

Annette Richter-Benedikt

„Was Jugendliche in der therapeutischen Beziehung tatsächlich brauchen“ – Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT)

„What do adolescents need in the therapeutic relationship?“

Therapeutic relationship in strategic youth therapy

Die in Anlehnung an die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) entwickelte Strategische Jugendlichentherapie (SJT) ist als ein integrativ-behavioraler Therapieansatz zu verstehen. Bei einem differenzierten therapeutischen Störungsverständnis mit ätiologisch intraindividuell und interpersonell relevanten Variablen steht neben der konkreten Symptomatik eine makroanalytisch begründete Förderung der funktional-adaptiven Emotionsregulation und Beziehungsgestaltungskompetenzen der Patienten im Vordergrund. Basis hierfür ist eine von Seiten des Therapeuten reflektierte Beziehungsgestaltung, die mit diesem Artikel herausgearbeitet werden soll.

Schlüsselwörter

Strategische Jugendlichentherapie – therapeutische Beziehung – Therapeutenverhalten – Jugendliche – affektiv-kognitive Entwicklungstheorie – Persönlichkeitsentwicklung

The strategic youth therapy (SYT) developed in analogy with the strategic behavioural therapy (SBT) can be understood as an integrative-behavioural therapy approach. In a differentiated therapeutic disorder concept with etiologically intraindividually and interpersonally relevant variables, alongside the concrete symptoms, the focus is on a macroanalytically founded promotion of the functional-adaptive emotion regulation and relationship-forming competences of the patients. The basis for this is a relationship formation reflected by the therapist which is to be elaborated in this article.

Keywords

strategic youth therapy – therapeutic relationship – therapist behaviour – adolescents – affective-cognitive development theory – personality development

1. Einleitung

In der Strategischen Jugendlichentherapie (Richter-Benedikt, 2009a, 2009b, 2014a, 2014b) als einem integrativ-verhaltenstherapeutischen Ansatz, der aus der Strategisch-Behavioralen Therapie nach Sulz und Hauke (2009) erwuchs, wird einer differenziert reflektierten Arbeit an und mit der therapeutischen Beziehung eine zentrale Bedeutung beigemessen. Die Frage, „was Jugendliche wirklich brauchen“, ist in diesem Zusammenhang als sehr individuell bzw. auf den biographischen Kontext des Jugendlichen bezogen zu verstehen: Prägende, den persönlichen Habitus des Jugendlichen formende Erfahrungen mit den zentralen Bezugspersonen werden auch im Kontakt mit dem Therapeuten reinszeniert, was impliziert, was der Jugendliche im Kontakt mit dem Therapeuten sucht, braucht oder in der therapeutischen Beziehung fürchtet und vermeidet bzw. welches Therapeutenverhalten anteilig als korrigierend-adaptiv zu werten ist.

Hierzu das Fallbeispiel „Bastian“: Es wird ein knapp 18-jähriger Jugendlicher bei mir vorstellig, der lässig und jugenhaft gekleidet ist und bei Gesichtsblicke bzw. Augenringen müde und abgespannt wirkt. Er macht bei vermeidendem Blickkontakt einen unsicheren Eindruck, versucht aber, durch Sprachwitze und fast altklug erscheinende Aussagen erwachsen und souverän zu wirken. Es manifestiert sich im Gesprächsverlauf, dass Bastian bei motorischer Unruhe parathym-fröhlich wirkt und durch „kabarettistische Einlagen“ bzw. Wortwitz tendenziell logorrhöisch Aufmerksamkeit und Beachtung zu erlangen sucht. Das starke Bemühen um Beziehung bzw. „zu gefallen“ wird im Kontakt mit mir schnell spürbar, wobei therapeutischerseits der deutliche Impuls besteht, „unbedingte positive Wertschätzung“ zu signalisieren und stark validierend-verständnisvoll zu reagieren.

Bastian gibt an, wegen „Konzentrationsproblemen“ und „wiederkehrender Melancholie“ von sich aus eine Therapie anzustreben. Bestärken würde ihn, dass auch sein Vater schon einmal eine ambulante Verhaltenstherapie gemacht habe. Die Eltern geben an, dass sie bei ihrem Sohn „Prüfungsängste, Konzentrationsprobleme und eine fahrig grobmotorik „als problematisch“ ansehen würden, wobei sich Probleme in der Aufmerksamkeit und eine „motorische Unruhe“ bereits im Kleinkindalter abgezeichnet hätten.

Bastian fordert bereits im Rahmen des Erstkontakts durch seinen Verhaltens- bzw. Interaktionsstil von der Therapeutin bestimmte interaktionelle Reaktionen ein, d. h., die Reaktionsangebote des Jugendlichen müssen therapeutischerseits stimmig wahrgenommen werden, um Compliance herzustellen und damit letztlich die Therapie zu bahnen: „Was Bastian mit Therapiebeginn wirklich braucht“, lässt bereits die Erstgesprächssituation erahnen. Auf die Reaktionsangebote des Jugendlichen im Sinne einer „korrigierenden Erfahrung“ zu antworten, bedarf eines Modells bzw. Konzepts dessen, *welche* therapeutischen Beziehungsangebote konkret (neben anderen Interventionen) *inwiefern* eine adaptiv-funktionale bzw. symptomreduzierende Wirkung haben. Die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) bietet als Bezugskonzept die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie nach Sulz (1992, 1994, 2001, 2009a, 2009b) an, die verständlich macht, wie Symptomatik entsteht und inwieweit im therapeutischen Kontext die therapeutische Beziehungsgestaltung so auf den Jugendlichen abgestimmt bzw. im Rahmen der Elternarbeit korrigierende Erfahrungen (s. hierzu auch Goldfried, 1980, 1982) so erarbeitet werden können, dass

psychische Gesundheit durch Entwicklungsförderung gebahnt werden kann. Selbiges macht in der Folge eine zusammenführende Darstellung des theoretischen Konzepts nötig.

2. Die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie als Basis für therapeutische Beziehungsgestaltung

Ausgehend davon, dass wir in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen mit den bereits individuell typischen – wenn auch nicht völlig rigiden – Erlebens- und Verhaltensstilen heranwachsender Persönlichkeiten konfrontiert sind, ist an dieser Stelle zunächst zu definieren, inwieweit die dem Jugendlichen eigenen Persönlichkeitsstile die psychische Gesundheit beeinflussen.

2.1 Persönlichkeitsentwicklung im Kontext: Was Jugendliche prägt und ggf. „krank macht“

Persönlichkeit entwickelt sich eingebettet in Beziehungen bzw. in Bezugssystemen, die sich durch primäre (Eltern und enge Verwandte) und sekundäre Bezugspersonen (pädagogische Betreuungspersonen und Freunde) kennzeichnen. Was den Definitionsversuch von „Persönlichkeit“ in der Psychologie betrifft, so wird sie einer entwicklungspsychologischen Sicht nach aus einer sich im Zeitverlauf qualitativ verändernden Interaktion der Person mit der Umwelt heraus verstanden (dynamisches, prozesshaftes Persönlichkeitsverständnis). Demgegenüber definiert die differentielle Psychologie die Persönlichkeit als ein aus stabilen Dimensionen zusammengesetztes Konstrukt. Diese theoretischen Unterschiede von Prozesshaftigkeit und Stabilität erfahren mittlerweile eine zunehmende Aufhebung, und es kommt zur Integration der beiden Perspektiven. Eine neuere, beide Annahmen umfassende Definition wurde in diesem Zusammenhang von Fiedler (2007, in Oerter et al., 1999) unternommen: „Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen sind Ausdruck der für ihn charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht.“

