b>SSV mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allg. Kriterien der SSV erfüllt?</li> <li>• <u>zusätzlich:</u> Aufsässigkeit, Ungehorsam</li> <li>• <u>beachte:</u> eher bei jüngeren Kindern; keine schweren Formen der Aggressivität oder dissoziales Verhalten</li> </ul>

Fortsetzung der Tabelle auf S. 238

F92	KOMBINIERTES SSV UND DER EMOTIONEN
	<p><u>allgemeine Kriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wie F91 + Depression, Angst oder andere emotionale Störungen</li> </ul>
F92.0	<p><b>SSV mit depressiver Störung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• allg. Kriterien der SSV erfüllt?</li> <li>• <u>zusätzlich:</u> depressive Verstimmung, evtl. Schlafstörungen, Appetitlosigkeit</li> <li>• ALSO: F92.0 = F91 + (F20 – F29) [Affektive Störungen]</li> </ul>
F92.8	<p><b>sonstige kombinierte SSV und der Emotionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• allg. Kriterien der SSV erfüllt?</li> <li>• <u>zusätzlich:</u> Angst, Phobien, Zwänge, Depersonalisation, Derealisation, Hypochondrie u. Ä.</li> <li>• ALSO: F92.8 = F91 + F4 [Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen] oder: F92.8 = F91 + F93 [emot. Störung m. B. i. d. K., z. B. Trennungsangst]</li> </ul>

# Verzeichnis der Therapiematerialien

Phase	Therapiematerialien	Für wen geeignet?			Seite
		Kind/ Jgl.	Eltern	Therap.	
Phase 1	Vorläufige Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte: Einschätzung durch die Eltern		X		42
Phase 1	Vorläufige Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte: Einschätzung durch das Kind	X			43
Phase 1	Beobachtungsbogen: Problematische Situationen		X		59
Phase 2	Heuristik zur Förderung von Änderungsmotivation			X	81
Phase 3	Analyseschema wahrgenommener Ressourcen in der Familie			X	106
Phase 3	Ressourcen: Ich und mein Beziehungstern (Soziales Netz)	X			107
Phase 3	Ressourcenorientierte Modifikation der Achse V (ICD-10)			X	108
Phase 3	Bedingungsdiagnosen Selbstmanagementtherapie mit Kindern			X	119/120
Phase 4	Zielklärungsübung mit Kindern I: »Die gute Fee«	X		X	128
Phase 4	Zielklärungsübung mit Kindern II: »Meine Insel«	X		X	129
Phase 4	Zielklärungsübung mit Kindern III: »Glücks-13«	X		X	130
Phase 4	Zielklärung			X	132
Phase 4	Verlern-und-Erlern-Tabelle	X			138
Phase 5	Therapeutische Ansatzpunkte aus der funktionalen Verhaltensanalyse			X	158
Phase 5	Therapieplanung und Therapieverlaufsplan			X	166/167
Phase 6	Evaluation therapeutischer Basisvariablen			X	179
Phase 6	Stundenbeurteilungsbogen für Kinder bis etwa 8 Jahren	X			181
Phase 6	Stundenbeurteilungsbogen für Kinder von 8–12 Jahren	X			182
Phase 6	Stundenbeurteilungsbogen für Kinder von 12–14 Jahren	X			183
Phase 6	Stundenbeurteilungsbogen für Jugendliche und Erwachsene, modif. nach Schindler et al. (1989)	X	X		184
Phase 6	Übersicht: Prozessevaluation durch das Kind (bis 14 Jahre)			X	185
Phase 6	Zielerreichungsskala (ZES)	X	X	X	193
Phase 7	Rückfallprophylaxe – Was tun, wenn es schlimmer wird?	X	X		209
Phase 7	Ich schreibe einen Brief an mich selbst		X		212/213
Anhang 4	Achse V: Beurteilungsbogen			X	235

# Literatur

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Towell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implication of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213–232.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist (1993). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen*; deutsche Bearbeitung der Teachers's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Bearbeitet von M. Döpfner & P. Melchers. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist (1998a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen*; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4–18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist (1998b). *Fragebogen für Jugendliche*; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. L. Duncan. & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie* (S. 41–81). Dortmund: modernes lernen.
- Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 213–224). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Baer, U., Bücken, H., Freitag-Becker, E. & Thanhoffer, M. (1998). *Sag beim Abschied ... Spiele, Materialien und Methoden für Schlussphasen in der Gruppenarbeit*. Seelze/Velber: Kallmeyer.
- Bartling, G., Eichelmeyer, L. & Engberding, M. (2005). *Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bästlein, M. & Poustka, F. (1993). Anwendbarkeit und Reliabilität der psychosozialen Achse der WHO. In F. Poustka & U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Gefährdung der kindlichen Entwicklung* (S. 66–72). München: Quintessenz.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1994). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: PVU.

- Beckmann, A. & Hungerige, H. (2003). *Trainingsprogramm für Eltern von Kindern mit Oppositionellem Problemverhalten (TEKOP)*. (Unveröffentlichtes Manuskript). Essen.
- Bellingraht, J. (2001). Selbstbeobachtungsverfahren als Hausaufgaben im diagnostisch-therapeutischen Prozess. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 193–210). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Best, D. (2004). Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes: Psychotherapie in der niedergelassenen Praxis. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und die ärztliche Weiterbildung. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (S. 441–455). München: CIP-Medien.
- Borg-Laufs, M. (1993). Selbstmanagementtherapie mit Kindern. *Kindheit und Entwicklung, 2*, 122–128.
- Borg-Laufs, M. (1996). *Das Training mit aggressiven Kindern aus der Perspektive der Selbstmanagementtherapie. Eine Praxisstudie*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Borg-Laufs, M. (1997a). Der Selbstmanagementprozess in der Kinderpsychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 29*, 199–212.
- Borg-Laufs, M. (1997b). *Strukturierungshilfen für die Erstellung von Falldokumentationen*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (1999). Verhaltenstherapie in der Erziehungsberatung. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen* (S. 527–546). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2001a). Trainings des Sozialverhaltens. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 505–528). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2001b). Hinweise zur Indikation diagnostischer und therapeutischer Methoden. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 9–40). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (Hrsg.) (2001c). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2001d). Vorschläge zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In P. Pohl (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 30–43). Bonn: DPV.
- Borg-Laufs, M. (2002a). Die Rolle der Bindungstheorie in der Verhaltenstherapie – ein Werkstattbericht. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 34*, 583–599.
- Borg-Laufs, M. (2002b). Verhaltenstherapie mit aggressiven Jugendlichen – Ableitungen aus der Entwicklungspsychopathologie. In Berufsverband

- der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (Hrsg.), *Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust - Identitätsarbeit in der Psychotherapie mit Jugendlichen* (S. 107–131). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Borg-Laufs, M. (2003a). Selbstmanagementtherapie mit Jugendlichen. In H.P. Michels & M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Schwierige Zeiten – Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen* (S. 51–67). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2003b). Einige Anmerkungen zur Theorie-Ausbildung für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. In A. Kuhr & G. Ruggaber (Hrsg.), *Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge* (S. 55–66). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2003c). Vier Thesen zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 35, 29–36.
- Borg-Laufs, M. (2004a). Verhaltensberatung nach dem kognitiv-behavioristischen Modell. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung* (Bd. 2, S. 629–640). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2004b). Therapeut, Kind und Eltern. Vorschläge zur Beachtung psychologischer Grundbedürfnisse in der Verhaltenstherapie. In B. Metzmacher & F. Wetzorke (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 164–181). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Borg-Laufs, M. (2004c). Verhaltenstherapeutische Fallkonzeption als Qualitätsmaßnahme in der Erziehungsberatung. In F. Hoppe & J. Reichert (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Frühförderung* (S. 139–152.). Göttingen: Hogrefe.
- Borg-Laufs, M. (2005a). Die Geschlechterperspektive in der Kindertherapie. In J. Junglas (Hrsg.), *Geschlechtergerechte Psychotherapie und Psychiatrie*. Bonn: DPV.
- Borg-Laufs, M. (2005b). Revolution oder Evolution? Entwicklung einer allgemeinen (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. In H.P. Michels & R. Dittrich (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine diskursive Annäherung* (S. 89–112). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2005c). *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ)*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (1999). Der Prozess der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen* (S. 227–264). Tübingen: DGVT-Verlag.

- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2001). Operante Verfahren. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 373–402). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2005a). *Kommentierte Literaturliste für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2005b). Problemlösetraining. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeut/in und die ärztliche Weiterbildung. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München: CIP-Medien.
- Borg-Laufs, M. & Merod, R. (2000). Kinder- und Jugendlichenverhaltens-therapie jenseits der Störungsorientierung. *Verhaltenstherapie, 10*, 67–75.
- Borg-Laufs, M. & Trautner, H.M. (1999). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen* (S. 51–88). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bormann, M., unter Mitarbeit v. Meyer-Deters, W. (2001). Das Explorationsgespräch mit Kindern. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 95–116). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Breitenbach, R. (2001). Rational-emotive Therapie und rationale Disputation. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 433–454). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Brown, J. D. (1993). Motivational conflict on the self: The double bind of low esteem. In R. F. Baumeister (Hrsg.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum Press.
- Bruch, M. (2000) *Fallformulierung in der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Brunsting-Müller, M. (1997). *Wie Kinder denken oder denken, sie denken. Ein metakognitiver Interventionsansatz*. Luzern: Edition SZH/SPC der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik.
- Caspar, F. (1986). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Cone, J. D. & Hawkins, R. P. (1977). *Behavioral assessment. New directions in clinical psychology*. New York: Brunner & Mazel.
- Copeland, A. P. (1982). Individual difference factors in children's self management: Toward individualized treatments. In P. Karoly & F. H. Kanfer (Hrsg.), *Self management and behaviour change* (S. 207–239). New York: Pergamon.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie/DGVT (2001). *Ethische Rahmenrichtlinien der DGVT und deren Kommentare (verabschiedet auf*

- der Mitgliederversammlung der DGVT am 30. März 2001 in Tübingen). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- DIMDI/Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2000). *ICD-10 systematisch pocket. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Ausgabe für die Zwecke des SGB V*. Grünwald: Börm Bruckmeier.
- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) (Hrsg.) (2000). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M. (1999). Ergebnisse der Therapieforschung zur Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd I: Grundlagen* (S. 153-188). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Döpfner, M. & Borg-Laufs, M. (1999). Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation in der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen* (S.299-360). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000b). *Hyperkinetische Störungen*. (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 1). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998). *Diagnose- und Symptom-Checklisten zur Erfassung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000a). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 2). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2002). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*. Weinheim: PVU.
- Dörner, K. (1979). *Problemlösen als Informationsverarbeitung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dornes, M. (1999). Die Entstehung psychischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren. In G.J. Suess & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung* (S.25-64). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Eckstaedt, A. & Klüwer, R. (Hrsg.) (1999). *Zeit allein heilt keine Wunden. Psychoanalytische Erstgespräche mit Kindern und Eltern*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Kalas, R. & Conover, N. C. (1985). Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Development*, 56, 265-275.

- Eich, H., Reiter, L. & Reiter-Theil, S. (1997). Informierte Zustimmung in der Psychotherapie. Einmalige Handlungen oder kontinuierlicher Prozeß? *Psychotherapeut*, 42, 6, 369–375.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Hrsg.), *Handbook of personality: Theory and research* (S. 165–192). New York: Guilford.
- Esser, G. (Hrsg.) (2002). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme.
- Esser, G. (2004). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und die ärztliche Weiterbildung. Bd. 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (S. 163–176). München: CIP-Medien.
- Esser, G. & Wyschkon, A. (2001). Testdiagnostik in der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 167–192). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Esser, G. & Wyschkon, A. (2004). Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und die ärztliche Weiterbildung. Bd. 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (S. 147–161). München: CIP-Medien.
- Estes, W. (1944). An experimental study of punishment. *Psychological Monographs*, 57, Nr. 263.
- Faber, F.R. & Haarstrick, R. (2003). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. München: Urban & Fischer.
- Faden, R. & Beauchamp, T.L. (1986). *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.
- Fiedler, P. (1974). Gesprächsführung bei verhaltenstherapeutischen Explorationen. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 128–151). München: Urban & Schwarzenberg.
- Fischer, A., Fritzsche, Y., Fuchs-Heinritz, W. & Münchmeier, R. (2000). *Jugend 2000, 13. Shell Jugendstudie, Bd. 1*. Opladen: Leske und Budrich.
- Flämig, J. & Wörner, I. (1977a). Standardisierung einer deutschen Fassung des Family Relations Test (FRT) an Kindern von 6–11 Jahren, Teil 1: Testmaterial, Durchführung des Tests und Auswertung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 26, 5–11.
- Flämig, J. & Wörner, I. (1977b). Standardisierung einer deutschen Fassung des Family Relations Test (FRT) an Kindern von 6–11 Jahren, Teil 2: Eichstichprobe, Normtabellen, Interpretation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 26, 38–46.

- Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber
- Fliegel, S. & Heyden, T. (1994). *Verhaltenstherapeutische Diagnostik I*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, M. & Frank, B. (1996). Das Erstgespräch in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen* (Bd. 1, S. 261–269). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Franklin, B. (2003). *Autobiographie*. München: C. H. Beck.
- Freeman, A. & DeWolf, R. (2004). *Die 10 dümmsten Fehler kluger Leute – Wie man klassischen Denkfallen entgeht*. München: Piper.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2005). Auf dem Weg zu einer »allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie«: Die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. In H.P. Michels & R. Dittrich (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine diskursive Annäherung* (S. 161–194). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2004). Die Messung intrapersonaler Ressourcen im Therapieprozess: Ergebnisse der Mikroprozessanalyse KMP. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36, 64–74.
- Gjemse, T. (1982). Psychologische Zieldistanz: Die verlorengegangene Dimension in der Leistungsmotivationsforschung. In W. Hacker, W. Volpert & M. v. Cranach (Hrsg.), *Kognitive und motivationale Aspekte der Handlung*. Bern: Huber.
- Görlitz, G. (2004). *Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Erlebnisorientierte Übungen und Materialien*. (Reihe Leben lernen, Bd. 174). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Görlitz, G. (2005). *Psychotherapie für Kinder und Familien. Übungen und Materialien für die Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen*. (Reihe Leben lernen, Bd. 179). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (1995). Zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren. Ein APA-Bericht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 275–284.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)*. Göttingen: Hogrefe.
- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: McKay.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. & Kuhl, J. (1985). From wishes to action: The dead ends and short cuts on the long way to action. In M. Frese & J. Sabini (Hrsg.),

- Goal directed behavior: The concept of action in psychology.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Heckhausen, H. & Roelofson, I. (1962). Anfänge und Entwicklung der Leistungsmotivation: (1) Im Wetteifer des Kleinkindes. *Psychologische Forschung*, 26, 313–397.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (Hrsg.) (2005). *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen.* Stuttgart: Schattauer.
- Hiatt, D., & Hargrave, G.E. (1995). The characteristics of highly effective therapists in managed behavioral provider networks. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 4, 19–22.
- Hildenbrand, B. (2005). *Einführung in die Genogrammarbeit.* Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Hobrucker, B. (2003). *Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik.* Frankfurt: Peter Lang.
- Humpert, W. & Dann, H.-D. (1988). *Das Beobachtungssystem BAVIS.* Göttingen: Hogrefe.
- Hungerige, H. (2001). Das Explorationsgespräch mit Eltern. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 41–94). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hungerige, H. & Borg-Laufs, M. (1999). »Liebe« im konstruktivistischen Diskurs - What's love got to do with it? In G. Rusch (Hrsg.), *Wissen und Wirklichkeit. Beiträge zum Konstruktivismus* (S. 198–244). Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Hungerige, H. & Borg-Laufs, M. (2005a). Operante Methoden. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten und die ärztliche Weiterbildung. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* München: CIP-Medien.
- Hungerige, H. & Borg-Laufs, M. (2005b). Rollenspielmethode. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten und die ärztliche Weiterbildung. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* München: CIP-Medien.
- Hungerige, H. & Hillebrandt, A. (1993). *Missverstehen als soziale Konstruktion. Eine Bedeutungsanalyse in den Diskursbereichen Wissenschaft, Alltag und Telefonseelsorge* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Hungerige, H. & Hillebrandt, A. (1999). Kommunikation, Verstehen, Missverstehen. Alltagsweltliche Metaphorisierungen und ihre sozialen Funktionen. *Siegener Periodicum zur Internationalen Empirischen Literaturwissenschaft (SPIEL)*, 18, 2, 330–347.
- Hungerige, H., Mackowiak, K. & Borg-Laufs, M. (2005). Multimodale

