

Annette Richter-Benedikt

## Strategische Jugendlichenherapie (SJT)<sup>1</sup>

Strategic Therapy for Adolescents

Der nachfolgende Artikel beschreibt die Adaptation der Strategisch Behavioralen Therapie (Sulz, 1994; 1995; 2001; 2003; Sulz und Hauke, 2009; Sulz und Hauke, 2010) an das Jugendalter. Den dem Jugendalter inhärenten Entwicklungsaspekt aufgreifend, ist die Strategische Jugendlichenherapie (SJT, Richter, 2006; Richter-Benedikt, 2009a; 2009b) als kombinierter therapeutisches Konzept im Einzel- und Gruppenmodus darum bemüht, die Strategisch Behaviorale Therapie an diese Altersgruppe anzupassen. Neben dem Ziel der Symptomreduktion betont die Strategische Jugendlichenherapie (SJT) die Förderung einer adaptiv-funktionalen Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung. Das zugrunde liegende theoretische Konzept und die therapeutischen Schwerpunkte werden ebenso, wie das konkrete therapeutische Vorgehen skizziert. Darüber hinaus werden Aspekte der Therapiedauer, der Finanzierung und der Qualitätskontrolle kurz diskutiert.

### Schlüsselwörter

Strategisch Behaviorale Jugend-Therapie – SJT – therapeutische Beziehung – Therapeutenverhalten – Jugendliche – affektiv-kognitive Entwicklungstheorie – Persönlichkeitsentwicklung – zentrale Bedürfnisse – zentrale Ängste – zentrale Wutimpulse – zentrale Motive – Emotionsregulation – Beziehungsgestaltung

*The following article describes the adaptation of Strategic Behavioral Therapie (Sulz, 1994; 1995; 2001; 2003; Sulz und Hauke, 2009; Sulz und Hauke, 2010) to adolescence. Approaching adolescence from a developmental perspective, Strategic Youth Therapy (Richter, 2006; Richter-Benedikt, 2009a; 2009b), a therapy concept which combines individual and group components, represents an attempt to adapt Strategic Behavioral Therapie to this age group. In addition to symptom reduction, Strategic Therapy for Adolescents emphasizes effective emotion regulation and relationship building. The theoretical foundations and the therapeutic foci as well as the concrete course of therapy will be outlined. Moreover, the duration of therapy, financial considerations, and quality control will be discussed briefly.*

### Keywords

*Strategic Therapy for Adolescents – therapeutic relationship – therapeutic behavior – Adolescents – affective-cognitive developmental theory – personality development – needs, fears – aggressive impulses – emotion regulation – relationship building*

---

<sup>1</sup> Aus: Sulz, S.K.D & Hauke, G. (Hrsg.): Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). München: CIP-Medien, 2009

## 1 Einführung

Das Konzept der Strategischen Jugendlichentherapie leitet sich aus der entwicklungsinherenten Dynamik des Lebensabschnitts „Jugend“ ab. In Anlehnung an das Konstrukt der „Entwicklungsaufgabe“ wird das Jugendalter als eine einschneidende Episode für die Persönlichkeitsentwicklung verstanden, in der dem Individuationsprozess eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Er wird im Zusammenhang mit funktionalen bzw. dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen als zentral für die weitere Entwicklung erachtet. 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.

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 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.

Vor dem Hintergrund des Versuchs einer Differenzierung nimmt die Strategische Jugendlichentherapie dabei an, dass in der Phase der Adoleszenz nicht nur Autonomie-, sondern auch Zugehörigkeitsbedürfnisse von Bedeutung sind. Das kognitiv-affektive Entwicklungsmodell von Sulz (1994, 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 dar, deren Beachtung neben der konkreten Symptomtherapie in der therapeutischen Arbeit eine Förderung salutogener bzw. eine Abwendung pathogener Entwicklungstendenzen zum Ziel hat.

## 2 Der therapeutische Ansatz und seine einzelnen Komponenten

Die Strategische Jugendlichentherapie richtet sich an Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren, wobei keine Störungsspezifität vorliegt. Die Eingangsdiagnosen der an unserem Institut nach dem Konzept der Strategischen Jugendlichentherapie behandelten Patienten sind schwerpunktmäßig Angststörungen (Prüfungsangst, soziale Ängste, Panikstörungen

mit und ohne Agoraphobie), depressive Symptome mit suizidalen Krisen und Selbstverletzungen, Essstörungen, einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen und Störung des Sozialverhaltens bzw. hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens. Einige Patienten gehen dabei in die Richtung der Persönlichkeitsfehlentwicklungen. Nicht selten besteht hintergründig auch eine Legasthenie oder Dyskalkulie.

Den theoretischen Hintergrund für die Strategische Jugendlichentherapie bilden die kognitiv-affektive Entwicklungstheorie nach Sulz und deren therapeutische Implikationen (Sulz, 1994, 2001, 2003). Demnach bestehen 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 Umgangformen mit Bedürfnissen, mit Angst, mit Wut als zentrale handlungssteuernde Faktoren bzw. ein dysfunktionaler Umgang mit Gefühlen heraus. Zudem entwickeln sich mit ihnen dysfunktionale Persönlichkeitstendenzen, individuelle Werte, Normen, Ressourcen und die kognitiv-affektive Entwicklungsstufe des Patienten. Sämtliche angeführte Komponenten münden 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 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. Gleichzeitig treten psychische und körperliche Stresssymptome auf. Die Bildung des Symptoms führt zu einem Rückgang der Stresssymptomatik, da sich die willkürliche Psyche nun mit dem Symptom – und nicht mehr mit dem zugrunde liegenden entwicklungsspezifischen Konflikt – auseinandersetzen muss, was die alte psychische Homöostase rettet. Zudem werden Symptome meist so gebildet, dass sie durch die Umwelt verstärkt werden. Sie schützen auch die nahen Bezugspersonen vor unliebsamen Veränderungen, d. h., der Patient erfährt Schonung, Aufmerksamkeit und (vermeintlich) das Gegenteil dessen, was er bekäme, stellte er sich gegen seine Überlebensregel. Aber auch ohne Feedback von außen bleibt das alte Selbst- und Weltbild durch die Vermeidung neuer Erfahrungen per se erhalten.

Vor dem Hintergrund dieses Störungsverständnisses besteht das therapeutische Ziel der Strategischen Jugendlichentherapie zum einen in der konkreten Symptombewältigung. Darüber hinaus geht darum, patientenspezifisch wirksame inner- und interpsychische Dynamiken zu erfassen. Deren Bearbeitung soll es dem Jugendlichen ermöglichen, funktionaler mit sich selbst und seiner Umwelt umzugehen, so dass adoleszenten-spezi-

fische Entwicklungsaufgaben angegangen werden können und letztlich Entwicklung im Sinne der kognitiv-affektiven Entwicklungstheorie möglich ist. Der Elternarbeit räumt die Strategische Jugendlichentherapie hier einen zentralen Stellenwert ein: Die Eltern werden dabei unterstützt, als „Co-Therapeuten“ entgegen der Symptomentstehung und -aufrechterhaltung zu fungieren und selbst-„bewusstere“ Eltern zu werden. Das Ziel der Strategischen Jugendlichentherapie ist es demnach, Bedingungen zu schaffen, die Symptombewältigung und Entwicklung möglich machen. Hierzu werden die Jugendlichen in einer Kombination aus Einzel- und Gruppensetting behandelt, wobei die angewandten Methoden an der Symptomebene, der Ebene der Emotion, der Ebene der Kognition und an der Verhaltensebene ansetzen. Der Einbezug der Eltern erfolgt durch Familiensitzungen, Elterngespräche und ein spezifisches Elterntaining. Letztlich ergeben sich folgende Kriterien für die Indikation einer Strategischen Jugendlichentherapie:

**Tabelle 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 Gruppetherapie 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 Elterntaining 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.

