

Annette Jasmin Richter-Benedikt

Strategische Jugendtherapie (SJT) – Jugendliche lernen Selbst, Emotionen und Beziehungen regulieren

Strategic youth psychotherapy – Juveniles learn to regulate their self, emotions and relations

Mit diesem Artikel soll die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) dargestellt werden, die als Adaptation der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT, nach Sulz und Hauke) an das Jugendalter zu verstehen ist. Unter Berücksichtigung der spezifischen Entwicklungsphase der Adoleszenz wird mit der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) ein integrativ-behavioraler Therapieansatz vermittelt, der bei einem differenzierten therapeutischen Störungsverständnis mit ätiologisch intraindividuell und interpersonell relevanten Variablen neben der Symptomarbeit die kognitive, die emotionale, die Verhaltens- und die Körperebene symptomunabhängig bzw. störungsübergreifend behandelt. Letztlich soll dem Jugendlichen durch die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) ermöglicht werden, (relativ) symptomfrei adaptiv-funktional mit sich selbst und seiner Umwelt umzugehen, so dass adoleszenten-spezifische Entwicklungsaufgaben angegangen werden können und schließlich eine salutogene Persönlichkeitsentwicklung möglich wird. Der in die therapeutische Arbeit mit den Jugendlichen eingebetteten Elternarbeit sowie der Kombination aus Einzel-Gruppen-Setting räumt die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) dabei einen zentralen Stellenwert ein.

Schlüsselwörter

Strategische Jugendlichentherapie (SJT) – Psychotherapie bei Jugendlichen – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Emotionsregulation – emotionale Entwicklung – Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT)

This article describes the Strategic Juvenile Therapy (SJT), which is to be understood as an adaptation of the Strategic Behavioral Therapy (SBT, according to Sulz and Hauke) to adolescence. Considering the specific developmental phase of adolescence, the Strategic Juvenile Therapy (SJT) presents an integrative-behavioral therapy approach comprising, apart from symptom work, the cognitive, emotional, behavioral and physical level, independently of symptoms and in a disorder-spanning manner, based on a differentiated therapeutic disorder appreciation with etiologically intraindividually and interpersonally relevant variables. Ultimately, the Strategic Juvenile Therapy (SJT) is supposed to enable adolescents to deal with themselves and their environment in an adaptive-functional manner and with (relatively) few symptoms for them to be able to tackle adolescence-specific developmental tasks and, finally, for a salutogenic personal development to become possible. Strategic Juvenile Therapy (SJT) grants pivotal significance to parental work embedded in the therapeutic work with adolescents in combination with single group setting.

Keywords

Strategic Juvenile Psychotherapy (SJT) – psychotherapy with adolescents – child and adolescent psychotherapy – emotion regulation – emotional development – Strategic Behavioral Therapy (SBT)

1 Einführung

Einleitend kann postuliert werden, dass das Jugendalter eine deutlich abgrenzbare und differenziert zu verstehende Lebensphase mit spezifischem Konflikt- und Entwicklungspotential darstellt. Sie ist nicht als ein „schneller Übergang“ zu sehen, sondern obliegt spezifischen Transformationsprozessen und Herausforderungen, mit denen der Heranwachsende konfrontiert wird. Das Jugendalter muss als Phase ernst genommen werden, in der es darum geht, durch Kompetenzerwerb eine gesellschaftliche Marginalposition zu überwinden und in das Erwachsenenalter einzutreten. Der Kompetenzerwerb geschieht seinerseits vor dem Hintergrund der bisherigen Biographie und trägt zur Manifestation der Persönlichkeitszüge bei. Der Jugendphase wohnt dabei sinngemäß eine biographisch „eigenwillige“ Dynamik inne, die einer spezifischen Erforschung und individuellen Exploration, wenn Prävention und Therapie greifen sollen.

In diesem Zusammenhang zu bewältigende jugendspezifische Entwicklungsthemen werden unabhängig von der theoretischen Ausrichtung relativ einheitlich innerhalb der Jugendliteratur benannt (s. Klosinski in Schneider, 1998; Hurrelmann, 1997; Specht in Aschoff, 1996), und ihre Reflexion legitimiert die Definition einer eigenständigen Entwicklungsphase bzw. macht diese zum besseren Verständnis des Jugendlichen sogar nötig. Was die konkreten Herausforderungen und Aufgaben des Entwicklungsabschnittes „Adoleszenz“ für das intrapsychische System anbelangt, so wird vor dem Hintergrund entwicklungspsychologisch einschlägiger Autoren zusammenfassend Folgendes deutlich: Der Erwerb bzw. der Ausbau von Skills zur Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung spielen eine zentrale Rolle, was die Bewältigung adolescentenspezifischer Herausforderungen anbelangt: vor dem Hintergrund intraindividuelle physiologischer und psychischer Veränderungen tritt der Jugendliche in einen veränderten Kontakt mit der ihn umgebenden sozialen Umwelt; die zunehmende Fähigkeit zur Selbstreflexion macht Verantwortungsübernahme und Selbststeuerung mehr und mehr möglich bzw. nötig.

Bindung („attachment“) und Autonomie („autonomy“) im Rahmen der Interaktion Jugendlicher mit ihren Eltern scheinen für die (dys-)funktionale Bewältigung sämtlicher Entwicklungsaufgaben des Jugendalters bzw. für den Individuationsprozess als Gesamtkonstrukt wichtige Bereiche zu sein. Kompetenzen zur Lösung der Entwicklungsaufgaben, die sich für einen Adoleszenten stellen, werden nach Durchsicht aktueller Literatur neben dem Einfluss der Peergroup vor allem von der Eltern-Kind-Interaktion direkt und indirekt geprägt. Individuation bedarf deshalb einer spezifischen Definition, die nicht ohne Weiteres mit emotionaler Autarkie Jugendlicher von ihren Eltern gleichzusetzen ist. Ablösung wird zunehmend auf der Verhaltensebene sichtbar, ohne dass sich selbstredend eine emotionale Distanzierung der Adoleszenten von ihren Eltern einstellt. Gelungene Ablösung muss vielmehr als eine Form des Individuationsprozesses verstanden werden, in dem es bei einer weiterhin bestehenden Bindung zwischen Eltern und Jugendlichen zu qualitativen, allerdings weniger quantitativen emotionalen Veränderungen kommt.

Vielmehr scheinen an die Eltern gerichtete emotionale Bedürfnisse weiter bestehen zu bleiben, sich allerdings in ihren Inhalten zu verändern.

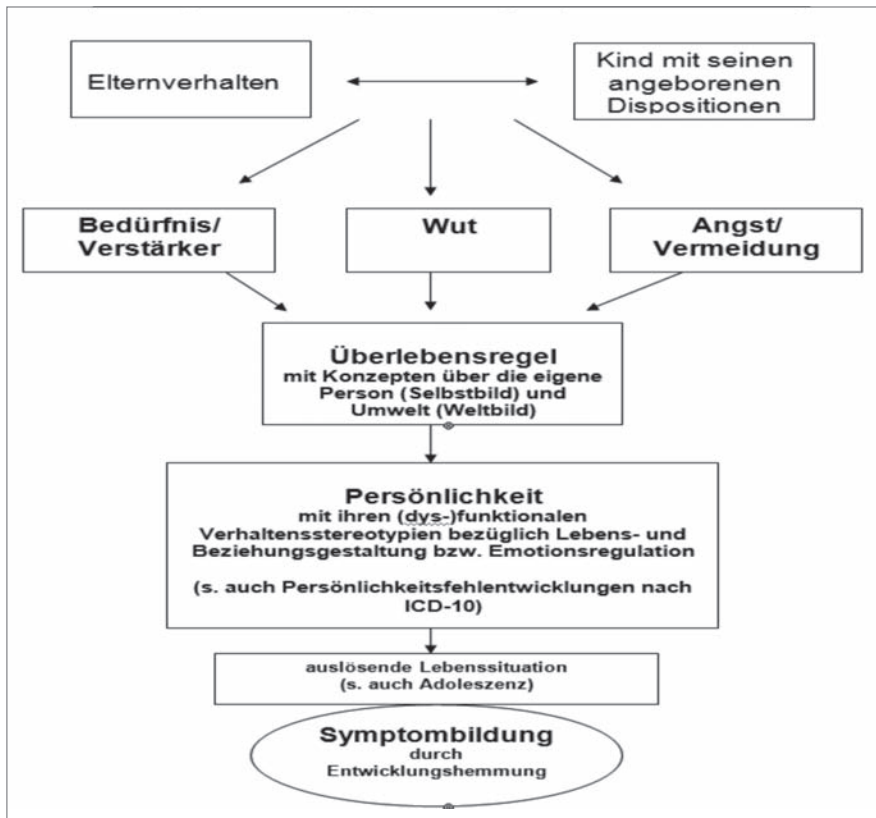
Zusammenfassend besteht deshalb die Notwendigkeit eines differenzierten therapeutischen Verständnisses für die Phase der Adoleszenz, vor deren Hintergrund Symptomverständnis und damit einhergehende Interventionsstrategien bzw. -verfahren entwicklungsadäquat reflektiert und eingesetzt werden sollten.

In diesem Sinne leitet sich das Konzept der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) aus der entwicklungsinhärenten Dynamik des Lebensabschnitts „Jugend“ ab und nimmt beim Versuch einer Differenzierung an, dass in der Phase der Adoleszenz nicht nur Autonomie-, sondern auch Zugehörigkeitsbedürfnisse von Bedeutung sind. Das kognitiv-affektive Entwicklungsmodell von Sulz (1998, 2001, 2003) bietet in diesem Zusammenhang einen Erklärungsansatz an, wonach in Abhängigkeit von der individuellen Lerngeschichte und des damit verbundenen Entwicklungsniveaus des Einzelnen spezifische Bedürfnisse, Ängste, Wutformen und Persönlichkeitsmuster in den Vordergrund rücken. Diese stellen zentrale Komponenten bzw. Arbeitshypothesen der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) dar, deren Beachtung neben der konkreten Symptomtherapie in der therapeutischen Arbeit eine Förderung salutogener bzw. eine Abwendung pathogener Entwicklungstendenzen zum Ziel hat.

Im Detail bestehen laut affektiv-kognitiver Entwicklungstheorie (Sulz, 1998, 2001, 2003) in der Biographie eines jeden Patienten – neben etwaigen Schutzfaktoren – limitierende Risikofaktoren, die das individuelle psychisch-soziale Wachstum begrenzen (sozioökologische Begrenzungen) und in der Persönlichkeitsentwicklung des Betroffenen ihren Niederschlag finden. Es kristallisieren sich so individuell charakteristische Umgangsformen mit Bedürfnissen, mit Angst, mit Wut als zentrale handlungssteuernde Faktoren bzw. ggf. ein dysfunktional-maladaptiver Umgang mit Gefühlen heraus, was unter funktionsanalytischen Gesichtspunkten im Dienste des individuellen psychischen Gleichgewichts stehen soll. Zudem entwickeln sich mit ihnen u. U. maladaptiv-dysfunktionale Persönlichkeitstendenzen, individuelle Werte, Normen, Ressourcen und die kognitiv-affektive Entwicklungsstufe des Patienten. Sämtliche angeführte Komponenten münden im Sinne eines innerpsychischen Regulativs als affektiv-kognitives Schema in die persönliche „Überlebensregel“ des Einzelnen. Wie rigide die individuelle Überlebensregel dabei ist, hängt davon ab, wie vielen Stressoren die Person in einer Entwicklungsphase ausgesetzt war. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Überlebensregel in ihrer handlungssteuernden, die individuelle psychische Homöostase ausbalancierenden Funktion dem Menschen nicht selbstredend bewusst ist. Der Weg zur Symptombildung und -aufrechterhaltung kann dabei folgendermaßen dargestellt werden: Symptomauslösende Situationen verlangen ein problembewältigendes Handeln, das gegen die Überlebensregel verstößt. Die Symptombildung bzw. -aufrechterhaltung ist also als Versuch anzusehen, ein altes Entwicklungsniveau aufrechtzuerhalten. Oder anders: Symptomauslösende Situationen sind normalerweise mit sogenannten (primären) Gefühlen wie Wut, Enttäuschung, Trauer, Unzufriedenheit assoziiert. Diese Gefühle dürfen bei entsprechender Überlebensregel aber nicht zum Zug kommen und müssen in ihrer handlungssteuernden Funktion gebremst werden. So werden sie durch gegensteuernde (sekundäre) Gefühle wie Hilflosigkeit, Angst, Unruhe, Selbstzweifel ersetzt und münden mangels einer adaptiv-funktionalen intrapsychischen Bewältigungsstrategie beim Jugendlichen in eine psychische/psychosomatische Symptomatik oder in eine Verhaltensauffälligkeit.

Zudem werden Symptome meist durch die Umwelt mitbedingt bzw. aufrechterhalten: d. h. zum Beispiel, der Jugendliche erfährt vor dem Hintergrund seiner Angstsymptomatik von den Eltern besorgte Zuwendung und Schonung und damit (vermeintlich) das Gegenteil dessen, was er bekäme, würde er sich entgegen seine Überlebensregel verhalten. Aber auch ohne Feedback von außen bleibt das alte Selbst- und Weltbild durch die Vermeidung neuer Erfahrungen per se erhalten.

Abbildung 1.1: Persönlichkeitsentwicklung und Symptombildung nach Sulz, 2001

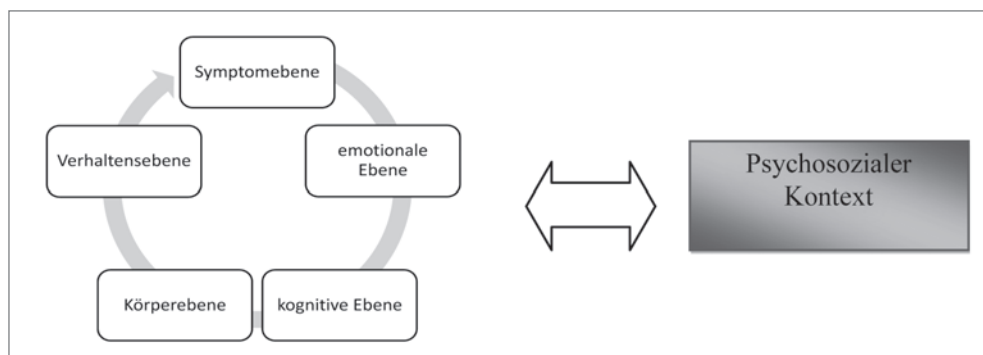


2 Der therapeutische Ansatz und seine einzelnen Komponenten

Für die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) gilt es im übergeordneten therapeutischen Sinne, eine adaptiv-funktionale Veränderung affektiv-kognitiver Schemata zu erzielen. An dieser Stelle sei zusammenfassend kurz darauf hingewiesen, dass vor dem o.g. Verständnis zur Symptomentstehung und -aufrechterhaltung dabei ein über die Symptomebene hinausgehender therapeutischer Ansatz als zielführend zu postulieren ist, der bei makroanalytischem Symptomverständnis der Etablierung einer adaptiv-funktionalen Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung einen zentralen Stellenwert einräumt. Genau das sind die Ziele der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT): Die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) setzt

zum einen konkret an der Symptomebene an, hat aber zum Ziel, die mit der Symptombildung und -aufrechterhaltung verbundenen inner- und interpsychischen Dynamiken zudem zu berühren und dahingehend zu modifizieren, dass der Jugendliche durch Weiterentwicklung seine Symptomatik „nicht mehr braucht“ bzw. sich die Symptomatik auf Dauer reduziert. Dieses Ziel bedeutet unserem Störungsverständnis nach in der therapeutischen Konsequenz, neben der Symptomebene auf der makroanalytisch reflektierten emotionalen, körperlichen, kognitiven und der Verhaltensebene zu intervenieren. Die Strategische Jugendlichkeitstherapie (SJT) benennt unter Berücksichtigung des jeweiligen psychosozialen Kontextes also fünf Interventionsebenen ihres therapeutischen Vorgehens:

Abbildung 2.1: Die fünf Interventionsebenen der Strategischen Jugendlichkeitstherapie (SJT)



Die einzelnen Komponenten greifen dabei sinngemäß eng ineinander. Sobald der Jugendliche beispielweise gelernt hat, mit seiner Symptomatik umzugehen, ist das emotionale Einlassen auf die hintergründigen Zusammenhänge gebahnt, was auf physiologischer Ebene spürbar ist bzw. wird, durch die kognitive Arbeit einen Rahmen bekommt und mithilfe der therapeutischen Arbeit am Verhalten konkrete Alternativen bzw. adaptiv-funktionale Modifikationen findet.