- Diagnostik bei Verhaltensstörungen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 26.
- Hungerige, H. & Päßler, D. (1999). Ethische Aspekte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1: Grundlagen (S. 474–525). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Immisch, P. (2004). *Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Jänicke, W. & Borg-Laufs, M. (2001). Verhaltenstherapie und Systemische Therapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 2: Interventionsmethoden (S. 657–726). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Jerouschek, G. (Hrsg.) (2004). *PsychThG – Psychotherapeutengesetz – Kommentar. Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze*. München: C. H. Beck.
- Julius, H., Schlosser, R.W. & Goetze, H. (2000). *Kontrollierte Einzelfallstudien*. Göttingen: Hogrefe.
- Kähler, H. D. (2001). *Erstgespräche in der sozialen Einzelhilfe*. Freiburg: Lambertus.
- Kaiser, T. (1999). *Das WUT weg Buch – Spiele, Traumreisen, Entspannung gegen Wut und Aggression bei Kindern*. Freiburg i. Br.: Christophorus-Verlag.
- Kanfer, F.H. & Grimm, L.G. (1980). Managing clinical change: A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4, 419–444.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H. & Saslow G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529–538.
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatment for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161–178.
- Kern, H.J. (1997). *Einzelfallforschung. Eine Einführung für Studierende und Praktiker*. Weinheim: PVU.
- Kiresuk, T.J. & Sherman, R.E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443–453.
- Klann, N., Hahlweg, K. & Heinrichs, N. (2003). *Diagnostische Verfahren für die Beratung. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Göttingen: Hogrefe.
- Klemenz, B. (1999). *Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Klemenz, B. (2003). *Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Knorr-Cetina, K. (1991). *Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Koban, C. & Willutzki, U. (2001). Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34, 225–239.
- Kottje-Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1995). Ethische Aspekte der Psychotherapie und Konsequenzen für die Therapeutenausbildung. *Psychotherapeut*, 40, 59–68.
- Laimböck, A. (2000). *Das psychoanalytische Erstgespräch*. Tübingen: Edition Diskord.
- Lauth, G. W., Brack, U. B. & Linderkamp, F. (Hrsg.) (2001). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Lauth, G. W. & Schlottke, P. F. (2002). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Locher-Weiß, S. (2001). Neun »Standard-Irrtümer« zur Schweigepflicht. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33, 2, 297–299.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1–41.
- Ludewig, K. & Wilken, U. (Hrsg.) (2000). *Das Familienbrett*. Göttingen: Hogrefe.
- Mackowiak, K. (1999). Motivations- und Beziehungsaufbau in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen* (S. 265–298). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Mackowiak, K. (2001). Verhaltensbeobachtung. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 141–166). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Mackowiak, K. & Hungerige, H. (2001). *Selbstinstruktionsmethoden*. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 455–484). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Mackowiak, K. & Hungerige, H. (2005). Diagnostik bei Lern- und Verhaltensstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 14.
- Mahoney, M. J. & Patterson, K. M. (1992). Changing theories of change: Recent developments in counseling. In S. D. Brown & R. W. Lent (Hrsg.), *Handbook of counseling psychology* (S. 665–689). New York: John Wiley & Sons.
- Mattejat, F. (2005) (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und die ärztliche Weiterbildung. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München: CIP-Medien.
- McGoldrick, M. (2003). *Wieder heimkommen. Auf Spurensuche in Familiengeschichten*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

- McGoldrick, M. & Gerson, R. (2002). *Genogramme in der Familienberatung*. Bern: Huber.
- Melton, G. B., Koocher, G. P. & Saks, N. J. (Hrsg.) (1983), *Children's competence to consent*. New York: Plenum Press.
- Mempel, S. (1985). *Therapiemotivation bei Kindern*. (Unveröffentlichte Dissertation). Darmstadt: Technische Universität.
- Mempel, S. (1989). Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Praxis der Kinderpsychotherapie und Kinderpsychiatrie*, 38, 146–151.
- Michels, H. P. & Borg-Laufs, M. (2001). Zielklärung. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 211–246). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Montada, L. (2002<sup>5</sup>). Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 418–442). Weinheim: Beltz/PVU.
- Mrochen, S. & Bierbaum-Luttermann, H. (2001). Spieltherapie und Verhaltenstherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 769–786). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Murjahn, I., Latoska, K. & Borg-Laufs, M. (2005). Computergestützte Rechtschreibförderung mit dem Programm (COLLI: Ergebnisse zweier Evaluationsstudien. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 52, 261–271.
- Olivier, J.-C. (1995). *Wohin mit den Aggressionen – Raufen und Spielen nach Regeln*. Linz: Veritas.
- Ollendick, T. H. & Cerny, J. A. (1981). *Clinical Behavior Therapy with Children*. New York: Plenum Pres.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley.
- Palmowski, W. & Thöne, E. (1995). Zirkuläres Fragen – Was war das noch? *Zeitschrift für systemische Therapie*, 13, 2, 111–120.
- Penn, P. (1983). Zirkuläres Fragen. *Familiendynamik*, 8, 198–222.
- Petermann, F. (1982). *Einzelfalldiagnose und klinische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1998). *Einzelfallanalyse*. München: Oldenbourg.
- Petermann, F. (Hrsg.) (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M. H. (2001). *Aggressiv-dissoziale Störungen*. (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 3). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2005). *Training mit aggressiven Kindern*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Phillips, A. (1997). *Vom Küssen, Kitzeln und Gelangweiltsein*. Göttingen: Steidl.

- Plück, J., Döpfner, M., Berner, W., Englert, E., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl, G. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung Jugendlicher. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 566–582.
- Portmann, R. (2004). *Spiele zum Umgang mit Aggressionen*. München: Don Bosco.
- Pulverich, G. (2001). Rechtliche Bedingungen. In G. W. Lauth, U. B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 15–27). Weinheim: PVU.
- Regli, D., Flückinger, C. & Grawe, K. (2004). Die Realisierung von Wirkfaktoren im Therapieprozess von erfolgreichen Gruppen- und Einzeltherapien. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36, 41–50.
- Reiter-Theil, S., Eich, H. & Reiter, L. (1991). Informed consent in family therapy: Necessary discourse and practice. *Changes*, 9, 2, 81–90.
- Reiter-Theil, S., Eich, H. & Reiter, L. (1993). Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 14–20.
- Remschmidt, H. (1998). Grundlagen psychiatrischer Klassifikation und Psychodiagnostik. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H., unter Mitarbeit von Niebergall, G. & Quaschner, K. (Hrsg.) (2000). *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F. (Hrsg.) (2001). *Multi-axiales Klassifikationssystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- Rexilius, S. (1999). *Testtheorie – Testpraxis. Psychologische Tests und Prüfverfahren im kritischen Überblick*. Eschborn: Klotz.
- Rieber-Hunscha, I. (2004). *Das Beenden der Psychotherapie. Trennung in der Abschlussphase*. Stuttgart: Schattauer.
- Ronen, T. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern*. Bern: Huber.
- Rothermel, A. & Feierfeil, R. (1990). Zirkuläres Fragen als Methode der systemischen Therapie. *Familiendynamik*, 15, 333–345.
- Rückert, D. & Linster, H.W. (1998). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Rahmen der ambulanten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen. In A. R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 421–456). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Rusch, G. (1986). Verstehen verstehen. In N. Luhmann & K.E. Schorr (Hrsg.), *Zwischen Intransparenz und Verstehen. Fragen an die Pädagogik* (S. 40–71). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rusch, G. (1992). Auffassen, Begreifen und Verstehen. Neue Über-

- legungen zu einer konstruktivistischen Theorie des Verstehens. In S.J. Schmidt (Hrsg.), *Kognition und Gesellschaft. Der Diskurs der Radikalen Konstruktivismus 2* (S. 214–256). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rusch, G. (1999). Konstruktivistische Theorien des Verstehens. In G. Rusch (Hrsg.), *Wissen und Wirklichkeit. Beiträge zum Konstruktivismus. Eine Hommage an Ernst von Glasersfeld* (S. 127–160). Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Sabbouh, K. (1998). *Veränderung, Passung und Aufnahmebereitschaft in der psychotherapeutischen Interaktion*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Sakofski, A. & Kämmerer, A. (1986). Evaluation von Erziehungsberatung: Katamnestiche Untersuchung von Therapieerfolg. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15, 321–332.
- Schindler, L. (1996). Prozeßforschung. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Grundlagen der klinischen Psychologie* (S. 267–296). Göttingen: Hogrefe.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg, K. (1989). Observing client therapist interaction in behavior therapy. Development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 213–226.
- Schlagmüller, M., Visé, M. & Schneider, W. (2001). Zur Erfassung des Gedächtniswissens bei Grundschulkindern: Konstruktionsprinzipien und empirische Bewährung der Würzburger Testbatterie zum deklarativen Metagedächtnis. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 33, 91–102.
- Schmalohr, E. (1991). Metakognitive Instruktionsgespräche über Lese-schwierigkeiten mit Grund- und Sonderschülern. *Heilpädagogische Forschung*, 17, 117–128.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K. A. (1987). Familienentwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 971–1014). München: PVU.
- Schmelzer, D. (1999). Probleme und Möglichkeiten begleitender Elternarbeit. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen* (S. 361–400). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Schmelzer, D. & Trips, M. (1986). *Fragebogen zur Lebensgeschichte. Überarbeiteter und erweiterter Lebensfragebogen in Anlehnung an A. A. Lazarus, 1971/dt. 1978*. (Unveröffentlichtes Manuskript). Nürnberg-Langwasser: Psychologische Beratungsstelle, Giesbertstraße 67.
- Schmidt-Bucher, K.J. & Alby, B. (2001). Informationsgewinnung durch weitere Beteiligte. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 117–140). Tübingen: DGVT-Verlag.