## 2.1 Therapieaufbau und inhaltliche Schwerpunkte der Strategischen Jugendlichentherapie

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 Symptomentstehung 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.

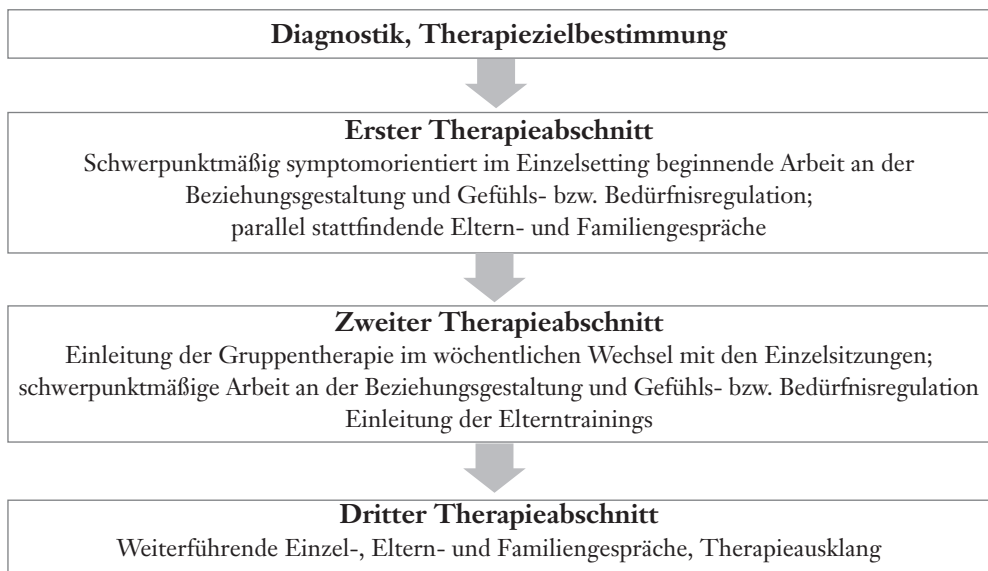


Abbildung 1: Stationen der Strategischen Jugendlichentherapie

### 2.1.1 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 vier weiteren 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:

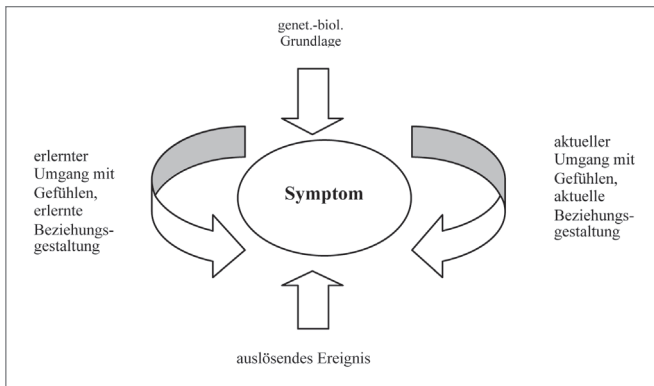
Was die **Mikroebene** der Symptombildung und -aufrechterhaltung betrifft, so kommt zum einen das BSI (Franke, 2000) und das eng an die ICD-10 (Dilling et al., 1999; Remschmidt et al., 2001) angelehnte Interview VDS-14J zum Einsatz, um zunächst die aktuell vorherrschende Symptomatik zu erfassen. Sofern 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, 1992, 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 (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.

Nach der 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 mit Hilfe 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 (1994, 2001, 2003).

**Tabelle 2:** Erhebungsinstrumente im Rahmen der therapieeinleitenden Phase

<b>Mikroebene</b>	VDS1-KJa-Basisbogen VDS1-KJe-Zusatzbogen für Kinder im Schul- und Jugendalter VDS1-KJf-Eigenanamnese für Schul- und Jugendalter
<b>Makroebene</b>	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)
<b>Therapiezielbestimmung</b>	„Meine Therapieziele“
<b>Sonstiges</b>	Testpsychologische Abklärung der intellektuellen Begabung Testpsychologische Abklärung zu Teilleistungsproblematiken



☞ Lebensgeschichtliche Erfahrungen (vor allem sozioökologische Begrenzungen)

Abbildung 2: Symptomentstehung und -aufrechterhaltung

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 2.2.1). Das sich im weiteren Therapieverlauf anschließende Gruppenkonzept wird unter Punkt 2.1.2 ausführlicher dargestellt.

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.

### **2.1.2 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 meinem Gegenüber?
- 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 personeninterner 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 Überschaubarkeit 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:** Gruppenkonzept der Strategischen Jugendlichentherapie im Überblick

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

### Elterntraining: Inhalt und Ablauf

Parallel zur gerade skizzierten Gruppentherapie für die Jugendlichen findet ein Elterntraining statt, das für jeden Elternteil obligatorisch ist (s. Tab. 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
  - ein besseres Verständnis für mich selbst
  - 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 Elterntrainings 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 Elterntertraining Zielorientierung, inhaltliche/zeitliche Orientierung und die zu beachtenden Wirkfaktoren folgendermaßen skizziert werden:

**Tabelle 4: Elterntraining der Strategischen Jugendlichentherapie im Überblick**

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

## 2.2 Therapeutische Ansatzpunkte der Strategischen Jugendlichentherapie

Das oben skizzierte Konzept der Strategischen Jugendlichentherapie setzt also 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 vor dem Hintergrund unseres Störungsverständnisses in der therapeutischen Konsequenz, neben der Symptomebene auf der emotionalen, der kognitiven und der Verhaltensebene zu intervenieren. Die einzelnen Ebenen greifen dabei sinngemäß eng ineinander. Sobald der Jugendliche gelernt hat, mit seiner Symptomatik umzugehen, ist das emotionale Einlassen auf die hintergründigen Zusammenhänge gebahnt. Diese bekommen durch die kognitive Arbeit einen Rahmen und finden mit Hilfe der therapeutischen Arbeit am Verhalten konkrete Alternativen bzw. funktionale Modifikationen.

### 2.2.1 Ansatz an der Symptomebene

Mit der Arbeit an der Symptomatik ist in jedem Fall die Erarbeitung von

- a) Achtsamkeit für die Symptomatik,
- b) deren Akzeptanz,
- c) der Bereitschaft, sich mit ihr auseinanderzusetzen,
- d) sich mit ihr zu konfrontieren und
- e) Selbstverstärkung für die beschriebenen Schritte verbunden.

Ad a) Achtsamkeit: 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 (nach Sulz, 2001, 2002).

Ad b) Akzeptanz: 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 (nach Sulz, 2001, 2002).

Ad c) Bereitschaft: Mit dem 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 (nach Sulz, 2001, 2002).