Die damit angestrebten Ziele der Strategischen Jugendlichkeitstherapie (SJT) sind konkreter gefasst:

a) beim Jugendlichen

1. die Reduktion der bestehenden psychischen bzw. Verhaltensproblematik
2. die alters- und entwicklungsgerechte Steigerung der Reflexionsfähigkeit in Hinblick auf personeninterne bzw. interaktive Prozesse
3. der alters- und entwicklungsgerechte Aufbau einer adaptiv-funktionaleren Emotionsregulation
4. der alters- und entwicklungsgerechte Aufbau einer adaptiv-funktionaleren Beziehungsgestaltung
5. die grundsätzliche Förderung einer adaptiv-funktionalen Bewältigung des individuellen Entwicklungsabschnittes

b) bei den – vorwiegend – elterlichen Bezugspersonen

1. der Aufbau und die Förderung von Verständnis und einem konstruktiven Umgang in Hinblick auf die symptomauslösenden bzw. -aufrechterhaltenden Bedingungen

2. die Steigerung der Reflexionsfähigkeit in Hinblick auf personeninterne (v. a. auf das Kind/sich selbst bezogene) bzw. interaktive (v. a. innerfamiliäre) Prozesse
3. der Aufbau und die Förderung einer eigenen adaptiv-funktionaleren Emotionsregulation (v. a. innerfamiliär)
4. der Aufbau und die Förderung einer eigenen adaptiv-funktionaleren Beziehungsgestaltung (v. a. innerfamiliär)
5. der Aufbau und die Erweiterung von grundsätzlichen Kompetenzen in Hinblick auf die Entwicklungsförderung des eigenen Kindes

Nachfolgend seien in diesem Zusammenhang nun die einzelnen Interventionsebenen genauer beschrieben:

2.1 Ansatz an der Symptomebene

Was die Arbeit auf der Symptomebene anbelangt, so kommen bei der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) im Umgang mit der individuellen Symptomatik dem aktuellen Forschungsstand entsprechende, an das Kindes- und Jugendlichenalter adaptierte Interventionen der Verhaltenstherapie zum Tragen, so wie sie auch in entsprechenden Lehrbüchern und Manualen (s. hierzu Hiller, Leibig, Leichsenring, 2006; Leibing, Hiller, Sulz, 2005) dargestellt sind. Da sich die Strategische Jugendlichenherapie (SJT) in der Symptombehandlung voll am aktuellen Stand der Symptomtherapie orientiert, sei an dieser Stelle nicht ausführlich darauf eingegangen. Eine Übersichtstabelle (Tab. 2.1) soll stellvertretend dafür einige wenige Interventionen nach Störungen kategorisiert in Auszügen aufführen, um die Art und Weise der Symptomtherapie im Rahmen der Strategischen Jugendlichenherapie (SBT) greifbar zu machen, wobei die bereits im Rahmen der Symptomtherapie eingeleiteten ersten Übungen zur Gefühls- und Bedürfnisregulation bzw. zur adaptiv-funktionaleren Beziehungsgestaltung ebenfalls angeführt werden (Tab. 2.1).

Die über die gängige Symptomtherapie der Verhaltenstherapie hinausgehende SJT-Variante auf der eben dargestellten Ebene besteht in einer expliziten Forcierung der Akzeptanz der Symptomatik, wobei dem Akzeptanzprinzip in der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) entsprechend der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) eine zentrale Bedeutung eingeräumt wird. Der Prozesscharakter des Konzepts von Achtsamkeit und Symptomakzeptanz lässt sich schematisch für die Strategische Jugendlichenherapie (SJT) folgendermaßen skizzieren (Abb. 2.2).

Abbildung 2.2: Prozessuale Betrachtung von Achtsamkeit und Symptomakzeptanz im Rahmen der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) nach Sulz (2001)

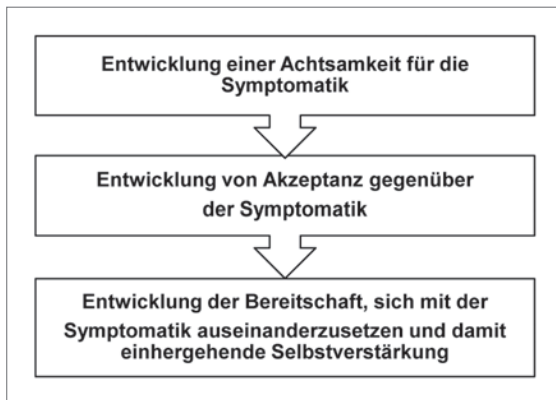


Tabelle 2.1: Interventionen der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) im Einzelsetting

Störungsbild	Interventionsbeispiele
Angststörung	Anwendung von Selbstbeobachtungsprotokollen Einführung einer Angsthierarchie Übungen zunächst in sensu, dann in vivo entsprechend der Angsthierarchie Einübung von Bauchatmung/progressiver Muskelrelaxation Einübung positiver Selbstinstruktionen Vermeidungsverhalten bzw. Erwartungsängste reduzieren Einführung erster SJT-Übungen zur Gefühls- und Bedürfnisdifferenzierung und -artikulation in Verbindung mit Gefühlsfragebögen, Imaginationsübungen, kreativen Techniken entsprechend dem SJT-Ansatz Reattribuierende Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen (s. dysfunktionale Überlebensregel) Förderung einer funktionaleren Beziehungsgestaltung in Verbindung mit Imaginationsübungen und genauen Situationsanalysen bzw. sich anschließenden Rollenspielen und Transferübungen entsprechend dem SJT-Ansatz Elternarbeit entsprechend dem SJT-Ansatz, um einen funktionalen Ablösungsprozess zu fördern
einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung/ Aufmerksamkeitsstörung	<p>1. Training der Aufmerksamkeit und der Selbstorganisation:</p> a) Aufstellen von Regelplänen und Einübung von Selbstinstruktionstechniken zur besseren Selbststeuerung und zur Reduktion impulsiver Durchbrüche b) Training und Steigerung der Aufmerksamkeit anhand visuellen und akustischen Materials c) Training der Selbstorganisation des Arbeitsplatzes und des Schulmaterials mit Transfer auf den übrigen Alltag d) Aufstellung eines Lernplans unter Beachtung sinnvoller Pausen bzw. der individuellen Leistungskurve und Transfer auf den übrigen Alltag
Bulimie	<p>1. Erstellung von Essensprotokollen</p> Erarbeitung eines ausgewogenen Essensplans, Einführung von Maßnahmen zur Reaktionsverhinderung bezüglich des Erbrechens (s. u. a. progressive Muskelentspannung, Joggen, Musik hören etc.), übriges Vorgehen s. o.

Verbunden mit der Arbeit an der Symptomatik ist somit in jedem Fall eine Erarbeitung folgender u.U. komplex ineinander verschränkter Schritte, die im Rahmen des therapeutischen Prozesses immer wieder reflektiert und gegebenenfalls wiederholt bearbeitet werden müssen:

- a) **Achtsamkeit für die Symptomatik** Der Jugendliche lernt im Rahmen der therapeutischen Beziehung, sein Symptom wertfrei anzunehmen und durch Sensibilisierung für dessen Frühsignale achtsam mit ihm umzugehen. Vor diesem Hintergrund bekommt die einführende Psychoedukation zu Symptomentstehung und -aufrechterhaltung einen zentralen Stellenwert: Dem Jugendlichen wird ein Erklärungsmodell geboten, das ihn in seiner Symptomatik ernst nimmt bzw. sieht, ohne dass er sich für sie schämen bzw. abwerten muss. Gleichzeitig werden durch das Störungsmodell Perspektiven eröffnet, die Veränderungsmöglichkeiten implizieren. Im ersten Schritt geht es nun darum, Frühzeichen der Symptomatik als psychische Stresssignale zu erkennen (s. Sulz, 2001, 2002; Richter-Benedikt, 2006, 2009a, 2009b).
- b) **Akzeptanz der Symptomatik** Der im ersten Schritt eingeleitete neutrale Umgang mit der eigenen Symptomatik wird durch den zweiten Schritt bewusst gefördert. Statt eine Auseinandersetzung mit der eigenen Symptomatik zu vermeiden, entscheidet sich der Jugendliche dazu, das Symptom „als Sprachrohr der Seele“ zu respektieren (s. Sulz, 2001, 2002; Richter-Benedikt, 2006, 2009a, 2009b).
- c) **Bereitschaft, sich mit der Symptomatik auseinanderzusetzen/sich mit ihr zu konfrontieren und sich dafür selbst zu verstärken**

Mit diesem dritten Schritt kommt es zu der bewussten Entscheidung, sich der Situation, in der die Symptomatik auftritt, zu stellen und ihr zu begegnen. Der Jugendliche erklärt sich bereit, die anstehende Symptomkonfrontation zu unternehmen, weil er Achtsamkeit für seine Symptomatik entwickelt hat und seine Symptomatik akzeptiert. Es schließt sich die Konfrontation mit der Symptomatik und allen damit zusammenhängenden Gefühlen an: Der Jugendliche lässt dabei die Symptomatik so lange andauern, bis sie langsam wieder abnimmt. Am Ende dieses Prozesses macht sich der Jugendliche seinen Mut und seine Leistung, die Symptomexposition gemacht zu haben, bewusst und erkennt für sich diese Leistung auch dann an, wenn sie nicht völlig reibungslos zustande kam (s. Sulz, 2001, 2002; Richter-Benedikt, 2009).

Therapeutisch zu forcieren ist dieser Prozess im Rahmen der Strategischen Jugendlichen-therapie (SJT) u. a. mittels:

- > Psychoedukation/ Aufklärungsarbeit hinsichtlich der Symptomatik – alters- und entwicklungsgerecht in der Umsetzung für die Eltern und den Jugendlichen
- > Signalisieren und Verbalisieren von verständnisvoll-empathischer Grundhaltung des Therapeuten „gegenüber der Symptomatik“ – alters- und entwicklungsgerecht in der Umsetzung für die Eltern und den Jugendlichen
- > konkreter, situationsgebundener Analyse der Symptomatik als wiederholter Prozess des metaanalytisch-reflexiven Umgangs damit – alters- und entwicklungsgerecht in der Umsetzung für die Eltern und den Jugendlichen.

2.2 Ansatz an der Ebene der Emotion

Die Jugendlichen sind in der entwicklungspsychologisch intensiven und einschneidenden Phase ihres Lebens oftmals so in sich selbst verstrickt, dass sie zunächst ein Gefühl für sich

und die ihnen wichtigen Beziehungen (vornehmlich Eltern, Peers, Partner) entwickeln müssen. Deshalb geht es in der Therapie von Emotionen mitunter darum, Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung und -differenzierung zu erlernen. Nicht selten werden von den Jugendlichen Autoritätendruck, Schwierigkeiten mit der besten Freundin/dem besten Freund und Unverständnis der Eltern thematisiert. Die emotionale Bedeutung für sie selbst ist dabei eher diffus, nicht konkret bzw. bei einigen gar nicht zu greifen. Dies bedeutet in der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT), hier konkret zu intervenieren, was z.T. mithilfe von Gefühlsfragebögen und Gefühlskärtchen geschieht. Zudem finden nonverbale kreative Medien (Farben, Bastelmaterial, akustisches Material) und therapeutische Hilfsmittel wie Playmobilfiguren, Schaumstoffschläger etc. ihren Einsatz. Die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) arbeitet dabei stark erlebnisorientiert und versucht dadurch, emotionale Zustände für den Jugendlichen spürbar zu machen, ohne vor den eigenen Gefühlen Angst zu bekommen und deshalb gefühlsphebisch zu reagieren. Der Jugendliche erspürt und begreift in der Therapie, die eigenen Gefühle in ihrer Existenz zu schätzen und zu würdigen. Jugendliche empfinden Gefühle nicht selten als Belastung, wissen nicht, wie sie damit umgehen sollen, oder fühlen sich ihnen hilflos ausgeliefert. Gerade in diesem Zusammenhang wird den Jugendlichen vom Therapeuten – nicht zuletzt im Sinne einer Modellfunktion und Validierung – ein grundsätzlicher Respekt vor sämtlichen Gefühlsqualitäten vermittelt: Neid ist ebenso menschlich wie Freude, Scham, Glück oder Hassgefühle. Zudem werden Eigenverantwortlichkeit und damit die Kontrollier- und Beeinflussbarkeit von gefühlsgesteuertem Verhalten explizit gemacht und anhand konkreter individueller Themen therapeutisch erarbeitet. Natürlich werden einige Gefühle lieber gespürt und sind angenehmer als andere. Zum Beispiel gilt auch für irrationale symptombezogene Ängste oder für starke, als nicht kontrollierbar empfundene Wut zunächst, sie grundsätzlich und radikal zu akzeptieren. Eben diese Haltung vermittelt der Therapeut in seiner therapeutischen Arbeit den Jugendlichen und erleichtert es ihnen dadurch, sich auf ihre Gefühle einzulassen und nicht verschämt und von Schuldgefühlen gequält maladaptiv-dysfunktional mit ihren Gefühlen umzugehen (s. auch Sulz, 2009). An dieser Stelle sei bemerkt, dass insbesondere Wutgefühle im Sinne primärer Emotionen einer maladaptiv-dysfunktionale Sozialisation erfahren und im Rahmen der Studie eine besondere Beachtung fanden. Deshalb soll an dieser Stelle inhaltlich detaillierter auf die Förderung eines adaptiv-funktionalen Umgangs mit Emotionen, wie er für die psychotherapeutische Behandlung bedeutsam ist, eingegangen werden. Generell sind hierbei zwei maladaptiv-dysfunktionale Umgangsformen der Emotionsregulation zu unterscheiden, die auch auf die vorliegende Patientenpopulation bezogen werden können: diejenigen Patienten, die einen adaptiv-funktionalen emotionalen Prozess angesichts einer gewissen Unterregulation von Gefühlen blockieren, bzw. diejenigen, die sich durch eine Überregulation von Gefühlen kennzeichnen (s. Greenberg, 2000). In diesem Zusammenhang spielt die Unterscheidung von primären vs. sekundären Emotionen im Rahmen einer Abhandlung hin zu einem funktional-adaptiven Umgang mit Gefühlen eine Rolle (Greenberg, 2000; Sulz 2000b). Grundsätzlich geht das Emotionsmodell nach Sulz, das die emotionale „Reaktionskette“ hin zur Symptomatik auf differenzierte Weise aufzeigt, tendenziell von einer Hemmung primärer Emotionen wie Wut oder Trauer aus, die somit in ihrer handlungsleitenden und adaptiven Funktion nicht mehr genutzt werden können. Nahe Bezugspersonen machten selbiges lerngeschichtlich letztlich nicht möglich bzw. war es biographisch von „größerem Vorteil“, auf eine Art damit umzugehen, die

zum aktuellen lebensgeschichtlichen Zeitpunkt weniger funktional ist und somit die alte Überlebensregel zur Weiterentwicklung bzw. Modifikation herausfordert.