- Schulz von Thun, F. (1991a). *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schulz von Thun, F. (1991b). *Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schwarz, M. (2004). Ethische und juristische Spezifika bei Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 20–23.
- Shapiro, D. A. (1981). Comparative credibility of treatment rationales: Three tests of expectancy theories. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 111–122.
- Simon, F. B. & Rech-Simon, C. (2001). *Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen. Ein Lehrbuch*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Simon, S. B. & Olds, S. W. (1978). *Familientraining. Werte klären – entscheiden lernen. 80 Interaktionsspiele*. München: J. Pfeiffer.
- Skinner, B. F. (1974). *Die Funktion der Verstärkung in der Verhaltenswissenschaft*. München: Kindler.
- Sorgatz, H. (1999). Verhaltenstherapeutische Konzepte und Modelle zu psychischen Störungen. In H. Reinecker unter Mitarbeit von M. Borg-Laufs, U. Ehlert, D. Schulte, H. Sorgatz & H. Vogel, *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 335–428). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 170–194). Weinheim: PVU.
- Stavemann, H. H. (1999). *Emotionale Turbulenzen*. Weinheim: PVU.
- Tucholsky, K. (1989). *Schnipsel*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1995). *Kinder-DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Veith, A. (1997). *Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Warnke, A., Beck, N. & Hemminger, U. (2001). Elterntrainings. In: M. Borg-Laufs (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. 631–655). Tübingen: DGVT-Verlag.
- WHO/Weltgesundheitsorganisation (2001). *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10:DCR-10*. (Übersetzt und hrsg. von H. Dilling & H. J. Freyberger nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J. E. Cooper). Bern: Hans Huber.
- Willutzki, U. & Koban, C. (1996). *Manual zur Elaboration wohlgestalteter Ziele in der Therapie (EPOS)*. (Berichte aus der AE Klinische Psy-

- chologie Nr. 88). Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (1999). *Leitfaden für die Erstellung von Gutachten-Anträgen zu Psychotherapieverfahren*. <http://www.wbpsychotherapie.de> (Zugriff vom 5. 4. 2005).
- Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neuen Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 2, 192–206.
- Zivin, G. (1979). Removing common confusions about egocentric speech, private speech and self-regulation. In G. Zivin (Hrsg.), *The Development of Self-Regulation through Private Speech* (S.13–49). New York: Wiley.

## *Hinweis*

Die mit dem Symbol  gekennzeichneten Übungen finden sich auch auf der dem Buch beigegebenen CD-ROM als pdf-Dokument zum Ausdrucken.

Für das Lesen und Drucken der Datei benötigen Sie den Adobe Acrobat Reader, den Sie kostenlos im Internet erhalten können, oder ein anderes Programm, welches pdf-Dokumente darstellen kann. Wenn Sie den Reiter »Lesezeichen« öffnen, können Sie bequem zwischen den Seiten hin- und herwechseln.

# Selbstmanagementtherapie mit Kindern

**Michael Borg-Laufs & Heiko Hungerige**

## Materialien

Vorläufige Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte: Einschätzung durch die Eltern ..	2
Vorläufige Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte: Einschätzung durch das Kind ...	3
Beobachtungsbogen: Problematische Situationen .....	4
Heuristik zur Förderung von Änderungsmotivation .....	5
Analyseschema wahrgenommener Ressourcen in der Familie .....	6
Ressourcen: Ich und mein Beziehungstern (Soziales Netz) .....	7
Ressourcenorientierte Modifikation der Achse V (ICD-10) .....	8
Bedingungsdiagnosen Selbstmanagementtherapie mit Kindern (2 Seiten).....	9
Zielklärungsübung mit Kindern I: „Die gute Fee“ .....	11
Zielklärungsübung mit Kindern II: „Meine Insel“ .....	12
Zielklärungsübung mit Kindern III: „Glücks-13“ .....	13
Zielklärung .....	14
Verlern-und-Erlern-Tabelle .....	15
Therapeutische Ansatzpunkte aus der funktionalen Verhaltensanalyse .....	16
Therapieplanung und Therapieverlaufsplan (2 Seiten) .....	17
Evaluation therapeutischer Basisvariablen .....	19
Stundenbeurteilungsbogen für Kinder bis etwa 8 Jahre .....	20
Stundenbeurteilungsbogen für Kinder von 8-12 Jahren .....	21
Stundenbeurteilungsbogen für Kinder von 12-14 Jahren .....	22
Stundenbeurteilungsbogen für Jugendliche und Erwachsene .....	23
Übersicht: Prozessevaluation durch das Kind (bis 14 Jahre) .....	24
Zielerreichungsskala (ZES) .....	25
Rückfallprophylaxe – Was tun, wenn es schlimmer wird? .....	26
Ich schreibe einen Brief an mich selbst (2 Seiten) .....	27
Achse V: Beurteilungsbogen assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände..	29

**VORLÄUFIGE AUSWAHL THERAPEUTISCHER ANSATZPUNKTE:  
EINSCHÄTZUNG DURCH DIE ELTERN**

<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Datum:</b>	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige
			<input type="checkbox"/> Vater	_____

<b>Probleme/ Schwierigkeiten</b>	<b>Worunter leide ich am meisten?</b>	<b>Worunter leidet mein Kind am meisten?</b>	<b>Woran würde ich am liebsten arbeiten?</b>	<b>Woran würde mein Kind am liebsten arbeiten?</b>
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

**VORLÄUFIGE AUSWAHL THERAPEUTISCHER ANSATZPUNKTE:  
EINSCHÄTZUNG DURCH DAS KIND**

<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Untersucher/in:</b>
--------------	---------------	---------------	------------------------

 <b>Probleme/ Schwierigkeiten</b>	<b>Worunter leide ich am meisten?</b>	<b>Worunter leiden meine Eltern am meisten?</b>	<b>Woran würde ich am liebsten arbeiten?</b>	<b>Woran würden meine Eltern am liebsten arbeiten?</b>
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

BEOBACHTUNGSBOGEN: PROBLEMATISCHE SITUATIONEN			
Name:	Alter:	Datum:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Vater    _____

Problematische Situation Beschreiben Sie kurz die Situation!	Wie habe ich mich verhalten? Beschreiben Sie, was Sie daraufhin getan haben!
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

<b>HEURISTIK ZUR FÖRDERUNG VON ÄNDERUNGSMOTIVATION</b>			
<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Untersucher/in:</b>

<b>1. Sind die Voraussetzungen beim Klienten gegeben (Wissen/ Kompetenzen), um sich überhaupt ändern zu können?</b>	
<i>Evtl. Wissensdefizite?</i>	<i>Evtl. Kompetenzdefizite?</i>

<b>2. Lassen sich Ansatzpunkte zur Förderung der Änderungsmotivation durch die Grundbedingungen des Selbstmanagement-Ansatzes finden?</b>		
<i>Zu maximieren sind folgende Aspekte:</i>		
→ Max. persönlicher Kontrolle	→ Max. selbstständiger Zielsetzung	→ Max. der Selbstwirksamkeit
→ Max. von Selbststeuerung	→ Max. von Transparenz	→ Max. von Freiwilligkeit

<b>3. Lassen sich für diesen Klienten Ansatzpunkte finden, durch die Demoralisierung und Resignation abgebaut werden können?</b>