Die Persönlichkeit eines Menschen drückt sich also zum einen in ganz spezifischen, jedem Menschen eigenen Verhaltensweisen aus, die ihn von anderen unterscheiden und die auf individuelle Weise die zwischenmenschlichen Beziehungen prägen. Diese die Persönlichkeit definierenden Interaktionen implizieren einen spezifischen dynamisch-prozesshaften Aspekt im Persönlichkeitsverständnis, nämlich den der Beeinflussbarkeit der menschlichen Persönlichkeit durch die Erwartungen und Anforderungen, die von außen herangetragen werden. Eben diese externen Kräfte integriert die Person auf individuelle Weise in ihre Handlungsziele, um ihrem Handeln – und letztlich ihrem Dasein – Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit zu verleihen, was eine gewisse Beweglichkeit des Persönlichkeitsbegriffes impliziert. Sulz (1992, 1994, 2001, 2009a, 2009b) spricht in Zusammenhang mit dem Persönlichkeitsbegriff von Überlebensstrategien bzw. Überlebensregeln, die die Menschen voneinander unterscheiden und die sich in der frühen Eltern-Kind-Interaktion als affektiv-kognitive Schemata herausbilden: „Eine Persönlichkeit ist also dasjenige Erleben und Verhalten, das der mich charakterisierende Versuch der Kinderjahre war, mit mei-

nen Eltern zu überleben. Sie ist meine individuelle psychosoziale Selbststeuerung mit meiner Überlebensregel, meinem zentralen Bedürfnis, meiner zentralen Angst, meinen gebotenen oder nützlichen Verhaltensweisen und meinen verbotenen oder schädlichen Verhaltensweisen und Gefühlen. Sie ist das Produkt meiner Kindheit, das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen meinen Eltern und mir.”

Dieses Verständnis wurde bereits von Bowlby (1976a, b) in seiner Annahme der Prägung späterer Beziehungsgeschehen durch die frühe Bindungserfahrung des Kindes angesprochen: So macht eine zusammenfassende Betrachtung verschiedenster Untersuchungen deutlich, wie positive Bindungserfahrungen dazu beitragen, dass der Mensch später ein besseres Coping mit Stress und bessere soziale Kompetenzen besitzt (Oerter et al., 1995). Die individuellen, in der Interaktion mit den Eltern etablierten affektiv-kognitiven Schemata, die sich nach Sulz als sogenannte Überlebensregeln komprimieren lassen, determinieren also die eigene Persönlichkeit und die interindividuellen Unterschiede im persönlichen Erleben und Verhalten maßgeblich. Sie sind gleichzeitig in Anteilen als Ausdruck dafür zu verstehen, ob sich die Persönlichkeitsentwicklung unter förderlichen, salutogenen oder in Anteilen krankmachenden, pathogenen Bedingungen vollzog (Sulz, 1992, 1994, 2001, 2009a, 2009b).

Denn: Die früh erworbenen affektiv-kognitiven Schemata, nach Sulz „Überlebensregeln“, dienen dem Zweck, sich eine stabile Eltern-Kind-Beziehung bzw. das emotionale Überleben in der umgebenden Welt zu sichern. Hierbei muss sich das Kind/der Mensch entweder an die Ansprüche der Umwelt anpassen oder, sofern er die Möglichkeiten dazu hat, in aktiver Weise auf sie Einfluss nehmen. Selbstredend spielt in diesem Zusammenhang vor allem der Kontakt mit den primären Bezugspersonen mit ihren Ansprüchen und Fähigkeiten eine maßgebliche Rolle, die Bedürfnisse des Kindes adäquat zu beantworten. Die Eltern bestimmen durch ihr Interaktionsschema, was das Kind als effizientes, eigenes Verhalten definiert und in Zukunft zunehmend anwendet. Zudem legen sie fest, welche Verhaltensweisen sich das Kind verbietet oder als negativ tituliert, d. h., welches Verhalten, welche Eigenschaften aufgrund ihrer Notwendigkeit – im Sinne einer der Außenwelt angemessenen Reaktion – gelernt und vermieden werden. Um den konstruktivistischen Gedanken aufzugreifen: das Kind lässt seine implizite, d. h. nicht bewusste Realitätskonstruktion mit dem Ziel der Anpassung und der Sicherung seiner Existenz in die affektiv und kognitiv besetzte Überlebensregel münden. Dieser Anpassungsprozess ist Gefährdungen ausgesetzt, wenn die abverlangten Verhaltensweisen das Kind emotional überfordern, so dass in der Konsequenz die Persönlichkeitsentwicklung einen negativen, unter Umständen pathologischen Verlauf nehmen kann. Hierzu Hauke (2013) in Anlehnung an Sulz (1994), Epstein (1990, 1993) und Grawe (1998): „Ein komplexes System wie der Mensch könnte kaum funktionieren, wenn er bewusst über jedes Verhalten im Dienste der Homöostase nachdenken müsste. Automatisierte, nicht bewusste Prozesse sorgen für geschmeidige und zuverlässige Abläufe. Sie werden von der autonomen Psyche besorgt. Ganz analog zum autonomen Nervensystem, das die Körperfunktionen des Menschen ohne sein bewusstes Zutun steuert, ist auch die Regulationsfunktion der autonomen Psyche zu sehen. Sie steuert automatisch den größten Teil unseres Erlebens und Verhaltens, so dass nach Möglichkeit Homöostase erreicht bzw. erhalten wird. In Abgrenzung dazu wird das bewusste Wahrnehmen, Fühlen, Denken und Handeln mit dem Begriff der willkürlichen Psyche umschrieben. So brauchen wir z. B. bewusste Aufmerksamkeit, um mit auftau-

chenden Hindernissen umzugehen, uns zu verändern oder neue Wege zu gehen. Auch in solchen Situationen wird die Aufrechterhaltung der Homöostase angestrebt. Autonome und willkürliche Psyche müssen zusammenwirken, damit Homöostase realisiert wird.“ Nach Sulz (1998) dient dieser Regulationsmechanismus in den ersten drei Lebensjahren der somatopsychischen Homöostase: Zunächst ist das leiblich-körperliche, dann allerdings auch das psychische Überleben ein zentrales Thema des Kleinkindes, woraus die Überlebensregel aufgrund traumatisierender bzw. frustrierender Erfahrungen mit den Eltern erwächst. Ein gewisser Grad der Frustration, d. h. die Hemmung gewisser Impulse, ist in diesem Zusammenhang zwar als ein natürlicher Vorgang innerhalb des kindlichen Sozialisationsprozesses zu betrachten, allerdings kann insbesondere die verfrühte und verstärkte Hemmung in den ersten drei Lebensjahren nach Sulz (2003, 2001) zur Ausbildung prägender maladativ-dysfunktionaler Verhaltensstereotypen beitragen.