Bei Hemmung primärer Emotionen zeigt sich darüber hinaus eine Untersteuerung vorwiegend sekundärer Emotionen, die mit großer Kraft in die Handlungssteuerung münden müssen, um die primären Emotionen radikal einzudämmen.

Drittens besteht – v. a. bei impulsiven Temperamenten – die Möglichkeit, dass innerhalb der Reaktionskette die primären Emotionen unterreguliert hervorbrechen können und damit die gegenregulierende Wirkung der sekundären Emotionen außer Kraft setzen. Für die psychotherapeutische Arbeit erscheint es bei diesem Symptomverständnis nun zentral, die biographisch determinierten emotionalen Prozesse, die den individuellen Überlebensregeln innewohnen, verstehen und adaptiv-funktional modifizieren zu lernen. Hierzu die Übersicht in Abbildung 2.3:

Entsprechend gilt es nun, für die SJT im Rahmen der individuellen affektiv-kognitiven Schemata dann anzusetzen, wenn die Folgen der Überlebensregel für die Emotions- und Beziehungsregulation bei den Gliederungspunkten b) und c) des eben skizzierten Ablaufmodelles angesiedelt sind.

D. h., bei differenzierterer Betrachtung geht es inhaltlich in der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) auf der emotionalen Ebene um folgende Schwerpunkte (s. auch Sulz, 2000a,b, 2001, 2002):

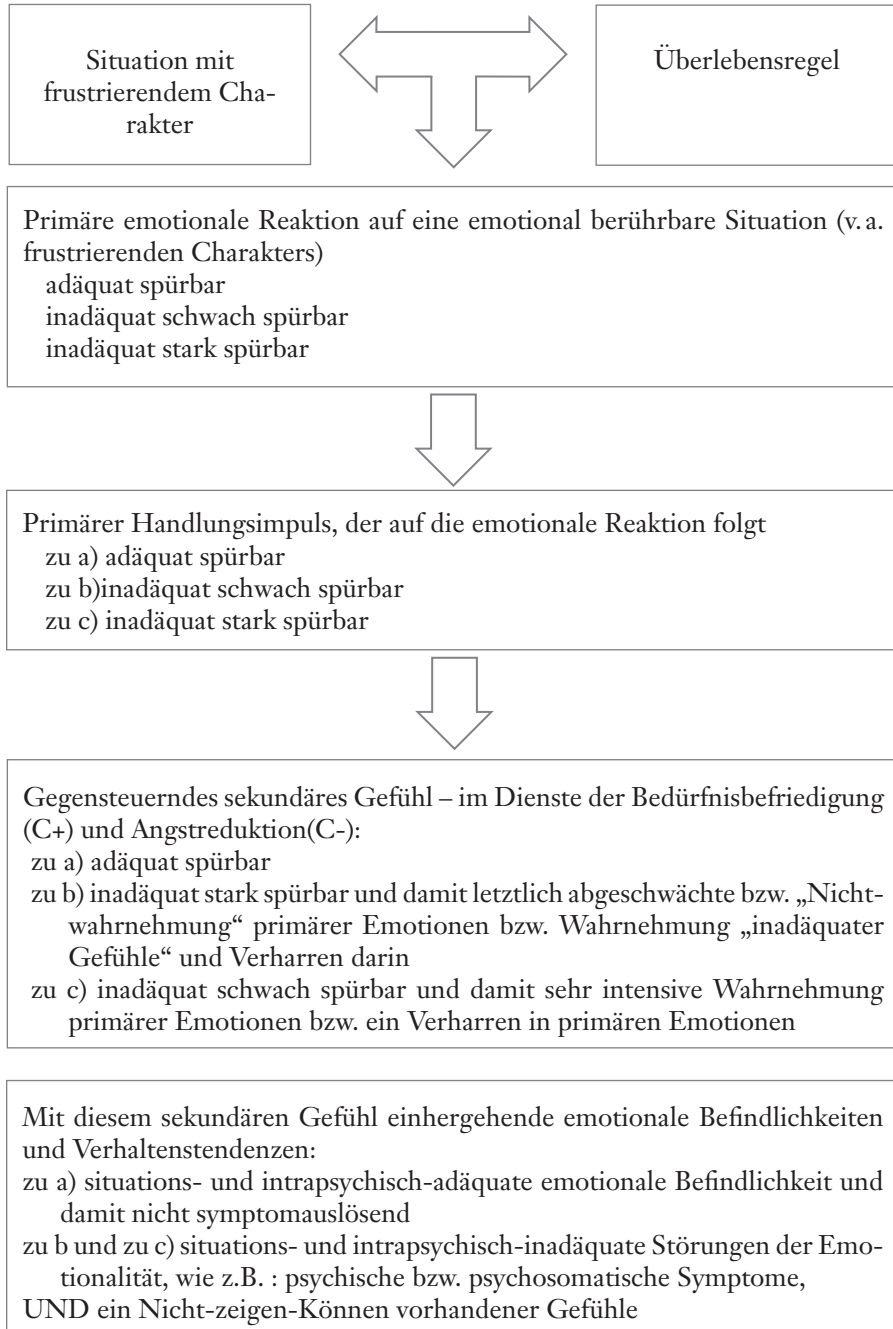
- Gefühlswahrnehmung und -differenzierung bei dosierter bzw. graduierter Konfrontation mit bzw. Integration von gefürchteten und abgelehnten Gefühlen (unter Beachtung der damit assoziierten Körperempfindungen)
- Adaptiv-funktionaler Umgang mit inadäquaten Gefühlen (zu schwache, zu seltene, zu kurz andauernde bzw. zu starke, zu häufige, zu lang andauernde Gefühle)
- Adaptiv-funktionaler Umgang mit adäquaten Gefühlen

Um diese Ziele zu erreichen, folgt die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) auf alters- und entwicklungsangemessen modifizierte Weise sinngemäß weitestgehend dem Training der Emotionsregulation nach Sulz (s. Sulz, 2000b, 2001). Deshalb soll es an dieser Stelle zusammenfassend dargestellt werden: Sulz (2001) definiert in seinem Erwachsenentraining zur Emotionsregulation vier grundlegende Lerninhalte:

1. den Wissenserwerb über die Psychologie der Gefühle
2. die Veränderung der persönlichen Wertorientierung
3. den Erwerb von Wissen zur Psychologie der Gefühlsregulierung
4. das Umlernen im Umgang mit den eigenen Gefühlen

Entsprechend unternimmt die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) Interventionen, mit deren Hilfe eine veränderte bzw. meist gesteigerte Gefühlswahrnehmung primärer Emotionen erreicht werden kann. Das geschieht v. a. mit detaillierten Situations- und Befindlichkeitsanalysen, die Gefühlsketten und damit verbundene Wahrnehmungs- und Differenzierungsmöglichkeiten entstehen lassen. Der Jugendliche wird mit entsprechenden therapeutischen Techniken imaginativ in die gefühlsauslösende Situation hineingeführt und arbeitet sie mikroanalytisch im therapeutischen Gespräch auf. Wenn der emotionale Zugang trotz allmählicher Heranführung an das Gefühl blockiert ist, helfen dabei die

Abbildung 2.3: Therapeutische Implikationen für die SJT-Emotionsarbeit Emotionsarbeit (angelehnt an Sulz (2000a, b, c))

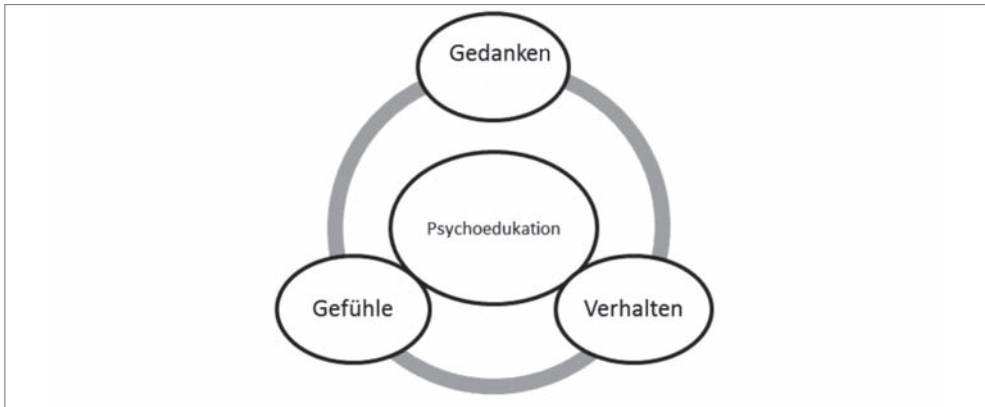


„Gefühlskärtchen“ der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT), die in Anlehnung an Sulz (2001, 2002, 2003) die unterschiedlichen Gefühlsqualitäten aufzeigen – bzw. äquivalentes Material. Der Jugendliche ordnet mit ihrer Hilfe die damit assoziierten Gefühle der zu explorierenden Situation zu und lernt allmählich, Situationen mit Gefühlen und Körperempfindungen zu verbinden.

Vorausgeschickt bzw. einleitend kommen auch in der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) psychoedukative Elemente zum Einsatz, nämlich zusammenfassend:

a) wie Gedanken Gefühle und Verhalten zusammenhängen (Abb. 2.4).

Abbildung 2.4: SJT-Psychoedukation für den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen, Verhalten



b) welche Gefühle es gibt, wobei dabei auf Gefühlskärtchen bzw. individuell abgestimmt andere kreative Medien zurückgegriffen wird. Bezug genommen wird dabei auf die Übersicht nach Sulz.

Tabelle 2.2: Die vier postulierten Gefühlskategorien und deren untergeordnete Qualitäten

Freude-Kategorie	Traurigkeit-Kategorie	Angst-Kategorie	Ärger/Wut-Kategorie
Freude Begeisterung Glück Übermut Leidenschaft Lust Zufriedenheit Stolz Selbstvertrauen Gelassenheit Überlegenheit Dankbarkeit Vertrauen Zuneigung, Liebe Rührung	Traurigkeit Verzweiflung Sehnsucht Einsamkeit Leere, Langeweile Enttäuschung Beleidigtsein Mitgefühl	Angst, Furcht Anspannung Nervosität Verlegenheit Selbstunsicherheit Unterlegenheit Scham Schuldgefühle Reue Sorge Ekel Schreck	Ärger, Wut, Zorn Missmut Ungeduld Widerwille, Trotz Abneigung, Hass Verachtung Misstrauen Neid Eifersucht

- c) worin der Unterschied zwischen Gefühlen und (Körper-)Empfindungen besteht. Kurz: Es lassen sich **emotionale Zustände**, wie Traurigkeit, Wut, Sorge, Freude oder Angst, von **körperlichen Empfindungen**, wie Durst, Anspannung, Müdigkeit, unterscheiden.
- d) welchen Sinn Gefühle haben bzw. wofür sie da sind. Kurz:
 → Gefühle helfen uns dabei, die Bedeutung von Ereignissen und Situationen zu erkennen.
 → Gefühle bewegen uns dazu, bestimmte Verhaltensweisen zu zeigen, und lassen uns mit anderen Menschen in Kontakt treten.
 → Gefühle geben uns eine Rückmeldung über die Bewertung unseres Verhaltens, nachdem wir es ausgeführt haben.
- e) weshalb eine Unterscheidung primärer und sekundärer Emotionen für den Menschen bedeutsam ist, wobei hierzu individuelle Reaktionsketten erarbeitet werden (s. Punkt 1).

Für den funktional-adaptiven Umgang mit Gefühlen setzt die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) in der therapeutischen Arbeit als Technik auch „Helfer im Umgang mit Gefühlen“ ein, die in Tabelle 2.3 aufgelistet werden. Welche „Helfer“ ihren Einsatz finden, hängt dabei von der individuellen Situation des Jugendlichen bzw. auch vom Jugendlichen selbst ab. Nicht jeder „Helfer“ wird von jedem Jugendlichen gleich gern angewendet. Beispielhaft hierzu folgende SJT-Helfer-Tabelle 2.3.

Tabelle 2.3: Konkrete „Helfer-Interventionen“ der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) zur funktionaleren Emotionsregulation

„Gefühlser- und Verarbeiter“	„Gefühlströster/ -beruhiger“	„Gefühlsermunterer“	„Gefühlsredner“
EV1: Gefühlskärtchen	TB1: „Die Kraft der Gedanken“	E1: Sich selbst anfeuern	R1: Ich-Botschaften senden
EV2: „Gefühlspyramide“	TB2: Atemübung	E2: Der unterstützende Phantasiegefährte	R2: Aktiv zuhören
EV3: „Gefühlstabu“	TB3: Phantasiereise/ der Phantasiegefährte	E3: Dem Gefühl/ sich selbst einen Brief schreiben	R3: Wünsche und Gefühle äußern
EV4: „Gefühl und Körper“	TB4: Dem Gefühl/ sich selbst einen Brief schreiben	E4: „Gefühlsaufheiterer“	R4: Kompromisse eingehen
EV5: Gefühle in Farben, Formen oder Töne übersetzen (s. auch Gefühlsbaukasten)	TB5: „Gefühlsbändiger“	E5: Auf ein Ziel hin handeln	R5: Den Körper sprechen lassen
EV6: Ein Gedicht/ eine Geschichte schreiben bzw. ein Gefühlsbilderbuch malen	TB6: Was Schönes unternehmen und sich ablenken	E6: Vor dem Gefühlstunnel umkehren	
EV7: Sich seinem Tagebuch anvertrauen	TB7: „Beruhiger-/Tröster-Kiste“		
EV8: Einen Brief schreiben, der nie abgeschickt wird			

Die angeführten „Helfer“ seien im Anschluss kurz dargestellt:

a) Die Gefühlser- und -verarbeiter

- *Gefühlskärtchen (EV1)*: Hier werden zum Erwerb einer differenzierten Gefühlswahrnehmung unterstützend im Gespräch bzw. in der mikroanalytischen Betrachtung von (frustrierenden) individuellen Situationen Gefühlskärtchen angeboten, wobei

deren Anzahl und graphische Darstellung dem Entwicklungsalter bzw. dem Differenzierungsgrad des Jugendlichen angepasst und damit einhergehend ggf. im Prozess verändert werden sollten.