<b>4. Welche speziellen Motivationsstrategien scheinen für diesen Klienten geeignet, um die Änderungsmotivation zu erhöhen?</b>		
<i>A) Strategien, die am Ausgangszustand ansetzen: Ideen?</i>	<i>B) Strategien, die an Motivationshindernissen ansetzen: Ideen?</i>	<i>C) Strategien, die am Zielzustand ansetzen: Ideen?</i>

ANALYSESCHEMA WAHrgENOMMENER RESSOURCEN IN DER FAMILIE			
Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:

Ressourcen	vom Klient/ von der Familie wahrgenommen	vom Klient/ von der Familie <u>nicht</u> wahrgenommen
	vom Therapeuten wahrgenommen	(a)
vom Therapeuten <u>nicht</u> wahrgenommen	(c)	(d) Hinweise aus Supervision:

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

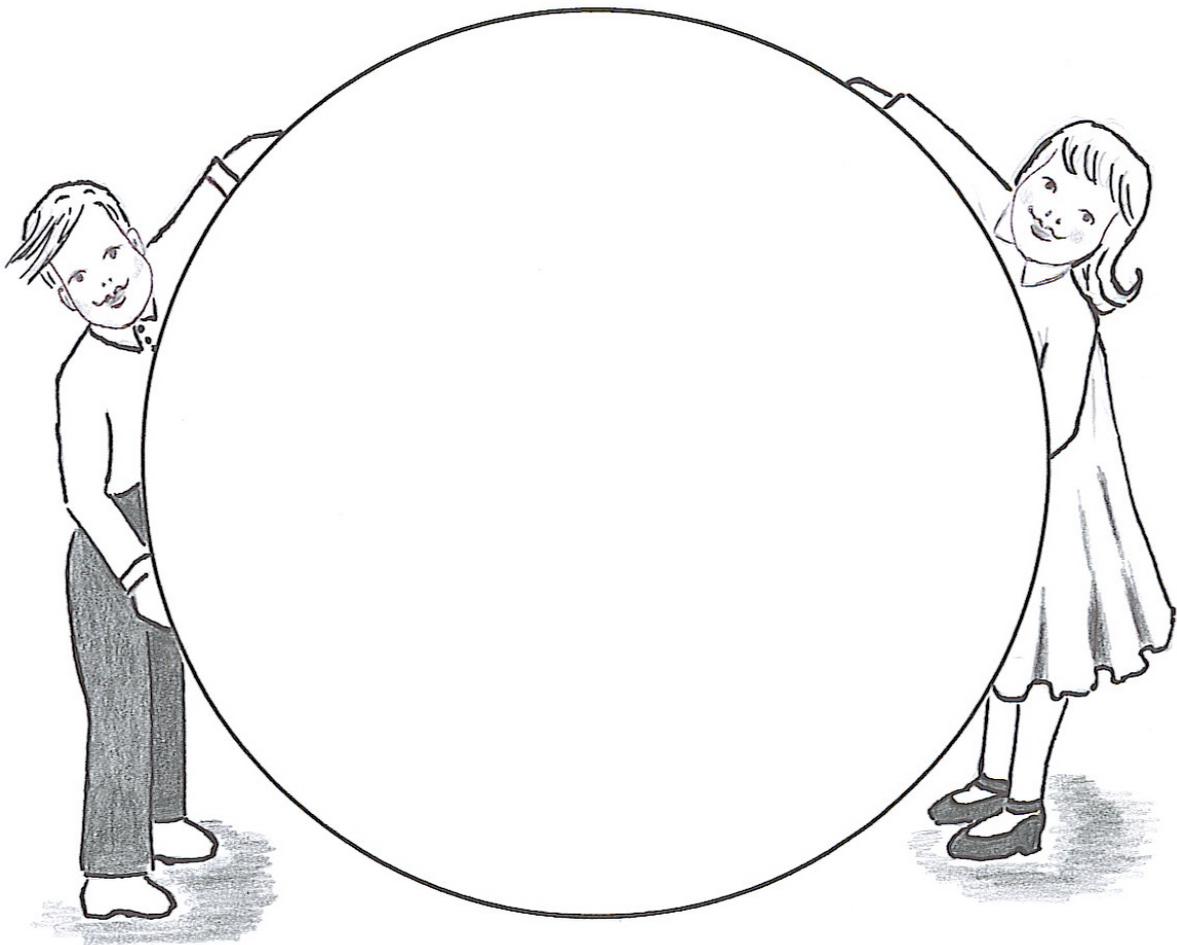
**RESSOURCEN: ICH UND MEIN BEZIEHUNGSSTERN (SOZIALES NETZ)**

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

# Ich und mein Beziehungsstern

Welche Personen kenne ich?

Familie	KiGa/ Schule	Freunde	Wen sonst noch?
1. _____	1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____	6. _____
7. _____	7. _____	7. _____	7. _____
8. _____	8. _____	8. _____	8. _____
9. _____	9. _____	9. _____	9. _____
10. _____	10. _____	10. _____	10. _____



RESSOURCENORIENTIERTE MODIFIKATION DER ACHSE V (ICD-10)			
Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:

<b>Risiken</b>				<b>Ressourcen</b>		
<b>1. Abnorme familiäre Beziehungen</b>				<b>Positive familiäre Beziehungen</b>		
<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>
<b>2. Psych. Störung in der Familie</b>				<b>Personale Ressourcen in der Familie</b>		
<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>
<b>3. Inadäquate familiäre Kommunikation</b>				<b>Klare Kommunikation in der Familie</b>		
<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>
<b>4. Abnorme Erziehungsbedingungen</b>				<b>Feinfühliges Erziehungsverhalten</b>		
<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>
<b>5. Abnorme Umgebung</b>				<b>Stabile, ressourcenreiche Umgebung</b>		
<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>
<b>6. Belastende Lebensereignisse</b>				<b>Positive Lebensereignisse</b>		
<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>
<b>7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren</b>				<b>Gute soziale Integration</b>		
<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>
<b>8. Chronische Belastungen i. d. Schule</b>				<b>Positive Erfahrungen in der Schule</b>		
<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>
<b>9. Belastende Folgen v. Auffälligkeit</b>				<b>Ressourcenaktivierung d.A.</b>		
<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

BEDINGUNGSDIAGNOSEN SELBSTMANAGEMENTTHERAPIE MIT KINDERN			
Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:

<b>Achse I:</b> Klinisches Störungsbild (F0-F6, F84, F9)	F	F	F						
	<input type="checkbox"/> Keine Diagnose und kein Zustand auf Achse I								
<b>Achse II:</b> Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8, außer F84)	F8.	F8.	F8.						
	<input type="checkbox"/> Keine Diagnose auf Achse II								
<b>Achse III:</b> Intelligenz- niveau (F7)  mentales Alter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>F70</b>	<b>F71</b>	<b>F72</b>	<b>F73</b>	Quellen
	sehr hohe I. > 129	hohe I. 115-129	Norm- variante 85-114	niedrige I. 70-84	leichte IM 50-69 9-11 J.	mittelgr. IM 35-49 6-8 J.	schwere IM 20-34 3-5 J.	schwerste IM < 20 < 3 J.	
<b>Achse IV:</b> Körperliche Symptomatik (A-E, G-Y)  <input type="checkbox"/> s. Konsiliarbericht									
	<input type="checkbox"/> Keine Diagnose und kein Zustand auf Achse IV								

<b>Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse</b>	<b>Orient./Kontr.</b>	<b>Lustgewinn</b>	<b>Bindung</b>	<b>Selbstwert</b>
<b>Situations- übergreifende Verhaltenspläne</b>				
<b>Irrationale oder dysfunktionale kognitive Schemata</b>				
<b>Ressourcen</b>	<b>physisch</b>	<b>psychisch</b>	<b>sozial</b>	<b>ökon./ökol.</b>

<b>S</b>	S <sub>e</sub>		
	S <sub>i</sub>		
<b>O</b>			
<b>R</b>	R <sub>mot</sub>		
	R <sub>kog</sub>		
	R <sub>phys</sub>		
	R <sub>emot</sub>		
<b>C/K</b>	C+ _____	kont.	interm.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C-/ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C+/_ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Achse V: Abnorme psychosoziale Umstände</b>			
<b>Achse VI: Psychosoziales Funktionsniveau</b>	①	②	③
	④	⑤	⑥
	⑦	⑧	⑨
			Inform. fehlt

<b>Systemanalyse</b>  (implizite Familienregeln, Beziehungsmuster)			
<b>Therapeutische Beziehung</b>	geschlossen/offen? -3 -2 -1 0 1 2 3	Widerstand/Mitarbeit? -3 -2 -1 0 1 2 3	Beziehungswünsche?
<b>Änderungs- motivation</b>	Interesse vs. Abbruch? -3 -2 -1 0 1 2 3	ausprobieren vs. verweigern? -3 -2 -1 0 1 2 3	Leidensdruck? Zielorientierung?