Ad d) Exposition: Hier geschieht die Konfrontation mit der Symptomatik und allen damit zusammenhängenden Gefühlen. Der Jugendliche lässt dabei die Symptomatik so lange andauern, bis sie langsam wieder abnimmt (nach Sulz, 2001, 2002).

Ad e) Selbstverstärkung: 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 (nach Sulz, 2001, 2002).

Parallel dazu werden im Umgang mit der individuellen Symptomatik aktuell gängige und Erfolg versprechende Interventionen der Verhaltenstherapie in Kombination mit ersten Übungen zur Gefühls- und Bedürfnisregulation und zur funktionaleren Beziehungsgestaltung angewendet. In der nachfolgenden Übersichtstabelle sind einige davon nach Störungen kategorisiert in Auszügen aufgeführt:

<b>Tabelle 5: Interventionen der Strategischen Jugendlichentherapie im Einzelsetting</b>	
<b>Störungsbild</b>	<b>Interventionen</b>
<b>Angststörung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anwendung von Selbstbeobachtungsprotokollen</li> <li>2. Einführung einer Angsthierarchie</li> <li>3. Übungen zunächst in sensu, dann in vivo entsprechend der Angsthierarchie</li> <li>4. Einübung von Bauchatmung/progressiver Muskelrelaxation</li> <li>5. Einübung positiver Selbstinstruktionen</li> <li>6. Vermeidungsverhalten bzw. Erwartungsängste reduzieren</li> <li>7. Einführung erster SJT-Übungen zur Gefühls- und Bedürfnisdifferenzierung und -artikulation in Verbindung mit Gefühlsfragebögen, Imaginationsübungen, kreativen Techniken entsprechend des SJT-Ansatzes</li> <li>8. Reattribuierende Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen (s. dysfunktionale Überlebensregel)</li> <li>9. Förderung einer funktionaleren Beziehungsgestaltung in Verbindung mit Imaginationsübungen und genauen Situationsanalysen bzw. sich anschließenden Rollenspielen und Transferübungen entsprechend des SJT-Ansatzes</li> <li>10. Elternarbeit entsprechend des SJT-Ansatzes, um einen funktionalen Ablösungsprozess zu fördern</li> </ol>
<b>Zwangshandlungen/-gedanken</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anwendung von Selbstbeobachtungsprotokollen über die Zwangshandlungen</li> <li>2. Exposition in sensu bzw. anschließend in vivo in Verbindung mit Maßnahmen zur Reaktionsverhinderung (s. u. a. progressive Muskelentspannung, Joggen, Musik hören etc.) zum Abbau der Zwangshandlungen</li> <li>3. Einführung von Strategien, die von Zwangsgedanken ablenken</li> <li>4. Übriges Vorgehen: s.o.</li> </ol>
<b>Depression</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anwendung von Selbstbeobachtungsprotokollen</li> <li>2. Aktivitätsaufbau und Tagesplanstrukturierung zur Stimmungsaufhellung und Motivierung</li> <li>3. Bearbeitung depressiver Kognitionen</li> <li>4. Übriges Vorgehen: s.o.</li> </ol>
<b>Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung/Aufmerksamkeitsstörung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Training der Aufmerksamkeit und der Selbstorganisation:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Aufstellen von Regelplänen und Einübung von Selbstinstruktionstechniken zur besseren Selbststeuerung und zur Reduktion impulsiver Durchbrüche</li> <li>b) Training und Steigerung der Aufmerksamkeit anhand visuellen und akustischen Materials</li> <li>c) Training der Selbstorganisation des Arbeitsplatzes und des Schulmaterials mit Transfer auf den übrigen Alltag</li> <li>d) Aufstellung eines Lernplans unter Beachtung sinnvoller Pausen bzw. der individuellen Leistungskurve und Transfer auf den übrigen Alltag</li> </ol> </li> <li>2. Training der Impulskontrolle und Hypermotorik:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Einleitung von Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen</li> <li>b) Einübung positiver Selbstinstruktionen</li> </ol> </li> </ol> <p>Steigerung der sozialen Kompetenzen und des Selbstbewusstseins mit Rollenspielen, Übungen zum Training der sozialen Wahrnehmung, Transferübungen und damit einhergehenden Erfahrungen, auf funktionalere Art und Weise Aufmerksamkeit zu bekommen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Übriges Vorgehen: s. o.</li> </ol>

<b>Bulimie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erstellen von Essensprotokollen</li> <li>2. Erarbeitung eines ausgewogenen Essensplans</li> <li>3. Einführung von Maßnahmen zur Reaktionsverhinderung bezüglich des Erbrechens (s. u. a. progressive Muskelentspannung, Joggen, Musik hören etc.)</li> <li>4. Übriges Vorgehen: s. o.</li> </ol>
<b>Anorexia nervosa</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erstellen von Essensprotokollen</li> <li>2. Aufbau eines geregelten Essverhaltens</li> <li>3. Abbau gewichtsreduzierender Maßnahmen</li> <li>4. Arbeit an der Körperschemastörung mit körperorientierten Übungen (s. Spiegelkonfrontation etc.)</li> <li>5. Training der Genussfähigkeit</li> <li>6. Übriges Vorgehen: s. o.</li> </ol>
<b>Störung des Sozialverhaltens</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vermittlung von Strategien zum funktionalen Umgang mit Wut             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Psychoedukative Elemente: „Konstruktive und destruktive Wut“</li> <li>b) Frühzeitige Wahrnehmung von Wutwarnsignalen</li> <li>c) Strategien zur kognitiven und Verhaltenskontrolle (das Time-out-Prinzip, Ablenkung, Selbstinstruktionen)</li> <li>d) Problem- und Zielanalysen</li> <li>e) Wutexpositionen</li> </ol> </li> <li>2. Vermittlung von Strategien zur Steigerung der sozialen Kompetenzen (Kontaktaufbau und -aufrechterhaltung gegenüber Gleichaltrigen, Integration in eine Peergruppe, Durchsetzungskraft statt Unterordnung)             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Rollenspiele</li> <li>b) Imaginationsübungen</li> <li>c) Transferübungen im Alltag</li> </ol> </li> <li>3. Vermittlung von Deeskalationsstrategien innerhalb der Familie             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Einsatz von Beobachtungsprotokollen</li> <li>b) Problemanalysen, gemeinsames Problemlösen</li> <li>c) Einüben von Time-out-Prinzipen</li> <li>d) Kommunikationstraining</li> </ol> </li> <li>4. Übriges Vorgehen: s. o.</li> </ol>

### 2.2.2 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 Emotionstherapie zum einen 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 schwammig, nicht konkret bzw. bei einigen gar nicht zu greifen. Dies bedeutet in der Strategischen Jugendlichkeitstherapie, konkret hier zu intervenieren, was z.T. mit Hilfe 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 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 gefühlspheobisch 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. In Bezug auf den möglichen Umgang mit Gefühlen und dessen funktionales und dysfunktionales Potential sei auf Sulz (in Sulz und Lenz, 2000; Sulz, 2001, 2002) verwiesen. 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 auch für irrationale symptombezogene Ängste oder für starke, als nicht kontrollierbar empfundene Wut gilt 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 dysfunktional mit ihren Gefühlen umzugehen.