- *Gefühlspyramide (EV2)*: Sie ist als Übung mit psychoedukativen Elementen zu verstehen, die auf die Unterscheidung von primären und sekundären Emotionen abzielt. Es wird ein Dreieck, das auf der Basis steht, aufgemalt. Individuell häufige/ bekannte/ vertraute Gefühle werden im Bereich der Basis eingetragen. Je seltener bzw. weniger vertraut Gefühle sind, umso weiter Richtung Spitze werden sie eingetragen. Nach der Erfassung der Pyramide kann sie auf den Kopf gestellt und damit demonstriert werden, auf welcher wackeligen Basis die an der Spitze angesiedelten Gefühle derzeit noch stehen und weshalb im Sinne eines Fazits deshalb ein Training deren bewusster Wahrnehmung von Bedeutung ist.
- *Gefühlstabu (EV3)*: Gefühle sollen nicht direkt benannt werden, sondern werden dem Gegenüber (Therapeuten, Elternteil bzw. Jugendlichengruppe) umschrieben bzw. mimisch dargestellt. Das Gegenüber errät das jeweilige Gefühl. Die Übung kann dabei im Grad der „persönlichen Betroffenheit“ gesteigert werden („Ich habe dieses Gefühl, wenn ...“).
- *Gefühl und Körper (EV4)*: Hier werden Übungen zur Gefühlsdifferenzierung mit einer Steigerung der Körperempfindung bzw. mit therapeutisch unterstütztem Körperfocusing gekoppelt. Papier und Farben finden dabei häufig Anwendung im Sinne von Zeichnen der Körperrisse und Markieren der Körperstellen, die mit dem jeweiligen Gefühl assoziiert sind. Gerade bei psychosomatischen Beschwerden geht der Weg von der Empfindung hin zum Gefühl.
- *Gefühle in Farben, Formen oder Töne übersetzen – s. auch Gefühlsbaukasten (EV5)*: Gefühle zu vertonen oder malerisch darzustellen hat einerseits den Effekt, sie greifbarer und mit dem kreativen Prozess anschaulicher zu machen. Gleichzeitig entsteht eine gewisse Distanz, die wegführt vom Thema „Das-Gefühl-Sein“ und „Das-Gefühl-Haben“ entstehen lässt. Diese gesunde Distanz macht Verarbeitung und Reflexion möglich.
- *Ein Gedicht/eine Geschichte schreiben bzw. ein Gefühlsbilderbuch malen (EV6)*: Die Möglichkeit, Gefühle mit selbst verfassten Gedichten und Geschichten zu verarbeiten, ist einigen Jugendlichen häufig schon bekannt und soll durch Bewusstmachung als Ressource in der Therapie nutzbar gemacht werden.
- *Sich seinem Tagebuch anvertrauen (EV7)*: Eine weitere Form, Ereignisse bzw. damit zusammenhängende Gefühle zu verarbeiten, kann das Tagebuch sein. Auch damit haben Jugendliche zum Teil schon Erfahrungen gemacht.
- *Einen Brief schreiben, der nie abgeschickt wird (EV8)*: Dieser Skill kann z. B. bei starker Wut oder Enttäuschung eingesetzt werden, um einem entstandenen Gefühl Luft zu machen, indem man einen Brief an die dafür verantwortliche Person schreibt, den man nicht abschickt. Das erste „Sich-Luft-Machen“ kann funktionalere Handlungsfähigkeit im Anschluss möglich machen.

b) Die Gefühlströster/ -beruhiger

- *„Die Kraft der Gedanken“ (TB1)*: Hier geht es darum, dass die Jugendlichen lernen, maladaptiv-dysfunktionale durch adaptiv-funktionale Selbstaussagen zu ersetzen.
- *Atemübung (TB2)*: Durch die Vermittlung einer Atemübung bekommen die Jugendlichen eine Möglichkeit an die Hand, durch die Konzentration auf den Atemfluss und die Einübung von Bauchatmung zur Ruhe zu kommen.

- *Phantasiereisen (TB3)*: In einer erweiterten Form bieten sich Phantasiereisen an, um einen adaptiv-funktionalen Umgang mit Gefühlen zu fördern.
- *Dem Gefühl/ sich selbst einen Brief schreiben (TB4)*: Bei dieser Übung geht es darum, mit dem Gefühl in einen Dialog zu treten und durch diesem Dialog konstruktiver mit dem Gefühl umzugehen.
- *Gefühlsbändiger (TB5)*: Der Helfer „Gefühlsbändiger“ versucht, den Jugendlichen eine Möglichkeit an die Hand zu geben, mit zu starken, zu intensiven und überwältigenden Gefühlen zeichnerisch umzugehen. Hierzu visualisieren die Jugendlichen ihr Gefühl und bändigen es mit verschiedenen Materialien, so dass es seinen Schrecken verliert.
- *Was Schönes unternehmen und sich ablenken (TB6)*: Hierzu machen sich die Jugendlichen bewusst, welche Tätigkeiten und Aktivitäten sie aus einem Gefühlsloch herausreißen können.
- *Sich von einem anderen Menschen Trost holen (TB7)*: Nicht wenige Jugendliche tun sich schwer damit, über ihre Belastungen zu sprechen und sich den anderen mitzuteilen. Damit verbundene Ängste oder Bedenken („Ich mache mich lächerlich und werde ausgeschlossen, wenn ich nicht cool und lässig drüberstehe“ oder: „Darüber redet man nicht“) sollten in diesem Zusammenhang bearbeitet und vertrauensvollen Personen bewusst gemacht werden. Sich einem anderen Menschen anzuvertrauen und über bestimmte Dinge zu sprechen kann Gefühle und Gedanken anstoßen und zur Verarbeitung beitragen.
- *Beruhiger-/Tröster-Kiste (TB8)*: Die „Beruhiger-/Tröster-Kiste“ füllen der Jugendliche und der Therapeut mit verschiedensten Materialien, die mit angenehmen Gefühlen assoziiert sein könnten. Die Jugendlichen machen sich auf die Suche nach ihren Tröstern/Beruhigern und basteln sich ihre eigene Tröster-/Beruhiger-Kiste, die sie mit den entsprechenden Tröstern und Beruhigern (wie Steinen, Muscheln, Federn, Glasnuggets, weichen Stoffen/Tüchern/Fellen, Duftölen, getrockneten Blüten, Klangkugeln, Musikstücken, Postkarten, Urlaubsfotos) versehen.

c) Die Gefühlsermunterer

- *Sich selbst anfeuern (E1)*: In Anlehnung an den Skill „Die Kraft der Gedanken“ lernen die Jugendlichen, sich durch aufmunternde, „anfeuernde“ innere Monologe selbst Mut zuzusprechen und insbesondere mit angstbesetzten Situationen umzugehen.
- *Der unterstützende (Phantasie-)Gefährte (E2)*: Der Einsatz von (imaginierten) Helferfiguren bzw. Phantasiegefährten im Sinne eines konstruktiven Unterstützers kann ggf. stärkend eingesetzt werden – nicht zu verwechseln mit Phantasiegefährten, die Kinder vor dem Hintergrund psychischer Belastung entwickeln. Vielmehr sind damit imaginierte Helden-Helfer gemeint.
- *Dem Gefühl einen Brief schreiben (E3)*: Dieser Skill kann in abgewandelter Form – d. h. mit einer umgewandelten Textvorgabe – auch als „Ermunterer“ eingesetzt werden.
- *Sich selbst einen Brief schreiben (E4)*: Alternativ dazu kann der Jugendliche auch an sich selbst einen Brief schreiben. Bei dieser Strategie wird der innere Dialog – angeleitet durch die Briefvorgabe – mit sich selbst geführt und auf einen konstruktiven Umgang mit dem Gefühl hingelenkt.
- *Gefühlsaufheiterer (E5)*: Der Gefühlsbändiger dient nicht nur als Tröster-/Beruhiger-Helfer, sondern kann natürlich genauso als „Gefühlsaufheiterer“ eingesetzt werden.
- *Auf ein Ziel hin handeln (E6)*: Impulsive Spontanreaktionen aus dem Gefühl heraus

sind insbesondere bei stark expansiven, unkontrollierten und aggressiven Jugendlichen inkompatibel mit deren Zielen und Wünschen. Dieser Erkenntnisprozess soll durch die Vermittlung bzw. gemeinsame Erarbeitung unliebsamer Folgen stark impulsgesteuerter, unreflektierter Handlungen gefördert werden.

- Vor dem Gefühlstunnel umkehren (E6): Dieser Skill eignet sich für Gefühle, die der Jugendliche als zu tief und damit nicht mehr kontrollierbar empfindet. Zur Visualisierung dieser Technik empfiehlt es sich, einen Kriechtunnel, wie er im Spielwarenhandel erhältlich ist, einzusetzen, die Auslöser und Frühwarnzeichen zu erkennen und Lösungsstrategien zum rechtzeitigen „Anhalten“ zu entwickeln.

d) Die Gefühlsredner

„Die Redner“ stellen die in der Psychotherapie bzw. Kommunikationspsychologie gängigen Skills dar, wie Ich-Botschaften senden, aktiv zuhören, Wünsche und Gefühle äußern, Kompromisse eingehen, den Körper sprechen lassen. Sie werden den Jugendlichen in den Einzelstunden mithilfe bestimmter Rollenspiele und verstärkt im Gruppensetting in spezifischen Kommunikationstrainings vermittelt.

Ganz grundsätzlich geht es also bei der Bewusstmachung eines dysfunktional-maladaptiven bzw. bei der Förderung eines konstruktiven Umgangs mit Gefühlen darum, u. a. mittels Anwendung der Helfer den Jugendlichen dahingehend zu unterstützen,

- die Angemessenheit von Gefühlen zu reflektieren (s. Intensität, Dauer)
- Handlungsimpulse zu unterdrücken, die aus einer Situation mit unangemessenen Gefühlen heraus entstehen,
- Handlungsimpulse zu funktionalisieren, die aus einer Situation mit angemessenen Gefühlen heraus entstehen (s. auch Sulz, 2000a,b, 2001, 2002).

2.3 Ansatz an der Ebene der Kognition

In der Strategischen Jugendlichkeitstherapie (SJT) erscheint es als integrativ-moderner verhaltenstherapeutischer Ansatz bedeutsam, neben der Emotionsarbeit nach wie vor alters- und entwicklungsgerecht therapeutischerseits kognitiv zu intervenieren (Mattejat 2006, s. auch Hiller et al., 2006; Leibing et al., 2005). In diesem Zusammenhang werden folgende Ziele verfolgt:

- ggf. symptombezogene maladaptiv-dysfunktionale Kognitionen zu modifizieren
- kognitive Umstrukturierungsprozesse in Bezug auf das Selbst- und Weltbild des Jugendlichen bzw. den Schlussfolgerungen daraus vorzunehmen.

Was Ziel a) anbelangt, so kommen ggf. alters- und entwicklungsgerecht die gängigen Strategien zum Einsatz, die nachfolgend zusammengefasst werden (Tab. 2.4).

Tabelle 2.4: Übersicht über gängige Strategien zur kognitiven Umstrukturierung (nach Mattejat, 2006)

Technik	Erläuterung
Relativierung	Pat.: „Die Lehrer machen einen alle nur fertig.“
	Th.: „An welchen Lehrer denkst du dabei besonders?“
Realitätsprüfung	Pat.: „Das sie mich nicht angerufen hat, hängt damit zusammen, dass sie mich nicht leiden kann.“
	Th.: „Wie kommst du darauf?“
Begriffsklärung	Pat.: „Das ist alles scheiße.“
	Th.: „Was meinst du genau damit?“
Hinterfragen von Beweisen und Sammeln von Gegenbeweisen	Pat.: „Ich werde meinen Abschluss nicht schaffen.“
	Th.: „Was spricht dafür, dass das so kommt? Was spricht dagegen?“
Kosten-Nutzen-Analyse	Th.: Welche Vor- und Nachteile hat deine misstrauische Haltung gegenüber der Clique?“
Alternative Erklärungs-suche	Pat.: „Meine Eltern wollen mich fertigmachen, deshalb darf ich nicht weggehen.“
	Th.: „Was könnte außerdem ein Grund für das Weggehverbot sein?“

Darüber hinaus ist es in der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) ein zentrales Ziel, mit Strategien zur kognitiven Umstrukturierung auf altersangemessene Weise die Überlebensregel der Jugendlichen bzw. ihre Selbst- und Weltsicht (angelehnt an Sulz, 2001, 2002, 2003) zu erarbeiten. Dieser kognitive Rahmen ist auch in der Arbeit mit Jugendlichen wichtig, da er die Möglichkeit bietet, mit den Betroffenen die Hintergründe ihrer Realitätskonstruktion herauszuarbeiten und zu differenzieren. Es geht zunächst darum, zu verstehen, warum eine Person die Situation ähnlicher oder unterschiedlicher interpretiert als die andere. Gerade im Jugendalter fühlen sich die Betroffenen als „Marginalpersonen“ isoliert und unverstanden. Nicht selten wird in der Literatur zudem von der jugendlichen Egozentrik gesprochen, wo sich Jugendliche beäugt und im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit sehen – allerdings nicht im positiven Sinne: Jugendliche empfinden in diesem Zusammenhang Unbehagen und Unsicherheit. Obwohl die Literatur zu diesem Thema über umstrittene und widersprüchliche Erkenntnisse und Befunde berichtet, bringt der kritische und in seiner Dynamik und seinem Entwicklungspotential besondere Lebensabschnitt nicht selten Unsicherheiten mit sich. Die Persönlichkeit entfaltet sich, Identitätsarbeit wird geleistet – mehr oder weniger erfolgreich und befriedigend (Höfer, 2000; Kohnstamm, 1999). Vor diesem Hintergrund empfinden vor allem Jugendliche mit psychischen Problemen die Erwachsenenwelt nicht selten – wenn auch z.T. im Rahmen des Ablösungsprozesses – als fremd, feindselig und verständnislos. Mit neuen kognitiven Strukturen ausgestattet und neuen Entwicklungsaufgaben (Hurrelmann, 1997; Oerter