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

## ZIELKLÄRUNGSÜBUNG MIT KINDERN I: „DIE GUTE FEE“

### Beschreibung:

Der Therapeut bittet das Kind, sich drei aus den von ihm oder anderen Familienmitgliedern bislang genannten Problemen auszuwählen. Es wird dann eine Imagination eingeleitet, in der das Kind sich vorstellen soll, dass eine gute Fee kommt, und diese Probleme nacheinander wegzaubert. Nach jeder „Zauberei“ wird das Kind aufgefordert, genau zu benennen, was sich nun dadurch in seinem Leben verändert hat.

### Instruktion:

Bei einem Mädchen, das zum Beispiel als Problem benannt hat, dass sie nicht immer so wütend sein will, könnte ein Ausschnitt aus der Imagination etwa folgendermaßen lauten (wobei jeweils genug Zeit gelassen werden muss, damit das Mädchen eine Vorstellung entwickeln kann):

*„Jetzt möchte ich, dass du dir einmal etwas vorstellst ... vielleicht fällt dir das am einfachsten, wenn du die Augen schließt ... und setz (leg) dich auch ganz entspannt und gemütlich hin, so, dass du dich wohl fühlst (...)  
Du merkst schon, dass du ganz ruhig und entspannt wirst (...) Und nun ... stell dir eine Fee vor ... ich weiß nicht, wie deine Fee aussieht, vielleicht ist sie weiß gekleidet ... ich weiß nicht, welche Haarfarbe deine Fee hat ... stell sie dir einfach so vor, wie du sie magst ... Sie kommt eines Nachts ... vielleicht heute Nacht ... in dein Zimmer, während du schläfst, vielleicht hat sie einen Zauberstab dabei oder etwas anderes, was ihr beim Zaubern hilft ... jedenfalls ... schwingt sie ihren Zauberstab, oder was auch immer sie bei sich hat, ... und – wusch – sind deine Wutanfälle verschwunden ... einfach weg, nicht mehr da. Sie lächelt, weil sie mit ihrer Arbeit zufrieden ist und verschwindet langsam wieder aus deinem Zimmer ... vielleicht aus dem Fenster, oder durch die Tür, ich weiß es nicht ... und du, du schläfst einfach weiter ... und am nächsten Morgen erwachst du ... und immer noch sind deine Wutanfälle weg ... und jetzt stell dir einmal vor, wie dein Tag aussehen wird, so ohne deine Wutanfälle ... Was wird jetzt passieren? ... Stell dir vor, wie es bei euch morgens so zugeht, wie du dich für die Schule fertig machst ... wer alles da ist ... und was die anderen tun ... und immer noch sind deine Wutanfälle weg, einfach weg ... Was werden die anderen vielleicht merken? ... Wird es deiner Mutter auffallen? (Oder deinem Vater? Deinen Geschwistern?) ... was werden sie merken, was nun anders ist? ... und stell dir dann vor, wie du zur Schule gehst (fährst) ... wird da etwas anders sein? ... und in der Schule ... wer ist da alles? ... und was macht ihr? ... und wer wird alles merken, dass deine Wut einfach nicht mehr da ist? ... und woran? ... und dann wieder zu Hause ... wie werden nun das Mittagessen ... und der Nachmittag verlaufen ohne deine Wutanfälle? ... was wirst Du tun? ... und mit wem? ... und wie wird das sein? ... und am Abend ... das Abendbrot ... ohne deine Wutanfälle ... was wird anders sein für dich und für die anderen? ... und schließlich, wenn du ins Bett gehst ... wie wirst du den Tag beschließen? ... ohne Wutanfälle ... was wirst du machen und was machen die anderen ...“ usw.*



### Auswertung:

Das Kind wird über eine solche Phantasiereise angeregt, sich positive Zielzustände vorzustellen, die sie anschließend im Gespräch mit dem Therapeuten benennen und reflektieren kann.

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

## ZIELKLÄRUNGSÜBUNG MIT KINDERN II: „MEINE INSEL“

### Beschreibung:

Das Kind wird aufgefordert, sich eine Insel vorzustellen, die es selber besitzt und auf der es alles bestimmen kann. Es soll sich dann überlegen, wen es einladen würde, mit ihm auf der Insel zu leben und was sie dort zusammen unternehmen würden.

### Instruktion:

*„Stell dir vor, du besitzt eine Insel ... DEINE eigene Insel, auf der du alles bestimmen kannst ... sie liegt vielleicht irgendwo im Süden, wo es schön warm ist, vielleicht aber auch woanders ... Du kannst dir selbst vorstellen, wie sie aussieht ... vielleicht geht das am besten, wenn du die Augen schließt und es dir ganz gemütlich machst (...) und jetzt stell dir mal vor ... welche Pflanzen und Tiere es dort gibt ... wie das Wetter ist ... und wie überhaupt alles aussieht und sich anfühlt ... und jetzt überlege dir, wer dort mit dir leben soll ... lass dir ruhig Zeit*



*dabei, wähle sorgfältig aus, wen du auf deine Insel einladen möchtest ... und wenn du alle beisammen hast, zumindest im Moment, vielleicht fallen dir später noch andere ein ... dann stell dir einmal vor, was du allein oder mit den anderen auf der Insel zusammen unternehmen wirst ... mal dir aus, wie alles aussieht, was ihr tut, wer was sagt und macht, und was du den ganzen Tag so machen möchtest ... erzähl mir ein bisschen von deinem oder eurem Tag (...)“ usw.*

### Auswertung:

Im Anschluss daran kann es für das Kind, wenn es gerne malt, hilfreich sein, die schönste Szene des Tages zu malen. Im Gespräch kann dann versucht werden, herauszuarbeiten, was eigentlich die Wünsche des Kindes sind, welche Beziehungen es pflegen möchte, was es gerne unternehmen möchte usw.

## ZIELKLÄRUNGSÜBUNG MIT KINDERN III: „GLÜCKS-13“

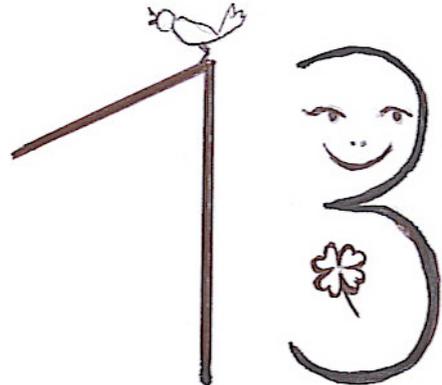
### Beschreibung:

Die Kinder werden gebeten, 13 (je nach Alter können es auch weniger sein, z.B. 7) Sachen oder Personen als Antwort auf bestimmte Fragen zu benennen. In Abhängigkeit von Alter und „Schreiblust“ können sie diese selber aufschreiben oder die Namen dem Therapeuten diktieren.

### Instruktion:

Die Fragen können z.B. sein:

- Welche 13 Spielzeuge willst du niemals abgeben?
- Welche 13 Kinder möchtest du zu einer Party einladen?
- Welche 13 Lieder würden auf deine ganz persönliche Lieblings-CD kommen?
- Welche 13 Orte möchtest du einmal besuchen?
- Welche 13 Film-, Geschichten-, Comic- oder Fernsehfiguren magst du am meisten?



Im Anschluss daran müssen die Kinder aus den Listen noch einmal die wichtigsten 3 Namen auswählen; dafür können verschiedene Gründe genannt werden:

- Es geht auf eine Reise und mehr Personen passen nicht ins Auto ...
- Es geht auf eine Reise und mehr Dinge passen nicht in den Koffer ...
- usw.

### Auswertung:

Im Gespräch kann dann geklärt werden, warum die Wahl jeweils auf diese 3 Personen/ Dinge fiel, woraus dann wiederum gemeinsam abgeleitet werden kann, warum diese Dinge/ Personen/ Figuren usw. so wichtig sind.