Hierbei werden hierbei drei Regulationsmechanismen wirksam – zentrale Bedürfnisse, zentrale Ängste und zentrale Wutimpulse interagieren wie folgt: Jeder Mensch hat durch frühe Erfahrungen zentrale Bedürfnisse herausgebildet, die im Rahmen der Selbsterhaltung eine zentrale Bedeutung einnehmen und die Interaktion mit Bezugspersonen bzw. die persönliche Lebensführung beeinflussen. Dadurch, dass die jeweils bedeutsamen Bedürfnisse von den Eltern keine alters- bzw. entwicklungsadäquate Befriedigung erfahren, werden verschiedenste, nicht altersentsprechende, z. T. auch regressive Verhaltensweisen vom Kind dazu herangezogen, das Bedürfnis befriedigt zu bekommen. Die im Rahmen der Eltern-Kind-Interaktion erfolgreichen Strategien behält die Person bis in das Erwachsenenalter hinein bei. Sulz unterscheidet in diesem Zusammenhang 21 Grundbedürfnisse, die er faktorenanalytisch folgendermaßen zuordnen konnte (Sulz & Müller, 2000):

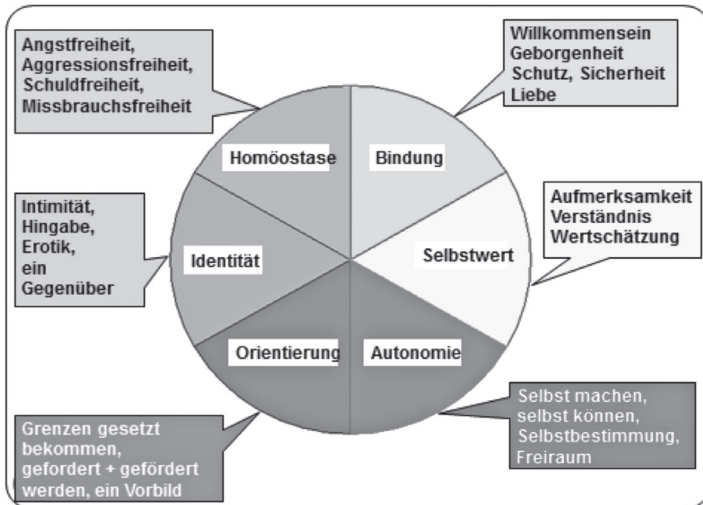


Abbildung 1: Zentrale Bedürfnisse nach Sulz und deren Faktoren (nach Sulz & Müller, 2000)

Neben dem zentralen Bedürfnis hat jeder Mensch eine zentrale Angst, die er zu meiden sucht: Weil das Kind aufgrund seines psychischen Entwicklungsstandes noch nicht dazu in der Lage ist, den Frustrationen der Eltern bzw. den damit verbundenen Bedrohungen aktiv entgegenzutreten, entwickelt es Gefühle der Angst, die es durch kontinuierliches Vermeidungsverhalten im Sinne einer Angstkonditionierung zu umgehen sucht. Auch hier nimmt Sulz also Mechanismen der Lernpsychologie an, d. h., es werden diejenigen Vermeidungstendenzen aufrechterhalten, die biographisch betrachtet zum Umgehen aufkommender Angstgefühle erfolgreich beitragen.

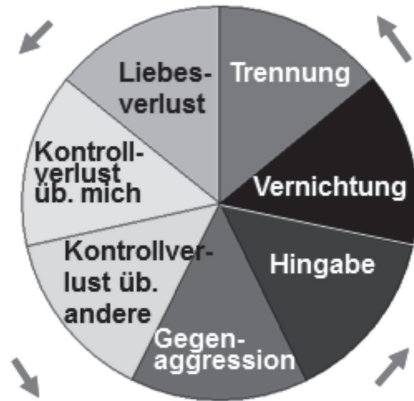


Abbildung 2: Zentrale Ängste nach Sulz und deren Faktoren (nach Sulz & Müller, 2000)

Weitgehend äquivalent dazu versucht der Mensch, auf eine konditioniert erworbene Art und Weise mit seinen zentralen Wutimpulsen als drittem handlungsleitendem und biographisch erworbenem Motiv umzugehen: Die Frustration zentraler Bedürfnisse lässt Wut entstehen, die angesichts zentraler Ängste meist unterdrückt wird (s. Sulz, 1996, 2000, 2003).



Abbildung 3: Zentrale Ängste nach Sulz und deren Faktoren (nach Sulz & Müller, 2000)

Aus eben skizzierten Lernerfahrungen können sich situationsübergreifende Verhaltensstereotypen entwickeln, die als festes Repertoire der Persönlichkeit die psychische Homöostase des Betroffenen aufrechterhalten, mehr oder weniger maladaptiv-dysfunktionale Konsequenzen nach sich ziehen und bis in das Erwachsenenalter rigide aufrechterhalten werden. D.h., in Hinblick auf die menschliche Psyche werden nicht bewusst wahrgenommene psychische Prozesse der sogenannten autonomen Psyche postuliert, die die frühen Erfahrungen in einer Überlebensregel komprimiert, dabei zweckgerichtet ist und die individuelle emotionale Homöostase bzw. das emotionale Überleben gewährleistet und eben vorbewusst-automatisiert abläuft.

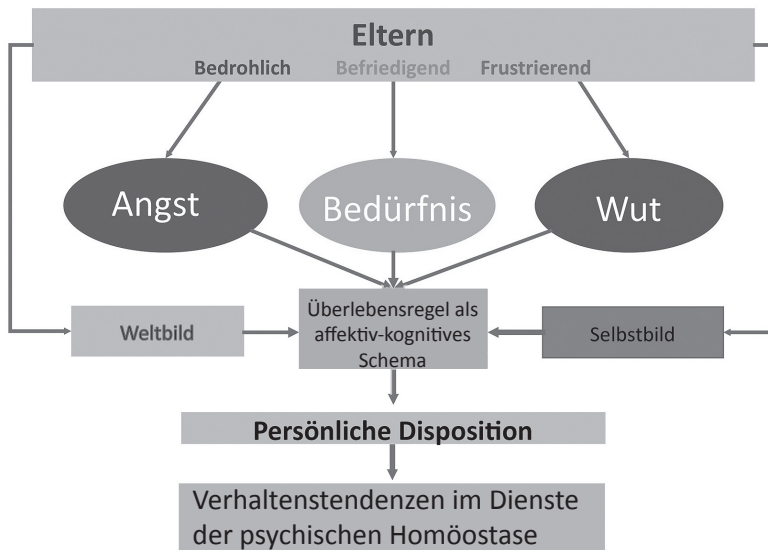


Abbildung 4: Die Überlebensregel nach Sulz (1994, 2001) und ihre zentralen Elemente

Die Syntax der Überlebensregel nach Sulz (1994) lautet konkret:

<p>Generelle Syntax der Überlebensregel</p> <p>Nur wenn ich immer ... gebotenes, nützliches Verhalten zeige und wenn ich niemals ... tabuisiertes, verbotenes Verhalten zeige (vor allem bezogen auf zentrale Wutimpulse) bewahre ich mir... Befriedigung meiner zentralen Bedürfnisse und verhindere... überlebensgefährdende Bedrohung (zentrale Angst).</p>

Tabelle 1: Syntax der Überlebensregel aus Sulz (1994)

Frühe Lernerfahrungen werden als „Überlebensregeln“ in der autonomen Psyche komprimiert gespeichert und prägen das grundlegende Selbst- und Weltbild der betroffenen Person und damit die individuelle Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung im Dienste der individuellen psychischen Homöostase – in Anteilen auf maladaptiv-dysfunktionale Weise. 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.