Inhaltlich geht es in der Strategischen Jugendlichentherapie auf der emotionalen Ebene um folgende Schwerpunkte (s. auch Sulz und Lenz, 2000; Sulz, 2001, 2002):

- Gefühlswahrnehmung und -differenzierung bei dosierter Konfrontation mit bzw. Integration von gefürchteten und abgelehnten Gefühlen (unter Beachtung der damit assoziierten Körperempfindungen)
- Funktionaler Umgang mit inadäquaten Gefühlen
- Funktionaler Umgang mit adäquaten Gefühlen

Eine gesteigerte Gefühlswahrnehmung und -differenzierung erreicht die SJT dabei mit Hilfe genauer Situations- und Befindlichkeitsanalysen, die Gefühlsketten und damit verbundene Wahrnehmungs- und Differenzierungsmöglichkeiten entstehen lassen. Der Jugendliche wird so 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 „Gefühlskärtchen“ der SJT, die in Anlehnung an Sulz (2000a, 2000b, 2001, 2002, 2003) die unterschiedlichen Gefühlsqualitäten aufzeigen. Der Jugendliche ordnet mit ihrer Hilfe die damit assoziierten Gefühle der Situation zu.

Für den funktionalen Umgang mit Gefühlen setzt die Strategische Jugendlichentherapie in der therapeutischen Arbeit „Helfer im Umgang mit Gefühlen“ ein, die in Tabelle 4 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.

<b>Tabelle 6: „Meine Helfer“ im Umgang mit meinen Gefühlen</b>			
<b>„Tröster/Beruhiger“</b>	<b>„Ermunterer“</b>	<b>„Verarbeiter“</b>	<b>„Redner“</b>
TB1: „Die Kraft der Gedanken“	E1: Sich selbst anfeuern	V1: Ein Gedicht/eine Geschichte schreiben	Ich-Botschaften senden
TB2: Atemübung	E2: Dem Gefühl einen Brief schreiben	V2: Sich seinem Tagebuch anvertrauen	Aktiv zuhören
TB3: Phantasiereise	E3: Sich selbst einen Brief schreiben	V3: Gefühle in Farben, Formen oder Töne übersetzen	Wünsche und Gefühle äußern
TB4: Dem Gefühl einen Brief schreiben	E4: Gefühlsaufheiterer	V4: Sich einem anderen Menschen anvertrauen	Kompromisse eingehen
TB5: „Gefühlsbändiger“	E5: Auf ein Ziel hinarbeiten	V5: Einen Brief schreiben, der nie abgeschickt wird	Den Körper sprechen lassen
TB6: Was Schönes unternehmen und sich ablenken	E6: Vor dem Gefühlstunnel umkehren		
TB7: Sich von einem anderen Menschen Trost holen			
TB8: „Beruhiger-/Tröster-Kiste“			

Die einzelnen „Helfer“ seien im Anschluss kurz dargestellt:

#### **a) Die Tröster/Beruhiger**

„Die Kraft der Gedanken“ (TB1): Hier geht es darum, dass die Jugendlichen lernen, dysfunktionale durch 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 funktionalen Umgang mit Gefühlen zu fördern.

Dem Gefühl 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.

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.

### **b) Die Ermunterer**

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.

Dem Gefühl einen Brief schreiben (E2): Dieser Skill kann in abgewandelter Form – d.h. mit einer umgewandelten Textvorgabe – auch als „Ermunterer“ eingesetzt werden.

Sich selbst einen Brief schreiben (E3): 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 (E4): Der Gefühlsbändiger dient nicht nur als Tröster-/Beruhiger-Helfer, sondern kann natürlich genauso als „Gefühlsaufheiterer“ eingesetzt werden.

Auf ein Ziel hinhandeln (E5): 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.

### **c) Die Verarbeiter**

Ein Gedicht/eine Geschichte schreiben (V1): Die Möglichkeit, Gefühle mit selbstverfassten 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 (V2): Eine weitere Form, Ereignisse bzw. damit zusammenhängende Gefühle zu verarbeiten, kann das Tagebuch sein. Auch damit haben Jugendliche zum Teil schon Erfahrungen gemacht.

Gefühle in Farben, Formen oder Töne übersetzen (V3): 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.

Sich einem anderen Menschen anvertrauen (V4): Sich einem anderen Menschen anzuvertrauen und über bestimmte Dinge zu sprechen kann Gefühle und Gedanken

anstoßen und zur Verarbeitung beitragen. Er ähnelt dem Helfer „Sich von einem anderen Menschen Trost holen“.

Einen Brief schreiben, der nie abgeschickt wird (V5): 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.

#### **d) Die Redner**

„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 mit Hilfe bestimmter Rollenspiele und verstärkt im Gruppensetting in spezifischen Kommunikationstrainings vermittelt.

Ganz grundsätzlich geht es bei der Bewusstmachung eines dysfunktionalen bzw. bei der Förderung eines konstruktiven Umgangs mit Gefühlen darum, mit Anwendung der Helfer den Jugendlichen dahingehend zu unterstützen,

- die Angemessenheit von Gefühlen zu reflektieren,
- 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 und Lenz, 2000; Sulz, 2001, 2002).

#### **2.2.3 Ansatz an der Ebene der Kognition**

In der SJT erscheint es bedeutsam, neben der Emotionsarbeit therapeutisch kognitiv zu intervenieren. In diesem Zusammenhang geht es insbesondere darum, mit den Jugendlichen auf altersangemessene Weise deren Überlebensregel bzw. Selbst- und Weltsicht (Sulz, 2001, 2002, 2003) zu erarbeiten. Dieser kognitive Rahmen erscheint auch in der Arbeit mit Jugendlichen bedeutsam und bietet die Möglichkeit, mit ihnen 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

und Dreher, 1995; Remschmidt, 1992) konfrontiert, beinhaltet die Realitätskonstruktion der Jugendlichen dysfunktionale Empfindungen. Auch die bisherigen Erfahrungen gelten dabei als prägend. Genau das gilt es, den Jugendlichen zu vermitteln: „Deine Realität ist nicht meine Realität“ – 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 besetzt fehlreguliertes Handeln abfangen kann.

Die Jugendlichen lernen zudem kognitiv zu begreifen, welche Bedeutsamkeit ihre Grundbedürfnisse, -ängste und Wutimpulse letztlich für ihr Verhalten besitzen. Hierzu werden gemeinsam mit Hilfe 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 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. 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 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 Grenzen und Autoritäten besser zu akzeptieren.

#### **2.2.4 Ansatz an der Verhaltensebene**

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 funktionaleres 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 dazu wird mit Jugendlichen im sokratischen Dialog erarbeitet, welche Komponenten des funktionaleren Verhaltens ihn zufrieden stellen oder mit positiven Gefühlen und Erfahrungen assoziiert sind, so dass im Sinne der Selbstverstärkung das funktionalere Verhalten gefestigt wird. In der SJT werden dabei wie in der SKT (Sulz, 1998, 2000, 2001, 2002, 2003) die zentralen Ängste, Bedürfnisse und Wutimpulse als handlungssteuernde Mechanismen angesehen, die mit dem Jugendlichen in Zusammenhang mit seinem sichtbaren Verhalten erarbeitet und validiert werden. Der Jugendliche bekommt 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 funktionaler, d.h. erfolgreicher mit seinen Bedürfnissen, Ängsten und/oder Wutimpulsen umgehen kann. An dieser Stelle kommen Imaginationsübungen genauso zum Tragen wie Rollenspiele.