<b>ZIELKLÄRUNG</b>			
<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Untersucher/in:</b>

Wichtigste Ziele ...		Ziel akzeptabel?	
<b>des Kindes</b>	1.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	2.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	3.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>der Eltern</b>	1.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	2.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	3.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>der Therapeutin/ des Therapeuten</b>	1.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	2.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	3.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sind Zielkonflikte erkennbar?			
<b>Zielkonflikt 1:</b>	<b>Zielkonflikt 2:</b>	<b>Zielkonflikt 3:</b>	<b>Zielkonflikt 4:</b>

<b>Gegebenenfalls neue Zielformulierungen:</b>
--

Zielkonkretisierungen:	Reihenfolge

VERLERN-UND-ERLERN-TABELLE			
Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:

# Verlernen und Erlernen

	<p><b>Manchmal mache ich Sachen, die nicht gut für mich oder andere sind. Die will ich VERlernen.</b></p> <p><b>Und damit ich das auch schaffe, muss ich wissen, was ich dann stattdessen tun will. Das will ich ERLernen.</b></p>	
---	--	---

Das will ich VERlernen:	☺	Das will ich ERLernen:	J
			
			
			
			
			

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

**THERAPEUTISCHE ANSATZPUNKTE AUS DER  
FUNKTIONALEN VERHALTENSANALYSE**

<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Untersucher/in:</b>
--------------	---------------	---------------	------------------------

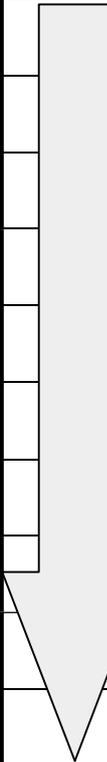
	<b>Therapeutische Ansatzpunkte</b>
<b>Stimulus</b>  <span style="font-size: 4em; font-weight: bold; display: block; margin-left: 10px;">S</span>	
<b>Organismus</b>  <span style="font-size: 4em; font-weight: bold; display: block; margin-left: 10px;">O</span>	
<b>Reaktion</b>  <span style="font-size: 4em; font-weight: bold; display: block; margin-left: 10px;">R</span>	
<b>Konsequenz</b>  <span style="font-size: 4em; font-weight: bold; display: block; margin-left: 10px;">C</span>	
<b>Kontingenz</b>  <span style="font-size: 4em; font-weight: bold; display: block; margin-left: 10px;">K</span>	

*Borg-Laufs & Hungerige (2005), Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

THERAPIEPLANUNG UND THERAPIEVERLAUFSPLAN			
<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Untersucher/in:</b>

THERAPIEPLANUNG	
Analyseebene	Ableitung von Interventionen
<b>Klinisches Störungsbild</b>	Auswahl störungsspezifischer Interventionen; Beachtung komorbider Störungen
<b>Entwicklungs-rückstände / Intelligenz-minderung</b>	Fördermaßnahmen; eingeschränkte Ressourcen
<b>Körperliche Störungen</b>	Behandlung der körperlichen Störung; eingeschränkte Ressourcen
<b>Befriedigung psych. Grundbedürfnisse</b>	Ressourcen nutzen; Interventionen zur Bedürfnisbefriedigung
<b>Plananalyse</b>	komplementäre Beziehungsangebote
<b>Kognitionsanalyse</b>	kognitive Umstrukturierung
<b>Ressourcenanalyse</b>	Aktivierung, Nutzbarmachung, Optimierung von Ressourcen
<b>Funktionale Verhaltensanalyse</b>	Stimuluskontrolle, Veränderung der Organismusvariable, Aufbau von Alternativverhalten, Kontingenzmanagement

<b>Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände</b>	Elternberatung, Lehrerberatung, Jugendhilfe, Soziale Arbeit
<b>Systemanalyse</b>	Elternberatung, Familientherapie
<b>Beziehungsanalyse</b>	Vertrauensaufbau, Hinterfragen von Interaktionsgewohnheiten
<b>Motivationsanalyse</b>	Leidensdruck verstärken, Situationserwartungen verändern, Folgeerwartungen verändern, Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen

<b>THERAPIEVERLAUFSPLAN</b>	
<i>Grundlegendes zuerst! Belastendes zuerst! Einfaches zuerst!</i>	
	<b>1.</b>
	<b>2.</b>
	<b>3.</b>
	<b>4.</b>
	<b>5.</b>
	<b>6.</b>
	<b>7.</b>
	<b>8.</b>
	<b>9.</b>
	<b>10.</b>
<small>Borg-Laufs &amp; Hungerige (2005), <i>Selbstmanagementtherapie mit Kindern</i></small>	

**EVALUATION THERAPEUTISCHER BASISVARIABLEN**

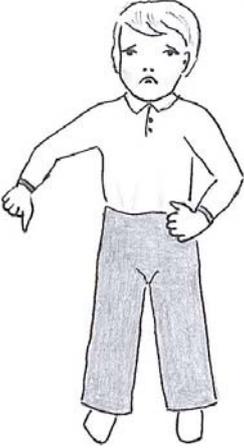
<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Datum (Beginn):</b>	<b>Untersucher/in:</b>
--------------	---------------	------------------------	------------------------

<b>Datum</b>	<b>Basisvariablen</b>	<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							
	Verschl./Offenheit							
	Widerstand/Mitarbeit							
	Interesse/Abbruch							
	Ausprob./Verweig.							

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

STUNDENBEURTEILUNGSBOGEN FÜR KINDER BIS ETWA 8 JAHRE			
Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:

# Wie hat dir heute die Stunde gefallen?

eher nicht gut	weiß nicht	eher gut
		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

STUNDENBEURTEILUNGSBOGEN FÜR KINDER VON 8-12 JAHREN			
Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:

## Bitte kreuze an!

	Nein	weiß nicht	Ja
			
<b>Die Therapeutin/ der Therapeut hilft mir.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ich freue mich auf die nächste Stunde.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Die Therapeutin/ der Therapeut mag mich.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

STUNDENBEURTEILUNGSBOGEN FÜR KINDER VON 12-14 JAHREN			
Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:

## Bitte kreuze an!

	Nein	weiß nicht	Ja
			
<b>Die Therapeutin/ der Therapeut hilft mir.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Die Therapeutin/ der Therapeut versteht mich.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ich kann in der Therapie mitbestimmen.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**STUNDENBEURTEILUNGSBOGEN FÜR JUGENDLICHE UND ERWACHSENE  
MODIFIZIERT NACH SCHINDLER ET AL. (1989)**

<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Untersucher/in:</b>
--------------	---------------	---------------	------------------------

stimmt ...	gar nicht	ein wenig	weitgehend	vollkommen							
1. Ich habe der heutigen Sitzung mit Interesse entgegengesehen.	①	②	③	④							
2. Ich wusste ziemlich genau, was ich heute in der Sitzung einbringen wollte.	①	②	③	④							
3. Ich konnte heute sehr vieles ansprechen, was mir wichtig war.	①	②	③	④							
4. Ich habe mich in dieser Stunde von der Therapeutin/ vom Therapeuten verstanden gefühlt.	①	②	③	④							
5. Das heutige Vorgehen der Therapeutin/ des Therapeuten habe ich als hilfreich erlebt.	①	②	③	④							
6. Den Ablauf der Stunde habe ich als planvoll und zielgerichtet erlebt.	①	②	③	④							
7. Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können.	①	②	③	④							
8. Ich habe heute eine gute Zusammenarbeit erlebt.	①	②	③	④							
9. Die Erfahrungen der heutigen Sitzung haben mir Mut gemacht.	①	②	③	④							
10. Ich habe heute mehr an Verständnis und Einsicht in meine Situation gewonnen.	①	②	③	④							
11. Ich habe heute neue Anregungen bekommen, wie wir unser Leben verändern können.	①	②	③	④							
12. Ich habe heute neue Möglichkeiten zur Kontrolle über meine Stimmung und mein Verhalten gelernt.	①	②	③	④							
13. Ich sehe nach dieser Stunde bestimmte Dinge in neuem Licht.	①	②	③	④							
14. Die heutige Stunde hat zur Lösung mancher Probleme beigetragen.	①	②	③	④							
15. Ich fühle mich nach dieser Stunde besser imstande, auftretende Schwierigkeiten zu überwinden.	①	②	③	④							
16. Ich fühle mich nach dieser Stunde irgendwie erleichtert.	①	②	③	④							
17. Ich sehe nach dieser Stunde den kommenden Tagen zuversichtlich entgegen.	①	②	③	④							
18. Die heutige Stunde hat mein Vertrauen zu mir gestärkt.	①	②	③	④							
19. Wir sind heute einen Schritt weitergekommen.	①	②	③	④							
20. Nach dieser Stunde bin ich zuversichtlich, dass wir weitere Fortschritte machen werden.	①	②	③	④							
21. Insgesamt war ich mit der Sitzung zufrieden (0-100%).	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