& Dreher, 1995; Remmschmidt, 1992) konfrontiert, ist die Realitätskonstruktion der Jugendlichen z.T. mit noch unreifen, wenig differenzierten und zum Teil stark maladaptiv-dysfunktionale Empfindungen assoziiert. Auch die bisherigen Erfahrungen im Sinne der individuellen Lerngeschichten gelten dabei als prägend. Genau das gilt es, den Jugendlichen in einer Art Metaebenenarbeit zu vermitteln: Bei Wertschätzung der Funktionalität bisheriger Realitätskonstruktionen wird durch die Reflexion von „Deine Realität ist nicht meine Realität“ die bisherige Realitätskonstruktion anteilig kritisch betrachtet – unter Berücksichtigung dessen, dass es Überlappungen und konforme Wahrnehmungselemente gibt, ohne die eine zwischenmenschliche Verständigung nicht möglich wäre. Bestimmte soziale Signale können als klar interpretierbar definiert werden und müssen von den Jugendlichen erst als solche erkannt werden. Die Jugendlichen werden mit entsprechenden Übungen und Reflexionen dazu angeregt, Erlebtes zu überdenken und eine Beobachterposition einzunehmen, die im Sinne einer Metaperspektive ein reflexartig gewohntes und unüberlegtes bzw. stark affektiv besetztes fehlreguliertes Handeln abfangen kann. Die Jugendlichen lernen kognitiv zu begreifen, welche Bedeutsamkeit ihre Grundbedürfnisse, -ängste und Wutimpulse letztlich für ihr Verhalten besitzen. Hierzu werden gemeinsam mithilfe von Bedürfnis-, Angst-, Wutfragebögen bzw. einem Fragebogen zur Selbstwirksamkeitsüberzeugung die individuelle Überlebensregel und das persönliche Selbst- und Weltbild erarbeitet. Dabei erscheint es sehr wichtig, anschauliche Metaphern für das Konzept zu wählen, um den Jugendlichen komprimiert ein Erklärungsmodell für Gefühle, Bedürfnisse und Beziehungsgestaltungsmuster zu bieten. Dieses soll nicht anklagen und beschuldigen, sondern vielmehr ein Gewordensein zeichnen, das auf Erfahrungen basiert und das – im Sinne der Funktionalität – als Leistung im Sinne einer Überlebensstrategie anzuerkennen ist. So schwer es dem Therapeuten und/oder dem Jugendlichen zum Teil fallen kann, dies anzuerkennen, so zentral ist dies in Hinblick auf die therapeutische Beziehung und das Ziel der Entwicklungsförderung. Therapeutische Hilfsmittel können, unter Berücksichtigung des Alters- und Entwicklungsaspekts, der affektiven und kognitiven Reife sein:

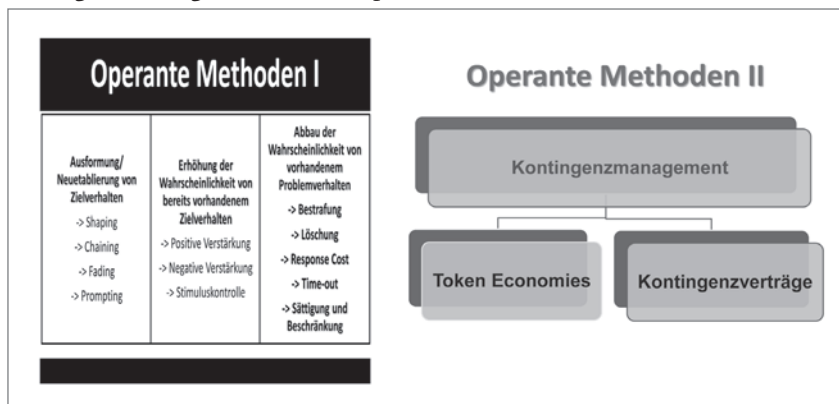
- > der Einsatz von Bilderbüchern/ therapeutischen Geschichten/ Gleichnissen
- > Medien, wie Bauklötze, Stühle, Handpuppen, Farben, Papier

Die Bewusstmachung, dass die Überlebensregel und die damit verbundenen Persönlichkeitszüge vor dem Hintergrund der Biographie des Jugendlichen als Leistung zu verstehen sind, die ein emotionales Überleben möglich mach(t)en, stellt einen funktionalen Perspektivenwechsel dar, der die Notwendigkeit des Gewordenseins wertschätzt, ohne den Menschen von seiner Verantwortung und Einflussnahmemöglichkeit freizusprechen. Mit der Strategischen Jugendlichkeitstherapie (SJT) wird den Jugendlichen ein Umdenken möglich gemacht bzw. die Möglichkeit einer alternativen Lebens- und Beziehungsgestaltung in gewissen Bereichen aufgezeigt. Zunächst wird über die eigene Selbstwirksamkeit reflektiert und das Selbsteffizienzerleben beleuchtet. In Anlehnung an die Marginalposition des Jugendlichen ist dieses Thema bedeutsam: In diesem Stadium zwischen Kindsein und Erwachsenenalter verschieben sich die individuellen Einflussnahmemöglichkeiten und Anforderungen der Umwelt auf eine sehr widersprüchliche und diskontinuierliche Weise, was die Integration verschiedenster diesbezüglicher Erfahrungen in das Selbstbild erfordert. Der Jugendliche lernt, Selbsteffizienzerleben aufzubauen und idealerweise innerhalb des therapeutischen Prozesses neue Möglichkeiten und Grenzen besser zu akzeptieren.

2.4 Ansatz an der Ebene des Verhaltens

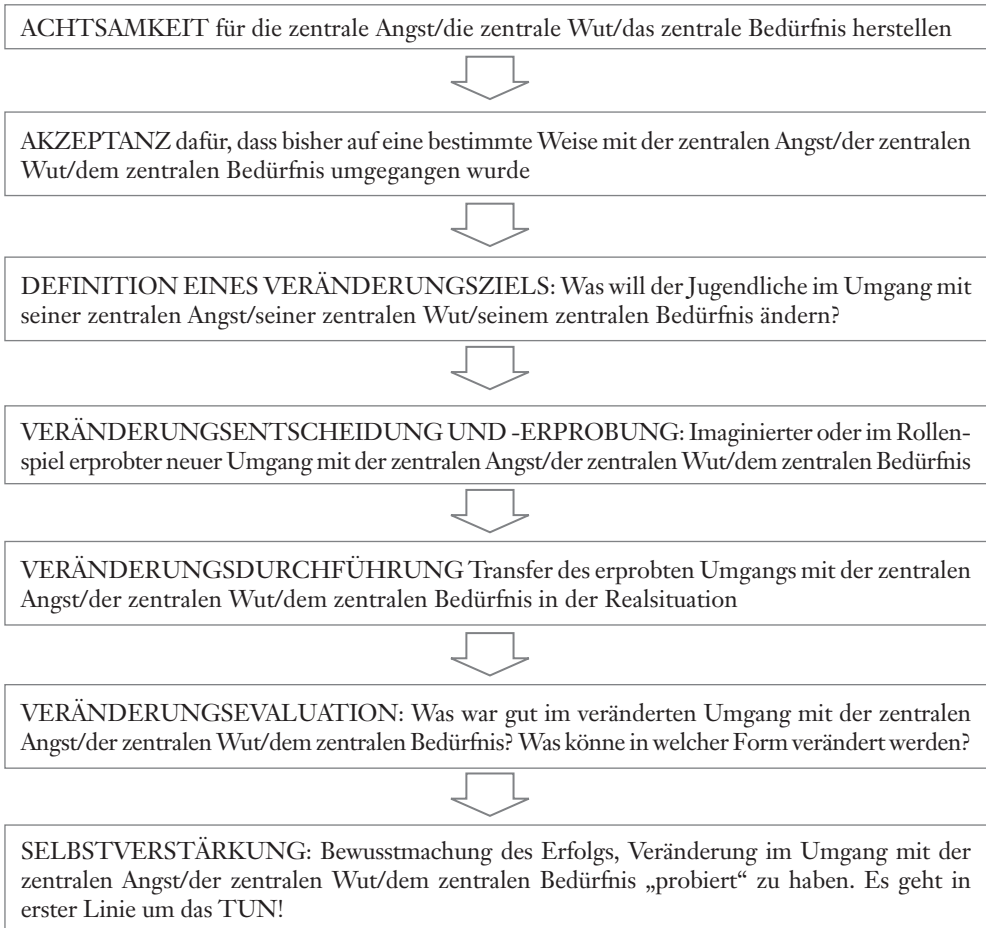
Die Verhaltensebene spiegelt letztlich Modifikationen auf der emotionalen bzw. kognitiven Ebene in dem Sinne, dass der Jugendliche im Zusammenhang mit kognitiven Veränderungen bzw. emotionalen Regulatoren sichtbares adaptiv-funktionales Verhalten zeigt oder aber dass sich emotionale und kognitive Veränderungen durch konkrete Verhaltensänderungen einstellen. Die Verhaltensänderungen werden dabei vom Therapeuten explizit gemacht und verbal verstärkt. Alternativ bzw. ergänzend hierzu wird mit Jugendlichen im sokratischen Dialog erarbeitet, welche Komponenten des adaptiv-funktionaleren Verhaltens ihn zufriedenstellen oder mit positiven Gefühlen und Erfahrungen assoziiert sind, so dass im Sinne der Selbstverstärkung das adaptiv-funktionale Verhalten gefestigt wird. In der SJT werden dabei wie in der Strategischen Kurzzeittherapie bzw. der Strategisch-Behavioralen Therapie (Hauke, 2013; Sulz, 1998, 2000, 2001, 2002, 2003; Sulz & Hauke, 2009) die zentralen Ängste, Bedürfnisse und Wutimpulse als handlungssteuernde Mechanismen angesehen, die mit dem Jugendlichen in Zusammenhang mit seinem sichtbaren Verhalten erarbeitet und validiert werden. Dem Jugendlichen wird in der Therapie signalisiert, dass seine Ängste, Bedürfnisse und Wutimpulse ernst zu nehmen und zu respektieren sind, so dass er sie nicht übergehen bzw. vermeiden muss, sondern als handlungssteuernd annehmen kann. Gleichzeitig wird gemeinsam überlegt, auf welche Weise der Jugendliche adaptiv-funktionaler, d. h. erfolgreicher mit seinen Bedürfnissen, Ängsten und/oder Wutimpulsen umgehen kann. An dieser Stelle kommen Imaginationsübungen, die Erarbeitung von Verhaltensplänen genauso zum Tragen wie Rollenspiele. Individuell bzw. alters- und entwicklungsbezogen abgestimmt, kommen dabei auch die klassischen verhaltenstherapeutischen Strategien des Verhaltensauf- bzw. -abbaus zur Wirkung. Hierzu nachfolgende Tabelle zur Übersicht.

Tabelle 2.5: Klassische VT-Methoden zum Verhaltensauf- bzw. -abbau im Rahmen der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT)



Die affektiv-kognitiven Schemata – und damit zentrale Bedürfnisse, Ängste und Wutimpulse – der Jugendlichen berührend, durchlaufen therapeutisch forcierte Verhaltensänderungen dabei im Rahmen der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) analog zu Sulz (2001, 2002) folgenden Prozess (Tab. 2.6).

Tabelle 2.6: Schritte der Verhaltensänderung in der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT), analog zu Sulz (2001, 2002)



2.5 Ansatz an der Körperebene

Wenngleich generell die einzelnen Ebenen der SJT-Interventionen tendenziell verschränkt sind, so ist insbesondere bezüglich der Körperebene deren Synchronität mit den anderen Interventionsebenen herauszustellen, weshalb sie andererseits weniger konkret von den anderen Interventionsebenen abgegrenzt dargestellt werden kann: Körperempfindungen spielen als „somatische Marker“ (Damasio, 2003; Storch, 2005, 2011) im Rahmen symptom-, emotions-, kognitions- und verhaltensbezogener Interventionen eine wichtige Rolle, weshalb sie während des entsprechenden therapeutischen Arbeitens Beachtung finden müssen. Graphisch kann dieser Sachverhalt folgendermaßen dargestellt werden:

Abbildung 2.5: Körperbezogene Interventionen in der Strategischen Jugendlichtherapie (SJT)

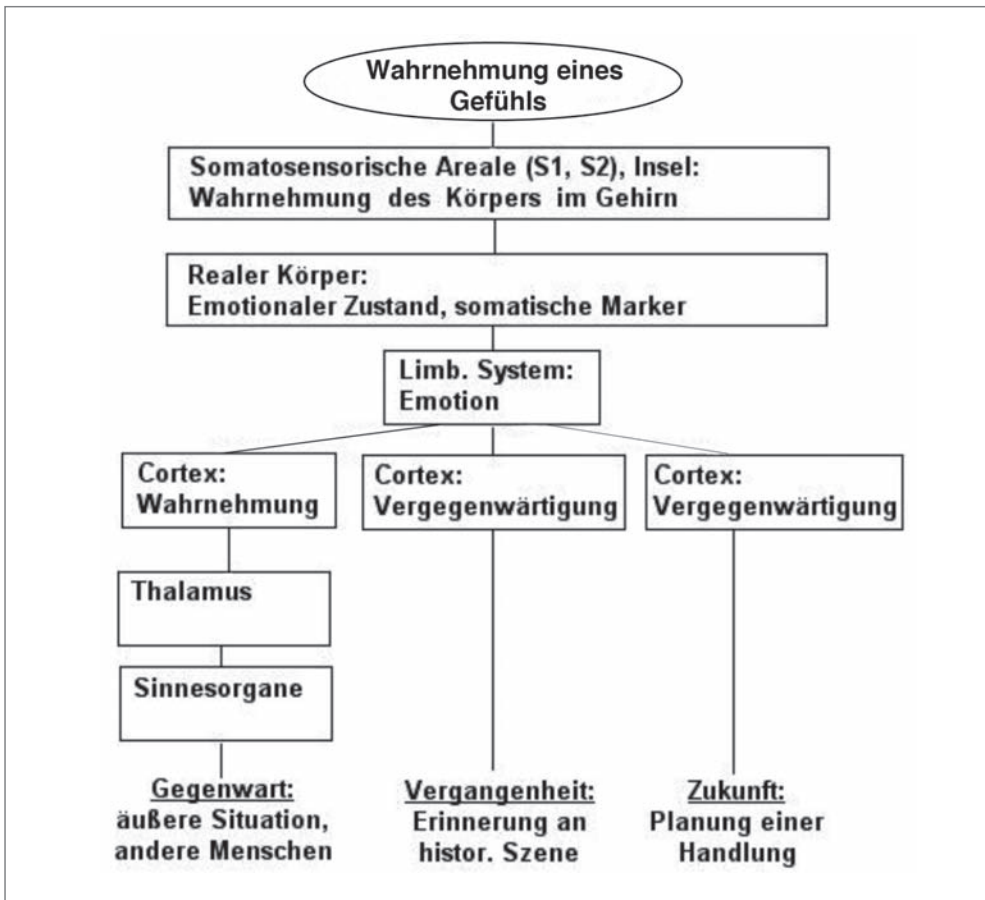


Insofern sind die jeweiligen körperbezogenen Interventionen immer auf individuelle Weise eng an die jeweiligen Interventionen der anderen vier Ebenen gekoppelt. Bezugnehmend auf die historische Entwicklung körperbezogener Interventionen innerhalb der Verhaltenstherapie schreibt Sulz in seinem Artikel „Was macht der Kopf ohne Körper? Oder: Verhaltenstherapie mit Leib und Seele“ (2010): „Zunehmend wurde Piagets (1972, 1976) Theorie der kognitiven Schemata aufgegriffen. Schemata sind psychische Strukturen, die eine Optimierung der Meisterung von wiederkehrenden Situationen ermöglichen. Neben kognitiven, emotionalen, somatischen Schemata und Handlungsschemata können wir auch von komplexen motivationalen Schemata (z. B. Bedürfnisbefriedigung, Leistung, Konkurrenz etc.) ausgehen. In einer Situation wird ein Schema aktualisiert, das oft zunächst zu körperlichen Reaktionen führt. Das komplexe motivationale Schema ist mit einer ganzheitlichen Erinnerung assoziiert, entsprechend dem von Damasio (1990) beschriebenen inneren Szenario. Das komplexe motivationale Schema wird auch propriozeptiv ausgelöst. Eine in sich zusammengefallene Körperhaltung kann Bestandteil eines Schemas sein, das mit Niedergeschlagenheit und Gedanken von Selbstvorwurf assoziiert ist. Das wirksamste verhaltenstherapeutische Verfahren ist die Expositionstherapie. Sie nutzt die emotionsauslösende Wirkung von Körperhaltungen und -reaktionen, z. B. bei der Emotionsexposition, einer emotionsintensivierenden Maßnahme, die den bewussten Zugang zu einem Gefühl herstellen soll. Wer keinen bewussten Zugang zu dem Gefühl des Ärgers hat, wird gebeten, Ärger körperlich auszudrücken, z. B. die leicht geballten Fäuste stärker zu ballen, dann wieder auf sein Gefühl zu achten, die Fäuste noch mehr zu ballen, sein Gefühl wieder wahrzunehmen, sich zu vergegenwärtigen, was sein Kontrahent ihm angetan hat usw.