Die Verhaltensänderung durchläuft in der SJT in Anlehnung an Sulz (2001, 2002) im Umgang mit den zentralen Bedürfnissen, Ängsten und Wutimpulsen somit folgenden Prozess:

- Achtsamkeit für die zentrale Angst/die zentrale Wut/das zentrale Bedürfnis herstellen
- Akzeptanz dafür, dass bisher auf eine bestimmte Weise mit der zentralen Angst/der zentralen Wut/dem zentralen Bedürfnis umgegangen wurde
- Veränderungsziel: Was will der Jugendliche im Umgang mit seiner zentralen Angst/seiner zentralen Wut/ seinem zentralen Bedürfnis ändern?
- Veränderungsentscheidung: Beschluss, dass der Jugendliche anders mit seiner zentralen Angst/seiner zentralen Wut/seinem zentralen Bedürfnis umgehen wird
- Veränderungsplanung und -erprobung: Imaginierter oder im Rollenspiel erprobter neuer Umgang mit der zentralen Angst/ der zentralen Wut/ dem zentralen Bedürfnis
- Veränderungsdurchführung: Transfer des erprobten Umgangs mit der zentralen Angst/ der zentralen Wut/dem zentralen Bedürfnis in die Realsituation
- Veränderungsevaluation: Was war gut im veränderten Umgang mit der zentralen Angst/der zentralen Wut/dem zentralen Bedürfnis? Was könne in welcher Form verändert werden?
- Selbstverstärkung: Bewusstmachung des Erfolges, Veränderung im Umgang mit der zentralen Angst/ der zentralen Wut/dem zentralen Bedürfnis „probiert“ zu haben. Es geht in erster Linie ums Tun!

### **2.3 Zur Finanzierung, Dauer und Qualitätskontrolle der Therapien**

Mit diesem Unterpunkt soll kurz auf Finanzierung und Dauer der SJT eingegangen werden. Zudem werde ich unsere Bemühungen um Qualitätskontrolle der Therapien kurz beleuchten.

Die SJT wird mit beantragtem Langzeitverfahren über die gesetzlichen und privaten Krankenkassen abgerechnet. Da das Budget der Gruppen- bzw. Elternarbeit nach dem alten EBM nur anteilig übernommen werden konnte, erscheint die neue Gebührenord-

nung für die Abrechnungsmodalitäten der SJT geeigneter. Insgesamt werden für die Dauer der Therapie zwei bis zweieinhalb zwei Jahre veranschlagt. Bei schwierigeren Fällen, wie bei Persönlichkeitsfehlentwicklungen, wird die Therapie allerdings noch etwas langsamer ausgeschrieben.

In dem Bemühen um Qualitätskontrolle werden verschiedene Methoden zur Qualitätssicherung eingesetzt:

- a) Regelmäßige Einzel- und Gruppensupervisionen
- b) Stundendokumentationen bei Einbezug von Rating- und Beurteilungsbögen für den Therapeuten und den Patienten
- c) Vorher- und Nachher-Messungen unter Einsatz verschiedener Fragebögen (z. B. symptombezogene Fragebögen, Gefühlsfragebögen, Persönlichkeitsskalen, Entwicklungsfragebögen, Fragebögen zur Familiensituation, Veränderungsfragebögen und Zielerreichungsskalierungen) zu Beginn der Therapie und zu deren Abschluss
- d) Fremdeinschätzungen: Hierzu beurteilen Kinder- und Jugendpsychiater den Schweregrad der psychischen Problematik und das psychosoziale Funktionsniveau zu Beginn und am Ende der Therapie
- e) Katamnestische Erhebungen: Nach Beendigung der Therapie wird noch mal eine katamnestische Untersuchung nach sechs bis neun Monaten unternommen

## **2.4 Fallkasuistik – Darstellung der Strategischen Jugendlichentherapie anhand eines konkreten Therapiefalls**

Um das Konzept der Strategischen Jugendlichentherapie anschaulicher zu machen, möchte ich an dieser Stelle einen konkreten Fall vorstellen, wozu ich mir die Patientin „Sarah“ ausgesucht habe.

### **2.4.1 Angaben zur Symptomatik und zur Lebensgeschichte von Sarah**

Sarah hat ihre Therapie am Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP) im Alter von 17;5 Jahren begonnen. Sie wurde über eine Beratungsstelle für Ess-Störungen an die Jugendambulanz vermittelt und wirkt im Erstkontakt, bei dem sie mit ihrer Mutter anwesend ist, sehr freundlich und eher zurückhaltend. Ihre Mutter dominiert das Gespräch, zeigt sich in der Beschreibung der Problematik ihrer Tochter ratlos und sehr besorgt. Sie gibt als Vorstellungsgrund an, dass Sarah vor etwa einem Jahr begonnen habe, sich nach dem Essen den Finger in den Mund zu stecken und zu erbrechen. Sarah selbst verbindet als Auslöser für die Essstörung Angst, schulisch wieder abzusinken, und wiederkehrende negative Kommentare zu ihrem Gewicht, vor allem vom Bruder. Das Erbrechen gebe ihr ein „gutes Gefühl von Kontrolle“.

Die Patientin lebt mit ihrer Mutter (42 Jahre, Verwaltungsangestellte) und ihrem Stiefvater (32 Jahre, Maschinenbautechniker) zusammen. Der Kontakt zum leiblichen Vater ist sporadisch und wird eher als „Pflichterfüllung“ angesehen. Der zwei Jahre ältere Bruder macht eine Ausbildung zum Feuerwehrmann und ist nur am Wochenende zu Hause. Trennung der Eltern, als Sarah 7 Jahre alt war. Erneute Heirat der Mutter, als Sarah 14 Jahre alt war. An früheren psychische Beschwerden der Patientin benennt die Mutter Nachtangst im Alter von 5 bis 8 Jahren, Angst vor Käfern und Spinnen von

klein auf bis heute, Schlafwandeln von 5 bis 16 Jahren. Sarah hat die mittlere Reife und besucht derzeit die Krankenschwesternschule im zweiten Ausbildungsjahr. Vom Lernverhalten her ist sie jetzt in der Ausbildung motiviert und eifrig, hat aber in der 9. Klasse massive Probleme in Mathematik gehabt. Mit der Abschlussklasse habe sie sich dann aber durch besondere Leistungen in allen Fächern deutlich nach oben gearbeitet. Was das Sozialverhalten angeht, ist Sarah bei Erwachsenen bis heute sehr beliebt. Sie kann sich verbal gut ausdrücken und wirkt sehr reif. Mit gleichaltrigen Mädchen hat sie eher Probleme: Sie wird für altklug und arrogant gehalten und wertet ihrerseits die anderen auch schnell ab. Jungen gegenüber ist sie immer schon eher angestrengt und auch schüchtern gewesen. Erste Regelblutung im Alter von 13 Jahren, worauf Sarah erfreut reagiert habe, weil sie sich „erwachsen“ gefühlt habe. Erste sexuelle Kontakte im Alter von 14 Jahren.

Unproblematische Kindergartenzeit ab dem Alter von 3 Jahren. In die Grundschule ging sie manchmal nicht so gern, weil sie bei den anderen „nicht so gut ankam wie ihre beste Freundin“.

#### **2.4.2 Diagnose, Bedingungsanalyse, Therapiezielbestimmung**

Aufgrund der in der Diagnostikphase erfassten Symptomatik (keine Heißhungeranfälle oder massive Gier nach Essen; aber selbstinduziertes Erbrechen und Angst davor, „zu fett zu sein“) wurde Sarah die Diagnose der atypischen Bulimia nervosa (F50.3) und der sekundären Entwicklung einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) gegeben.