Zentrale Bedürfnisse, Ängste und Wutimpulse werden somit zu impliziten handlungssteuernden Motiven. Damit einhergehend entwickeln sich mit ihnen in Anteilen dysfunktional-maladaptiv-dysfunktionale Persönlichkeitstendenzen und individuelle Werte, Normen, Ressourcen und die affektiv-kognitive 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 ihrer Biographie ausgesetzt war. 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, das alte 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 zunächst zu einem Rückgang der Stresssymptomatik, da sich die willkürliche Psyche nun mit dem Symptom – und nicht mehr mit dem zugrunde liegenden entwicklungspezifischen 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. Hierzu Sulz (2009c): „Unsere therapeutische Diagnostik sollte also Art und Ausmaß von unterdrückter Wut und von Angriffstendenzen ebenso erfassen wie die Art, Flexibilität oder Rigidität, den Reifegrad und die Wirksamkeit bzw. die Nebenwirkungen der habituellen Hemmungs- und Unterdrückungsmuster primärer Impulse. Beides zusammen, das vorhandene und das unterdrückte bzw. vermiedene Verhalten, ergibt erst das Gesamtbild eines Menschen (...). Dominiert der dysfunktionale Anteil dieser Verhaltensstereotypen, so kommt es zu pathogener Lebens- und Beziehungsgestaltung, die in einer das homöostatische System überfordernden spezifischen Auslösesituation zur Symptombildung führt. Die Rigidität der Überlebensregel verbietet die Adaptation des Menschen an die situativen Aufgabenstellungen, weshalb das Symptom aufrechterhalten werden muss. Das Symptom oder das Symptomverhalten wird dadurch verstärkt, dass es mit seiner Hilfe gelingt, die problematische Lebenssituation oder -konstellation durchzu-

stehen, ohne das bewährte homöostatische System der Psyche verändern zu müssen. Der Nachteil, den das Symptom mit sich bringt, wird durch den Vorteil der intrapsychischen Stabilitätswahrung mehr als ausgeglichen. Letzteres erscheint als das höhere Gut, als zentraler Garant emotionalen Überlebens.“

Empirische Belege seiner Annahmen konnte Sulz in einer Studie bereits im Jahr 2000 vorlegen (Sulz & Müller, 2000), innerhalb derer eine quantitative Analyse von frustrierten Bedürfnissen in der früheren Eltern-Kind-Interaktion im Zusammenhang mit dem Grad von Angst und Wut im Erwachsenenalter unternommen wurde: Die momentane Angst bzw. Wut ist umso größer, je mehr bzw. heftiger Bedürfnisse in der Kindheit frustriert wurden. Verschiedene, voneinander unterscheidbare Persönlichkeitstypen nach DSM-III-R (APA, 1987) erfuhren qualitativ unterscheidbare Bedürfnisfrustrationen, wobei die Angstvariablen am deutlichsten mit den Persönlichkeitsskalen korrelierten.

Anhand des Fallbeispiels „Bastian“ sollen die biographisch etablierten Anforderungen, die bereits an die therapeutische Beziehungsgestaltung herangetragen werden, weiter differenziert werden:

Bastian fällt bereits im Erstkontakt zur Therapeutin durch sehr aktive und angestrenzte Beziehungsangebote auf, die darauf abzielen scheinen, sich die Aufmerksamkeit und Beachtung der Therapeutin zu sichern. Bastian möchte gefallen bzw. durch „klugen Wortwitz“ beeindrucken. Mittels einer aufgesetzten Heiterkeit scheinen als aversiv erlebte Gefühle vermieden zu werden. Durch ein konsequent-tragendes Nachfragen hinsichtlich der Symptomatik und durch eine Validierung des Leidensdrucks des jugendlichen Patienten hinsichtlich selbiger, kann Bastian ausgelenkt werden und wirkt authentischer. Gleichzeitig wird spürbar, dass auf vom Patienten angedeutete Schwierigkeiten mit den Eltern emotional sehr aversiv-vermeidend reagiert und ein konfliktvermeidender Interaktionsstil verfolgt wird. Im Verlauf der weiteren probatorischen Sitzungen werden die Eltern partiell mit einbezogen, wobei der Vater dysthym und überangepasst erscheint und die Mutter im Kontrast dazu vordergründig durch eine dominant-impulsive und einfordernde, fast einschüchternde Art imponiert.

Selbige Darstellung legt nahe, dass bereits im Rahmen der Probatorik auch im Kontakt mit den Eltern eine therapeutisch reflektierte Art der Beziehungsgestaltung nötig ist, um auch die elterliche Compliance zu fördern bzw. um dadurch bedingungsanalytisch relevante Informationen zur Symptomentstehung und -aufrechterhaltung zu gewinnen und einen differenzierten Behandlungsplan zu entwickeln, der den familiären Kontext einbezieht. Die Beziehungsgestaltung ist bereits zu Beginn der Therapie eine besondere Herausforderung, weil der Beziehungskontext „Eltern“ vor dem Hintergrund des unter 2.1 (Abb. 4) dargestellten Störungsmodells im Rahmen der Strategischen Jungendlichkeitstherapie (SJT; Richter-Benedikt, 2009a,b; ichtungserfahrungen sollen nicht ausschließlich in der Jugendlichen-Therapeut-Interaktion gemacht werden. Es soll im Idealfall ein „Nachnähen“ des Jugendlichen im Kontakt mit den elterlichen Bezugspersonen geschehen, was letztlich die Herausforderung an den Therapeuten stellt, auch die therapeutische Beziehungsgestaltung zu den Eltern zu reflektieren und adaptiv-funktional zu gestalten. Differenziert wird das Thema „Elternarbeit und therapeutische Beziehung“ unter Punkt 2.3 weitergeführt.

Nachfolgend soll vor dem Hintergrund der biographischen Anamnese Bastians zunächst ein Bezug zwischen dessen Beziehungsangeboten der Therapeutin gegenüber und der Überlebensregel des Patienten hergestellt werden. Die der Ausführung vorangestellten Fragestellungen, die es zu beantworten gilt, lauten dabei:

1. „Warum ist es für Bastians psychische Homöostase zentral, den beschriebenen Interaktionsstil an die Therapeutin zu richten?“
2. „Inwiefern erklärt sich daraus Bastians geschilderte Symptomatik?“
3. „Was bedeutet das konkret für die therapeutische Beziehungsgestaltung im Kontakt mit Bastian?“

Lerngeschichtlich relevant erscheint in diesem Zusammenhang: Bastian wuchs bei seinen verheirateten Eltern auf. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung ist der Vater des Patienten 69 Jahre alt und als berenteter Architekt viel zu Hause. Aus Sicht des Vaters sei die Beziehung zwischen ihm und Bastian „innig und freundschaftlich“. Als negativ empfinde der Vater Lügen des Sohnes, die sich auf die schulischen Leistungen beziehen würden. Der Vater leidet an Bluthochdruck, und man habe vor drei Jahren bei ihm einen malignen Zungentumor diagnostiziert. Der Patient selbst gibt an, dass er sich viele Gedanken um die Gesundheit seines Vaters mache, weil dieser „alt und krank sei“. Besonders belaste Bastian, dass sein Vater nicht offen über Gefühle und Sorgen spreche bzw, dass der Vater seit seiner Krebsdiagnose oft „bedrückt“ sei und es „immer nur um die Schule geht“. Auch bekunde der Vater Zuneigung „eher materiell“. Zeitgleich empfinde Bastian den zunehmenden Rückzug und die Reizbarkeit des Vaters als sehr belastend und verstehe nicht, warum der Vater „sich seit geraumer Zeit so sehr von ihm abwendet“.

Die zum Vorstellungszeitpunkt 57 Jahre alte Mutter (Sachbearbeiterin) gibt an, sie habe eine „innige“ Beziehung zu ihrem Sohn, Mutter und Sohn „können gut miteinander reden“. Bastian vertraue ihr und erzähle ihr „alles“. Allerdings würden Mutter und Sohn sehr wenig Zeit miteinander verbringen. Bastian selbst gibt an, an seiner Mutter zu mögen, dass sie ihm immer den Rücken stärke und „auch Verständnis habe. Stören tue ihn an ihr, dass sie sehr aggressiv und sehr abwertend sein könne. Bastian fühle sich von der Mutter, die aus seiner Sicht viel Aufmerksamkeit brauche, häufig „missachtet und gedemütigt“, halte aber ihr gegenüber „die Klappe“ und denke sich „böse Wörter“.