Dabei wird versucht, die im impliziten emotional-szenischen Gedächtnis gespeicherten Schemata zu aktualisieren. Sie stehen realen Erfahrungen gegenüber. Wenn diese nicht assimilierbar sind, kann der Patient durch Akkommodation die dysfunktionalen Schemata modifizieren.“

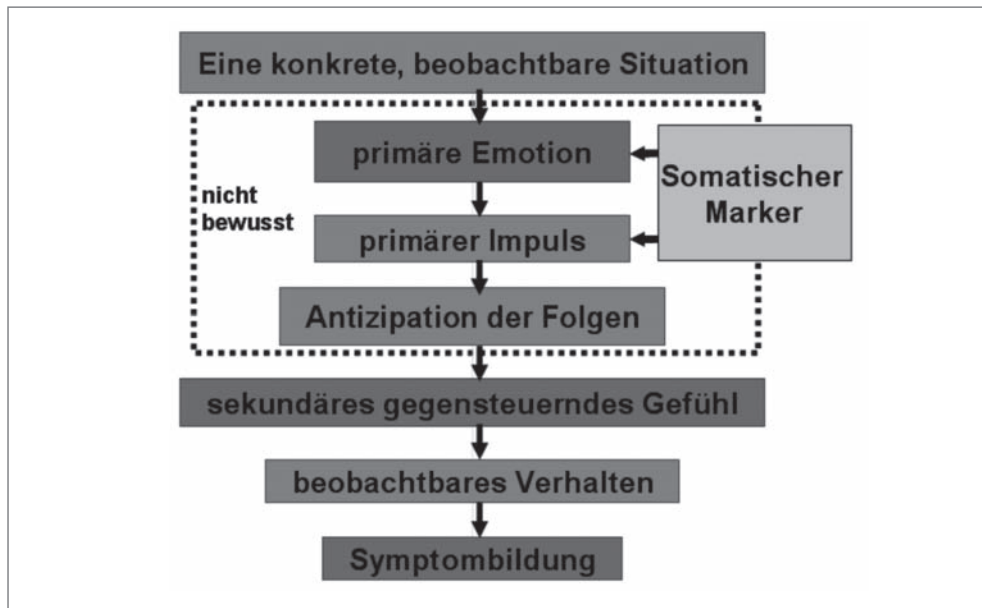
Entsprechend wird im Rahmen der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) ebenfalls versucht, mittels Fokussierung auf den Körper (z. B. im Rollenpiel oder in einer Imaginationsübung) Emotionen spür- und regulier- bzw. modifizierbar zu machen und eine Differenzierung zwischen Emotion und Empfindung beim Jugendlichen zu erreichen, die auch auf der Metaebene reflektiert werden kann. Biographisch etablierte Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung können unter Einbezug der Körperebene – nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines neurobiologischen Verständnisses – tiefer und z.T. schneller therapeutisch bearbeitet werden, was die Strategische Jugendlichenherapie (SJT) für sich nutzbar macht.

Abbildung 2.6: Der Körper im Gehirn (aus Sulz, 2005, S. 17)



Die sogenannten somatischen Marker (Damasio, 1990; Sulz, 2005, 2010) finden in der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) insbesondere während der therapeutischen Arbeit mit der Reaktionskette Beachtung, was Sulz (2010) graphisch folgendermaßen darstellt:

Abbildung 2.7: Reaktionskette bis zur Symptombildung und somatische Marker als Diagnostikum (aus Sulz, 2005)



An dieser Stelle wird deutlich, dass die Arbeit mit den somatischen Markern an den primären Emotionen und den damit verbundenen Handlungsimpulsen ansetzt, um schließlich so eine Veränderung der Emotionsregulation und deren Umsetzung auf der Verhaltensebene zu erreichen, dass der Symptomatik entgegengewirkt wird.

3 Inhaltliche Planung und Gestaltung der Therapiesitzungen in der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT)

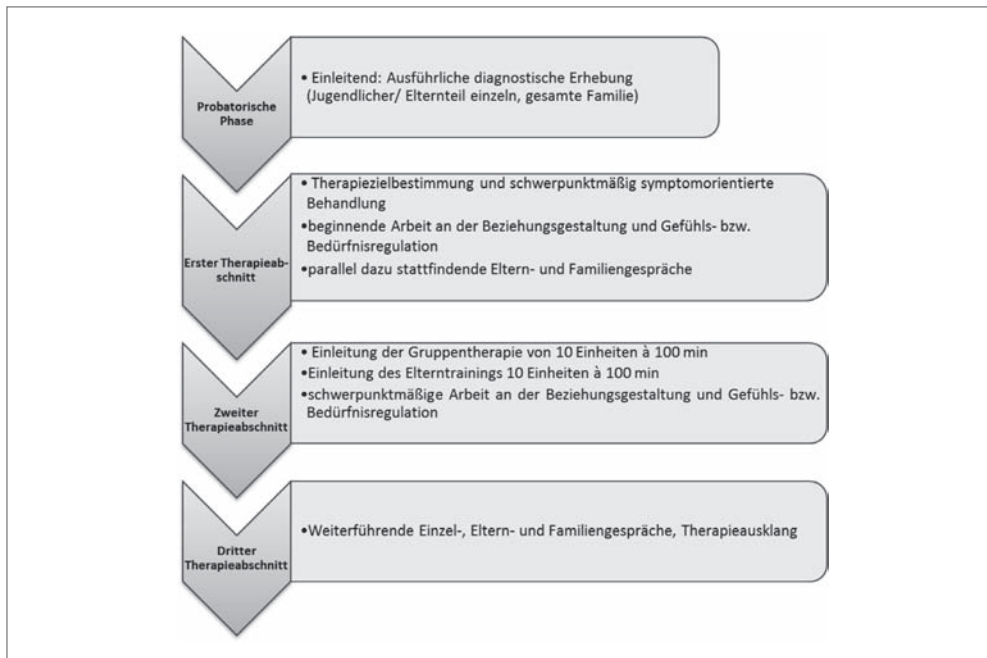
Letztlich ergeben sich folgende Kriterien für die Indikation einer SBT:

Tabelle 3.1: Indikationen für die Strategische Jugendlichentherapie

- Der Jugendliche ist beim Erstgespräch zwischen 13 und 18 Jahre alt, keine Geschlechtsspezifität.
- Der Jugendliche kann mit seiner Störung ambulant behandelt werden, keine Störungsspezifität.
- Der Jugendliche kann sich grundsätzlich eine Phase der Gruppentherapie vorstellen und stimmt dieser als Zugangsvoraussetzung zu.
- Sowohl die im Haushalt des Patienten lebenden Eltern(-teile) als auch ggf. (bei Trennung oder Scheidung) der in der Familie lebende neue Partner des Elternteils stimmen der Teilnahme an der Therapie und an dem Elterntraining als Zugangsvoraussetzung zu. Ausnahmen werden gut überlegt und nur selten eingeräumt.
- Eltern/Partner der Eltern und Jugendlicher stimmen einer ausführlichen Verlaufserhebung und damit verbundenen Fragebogenkontrolle zu.

Mit Beginn der Therapie leitet sich aus einer relativ ausführlichen Diagnostikphase die primär zwischen dem Therapeuten und dem Jugendlichen stattfindende Therapiezielbestimmung ab. Zudem werden im ersten Therapieabschnitt mit den Eltern und dem Patienten psychoedukative Gespräche zur Symptomenstehung und -aufrechterhaltung geführt bzw. ein gemeinsames Störungsverständnis in Ansätzen erarbeitet, das die gemeinsame Arbeitsgrundlage darstellt und sich in den bestimmten Therapiezielen widerspiegelt. Nach dieser einleitenden Phase wird zunächst mit dem Jugendlichen im Einzelsetting schwerpunktmäßig symptomorientiert gearbeitet bzw. beginnende therapeutische Arbeit an der Beziehungsgestaltung und Gefühls- bzw. Bedürfnisregulation geleistet. Parallel dazu laufen Eltern- und Familiengespräche mit dem Ziel, die dysfunktionalen, die Symptomatik des Jugendlichen aufrechterhaltenden interpsychischen Prozesse zu bearbeiten. In einem zweiten Therapieabschnitt greifen im wöchentlichen Wechsel stattfindende Einzel- und Gruppensitzungen die hinter der Symptomatik stehenden Themen der Bedürfnis- und Gefühlsregulation bzw. Beziehungsgestaltung beim Jugendlichen tiefer und differenzierter auf. An diesem Punkt der Therapie beginnt für die Eltern gleichzeitig ein obligatorisches Elterstraining. Im letzten Abschnitt der Therapie finden weiterführende Einzel- und Familiengespräche statt, die – in Abhängigkeit von der Schwere der Problematik – schneller und langfristiger die Therapie ausschleichen:

Abbildung 3.1: Therapeutische Stationen der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT)



3.1 Einzelmodus: Inhalt und Ablauf

Die Therapie beginnt mit einem Erstgespräch, an dem möglichst beide Eltern und der Indexpatient teilnehmen, um die Eltern und den Jugendlichen in der Interaktion beobachten zu können und die ersten sich daraus ableitbaren Hypothesen zu bilden. Zu Beginn des Erstgesprächs schildern der Jugendliche und die Eltern frei, weshalb der Termin an unserem Institut vereinbart wurde bzw. welche Problematik den Jugendlichen und seine Eltern hierher führt. Nach etwa 25 Minuten beginnt der Therapeut mit den ersten hypothesengeleiteten Fragen, um sein bisheriges Störungsverständnis zu vertiefen und zu konkretisieren. Sofern der Patient die Kriterien zur Teilnahme an der Strategischen Jugendlichentherapie erfüllt, werden im Anschluss die weiteren diagnostischen Sitzungen vereinbart. Die weiteren vier Sitzungen der diagnostischen Phase beinhalten auch eine ausführliche Fragebogenerhebung für die Eltern und den Jugendlichen, die zum Ziel hat, die Verhaltens- und Bedingungsanalyse der Symptomentstehung und -aufrechterhaltung zu erheben:

Was die Mikroebene der Symptombildung und -aufrechterhaltung betrifft, so kommt zum einen das BSI (Franke, 2000) und das eng an die ICD-10 (Dilling, 1999; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001) angelehnte Interview VDS-14J zum Einsatz, um zunächst die aktuell vorherrschende Symptomatik zu erfassen. Sofern die Abklärung der intellektuellen Begabung und von Teilleistungsstörungen nicht vorliegt, erfolgt diese ebenfalls. Im Anschluss daran wird die Reaktionskette primäre Emotion, primärer Handlungsimpuls, Antizipation der Folgen, sekundäres Gefühl, vermeidendes Verhalten, Symptom, kurzfristige Konsequenz (nach Sulz, 2000, 2001, 2003) erhoben.

Zur Erfassung der einzelnen Faktoren, die für die Makroebene von Bedeutung sind, werden die Lebenssituation und die relevanten Beziehungen, die zum Symptombeginn vorherrsch(t)en, erfasst (Sulz, 2000, 2001, 2003). Zudem werden die Konsequenzen exploriert, die im Lebens- bzw. Beziehungskontext des Jugendlichen und seiner Familie die Symptombildung und -aufrechterhaltung erklären. Die Eltern und der Jugendliche füllen außerdem anamnestische Fragebögen aus, die der Therapeut mit den Eltern und dem Jugendlichen im Anschluss bespricht. Was die Organismusvariable des Patienten angeht, so werden mit den entsprechenden Fragebögen die Komponenten „zentrale Bedürfnisse“, „frustrierendes Elternverhalten“, „meine Angst“, „mein zentraler Ärger, meine Wut“, „meine Gefühle“, „meine Persönlichkeit“ und „meine Entwicklungsstufe“ erhoben. Sie dienen dazu, die Überlebensregel des Jugendlichen bzw. seine Selbst- und Weltsicht herauszufinden und im weiteren Verlauf der Therapie zu thematisieren bzw. zu bearbeiten und zu funktionalisieren. Danach bestimmen der Therapeut und der Jugendliche gemeinsam drei Therapieziele nach der Methode der Therapiezielbestimmung, die sich bei Sulz (1998, 2001) findet. Hierbei geht es primär darum, die Transparenz des therapeutischen Prozesses zu schaffen und damit das Therapiebündnis zu festigen. Zudem dient das Instrument dazu, eine Therapieverlaufsmessung – subjektiv jeweils durch den Patienten und den Therapeuten eingeschätzt – zu unternehmen. Das Instrument eignet sich gut dazu, im Sinne eines „Therapieverlaufsthermometers“ den subjektiv empfundenen Stand der Therapie zu messen, und findet in diesem Sinne im Laufe der Therapie mehrfach Anwendung. Es ist als Spiegel des Therapieprozesses und der bereits abgearbeiteten bzw. noch anzustrebenden Ziele zu verstehen.