Das dazugehörige, mit Beendigung der Diagnostikphase entwickelte bedingungsanalytische Arbeitsmodell (in Anlehnung an Sulz, 2000) lässt sich folgendermaßen darstellen:

- S:** Vermehrte Abwertungen von Seiten des rivalisierenden Bruders mit zunehmendem schulischem Erfolg bei hintergründig starker Idealisierung durch die Mutter („Sarah ist vernünftig und reif. Sie macht das schon“), emotionaler Abwesenheit des Stiefvaters bzw. bei überforderndem und emotional missbrauchendem Vater („Du musst dich um mich kümmern, weil es mir schlecht geht“, „Wenn ich tot bin musst du dich um meine Grabstätte kümmern“).
- O:** Kognitiv sehr reflektiert und erwachsen, großes Harmoniebedürfnis bei gleichzeitiger Unfähigkeit, eigene Grenzen wahrzunehmen (vor allem bei Vater und Bruder), sehr starke Schuldgefühle bei Abgrenzung der eigenen Person oder bei Äußerung von Kritik. Starkes Bedürfnis nach Wärme und Geborgenheit bei deutlichen Liebes- bzw. Kontrollverlustängsten und einer starken Aggressionsgehemmtheit. Der Wutimpuls ist die Trennungswut. Histrionische und selbstunsichere Persönlichkeitszüge. Überdurchschnittliche Begabung (IQ von 124).
- R:** Die primäre Emotion ist Wut auf die frustrierende Umwelt (vor allem familiär). Die Erwartung ist: „Dann werde ich alleingelassen, gehöre nicht mehr dazu oder werde selbst verletzt.“ Wütende Impulse werden durch depressive Stimmung in Kombination mit kompensatorischem Essen und Erbrechen ersetzt.
- K:** Verlustängste und die Angst vor dem Ausgeliefertsein werden reduziert und das Gefühl von Kontrolle und Geborgenheit kann aufrechterhalten werden.



Die mit Sarah vor diesem Hintergrund erarbeiteten konkreten drei Therapieziele sind:

1. Die Essstörung bewältigen
2. Sich in Beziehungen wohler zu fühlen, d. h., dass von den anderen mehr zurückkommt und die Patientin nicht dauernd Schuldgefühle hat („Was habe ich schon wieder falsch gemacht?“)
3. Sich im Umgang mit Gefühlen zu verändern, d. h., nicht dauernd traurig zu sein, ohne zu wissen, weshalb, sondern Ursachen zu erkennen und sicherer handeln zu lernen

Die nach SJT abgeleiteten Therapieziele lauten dementsprechend:

1. Sarah sollte lernen, ein ausgewogenes Essverhalten aufzubauen und Erbrechen mit geeigneten Maßnahmen zur Reaktionsverhinderung zu vermeiden
2. Sarah sollte lernen, ihre Bedürfnisse und Gefühle besser wahrzunehmen und zu artikulieren
3. Sarah sollte lernen, entgegen ihren Verlustängsten und dem Harmoniestreben Grenzen zu setzen (besonders gegenüber dem Vater und dem Bruder) und damit verbundene Schuldgefühle abzubauen bzw. konstruktiv mit ihrer Wut umzugehen, anstatt depressive Verarbeitungsmechanismen und kompensatorisches Essen bzw. Erbrechen zu zeigen
4. Sarah sollte lernen, sich mit Gleichaltrigen auseinanderzusetzen und deren Freundschaften aufrechtzuerhalten, anstatt sie ängstlich-vermeidend abzuwerten
5. Sarah sollte lernen, ihr Selbstwertgefühl zu steigern
6. Sarah sollte lernen, ein bejahendes Selbstbild (besonders in Hinblick auf die eigene Geschlechtsidentität) aufzubauen und ihre Ängste gegenüber dem anderen Geschlecht abzubauen, d. h., letztlich ihr Männerbild teilweise zu revidieren.

**Prognostisch günstig** erscheinen Intelligenz, Reflexionsfähigkeit und Kreativität der Patientin. **Prognostisch ungünstig** erscheinen die extreme Konfliktvermeidung innerhalb der Familie und das stark belastete Vater-Tochter-Verhältnis.

### 2.4.3 Therapieverlauf und Elternarbeit im Einzelmodus

Das Zeitfenster der im Einzelmodus stattfindenden Therapie erstreckte sich über etwa neun Monate und bezog die Mutter und den Stiefvater mit ein. Der heute 48-jährige, nicht mit Sarah zusammenlebende Vater (Elektrotechniker) nimmt auf Wunsch von Sarah bis heute nicht an der Therapie teil, was in diesem Falle mit Sarahs glaubwürdig eingeschränkter Fähigkeit zur Abgrenzung gegen dessen starken Alkoholabusus und in seinem grenzüberschreitenden Verhalten begründet ist.

Vom therapeutischen Verlauf her wurde im Einzelmodus zunächst nach einem allgemeinen psychoedukativen Teil zum Thema „Essstörung bzw. Symptomentstehung“ für Sarah und Mutter bzw. Stiefvater das von der Beratungsstelle für Ess-Störungen bereits eingeleitete strukturierte Essverhalten übernommen und Methoden erprobt, die das selbst induzierte Erbrechen stoppen (Reaktionsverhinderung durch Joggen, Musik hören, PME). Zentral war hier in der emotionalen Arbeit, dass Sarah ihre Symptomatik als Sprachrohr begreift. Hierzu wurde die Essstörung personifiziert, indem Sarah der Essstörung als Feindin/ Belastung und als Freundin folgende Briefe geschrieben hat:

*Liebe Essstörung, meine Feindin,  
Du! Du, du bist so, so dumm. Weißt Du eigentlich, was Du mir antust? Natürlich bist Du immer da, aber Du nimmst mich ein. Du hast Dich bei mir eingenistet, ohne wirklich zu fragen. So was ist echt das Letzte. Ohne Dich würde es dieses „Hilfe, ich habe zu viel gegessen!“ gar nicht geben. Du bestimmst meine - ach was - Deine Ideale. Siehst Du, ich weiß noch nicht mal mehr, ob es meines oder Deines ist, weil Du viel zu oft mein ganzes Ich einnimmst. Bei Angst ziehst Du mich noch mehr runter. Du verstehst gar nichts von Jungs. Du lässt mich sie vermeiden. Hör auf damit! Lass´ mich die Sarah sein. Du frisst meinen ganzen Mut und meine Hoffnung auf. Kennst Du so was wie Glück? Das will ich nämlich. Aber Du bist egoistisch und täuscht Glück nur vor. Ich will Dich nicht mehr. Wo wohnst Du eigentlich? In meinem Kopf, in meinem Bauch, in meinem Herzen oder wo?  
Ich will, dass Du rausgehst. Zieh in meine Vergangenheit. Die kleinen, verlogenen Glücksmomente will ich nicht mehr.*