Die **Beziehung der Eltern** (verheiratet seit 1992) zueinander sei aus Sicht beider Eltern „gut und innig“. Der Vater erlebe die Mutter als „impulsiv, rechthaberisch und liebevoll.“ Die Mutter empfinde den Vater als „sehr tolerant, weltoffen und intelligent“. **Keine Geschwister**, wobei Bastian angibt, sich immer einen kleinen Bruder gewünscht zu haben. Der Wunsch habe ihn „von jeher fast sehnsüchtig begleitet – um auch jemanden zum Liebhaben und eine Familie zu haben“. Als **weitere wichtige Bezugsperson** benennt B. seinen ehemaligen Gitarrenlehrer, von dem er viel Verständnis und das Gefühl bekommen habe, kompetent zu sein. Allerdings habe S. etwa vor zwei Jahren mit dem Gitarrespielen aufgehört, weil es ihm angesichts des ansteigenden Schuldrucks zu viel geworden sei. In der Vorgeschichte wurde als **längere Trennung** des Patienten vom Vater ein mehrwöchiger Klinikaufenthalt des Vaters wegen Herz-OP angegeben, als Bastian knapp drei Jahre alt gewesen sei. **Freizeitverhalten**: B. treffe sich gerne mit Freunden, liebe Musik (Soul, Rap) und interessiere sich für Psychologie. Die Familie unternehme nur

wenig miteinander. An **belastenden Ereignissen** benennen die Eltern die Herzoperation und die Krebserkrankung des Vaters. Bastian selbst gibt an, aktuell unter langjährigen Familienstreitigkeiten zwischen der Mutter und deren Schwester zu leiden. **Frühere Erkrankungen bzw. psychische Auffälligkeiten des Patienten:** Nachtangst vom Kleinkindalter an bis 16 Jahren, bis heute Angst vor Hunden, große motorische Unruhe, Einschlafprobleme immer wieder bis heute. Zudem Ungeschicklichkeit in den Händen und im Grundschulalter Phase mit selbstverletzenden Handlungen zur Spannungsabfuhr (Kopf gegen Wand geschlagen). **Kindergarten- und Grundschulzeit:** Weitgehend als „positiv“ erlebte Kindergartenzeit (ab 3 Jahre) mit anfänglich starken Trennungängsten von der Mutter, dann gute Integration. Bastian habe sehr an den Kindergärtnerinnen gehangen, sei sehr angepasst und „lieb“ gewesen und lediglich durch motorische Überaktivität aufgefallen. Die ersten beiden Grundschuljahre werden als sehr positiv erinnert und stehen mit guten bis sehr guten Leistungen in Zusammenhang. Ab der 3. Klasse GS mit Lehrerwechsel Beginn von Verhaltensauffälligkeiten (s. o. selbstverletzendes Verhalten) und starker Einbruch des Selbstvertrauens durch Lehrerwechsel. Die neue Lehrkraft sei in ihren Äußerungen gegenüber B. abfällig und ironisch gewesen. Bastian habe sich in dieser Zeit „sehr alleingelassen gefühlt. Leichter Leistungsabfall bei deutlichen mathematischen Schwächen. Mit dem Übertritt auf die Regelrealschule hätten sich die schulbezogenen Probleme verstärkt, weshalb ein Wechsel auf die Montessori-Schule erfolgt sei. Aktuell Besuch der 12. Klasse bei erfolgreichem Ablegen des externen Qualifizierenden Hauptschulabschlusses. Gegenüber Erwachsenen zeige sich Bastian freundlich-respektvoll. Gegenüber Gleichaltrigen sei Bastian sehr um Aufmerksamkeit und Wertschätzung bemüht. Dabei empfindet er sich nach eigener Aussage eher als gewitzt-schlagfertigen „Klassenkasper“ bzw. als einen, der „für seine Freunde immer ein Ohr hat, aber selbst nie gefragt wird, wie es ihm geht“. B. würde manchmal seine tief sinnig-bedürftige Seite gerne weniger verstecken, befürchte aber, dadurch verletzbar zu sein, weshalb er meist „den Clown mache“ und sich dabei unverstanden fühle. Erste Anzeichen der Pubertät „etwa mit 13 Jahren“, erste sexuelle Erfahrungen mit 14 Jahren.

Der von Bastian bereits eingangs deutlich auf Aufmerksamkeit und Beachtung angelegte und dabei sehr konfliktvermeidend und selbstunsichere, auf Zugehörigkeit angelegte Interaktionsstil lässt sich ebenso wie die Entstehung der depressiven Symptomatik vor dem Hintergrund der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie (Sulz, 1992, 1994, 2001, 2009a, 2009b) makroanalytisch folgendermaßen fassen und interpretieren:

Als lerngeschichtlich relevant ist zu verstehen, dass der Patient bereits im Kindergarten-/Grundschulalter durch hohe Aktivität und eine nicht altersgemäße Konzentration auffiel. Der Verdacht eines ADHS wurde ausgesprochen, allerdings von den Bezugspersonen nicht weiterverfolgt. Auch wies der Patient bereits mit der 3. Klasse relative Schwächen im Rechnen auf. Der Patient erlebte, einhergehend mit eben beschriebenen Auffälligkeiten, chronische Frustration und eine defizitäre Entwicklung seines Selbstwertgefühls, was sich vor allem durch problematische Mutter-Kind-Interaktionen (Druck, erste abwertend-demütigende Aussagen Bastian gegenüber) verfestigte. Es kam biographisch zu zahlreiche Verlustängsten bzw. -erfahrungen (s. Herzinfarkt des Vaters, Verlust der Bindung zum Gitarrenlehrer, Spannungen und Beziehungsabbrüche bezüglich der Tante, Krebs- und Herzerkrankung des Vaters) in Verbindung mit stark invalidierenden und emotional

überforderten Eltern. So konnte die Mutter nicht tröstend, sicherheitsspendend zur Seite stehen, sondern agierte Sorge aggressiv-impulsiv aus und musste von Bastian „bei Laune und stabil gehalten“ werden. Der Vater erschien emotional bedürftig und auf keinen Fall belastbar – auch nicht durch Bastians Ängste. Zudem trug der Vater im Umgang mit der Mutter durch ein devotes Rollenmodell zu einer überstarken Konfliktvermeidung und zu einem autoaggressiven Umgang mit Wutimpulsen bei. Eine genetische Komponente für depressive Verarbeitungsmechanismen kann darüber hinaus angenommen werden. Ebenso ein Vor allem ADHS und TLS im Bereich des Rechnens. Im Sinne eines affektiv-kognitiven Schemas lautet die biographisch etablierte Überlebensregel Bastians, wie in nachfolgender Tabelle, angelehnt an Sulz (1992, 1994, 2001, 2009a, 2009b), aufgeschlüsselt:

Überlebensregel Bastians	
Nur wenn ich immer ... gebotenes, nützliches Verhalten zeige	Nur wenn Bastian immer ... freundlich, angepasst und fröhlich-gewitzt ist,
und wenn ich niemals ... tabuisiertes, verbotenes Verhalten zeige	und wenn Bastian niemals ... seine Bezugspersonen mit seiner Wut und Traurigkeit belastet,
bewahre ich mir ... Befriedigung meiner zentralen Bedürfnisse	bewahrt sich Bastian ... Schutz, Sicherheit, Liebe und Beachtung
und verhindere ... die das emotionale Überleben gefährdende Bedrohung.	und verhindert ... dass er durch seine Gefühle Zerstörung hervorruft (bezogen auf sich und das Gegenüber)