Tabelle 3.2: Erhebungsinstrumente im Rahmen der therapieeinleitenden Phase

Mikroebene	VDS1-KJa-Basisbogen VDS1-KJe-Zusatzbogen für Kinder im Schul- und Jugendalter VDS1-KJf-Eigenanamnese für Schul- und Jugendalter
Makroebene	VDS1-KJa-Basisbogen VDS1-KJe-Zusatzbogen für Kinder im Schul- und Jugendalter VDS1-KJf-Eigenanamnese für Schul- und Jugendalter „Zentrale Bedürfnisse“ (SJT09) „Frustrierendes Elternverhalten“ (SJT10) „Meine Angst“ (SJT11) „Mein zentraler Ärger, meine Wut“ (SJT11b) „Meine Gefühle“ (SJT13) „Meine Persönlichkeit“ (SJT18) „Meine Entwicklungsstufe“ (SJT22)
Therapiezielbestimmung	„Meine Therapieziele“
Sonstiges	Testpsychologische Abklärung der intellektuellen Begabung Testpsychologische Abklärung zu Teilleistungsproblematiken

Nach dieser einleitenden Phase beginnt der Therapeut grundsätzlich, zunächst mit dem Patienten und den Eltern innerhalb eines psychoedukativen Teiles Aufklärungsarbeit bezüglich der spezifischen Symptomatik zu leisten. Dies geschieht durch ein allgemeines Modell der Symptomentstehung und -aufrechterhaltung, das mithilfe des sokratischen Dialogs mit Eltern und Jugendlichen auf die individuelle Problematik zugeschnitten wird. Das zugrunde gelegte Störungsmodell bezieht sich auf das bereits beschriebene Konzept der Symptomentstehung und -aufrechterhaltung nach Sulz (2001, 2003).

Die eigentliche Symptomtherapie besteht aus der Anwendung symptom- bzw. störungsspezifischer Interventionen der Verhaltenstherapie, was mit der Symptomtherapie nach Sulz kombiniert wird, wonach der Jugendliche während der Symptomtherapie bewusst schrittweise die Phasen der Achtsamkeit, der Akzeptanz, der Bereitschaft, der Exposition und der Selbstverstärkung durchläuft (s. Punkt 2.1). Das sich im weiteren Therapieverlauf anschließende Gruppenkonzept wird unter Punkt 3.2 ausführlicher dargestellt.

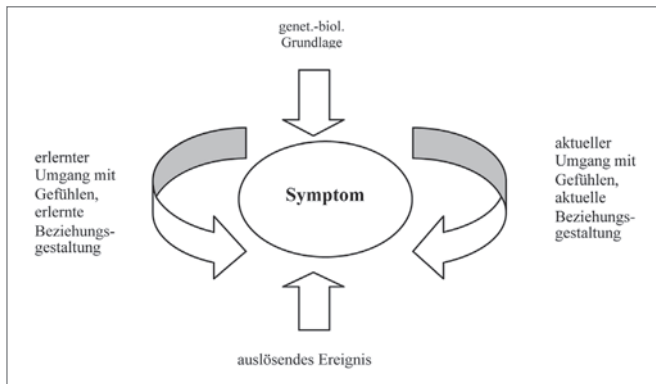


Abbildung 3.2.
Symptomentstehung
und -aufrechterhaltung

lebensgeschichtliche Erfahrungen (vor allem sozioökologische Begrenzungen)

An dieser Stelle soll der Sinn des damit kombinierten Einzelsettings im wöchentlichen Wechsel aufgezeigt werden. Die zwischen den Gruppenstunden stattfindenden Einzelsitzungen des zweiten Therapieabschnittes haben zum einen die Funktion, die Gruppensitzungen zu reflektieren. Zudem geht es darum, die sich aus den Gruppensitzungen herauskristallisierenden individuellen Themen des Jugendlichen weiter zu bearbeiten und Widerstände gegen das Gruppensetting, die vor allem anfangs und bei Konfrontation mit sozialen Defiziten aufkommen, aufzulösen sowie eine Integration in die Gleichaltrigengruppe im Dienste des adoleszenten-spezifischen Ablösungsprozesses zu fördern. Zudem sollen die Einzelsitzungen dem Jugendlichen Raum für Themen geben, die er in der Gruppe nicht ansprechen möchte, und die therapeutische Beziehung durch dosierte und reduzierte uneingeschränkte Aufmerksamkeit ausreichend tragfähig halten.

Die sich mit dem letzten Therapieabschnitt anschließende Rückkehr zum Einzelsetting bzw. die Häufung von Eltern-Kind-Sitzungen dient nun dazu, die aufgebauten Skills in den Bereichen Beziehungsgestaltung und Emotionsregulation in der Konfrontation mit den nächsten Bezugspersonen zu festigen und das Entwicklungspotential der Familie zu fördern bzw. funktionale(re) Individuation des Jugendlichen unter Berücksichtigung und Reduktion symptomaufrechterhaltender innerfamiliärer Dynamiken möglich zu machen.

3.2 Gruppenmodus: Inhalt und Ablauf

Was die Rahmenbedingungen der Jugendgruppen betrifft, so ist einleitend festzuhalten, dass der Therapeut, der die Einzelsitzungen macht, auch der Therapeut ist, der mit den Jugendlichen die Gruppentherapie durchführt. Die Gruppentherapien in unserer Jugendambulanz finden dabei immer mit einem Co-Therapeuten statt, idealerweise in der Kombination aus einem weiblichen und einem männlichen Therapeuten. Der Wechsel vom Einzel- in das kombinierte Setting erfolgt nach etwa einem Dreivierteljahr, wobei die Jugendlichen über einen Zeitraum von etwa sechs Monaten pro Monat zwei Einzelsitzungen à 50 min und zwei Gruppensitzungen à 120 min bei insgesamt 15 Gruppensitzungen haben.

Die Jugendgruppen sind bei einer Gruppenstärke von sechs Personen in zwei Alterskategorien aufgeteilt: die 13- bis 15-Jährigen und die 16- bis 18-Jährigen, wobei männliche und weibliche Patienten gemeinsam teilnehmen und die Unterschiedlichkeit der Symptomatik bewusst nicht in den Vordergrund rückt, was sich aus den für alle Jugendliche relevanten Zielen des Gruppenkonzepts erklärt.

Die Ziele der Gruppentherapie werden den Jugendlichen als eine „Annäherung bzw. Antwort auf die fünf W-Fragen“ vorgestellt:

- Was brauche ich von meiner zentralen Bezugsperson?
- Was bereitet mir Freude, was macht mir Angst, was macht mich traurig oder wütend?
- Wie gehe ich mit mir und anderen um?
- Wie würde ich gerne mit mir und mit anderen umgehen?
- Womit habe ich Probleme, und was sind meine Stärken?

Die schwerpunktmäßige psychotherapeutische Zielorientierung dieses Therapieabschnittes besteht somit in der Reflexion personenbezogener bzw. interaktiver Prozesse bzw. der eingangs genannten Förderung einer funktionalen Emotionssteuerung und funktionalen Beziehungsgestaltung. Die zentrale Bedeutung der **ersten Gruppeneinheit** besteht

hierbei in der allgemeinen Einführung, die dem Jugendlichen Transparenz und Über-schaubarkeit vermitteln soll. Das gemeinsame Aufstellen von Gruppenregeln dient darüber hinaus der Festigung des Gefühls von Kontrolle, Einflussnahme und Sicherheit, wobei die Vermittlung eines geschützten Rahmens dabei ebenfalls den Aspekt „persönlicher Grenzen“ impliziert. Innerhalb der **zweiten Gruppeneinheit** ist neben der Förderung des Kontakts zwischen den Gruppenteilnehmern die Differenzierung der sozialen Wahrnehmung ein zentrales Ziel. Eine funktionale soziale Wahrnehmung ist in der Interaktion mit anderen als auslösendes Moment für funktionale Beziehungsgestaltung äußerst bedeutsam. Zudem wird das Thema der Realitätskonstruktion berücksichtigt und dessen Einfluss auf die soziale Interaktion herausgearbeitet. Zudem werden Erfahrungen mit der eigenen sozialen Wahrnehmung intensiver analysiert und Einflussfaktoren gesammelt, die die Objektivität einer erlebten Situation reduzieren, um letztlich eine differenzierte Wahrnehmung sozialer Situationen zu schärfen und die Selbstreflexion des Jugendlichen anzuregen. Die **dritte Trainingseinheit** hat zum Ziel, den Jugendlichen das Konzept der Überlebensregel als kognitiven Rahmen für Gedanken, Gefühle und Verhalten darzulegen, d. h., dem Jugendlichen die Prägung der Persönlichkeit durch die eigene Biographie zu verdeutlichen. Gleichzeitig soll dem Jugendlichen die Möglichkeit zur Einflussnahme auf Situationen im Sinne der Selbstwirksamkeit vermittelt werden, d. h. die Erkenntnis angestoßen werden, dass der Jugendliche trotz und mit seiner ihn prägenden Biographie in aktuellen Situationen Einfluss auf seine Gefühle und sein Verhalten besitzt. Die **vierte Trainingseinheit** ist als Einstieg in die intensivere Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen zu verstehen. Auf zunächst allgemeiner Ebene werden „Gefühle des Menschen“ gesammelt sowie Funktion und Ausdrucksmöglichkeiten von Gefühlen analysiert. Zentral erscheint in diesem Zusammenhang die Vermittlung einer grundsätzlichen Akzeptanz jeglichen gefühlsmäßigen Erlebens. Zudem beinhaltet diese Trainingseinheit die Schärfung der Körperwahrnehmung und die Erarbeitung des Einflusses der Körpersprache auf die soziale Interaktion bzw. die Bewusstmachung der Möglichkeiten der Körpersprache im Umgang mit Gefühlen. Die **fünfte Trainingseinheit** dient einer Differenzierung der eigenen Gefühlswelt: häufige, abgelehnte und gefürchtete Gefühle der Jugendlichen werden gemeinsam erarbeitet und analysiert. In der Auseinandersetzung mit diesen Gefühlen lernt der Jugendliche, seine Gefühlswelt zu differenzieren und besser zu verstehen. Zudem soll durch Förderung der Akzeptanz und Integration verschiedener Gefühlsqualitäten in das Selbstbild ein funktionaler und gesundheitsfördernder Umgang mit Gefühlen unterstützt werden. Die sich daran anschließende **sechste Trainingseinheit** befasst sich mit dem bisherigen Umgang der Jugendlichen mit ihrem gefühlsmäßigen Erleben und der Unterscheidung funktionaler vs. dysfunktionaler Umgangsformen mit häufigen, abgelehnten und gefürchteten Gefühlen. Innerhalb der **siebten Trainingseinheit** wird ein funktionaler Umgang mit den verschiedensten Gefühlsqualitäten konkretisiert, um in nächster Konsequenz ein Kommunikationstraining einzuleiten, das den Jugendlichen nahebringen soll, wie wichtig „Gefühls- und Bedürfniskommunikation“ sein können. In diesem Zusammenhang sollen soziale Kompetenzen gesteigert und ein adäquater Umgang mit Erfolgs- und Misserfolgserebnissen gefördert werden, was letztlich einer funktionalen Emotionsregulation zuträglich sein soll. Gerade das Thema „Aggressionen“ und der Umgang mit denselben bereiten vielen Jugendlichen starke Probleme, so dass hierfür die **achte Trainingseinheit** verwendet wird. Die **neunte Trainingseinheit** dient der Entdeckung und Festigung eigener Stärken mit-

hilfe der übrigen Gruppenteilnehmer, was im Sinne ressourcenorientierten Arbeitens der Steigerung des Selbstbewusstseins und des Selbsteffizienzerlebens dient. Der Würdigung einer längeren Phase intensiver Zusammenarbeit, dem Thema „Abschied“ und den damit verbundenen Gefühlen soll eine letzte gemeinsame **zehnte Einheit** eingeräumt werden.

Nachfolgende Tabelle skizziert Zielorientierung, inhaltliche/zeitliche Orientierung und die zu beachtenden Wirkfaktoren des Konzepts hierzu im Überblick:

Tabelle 3.3: Gruppenkonzept der Strategischen Jugendlichentherapie im Überblick

Zielorientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion personeninterner bzw. interaktiver Prozesse in Bezug auf wichtige Beziehungen • Funktionale Emotionssteuerung und funktionale Beziehungsgestaltung • Förderung einer funktionalen Bewältigung des Entwicklungsabschnittes „Adoleszenz“ aufseiten der Eltern und der Jugendlichen
Inhaltliche Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der sozialen Wahrnehmung • Erarbeitung der Überlebensregel • Erarbeitung häufiger/ abgelehnter/ gefürchteter Gefühle • Erarbeitung des bisherigen Umgangs mit Gefühlen • Erarbeitung eines funktionalen Umgangs mit Gefühlen durch Erlernen entsprechender Skills • Erarbeitung von Problemlösestrategien • Erarbeitung von Stärken und Ressourcen
Zeitliche Orientierung	je 120 min bei 15 Sitzungen
Wirkfaktoren aufseiten der Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstoffenbarung und -erfahrung • Änderungsmotivation • Konkrete (Verhaltens-)Übungen und Transferübungen in den Alltag
Wirkfaktoren aufseiten des Gruppenleiters	<ul style="list-style-type: none"> • Klarheit und Transparenz (s. auch Psychoedukation) • Respektvolle Grundhaltung • Validierung und Konfrontation in ausgewogenem Maße • Einbezug möglichst aller Teilnehmer • Grenzen akzeptieren und von dysfunktionaler Verweigerungshaltung unterscheiden

3.3 Elterntraining: Inhalt und Ablauf

Parallel zur gerade skizzierten Gruppentherapie für die Jugendlichen findet ein Elterntraining statt, das für jeden Elternteil obligatorisch ist (s. Tab. 3.1: Indikationen für die Strategische Jugendlichentherapie). Den Eltern soll die Möglichkeit geboten werden, funktionale Entwicklungsbedingungen für die Jugendlichen zu erkennen, zu reflektieren und zu fördern. Vor dem Hintergrund intraindividuelle[r] physiologischer und psychischer

Veränderungen tritt der Jugendliche in einen veränderten Kontakt mit der ihn umgebenden sozialen Umwelt: Er wird hierbei als ein sich selbst organisierendes, die individuelle Realität konstruierendes Wesen innerhalb eines sozialen Kontextes verstanden. Neben der Peergroup bilden die Eltern die wichtigsten Bezugspersonen für die Jugendlichen und sind in der Regel emotional stark mit ihnen verbunden, was gemeinsame Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben an das Familiensystem heranträgt. Letztlich birgt das Jugendalter für die Adoleszenten und deren Eltern funktionales wie dysfunktionales Potential für die (gemeinsame) Zukunft, d.h., Jugendliche und ihre Eltern benötigen Bewältigungsmechanismen, die eine salutogene Entwicklung wahrscheinlicher machen. Zeitlich werden pro Gruppensitzung ebenso wie bei den Jugendlichen jeweils 120 Minuten angesetzt, wobei sich die zehn Einheiten auf 12 verteilen. Wichtig erscheint es, die Elternpaare jeweils getrennt verschiedenen Gruppen zuzuteilen, um Paar- oder Elterndynamiken in ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit zu reduzieren und im Sinne familiendynamischer Ansätze Raum dafür zu bieten, Paardynamiken zu reflektieren, die nicht selten ein belastendes Moment für den Jugendlichen darstellen und somit als Vulnerabilitätsfaktor gesehen werden müssen. Die Gruppenstärke beträgt auch hier sechs bis acht Personen. Neben den psychoedukativen Anteilen werden gehäuft Selbsterfahrungsanteile eingestreut. Den Eltern werden im Vorhinein und zu Beginn des Trainings folgende Zielsetzungen des Trainings genannt:

- Ein besseres Verständnis der Symptombildung und -aufrechterhaltung bei meinem Kind und des Lebensabschnittes „Jugend“ aus der Elternsicht
- Die gemeinsame Bewältigung des für Eltern und Kinder einschneidenden Lebensabschnittes „Jugend“ durch
 - o ein besseres Verständnis für mich selbst
 - o einen befriedigenden Umgang mit mir und mit anderen: meine Gefühle und Bedürfnisse, meine Art der Beziehungsgestaltung und mein Umgang mit Konflikten – vor allem gegenüber meinem Kind und Partner
- Mein eigener Beitrag zum Erlernen einer gemeinsamen Sprache zwischen mir und meinem Kind
- Meinen eigenen Beitrag zur Gestaltung förderlicher Familienbedingungen erkennen und pflegen

Für die genannten Zielsetzungen, die thematisch eng an die Inhalte der Jugendgruppe angelehnt sind, erscheinen dabei folgende Aspekte zentral:

- a) Das Elternttraining hat zum Ziel, Eltern und Jugendliche in der Interaktion zu entlasten. Es geht nicht darum, die Eltern als alleinige „Verursacher“ der psychischen Probleme ihrer Kinder bzw. als „Schuldige“ zu verstehen, sondern als „Mitverantwortliche“, was den Genesungsprozess angeht.
- b) Jedes Familienmitglied gibt, so viel es zum momentanen Zeitpunkt geben kann, und muss in der therapeutischen Arbeit dort „abgeholt werden“.
- c) Das Elternttraining beinhaltet eine intensivere emotionale Selbstreflexion als manch andere Trainings, d.h., jeder Elternteil, der sich mit dem Training auseinandersetzt, verdient Anerkennung.
- d) Das Elternttraining hat zum Ziel, Familienressourcen zu erkennen und zu nützen.
- e) Jede Familie besitzt Ressourcen, die es in der therapeutischen Arbeit zu entdecken gilt.

Das Eltertraining umfasst ebenso wie das Jugendlichtertraining mehrere Trainingseinheiten mit spezifischen inhaltlichen Schwerpunkten, die psychoedukative und Selbstreflexionselemente umfassen und folgendermaßen dargestellt werden können: Auch für die Eltern gilt es, innerhalb der ersten **Gruppeneinheit** einen Rahmen für eine geschützte, vertrauens- und verständnisvolle, nicht anklagende oder beschuldigende Atmosphäre zu schaffen. Die allgemeine Einführung, das Aufstellen von Gruppenregeln und das Aufzeigen „persönlicher Grenzen“ bieten in diesem Zusammenhang Kontrollierbarkeit, Überschaubarkeit und Perspektive. Psychoedukative Elemente lenken von „zu Persönlichem und Emotionalem“ ab und bieten die Voraussetzungen für gemeinsame Startbedingungen. Mit der **zweiten Trainingseinheit** werden den Eltern zunächst im eher psychoedukativen Kontext die Entwicklungsaufgaben für das Kind und die Eltern in der Adoleszenz aufgezeigt. Ebenso wird die Darstellung des aus dem Einzelmodus bereits bekannten Modells zur Symptombildung und -aufrechterhaltung wiederholt, das die Eltern somit ihrem aktuellen Verständnis anpassen und reflektieren können. Anhand des Modells lassen sich auch die Inhalte des Eltertrainings plausibel machen und ableiten. Mit der **dritten Einheit** wird „Der Mensch und seine Beziehungen“ zunächst thematisiert, um den Eltern im Anschluss daran in der **vierten Trainingseinheit** das Konzept der Überlebensregel in Hinblick auf ihren Einfluss auf die individuelle Beziehungsgestaltung zu vermitteln. Die zweite Trainingseinheit bietet zudem die Möglichkeit, dass die Eltern anhand von Fragebögen ihre ureigenen Überlebensregeln erarbeiten und reflektieren, um zu einem besseren Selbstverständnis und zu einer befriedigenderen Beziehungsgestaltung zu gelangen. Die **fünfte Einheit** konkretisiert in Anlehnung an die vorausgegangene Bearbeitung der Überlebensregel den bisherigen Umgang mit Gefühlen, so dass die Eltern reflektieren können, wie ihre Gefühlswelt aussieht und wie sich das auf den Umgang mit wichtigen Bezugspersonen, nicht zuletzt mit den eigenen Kindern auswirkt. Mit der **sechsten Trainingseinheit** vertieft sich das Verständnis der Eltern für den Einfluss ihrer Gefühle auf Denken und Handeln. Zudem lernen die Eltern Umgangsweisen mit den eigenen Gefühlen kennen bzw. reflektieren. Innerhalb der **siebten Trainingseinheit** werden neben vertiefenden psychoedukativen Elementen zur Emotionsregulation konkrete Skills (Gefühlswahrnehmung und -einschätzung, Gefühlsablenkung, Gefühlskommunikation) zu einer funktionaleren Gefühlssteuerung und letztlich besseren Beziehungsgestaltung vermittelt.

Die **achte Trainingseinheit** richtet ihr Augenmerk auf den Umgang mit frustrierenden Situationen (Grenzsetzungen, „Loslassen“) bzw. den Aufbau eines funktionalen Umgangs mit Wutgefühlen zur befriedigenderen Beziehungsgestaltung und funktionaleren Selbststeuerung. Elemente der vorausgegangenen Trainingseinheiten werden hierfür genutzt und speziell in Hinblick auf den Umgang mit Wutgefühlen angewendet. Durch die **neunte Trainingseinheit** sollen die Eltern lernen, ihre positive Aufmerksamkeit zu fördern und nicht ausschließlich oder vorrangig negative Aspekte einer Beziehung wahrzunehmen. Mit der **neunten Trainingseinheit** werden der elterliche Umgang mit Stress und gegenregulierende Skills fokussiert, um langfristig präventiv einen salutogeneren Umgang mit sich selbst und mit anderen zu fördern bzw. die eigenen Kraftquellen durch Bewusstmachung gezielter einzusetzen. Innerhalb der **zehnten Trainingseinheit** werden eine Zusammenfassung, die Rückschau und die Verabschiedung vorgenommen. Entsprechend können für das Eltertraining Zielorientierung, inhaltliche/zeitliche Orientierung und die zu beachtenden Wirkfaktoren folgendermaßen skizziert werden:

Tabelle 3.4: Elterntraining der Strategischen Jugendlichentherapie im Überblick

Zielorientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion personeninterner bzw. interaktiver Prozesse in Bezug auf wichtige Beziehungen • Funktionale Emotionssteuerung und funktionale Beziehungsgestaltung • Förderung einer funktionalen Bewältigung des Entwicklungsabschnittes „Adoleszenz“ aufseiten der Eltern und der Jugendlichen
Inhaltliche Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion der Entwicklungsaufgaben für Eltern und Jugendliche in der Entwicklungsphase der Adoleszenz • Reflexion symptombildender und -aufrechterhaltender Bedingungen • Erarbeitung der Überlebensregel • Erarbeitung häufiger/abgelehnter/gefürchteter Gefühle • Erarbeitung des bisherigen Umgangs mit Gefühlen • Erarbeitung eines funktionalen Umgangs mit Gefühlen durch Erlernen entsprechender Skills • Erarbeitung von Problemlösestrategien • Erarbeitung der „positiven Aufmerksamkeit“
Zeitliche Orientierung	je 120 min bei 12 Sitzungen
Wirkfaktoren aufseiten der Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstoffenbarung und -erfahrung • Änderungsmotivation • Konkrete (Verhaltens-)Übungen und Transferübungen in den Alltag
Wirkfaktoren aufseiten des Gruppenleiters	<ul style="list-style-type: none"> • Klarheit und Transparenz (s. auch Psychoedukation) • Respektvolle Grundhaltung • Validierung und Konfrontation in ausgewogenem Maße • Einbezug möglichst aller Teilnehmer • Grenzen akzeptieren und von dysfunktionaler Verweigerungshaltung unterscheiden

4 Abschließende Beurteilung der Strategischen Jugendlichentherapie

In einer Evaluationsstudie wurde die Wirksamkeit der SJT anhand jugendlicher Patienten mit multiplen Diagnosen unter klinisch repräsentativen Bedingungen überprüft. Zu diesem Zweck wurde eine Behandlungsgruppe (n=14) mit einer Wartegruppe (n=16) in einer Reihe von Variablen zu zwei Messzeitpunkten (vor und nach Therapie bzw. nach 6 monatiger Wartezeit) verglichen. Es zeigte sich hierbei in den erhobenen Symptommaßen sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil eine hohe Wirksamkeit der SJT in der untersuchten Patientienstichprobe mit Effektgrößen bis 0.8. Vor dem Hintergrund des naturalistischen Studiendesigns ist in Anbetracht der Ergebnisse davon auszugehen, dass das Behandlungskonzept der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) als praktisch hoch relevant einzuschätzen ist.

Zu diesem Zweck wurde eine Behandlungsgruppe (n=14) mit einer Wartegruppe (n=16) in einer Reihe von Variablen zu zwei Messzeitpunkten (vor und nach Therapie bzw. nach 6 monatiger Wartezeit) verglichen.

Es zeigte sich in den erhobenen Symptommaßen sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil hierbei eine hohe Wirksamkeit der SJT in der untersuchten Patientenstichprobe mit Effektgrößen bis 0.8. Vor dem Hintergrund des naturalistischen Studiendesigns ist in Anbetracht der Ergebnisse davon auszugehen, dass das Behandlungskonzept der Strategischen Jugendlichtherapie (SJT) als praktisch hoch relevant einzuschätzen ist. Weitere Forschungsarbeiten zur praktischen Anwendung des SJT-Ansatzes im Kinder- und Jugendbereich erscheinen entsprechend sehr bedeutsam.

Literatur

- Damasio, A. (2003). *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List.
- Dilling, H. (Hrsg.). (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. (3., unveränd. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Franke, G.H. (2000). *BSI – Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Greenberg, L. (2000). *Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie*. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion*. München: CIP-Medien.
- Hauke, G. (2013). *Strategisch Behaviorale Therapie (SBT)*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hiller, W., Leibing, E. & Leichsenring, F. (Hrsg.). (2006). *Das große Lehrbuch der Psychotherapie (Bd. 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien)*. München: CIP-Medien.
- Höfer, R. (2000). *Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl*. Opladen: Leske + Budrich.
- Hurrelmann, K. (1997). *Lebensphase Jugend (5. Aufl.)*. München: Juventa.
- Klosinski, G. (1998). *Klinik, Verlauf und Prognose der sogenannten Adoleszenten- und Reifungskrisen*. In H. Schneider (Hrsg.), *Pubertät und Adoleszenz: Psychodynamik des Aufbruchs – Psychotherapie der Reifungskrise (S. 1-16)*. 54. Psychotherapie-Seminar, Freudstadt. Heidelberg: Mattes.
- Kohnstamm, R. (1999). *Praktische Psychologie des Jugendalters*. Bern: Hans Huber.
- Leibing, E., Hiller, W. & Sulz, S. (Hrsg.). (2005). *Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 3: Verhaltenstherapie (3. Aufl.)*. München: CIP-Medien.
- Mattejat, F. (2006). *Kognitiv-behaviorale Elternarbeit und Familientherapie*. In F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. Sulz (Hrsg.), *Bd. 4: Lehrbuch der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Oerter, R. & Dreher, E. (1995). *Jugendalter*. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie (3. Aufl., S. 310-395)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1972). *Die Psychologie des Kindes*. Olten, Freiburg im Breisgau: Walter.
- Piaget, J. (1976). *Probleme der Entwicklungspsychologie – Kleine Schriften*. Frankfurt am Main: Autoren- und Verlagsgesellschaft Syndikat.
- Remschmidt, H. (1992.). *Adoleszenz*. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka F. (Hrsg.). (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (4., vollständ. überarbeit. u. erweit. Aufl.)*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Richter, A.J. (2006). *Strategic Therapy for Adolescents*. *European Psychotherapy*, 6, 159-187.

- Richter-Benedikt, J.A. (2009a): Strategische Jugendlichtherapie. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), Strategisch-Behaviorale Therapie. München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt, J.A. (2009b). Strategische Jugendlichtherapie oder Schwierige Zeiten gemeinsam bewältigen. In S.K.D. Sulz (Hrsg.), Wer rettet Paare und Familien aus ihrer Not? München: CIP-Medien.
- Specht, F. (1996). Biologische, soziale und psychische Reifezeit. In W. Aschoff (Hrsg.), Pubertät: Erregungen um ein Lebensalter (S. 22-35). Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Storch, M. (2005). Ich pack's! Selbstmanagement für Jugendliche. Bern: Huber.
- Storch, M. (2011). Das Geheimnis kluger Entscheidungen: Überarbeitete und erweiterte Neuauflage (5. Aufl.). Von Bauchgefühl und Körpersignalen. München: Piper.
- Sulz, S.K.D. (Hrsg.). (1998): Das Therapiebuch. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2000): Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. München: CIP-Medien
- Sulz, S.K.D. (2000a) Sulz SKD (2000a): Emotion, Kognition und Verhalten – zur homöostatischen Funktion der Emotionen und zu ihrer Bedeutung in der Symptombildung. In: Sulz SKD, Lenz G (Hrsg.): Von der Kognition zur Emotion – Psychotherapie mit Gefühlen. München: CIP-Medien, 5-76
- Sulz, S.K.D. (2000b). Sulz SKD (2000b): Lernen, mit Gefühlen umzugehen – Training der Emotionsregulation. In: Sulz SKD, Lenz G (Hrsg.): Von der Kognition zur Emotion – Psychotherapie mit Gefühlen. München: CIP-Medien, 407-449
- Sulz, S.K.D. (2001). Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2002). Praxis-Manual: Strategien der Veränderung von Erleben und Verhalten. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2003). Als Sisyphus seinen Stein losließ – Oder: Verlieben ist verrückt (3., korr. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2005). Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2009). Wut ist eine vitale Kraft, die durch Wutexposition in der Psychotherapie nutzbar wird. Psychotherapie, 14. Jg., Bd. 14, Heft 1. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2010). Verhaltenstherapie mit Leib und Seele. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.-H. Nussbaum (Hrsg.), Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration. Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer (S. 321-333). Berlin: Springer.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (2009). Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes. München: CIP-Medien.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Annette Jasmin Richter-Benedikt
 Rotkreuzplatz 1 | 80634 München | annette.richter-benedikt@cip-akademie.de