UND

*Liebe Essstörung, meine liebe Freundin,  
Du bist immer bei mir und weichst mir nicht von der Seite. Du bist unbeirrbar. Um Deinen Kontakt muss ich mich nicht bemühen. Du bist der Weg, die Hilfe, wenn ich zu viel gegessen habe. Du schaffst einen Ausweg dafür. Du hast mich beeindruckt. Du bist so einfach. Für Dich braucht man keinen starken Willen, um abzunehmen. Du nimmst Dich meiner an und achtest darauf, welche Ideale ich habe. Du gibst Zuflucht bei Angsten. Du schaffst Auswege, wenn ich verletzt werde. Du willst, dass ich mit Jungs zurechtkomme, weil Du ja den Idealen nachgehst. Du bist da, wenn es mir schlecht geht. Du gehörst nur mir, nur mir ...*

In diesem Brief spiegeln sich im Prinzip sämtliche zentralen Beziehungs- bzw. Gefühlsthemen wider, die therapeutisch aufgegriffen wurden: Im Verlauf konnte Sarah das empfundene „Gefühlschaos“ zunehmend sortieren und auch Gefühle zulassen, ohne bei Frustration auf das Erbrechen zurückzugreifen. An dieser Stelle wurde therapeutisch nonverbales Material hinzugezogen, mit dessen Hilfe Sarah die mit der Essstörung vermiedenen Gefühle differenzieren und greifen lernte. Sarah malte hierzu ein Bild, auf dem das „Maul der Essstörung“ Gefühle wie Liebe, Traurigkeit, Hoffnung und Sehnen auffrisst. Mit Hilfe der Zeichnung erkennt und erspürt Sarah die Wichtigkeit, Gefühle wahrzunehmen, zu artikulieren und zu ertragen. Sie erarbeitet sich im Verlauf hierzu neue, tröstende Gedanken entgegen der alten, die Essstörung und die Depression fördernden Gedanken. Im Verlauf konnten die depressiven Verarbeitungsmechanismen im Einzelmodus bereits durch Arbeit an den Gefühlen und Beziehungsthemen der Patientin reduziert werden. Das Erbrechen trat für gewisse Zeit nicht mehr auf und zeigte sich erst vor dem Hintergrund einer akuten Krise kurz innerhalb des Gruppenmodus wieder. Sarah begann auch in der Einzelarbeit damit, sich zunehmend mit dem frustrierenden Vaterverhalten auseinandersetzen, ihre Grenze zu definieren und sich seinem Einfluss durch Reflexion der frustrierenden Situationen bzw. entsprechende Imaginationsübungen zu entziehen. Im Verhältnis zu ihrem Bruder gelang es ihr, mit Hilfe von Rollenspielen

besser Bedürfnisse zu äußern und auch Grenzen zu setzen. Sarah machte den Sprung hin zu Partnerschaft und Beziehung. Das Verhältnis zur Mutter und zum Stiefvater beschrieb Sarah vor dem Elterntaining als eher schwierig, weil beide sie nicht verstehen würden.

Was die Elterarbeit im Einzelmodus anging, so erschien die Mutter dabei als problemvermeidend und invalidierend bzw. emotionale Krisen der Tochter kaum aushaltend. Das Prinzip war „Alles ist in Ordnung“, „Das wird schon wieder“ und „Augen zu und durch“. In ähnlicher Weise bagatellierte der Stiefvater die psychische Problematik Sarahs, wobei bei beiden Hilflosigkeit gegenüber Sarah stark spürbar wurde. Der Stiefvater wollte um keinen Preis sein „von der Außenwelt abgeschirmtes, geborgenes Zuhause in Frage stellen“, weshalb es bei beiden Elternteilen in den Bezugspersonengesprächen vorwiegend um intensivierte Psychoedukation, Entbagatellisierung und Sensibilisierung für die Bedürfnisse von Sarah ging.

#### **2.4.4 Therapieverlauf im kombinierten Einzel- und Gruppenmodus**

Was im Gruppenmodus für Sarah inhaltlich weiterführend ein zentrales Thema darstellte, waren zum einen die Verlustängste, die sie vor allem in ihrer zu diesem Zeitpunkt gelebten Partnerschaft spürte; zum anderen auch deutlich der Umgang mit Frustrationen der zentralen Bedürfnisse nach Geborgenheit und Verständnis. Die Herausforderung in der Gruppe bestand darin, Disharmonie in Gruppe bzw. Unfrieden auszuhalten und auch wehrhaft zu sein, was Sarah immer besser gelang. Sarah lernte, in der Gruppe Kritik zu äußern und wehrhaft gegenüber den verbalen Grenzüberschreitungen eines sozialverhaltensgestörten Jugendlichen zu sein. Mit Abschluss der Gruppenphase artikulierte Sarah deutlichen Gewinn aus den Gruppenprozessen.

#### **2.4.5 Verlauf des Elterntainings**

Was das Elterntaining anbelangt, so kann die Mutter der Patientin zu Beginn als abwehrend beschrieben werden. Im Verlauf konnte sie aber mit den Selbsterfahrungsanteilen „Meine Überlebensregel“ und „häufige/starke, gefürchtete und abgelehnte Gefühle“ ihre Position in der Familie erkennen, wo sie „Probleme deckelt“, wegwischt und kaum zulässt. Gerade in der Beziehung zu Sarah konnte die Mutter Alternativreaktionen erarbeiten, wenn es Sarah schlecht ging. Statt einem „Das wird schon wieder“ und „Das ist doch nicht so schlimm“ nahm die Mutter die Hilfesuche der Tochter vermehrt an und trat in die stützende, verständnisvollere Rolle. Gerade in Hinblick auf Verzweiflung oder Traurigkeit wehrte die Mutter - wie sie selbst erkannte - die Tochter aus Hilflosigkeit im Umgang damit früher ab. Jetzt kann tröstender Körperkontakt auch besser zugelassen werden. Die Mutter bemüht sich derzeit darum, ein Gefühl dafür zu bekommen, wie viel Stütze Sarah braucht und wo sie sie aber auch im Dienste der Individuation unterlassen muss. Besonders heilsam ist für die Mutter-Tochter-Beziehung, dass Konflikte mittlerweile zugelassen werden können. Beide Seiten empfinden dies als entlastendes, reinigendes Gewitter: Wut ist erlaubt und macht die Beziehung nicht kaputt.

Beim Stiefvater konnte eine etwas zaghaftere Entwicklung erreicht werden. Lange Zeit hielt er auch im Training an Bagatellisierungen fest. Es hatte fast den Anschein, als würde er mit Sarah um die Mutter rivalisieren und deshalb keine Veränderung zulassen. Erst im letzten Drittel, wo sich die Beziehung zwischen Mutter und Tochter deutlich verbessert,

artikuliert der Stiefvater erstmals das Gefühl, sich ausgeschlossen zu fühlen, und ist gerade erst dabei, seine Möglichkeiten zur alternativen Beziehungsgestaltung zu reflektieren. Er möchte derzeit versuchen, Sarah mehr Verständnis zu geben.