Tabelle 2: Konkretes Fallbeispiel zur Syntax der Überlebensregel aus Sulz (1994)

Ab dem Alter von 16 Jahren kommt es nun im Sinne der symptomauslösenden Lebenssituation (Sulz, 1992, 1994, 2001, 2009a, 2009b; Richter-Benedikt, 2009a, 2009b, 2014a, 2014b) zu einem wiederkehrenden Auftritt depressiver Episoden, die mit der depressiven Erkrankung des Vaters zusammenfallen. B. gibt an, dass sich der Vater in dieser Zeit überstark von ihm distanziert habe, sehr reizbar-abweisend geworden sei und dass sich B. dafür die Schuld gegeben und eine diffuse Angst verspürt habe, den Vater „zu verlieren“. Damit einhergehend wurde elterlicher- bzw. vor allem mütterlicherseits die Anforderung an den Jugendlichen gestellt, den Qualifizierten Hauptschulabschluss extern zur „Existenzsicherung“ ablegen zu müssen. Selbiges erfolgte mit starken Druck und wiederkehrenden massiven verbalen Abwertungen vor dem Hintergrund eines ohnehin brüchigen Selbstwertgefühls. Neben der sich zunehmend destabilisierenden und damit deutlich mit Verlustangst besetzten Beziehung zum Vater kam es im Rahmen der Mutter-Kind-Interaktion zu einer überfordernden Destabilisierung des Jugendlichen,

der lerngeschichtlich vor dem Hintergrund chronischer, schulbezogener und innerfamiliärer Frustrationen in Verbindung mit Lern- bzw. konzentrativen Schwierigkeiten in der Vergangenheit bereits emotionale und Verhaltensauffälligkeiten zeigte.

D. h. letztlich in Hinblick auf die Ausbildung der depressiven Symptomatik, dass es vor dem Hintergrund einer aus der Pathogenese hervorgehenden biographisch rekonstruierbaren maladaptiv-dysfunktionalen Emotionsregulation zu einer emotional deutlich überfordernden auslösenden Lebenssituation kam. Selbige ist mit primären Gefühlen wie Wut, Verzweiflung, Traurigkeit assoziiert.

Gedanklich entsteht dadurch „Damit überfordere und verliere ich meine Bezugsperson endgültig, riskiere es, nicht mehr geliebt zu werden“. Sekundär und gegenregulierend kommt es zu Schuld- und Schamgefühlen in Assoziation mit einem depressiven Verarbeitungsmechanismus, um in der Konsequenz dadurch seine Ängste vor Konflikten, vor emotionaler Überforderung und letztlich vor Verlust abzumildern. Er kann so auf eine Eindämmung der mütterlichen Impulsivität hoffen und den Vater vor den von Bastian als für den Vater zerstörerisch wahrgenommenen eigenen Gefühlen bewahren.

Die alte psychische Homöostase aufrechtzuerhalten hat in der langfristigen Konsequenz einen Preis, nämlich den, dass sich im Sinne der Wiederauslösung der Symptomatik keine Möglichkeit zum adäquaten Aufbau von emotionalen, kognitiven oder verhaltensbezogenen Konfliktlösestrategien bzw. zu Selbstwertgefühl (s. ansteigende chronische familiäre Konflikte) ergibt und es zu einem weiteren Abfall des Selbsteffizienz- bzw. Kontrollerlebens durch schlechte schulische Leistungen und den sich verfestigenden Versagens- und Verlustängsten kommt. D. h., ein Versuch zur innerseelischen Stabilisierung wird letztlich zu einem Hilferuf der Seele, die in ihrer Weiterentwicklung gehemmt ist.

Der Leidensdruck lässt den Patienten in die Therapie kommen, wo sich nun eben der Interaktionsstil abzeichnet, den die Überlebensregel Bastians (Tab. 2) vorgibt. Die Überlebensregel Bastians gibt ihrerseits bereits Antwort auf zwei der oben gestellten Fragen:

1. „Warum ist es für Bastians psychische Homöostase zentral, den beschriebenen Interaktionsstil an die Therapeutin zu richten?“

Dem Konzept der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie nach hat Bastians Psyche im Kontakt mit den zentralen Bezugspersonen gelernt, mit seinen Strategien der Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung (angepasst, freundlich, fröhlich-gewitzt) bzw. die Strategie der Emotionsregulation, Wut und Traurigkeit nicht an die Bezugspersonen heranzutragen, seine zentrale Beziehungsbedürfnisse nach Schutz, Sicherheit, Liebe und Beachtung in Ansätzen erfüllt zu bekommen und vor allem, seine zentralen Ängste (Zerstörung seiner selbst durch die Impulsivität der Mutter bzw. Zerstörung des Vaters durch die eigenen Gefühle) zu vermeiden. Selbiges wird im Sinne des aktuell gültigen Selbst- und Weltbildes in der therapeutischen Beziehung wie auch im erweiterten Alltagskontext vor dem Hintergrund der vorbewussten, zentralen Motivstruktur des Jugendlichen reaktiviert. D. h., das therapeutische Gegenüber wird mit dem biographischen Gewordensein und den damit assoziierten zentralen Motiven des Jugendlichen konfrontiert, weil Bastian sich hierdurch versucht, sein emotionales „Überleben“, d. h. sein altes homöostatisches Gleichgewicht (s. Sulz, 1992, 1994, 2001, 2009a, 2009b), zu sichern.

2. „Inwiefern erklärt sich daraus Bastians geschilderte Symptomatik?“

Die vorbewusste Motivstruktur fordert im Zusammenspiel mit der speziellen Lebenssituation Bastians Psyche auf eine maßgebliche Weise heraus: Eigentlich sind neue Lebensstrategien notwendig, die Bastian (noch) nicht ausreichend entwickelt hat. Einzig mit der depressiven Symptomatik kann er sein altes psychisches Gleichgewicht aufrechterhalten, da hierdurch als aversiv bzw. bedrohlich erlebte Gefühle „wegreguliert“ werden können und damit ihr (vermeintliches oder tatsächliches) destruktiv-beziehungsschädigendes Potential nicht entfalten. D. h. zusammenfassend:

Bastian zeigt sich im Kontakt mit seinem Interaktionspartner, also auch der Therapeutin, vor dem Hintergrund seiner biographisch etablierten Überlebensregel dahingehend bemüht, seine zentralen Beziehungsbedürfnisse zu befriedigen bzw. seine zentralen Beziehungängste zu vermeiden. Welche Relevanz selbiges hinsichtlich der therapeutischen Beziehungsgestaltung hat, soll im weiteren Verlauf ausgeführt werden.

2.2 Die therapeutische Beziehungsgestaltung in der Strategischen Jugendlichkeitstherapie (SJT) vor dem Hintergrund der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie: Therapeutische Beziehungsgestaltung als „bewusstes, entwicklungsförderliches Beziehungsangebot“

Der therapeutische Wirkfaktor „Beziehung“ wurde, vor allem angestoßen von Grawe, bereits 1994 (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Gelso & Hayes, 1998; Schulte & Eifert, 2002) eindrücklich nachgewiesen. Auch die prognostische Bedeutung der therapeutischen Beziehung hinsichtlich des Therapieerfolgs in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen konnte bereits mehrfach bestätigt werden (s. hierzu Grawe, 2000; Kazdin, Marciano & Whitley, 2005; Keller, Konopka, Fegert & Naumann, 2003; Lee, 1979).