**ÜBERSICHT: PROZESSEVALUATION DURCH DAS KIND (BIS 14 JAHRE)**

Name:	Alter:	Datum:	Untersucher/in:
-------	--------	--------	-----------------

Nr.	Datum	Stunde insgesamt gefallen (<8)			Therap. hilft mir (8-12)			Freue mich auf nächste St. (8-12)			Therap. mag mich (8-12)		
					Therap. hilft mir (12-14)			Therap. versteht mich (12-14)			Ich kann mitbestimmen (12-14)		
		-	0	+	-	0	+	-	0	+	-	0	+
1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
16		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
20		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
21		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
23		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
25		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
26		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
27		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
29		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
30		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
31		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
32		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
33		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
34		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
35		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
36		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
37		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
38		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
39		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
40		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Borg-Laufs & Hungerige (2005), *Selbstmanagementtherapie mit Kindern*

ZIELERREICHUNGSSKALA (ZES)			
Name:	Alter:	Datum (Beginn):	Untersucher/in:

 Zielerreichungsskala für \_\_\_\_\_

Ziel Nr. 1:										
4	100%									
3	75%									
2	50%									
1	25%									
0	Ausgangslage									
-1	Verschlechterung									
		<b>Datum:</b>								

Ziel Nr. 2:										
4	100%									
3	75%									
2	50%									
1	25%									
0	Ausgangslage									
-1	Verschlechterung									
		<b>Datum:</b>								

Ziel Nr. 3:										
4	100%									
3	75%									
2	50%									
1	25%									
0	Ausgangslage									
-1	Verschlechterung									
		<b>Datum:</b>								

Gesamt-Zielerreichungsskala (Gesamtpunkte geteilt durch Anzahl der Ziele)										
4	100%									
3	75%									
2	50%									
1	25%									
0	Ausgangslage									
-1	Verschlechterung									
		<b>Datum:</b>								

<b>RÜCKFALLPROPHYLAXE – WAS TUN, WENN ES SCHLIMMER WIRD?</b>			
<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Untersucher/in:</b>

<b>1. Was könnte passieren?</b>			
---------------------------------	--	--	--

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

<b>2. Wie konnte es (wieder) soweit kommen?</b>			
---	--	--	--

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

<b>3. Wie wahrscheinlich ist es, dass es passiert?</b>			
--	--	--	--

1. _____ %	2. _____ %	3. _____ %	4. _____ %
------------	------------	------------	------------

<b>4. Welche „Warnsignale“ wird es geben?</b>			
---	--	--	--

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

<b>5. Wie habe ich mir schon einmal in dieser oder einer ähnlichen Situation geholfen?</b>			
--	--	--	--

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

<b>6. Wie sieht mein „Notfallplan“ aus?</b>			
---	--	--	--

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

Liebe Eltern,

das war's erst mal ...

unsere gemeinsame Therapie ist nun beendet. Unsere Bitte zum Abschluss ist, dass Sie sich in den nächsten 15 Minuten selbst einen Brief schreiben.

Sie können sich darin z.B. an wichtige Punkte erinnern, die Ihnen geholfen haben und die Sie auf keinen Fall vergessen wollen.

Oder Sie können darin die Ziele festhalten, die Sie in den nächsten Wochen im Hinblick auf das Thema „Umgang mit meinem Kind“ erreichen wollen.

Vielleicht wollen Sie sich auch „ermahnen“, bestimmte Fehler nicht wieder zu machen.

Natürlich können Sie auch ein paar gute Tipps oder Ratschläge aufschreiben, die Sie sich selber gerne geben möchten.

Wenn Sie sich den Brief geschrieben haben, stecken Sie ihn bitte in den beiliegenden Umschlag, kleben ihn zu und beschriften ihn dann mit Ihrer Adresse.

Wir werden Ihren „Brief an sich selbst“ nicht lesen. Wir schicken Ihnen aber den Brief nach einigen Wochen zu.

Sie können dann lesen, was Sie sich selbst in ein paar Wochen unbedingt noch einmal sagen wollten ...

**ICH SCHREIBE EINEN BRIEF AN MICH SELBST (II)**

\_\_\_\_\_ , den \_\_\_\_\_

**Liebe/r** \_\_\_\_\_

## Anhang 4:

### Achse V: Beurteilungsbogen

#### assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

KODIERUNG: 2 = DIAGNOSE SICHER, 1 = DIAGNOSE FRAGLICH, 0 = KEINE DIAGNOSE,

8 = LOGISCH NICHT MÖGLICH, 9 = UNBEKANNT

<b>1</b>	<b>Abnorme intrafamiliäre Beziehungen</b>		<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
1.0	Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung (Z62.5)	2	1	0	8 9
1.1	Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen (Z63.0)	2	1	0	8 9
1.2	Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind (Z62.4)	2	1	0	8 9
1.3	Körperliche Kindesmisshandlung (Z61.6)	2	1	0	8 9
1.4	Sexueller Missbrauch (in der Familie) (Z61.4)	2	1	0	8 9
1.8	Andere:	2	1	0	8 9
<b>2</b>	<b>Psychische Störung, abweichendes Verhalten o. Behinderung in der Familie</b>		<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
2.0	Psychische Störung/ abweichendes Verhalten eines Elternteils (Z63.7)	2	1	0	8 9
2.1	Behinderung eines Elternteils (Z63.7)	2	1	0	8 9
2.2	Behinderung der Geschwister (Z62.7)	2	1	0	8 9
2.8	Andere:	2	1	0	8 9
<b>3</b>	<b>Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation</b>		<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Abnorme Erziehungsbedingungen</b>		<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
4.0	Elterliche Überfürsorge (Z62.0)	2	1	0	8 9
4.1	Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung (Z62.0)	2	1	0	8 9
4.2	Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt (Z62.6)	2	1	0	8 9
4.3	Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern (Z62.7)	2	1	0	8 9
4.8	Andere:	2	1	0	8 9
<b>5</b>	<b>Abnorme unmittelbare Umgebung</b>		<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
5.0	Erziehung in einer Institution (Z62.2)	2	1	0	8 9
5.1	Abweichende Elternsituation (Z58.0)	2	1	0	8 9
5.2	Isolierte Familie (Z62.7)	2	1	0	8 9
5.3	Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung (Z59.0)	2	1	0	8 9
5.8	Andere:	2	1	0	8 9
<b>6</b>	<b>Akute, belastende Lebensereignisse</b>		<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
6.0	Verlust einer liebevollen Beziehung (Z60.0)	2	1	0	8 9
6.1	Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung (Z60.0)	2	1	0	8 9
6.2	Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder (Z60.2)	2	1	0	8 9
6.3	Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (Z60.2)	2	1	0	8 9
6.4	Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie) (Z60.5)	2	1	0	8 9
6.5	Unmittelbar beängstigende Erlebnisse	2	1	0	8 9
6.8	Andere:	2	1	0	8 9
<b>7</b>	<b>Gesellschaftliche Belastungsfaktoren</b>		<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
7.0	Verfolgung oder Diskriminierung (Z58.4 + Z58.5)	2	1	0	8 9
7.1	Migration oder soziale Verpflanzung (Z58.2)	2	1	0	8 9
7.8	Andere:	2	1	0	8 9
<b>8</b>	<b>Chron. zwischenmenschl. Belastung im Zusammenhang mit Schule/ Arbeit</b>		<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
8.0	Streitbeziehungen mit Schülern/ Mitarbeitern (Z55.4 + Z56.4)	2	1	0	8 9
8.1	Sündenbockzuweisungen durch Lehrer/ Ausbilder (Z55.4 + Z56.4)	2	1	0	8 9
8.2	Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation (Z55.8 + Z56.8)	2	1	0	8 9
8.8	Andere:	2	1	0	8 9
<b>9</b>	<b>Belastende Lebensereignisse/ Situationen infolge von Verhaltensstörungen/ Behinderungen des Kindes</b>		<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
9.0	Institutionelle Erziehung (Z62.2)	2	1	0	8 9
9.1	Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung (Z60.0)	2	1	0	8 9
9.2	Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (Z60.2)	2	1	0	8 9
9.8	Andere:	2	1	0	8 9
<b>Wird ein ganzer Bereich mit 0, 8 oder 9 beurteilt, kann er übersprungen werden!</b>					