### 3 Abschließende Beurteilung der Strategischen Jugendlichentherapie

In Anlehnung an die bisherigen Ergebnisse zur Evaluation der Strategischen Jugendlichentherapie (Richter-Benedikt, 2016; Sedlacek, 2015) kann unseren Ergebnissen und Erfahrungen nach in Hinblick auf das SJT-Konzept gesagt werden, dass neben der Symptomtherapie die Arbeit an den zentralen Beziehungen bzw. damit verbundenen Bedürfnissen, Ängsten und Wutimpulsen wichtig und gesundheitsfördernd erscheint. Die Jugendlichen lernen im Verlauf, Gefühle zu differenzieren, Bedürfnisse zu spüren und zu regulieren, und zeigen weitgehend eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit. Bewährt haben sich dabei unserer Einschätzung nach vor allem das kombinierte Einzel-Gruppen-Konzept und die sehr intensive Elternarbeit. Gerade im Bereich „Umgang mit den eigenen Grenzen“ und „Umgang mit frustrierenden Situationen“ zeigen sich Veränderungen innerhalb der Familien bzw. bei einzelnen Eltern und Jugendlichen. Einige der Jugendlichen bringen emotional instabile Merkmale mit, die mit dem intensiven Emotionsregulationsanteil gut bearbeitet werden können. Selbstverletzendes bzw. selbstschädigendes Verhalten kann auf alle Fälle reduziert und nicht selten vollständig abgebaut werden. Die Jugendgruppen sind dabei eine große Herausforderung für die Patienten. Allerdings können die Jugendlichen ihre Rückmeldungen und unseren Beobachtungen nach den Gruppenrahmen nutzen, um Dinge unter- und miteinander bewältigen zu lernen. Die Gruppe wurde nach Angaben der Patienten nicht selten als stützend erlebt. Gerade was die Scham über die eigene Symptomatik angeht, kann die Gruppe Erleichterung bieten. Im Sinne der Peerdynamik in der Jugend lernen die Jugendlichen auch, mehr mit Gleichaltrigen in Kontakt zu treten und auch schwierige Situationen untereinander zu bewältigen.

Für den Ansatz der Strategischen Jugendlichentherapie spricht zudem, dass die Jugendlichen und deren Eltern sich längerfristig einbinden lassen und wir relativ wenige Therapieabbrüche aufweisen. Auch die gemeinsamen Eltern-Kind-Gespräche, die sich den Gruppen anschließen, sprechen für einen Lerneffekt. Die Rückmeldung vieler Eltern ist positiv, wenn auch deutliche Startschwierigkeiten zu Beginn des Elterntrainings artikuliert werden (vor anderen über die eigenen Themen zu sprechen etc.). Die Eltern berichten nach dem Elterntraining davon, weniger hilflos und empathischer im Umgang mit den Bezugspersonen zu sein und bei sich und anderen psychische Prozesse besser reflektieren zu können. Gerade im Umgang mit Schuldgefühlen gegenüber dem eigenen Kind erscheint die Elterngruppe zudem wichtig. Durch Aufteilung der Elternteile auf verschiedene Gruppen konnten auch Paarkonflikte und mangelnde Elternallianzen thematisiert und bearbeitet werden. Einige Elterngruppen laufen privat weiter, mehrere Eltern haben sich nach dem Training zu einer Paarberatung bzw. eigenen Einzeltherapie entschieden. Konzeptuell problematisch ist es, wenn die Jugendlichen ihre Eltern bei der Therapie nicht dabei haben wollen oder aber beide Eltern ihre Kooperation verweigern. In solchen Fällen bemühen wir uns um Kooperation bzw. Motivierung des Jugendlichen und/oder

der Eltern, setzen die Therapie aber nicht fort, wenn sich keine Veränderungen zeigen. Das mag für manche radikal klingen, hängt aber mit unserem Störungs- bzw. Genesungsverständnis zusammen. Schwierig wird es zudem, wenn die Eltern selbst schwere psychische Störungen mitbringen und wir sie nicht davon überzeugen können, eine eigene Therapie zu beginnen. Bei manchen Eltern braucht es zu Beginn des Trainings viel Überzeugungsarbeit und auch Druck (s. Anmerkungen wie „Aber mein Kind ist doch in Therapie, nicht ich“). Es gibt Elternteile, die „wegen anderer wichtiger Termine am Elterntaining nicht teilnehmen können“. In solchen Fällen werden die Stunden einzeln nachgeholt. In diesem Zusammenhang zentral erscheint für die Durchführung der SJT, dass die Elterntainings im zweiten Therapieabschnitt stattfinden und gemeinsame Vorarbeit bzw. Zusammenarbeit im Einzelmodus vorausgeht. Im anderen Fall können die Eltern durch die Gruppensituation und den großen Selbsterfahrungsanteil überfordert sein. Die Trainingssituation kann eine große Stütze sein, in Einzelfällen aber auch eine stark angstbesetzte Situation für die Eltern. Die Strategische Jugendlichen-therapie stößt somit aufgrund ihres umfassenden Vorgehens in der Umsetzung sicherlich an ihre Grenzen, erweist sich aber bisher weitgehend als effizient und in der Praxis gut durchführbar.

## Literatur

- Dilling H (Hrsg.) (1999): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). 3. unveränd. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Franke GH (2000): BSI – Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Göttingen: Beltz Test GmbH
- Höfer R (2000): Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen: Leske + Budrich.
- Hurrelmann K (1997): Lebensphase Jugend. 5. Aufl. München: Juventa Verlag
- Kohnstamm R (1999): Praktische Psychologie des Jugendalters. Bern: Hans Huber
- Oerter R, Dreher E (1995): Jugendalter. In: Oerter R, Montada L (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 310-395
- Remshmidt H (1992.): Adoleszenz. Stuttgart, New York: Georg Thieme
- Remshmidt 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 Jugendlichen-therapie. In: Sulz, S.K.D, Hauke, G. (Herausgeber): *Strategisch-Behaviorale Therapie*. München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt, J.A. (2009b): Strategische Jugendlichen-therapie oder „Schwierige Zeiten gemeinsam bewältigen“. In: Sulz, S.K.D (Hrsg.): *Wer rettet Paare und Familien aus ihrer Not?* München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt (2016): *Strategische Jugendlichen-therapie (SJT) – Konzeption und Evaluation im Einzel- und Gruppensetting in der Psychotherapie von Jugendlichen*. München: CIP-Medien.
- Sedlacek F (2015): *Strategische Jugendlichen-therapie (SJT) bei internalisierenden Störungen und Schulverweigerung – eine Evaluationsstudie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (1992): *Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan*. München: CIP-Medien.

- Sulz, S. (1994): Strategische Kurzzeittherapie: Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (1995): Praxismanual zur Strategischen Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2000a): Emotion, Kognition und Verhalten – zur homöostatischen Funktion der Emotionen. In Sulz, Lenz (Herausgeber): Von der Kognition zur Emotion. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2000b): Lernen, mit Gefühlen umzugehen – Training der Emotionsregulation. In Sulz, Lenz (Herausgeber): Von der Kognition zur Emotion. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2001): Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2003): Als Sisyphos seinen Stein losließ. München: CIP-Medien, 3. korrigierte Auflage.
- Sulz, S., Hauke, G. (2009): Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes. München: CIP-Medien.
- Sulz, S., Hauke, G. (2010): Was ist SBT? Und was war SKT? „3rd wave“-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. Psychotherapie, 15(1), 10-19. München: CIP-Medien.

## Korrespondenzadresse

Dr. phil. Dipl.-Psych. Annette Richter-Benedikt  
Ausbildungsleitung CIP, KJ-VT | Psychologische Psychotherapeutin  
Kinder, Jugendliche, Erwachsene, VT | Supervisorin

Centrum für Integrative Psychotherapie CIP GmbH  
Rotkreuzplatz 1 III | 80634 München  
Tel. 089/54047949 | Fax 089/54047950  
annette.richter-benedikt@cip-akademie.de