Laut Zimmer (in Linden & Hautzinger, 2011) erbrachten besonders Empathie/ Verständnis und die „therapeutische Allianz“ (im Sinne eines gemeinsamen Verfolgens definierter therapeutischer Ziele) für den Erwachsenenbereich hohe Wirksamkeitsnachweise. Außerdem bestätigten sich die Variablen Wertschätzung, Kongruenz und Echtheit, Rückmeldung (u. a. in Form von Validierung, Anerkennung, diskret gesetzter Verstärkung, Angstreduktion, Reframing) in ihrem positiven Einfluss auf das Therapieergebnis. Es liegt, abgesehen von mittlerweile griffigen Forschungsergebnissen, nahe, dass ein „guter“ therapeutischer Kontakt zu einem positiven Therapieergebnis beiträgt. Gerade die besondere Lebens- und Entwicklungssituation eines Jugendlichen fordert therapeutischerseits dabei eine bewusst reflektierte Auseinandersetzung mit dem Thema der „therapeutischen Beziehungsgestaltung“ heraus: eine Reflexion dessen, was die Beziehungsangebote des Therapeuten bzw. dessen Antwort auf die Beziehungsangebote des Jugendlichen bzw. dessen Eltern bewirken können, ist als zentrale „therapeutische Metaaufgabe“ zu sehen. Schon allein die Entwicklungsphase des Jugendlichen stellt eine enorme psychische Herausforderung an ihn bzw. an die Eltern dar und fordert Weiterentwicklung heraus. Weiterentwicklung geschieht dabei einerseits auf Basis der mehr oder weniger funktional-adaptiven Beziehungserfahrungen in der Vergangenheit. Andererseits umgibt den Jugendlichen aktuell ein aktiver Beziehungskontext mit mehr oder weniger förderlichen bzw. symptomaufrechterhaltenden Beziehungserfahrungen.

Grundsätzlich ist dabei der therapeutische Kontext auch als Kontext zwischenmenschlicher Begegnung zu verstehen: Dabei sind die Jugendlichen mit ihren spezifischen Bindungsmerkmalen bzw. mit ihrem individuellen Bindungsverhalten auf eine funktional-adaptive Responsivität des therapeutischen Gegenübers angewiesen. Anders formuliert: Die Bindungsmerkmale von Patienten differenziert wahrzunehmen und zu beantworten ist mehreren Studien nach als maßgeblich für den Therapieerfolg zu sehen (s. hierzu Fonagy et al., 1996; Strauß et al., 2006).

Das Bindungsverhalten zu reflektieren und auf entwicklungs- bzw. gesundheitsförderliche Weise darauf zu reagieren, ist dem Postulat der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) nach als eine therapeutisch bewusst zu schulende und zu fördernde Kompetenz zu verstehen. Bewusst gesetzte therapeutische Beziehungsangebote sollten dabei immer in eine authentische Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem jugendlichen Gegenüber bzw. der Familie eingebettet sein. Der Jugendliche und dessen Eltern begegnen in der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) im Idealfall einem spürbaren, einschätzbaren und ausreichend differenziert-reflektierten therapeutischen Gegenüber, das korrigierende Bindungserfahrungen möglich werden lässt. Auch wenn es sich um eine „Bindung in Grenzen“ handelt, ist der Therapeut in seiner Authentizität greif- und nahbar, ohne dabei die Spezifität und Besonderheit der zwischenmenschlichen Beziehung außer Acht zu lassen: Es handelt sich um eine zeitlich begrenzte Arbeitsbeziehung, die durch klare Rahmenbedingungen definiert ist – vor allem durch zielgerichtetes Vorgehen bei eindeutig asymmetrischer Rollenverteilung. Trotz der gegebenen Asymmetrie muss die therapeutische Beziehung derart gestaltet werden, dass der Jugendliche und dessen primäre Bezugspersonen Vertrauen fassen und Compliance herstellen können. Was das Herstellen letzterer anbelangt, so ist die Patient-Therapeut-Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele und des Vorgehens nicht zu unterschätzen im Sinne eines Arbeitsbündnisses (Andrusyna, Tang, DeRubeis & Luborsky, 2001; Barber, Khalsa & Sharpless, 2010; Bordin, 1975; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011).

Mit dem Jugendlichen in einen „echten Dialog“ zu treten, der von Seiten des Therapeuten mittels des professionellen Hintergrundwissens aus der Position eines reflektierten Experten angeboten wird, ist in der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) als grundlegendes Ziel der therapeutischen Beziehung zu Jugendlichen (und deren Eltern) zu verstehen. Ein „relativ“ transparentes Vorgehen in Verbindung mit psychoedukativen Elementen schafft dabei im Sinne eines dem emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand der Familie angemessenen Weise sowohl beim Jugendlichen als auch bei dessen Eltern Vorherseh- und Kontrollierbarkeit und kann somit als vertrauensstiftende Interventionsstrategie verstanden werden, die explizit dem Codex einer (Jugendlichen-) Verhaltenstherapie entspricht (Margraf & Schneider, 2009). D. h., Transparenz ist dabei insofern als „relativ“ zu verstehen, als sehr bewusst und differenziert darauf geachtet werden muss, „wieweit der Jugendliche und die Eltern emotional bzw. kognitiv“ sind. Die Bereitschaft zur kognitiven und emotionalen bzw. verhaltensbezogenen Exposition bzw. zur Reflexion und Veränderung ist individuell verschieden und kann bei unbedachtschnellem und dem Entwicklungstempo der Familie nicht entsprechendem Vorgehen zu mangelnder Compliance führen. Der Therapeut ist für den Jugendlichen bzw. für die Eltern nur bei individuell angepasstem Tempo und der individuell stimmigen, angepassten Art seines Vorgehens als eine Strukturierungshilfe zu verstehen, die der Familie einen adaptiven Boden für affektiv-kognitives Wachstum bereitet. Die Vertrauensbasis zwischen dem Therapeuten und dem Jugendlichen bzw. dessen Eltern wächst und stabilisiert sich

vielmehr auf dem Boden einer entstehenden Bindung, d. h. in Assoziation mit einer affektiven Komponente innerhalb der therapeutischen Beziehung.

Die Strategische Jugendlichkeitstherapie (SJT) nutzt auf Basis des Postulats der professionellen Authentizität die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie nach Sulz als theoretischen Bezugsrahmen für eben die Frage, auf welche Weise der Therapeut feinsinnig-empathisch auf die Beziehungsbedürfnisse des Jugendlichen eingehen kann.

Sie stellt wie auch die Strategisch-Behaviorale Therapie den motivorientierten Ansatz über den der Komplementarität (s. Grawe, 1992; Caspar, 1989), indem sie die zentralen Motive der Jugendlichen auf differenzierte Weise in die Therapieplanung bzw. in die Planung der therapeutischen Beziehungsgestaltung einbezieht.

Der Jugendliche bringt, wie bereits unter Punkt 2.1 ausgeführt, drei lebensgeschichtlich etablierte zentrale Motive mit, die in der Strategischen Jugendlichkeitstherapie unter Zuhilfenahme der VDS-Jugendlichenfragebögen erfasst werden können (Richter-Benedikt, 2009a, 2009b, 2014a, 2014b): seine zentralen Bedürfnisse, seine zentralen Ängste und seine zentralen Wutimpulse, die mit bestimmten Verhaltensweisen darauf abzielen,

→ die zentralen Beziehungsbedürfnisse in zwischenmenschlichen Beziehungen befriedigt zu bekommen, d. h., es handelt sich dabei um ein Annäherungsmotiv;

→ die zentralen Beziehungsängste in zwischenmenschlichen Beziehungen zu vermeiden, d. h., es handelt sich dabei um ein Vermeidungsmotiv;

→ die zentralen Wutimpulse in zwischenmenschlichen Beziehungen meist zu unterdrücken, weil sie als Annäherungsmotive eine (vermeintliche) Bedrohung für die Beziehung darstellen.

Ein förderliches Therapeutenverhalten kann hinsichtlich der Beziehungsgestaltung zum Jugendlichen vor diesem Hintergrund in komplementäre (sich gegenseitig ergänzende) und in akomplementäre (sich gegenseitig nicht ergänzende) Strategien unterteilen: Entwicklungsförderung des Jugendlichen bedeutet für den Therapeuten konkret,

→ sich zu den zentralen Bedürfnissen des Patienten komplementär zu verhalten: Bedürfnisbefriedigung ist das Ziel;

→ sich zu den zentralen Ängsten des Patienten komplementär zu verhalten: Angstreduktion ist das Ziel;

→ sich zu den zentralen Wutimpulsen insofern komplementär zu verhalten, als dass ihre handlungsleitende Funktion vom Jugendlichen wahrgenommen wird;

→ sich zu dem dysfunktional-maladaptiven Umgang mit den zentralen Bedürfnissen, Ängsten und Wutimpulsen akomplementär zu verhalten: affektiv-kognitiver und verhaltensbezogener Zugewinn und Entwicklungsförderung sind die Ziele.

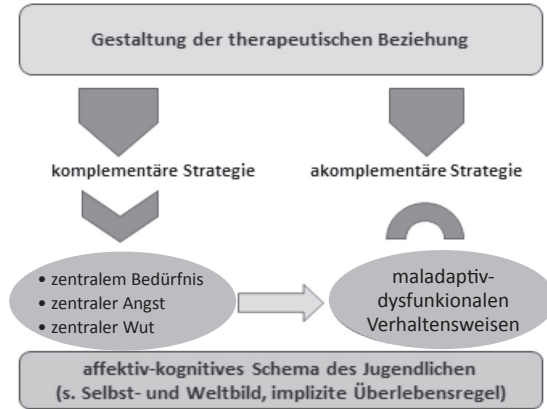


Abbildung 5: Gestaltung der therapeutischen Beziehung in Abhängigkeit von den zentralen Motiven des Jugendlichen

Der Therapeut ermöglicht es dem Jugendlichen letztlich, in einem angstfreien bzw. -reduzierenden und auf die individuellen Beziehungsbedürfnisse zugeschnittenen Setting, neue adaptiv-funktionale Verhaltensweisen zu zeigen. Relevant ist dabei die Erfahrung, sein emotionales Überleben nicht zu riskieren bzw., anders formuliert, aversive Gefühle zuzulassen und damit einhergehende neue Verhaltensweisen „zu überleben und daran zu wachsen“. Der Therapieraum wird dadurch letztlich durch eine therapeutisch bewusst gestaltete Beziehung zum Entwicklungsraum.



Abbildung 6: Entwicklungsförderung in der therapeutischen Beziehung

Was die eben gemachte Differenzierung konkret für die Therapie Bastians bedeutete, soll nachfolgend dargestellt werden:

Zentral erschien im Kontakt mit Bastian zunächst, ihm das Gefühl zu geben, sich im Kontakt mit der Therapeutin sicher und beachtet zu fühlen. Hierzu war es zum einen nötig, ein gewisses Maß an empathisch-ernsthafter Aufmerksamkeit zu zeigen, andererseits aber nicht durch „zu viel“ Ernsthaftigkeit und durch „zu emotional“ besetzte Themen Bastians gefürchtete Gefühle von Verlustangst bzw. wütenden Impulse zu triggern. Gerade die angedeuteten schmerzhaften Erfahrungen in der Eltern-Kind-Interaktion bzw. die im aktiven Beziehungskontext durch heftige verbale Abwertungen übergriffige und demütigende Mutter wurden zu Beginn der Therapie eher kurz und kognitiv „angeschnitten“. Therapeutischerseits wurden im Rahmen der Gesprächsführung dabei z.B. kurz gehaltene Äußerungen als sicherheitsstiftende Maßnahmen und lösungsorientierte Andeutungen angewendet, z. B. „Habe ich es richtig verstanden, dass die Mama bei Streit schon ziemlich über die Stränge schägt?“ bzw. „Vielleicht kann es auch ein Ziel der Therapie werden, dass sie besser versteht, was sie dadurch zwischen Euch anrichtet“.

Es erschien zu Beginn unbedingt relevant, Validierung bzw. Verständnis zu signalisieren, ohne durch ein zu diesem Zeitpunkt intensives Nachfragen emotionale Überforderung (z. B. hinsichtlich primärer Emotionen wie Wut- oder Trauergefühle) zu provozieren. Dadurch wäre Widerstand in Form von Scham und Scham (im Sinne sekundärer Gefühle) und damit mangelnde Compliance wahrscheinlich gewesen. Zeitgleich wurde die Compliance durch eine therapeutischerseits ausgesprochene Wertschätzung seiner kognitiven Differenziertheit bzw. seiner sprachlichen Gewandtheit und seinem Wortwitz stabil gehalten und durch ein Aufgreifen im ungezwungen-persönlichen Schlagabtausch mit der Therapeutin eine positive Beziehungserfahrung konstruiert: Bastian erfuhr, dass auf seine witzig-schlagfertige Art positiv und vor allem nicht mit impulsiv-abwertenden Kommentaren reagiert wurde. Humor als Mittel zur Distanzierung bzw. als „emotionale Überlebensstrategie“ galt es, von Seiten der Therapeutin im Rahmen des ersten Therapieabschnittes als Ressource wertzuschätzen und damit zunächst zu verstärken.

Bezugnehmend auf Abbildung 7 wurde zunächst der komplementären Strategie im Umgang mit Bastians zentralen Motiven Raum gegeben, wobei das Annäherungsmotiv des zentralen Wutimpulses (unkontrolliert die Wut herauszulassen) von Bastian zunächst noch deutlich vermieden wurde. Eine Angstreduktion erfolgte anfangs auch vorwiegend indirekt, indem die zentralen Bedürfnisse (Sicherheit, Schutz, Beachtung und Zuwendung) befriedigt wurden, um dadurch Vertrauen zu schaffen. Hierzu gehörte vor dem Hintergrund des makroanalytischen Erklärungsmodells zur Symptomentstehung und -aufrechterhaltung, Bastian und die Eltern zu Beginn nicht zusammen einzuladen, sondern die Bezugspersonen, vor allem wegen der impulsiven und verbal übergriffigen Mutter, getrennt von Bastian zu sprechen. Der vertrauensvolle und sicherheitsstiftende Rahmen soll es im Verlauf ermöglichen, Wutimpulse besser wahrzunehmen und damit entgegen der zentralen Ängste auf möglichst funktional-adaptive Weise zu leben – entgegen der Angst, durch eigene Wut die Beziehung zu zerstören bzw. durch impulsiv-überflutende Gegenreaktionen der Bezugsperson zerstört zu werden.

Im Verlauf der Therapie konnte er sich entgegen seiner eingangs gezeigten Anpassungsbereitschaft bzw. seines überstarken Bemühens um „eine gute, fröhliche Atmosphäre“ zunehmend auf die kognitive und emotionale Auseinandersetzung mit seiner Überlebensregel bzw. der maladaptiven Anteile seiner Interaktionsstrategien als „Resultate zentraler Motive“ einlassen. Es konnte thematisiert werden, wie anstrengend bzw. psychisch destabilisierend die dauernden Verlustängste und die Unterdrückung der eigenen Wutimpulse sind. Die Dialektik zwischen Akzeptanz bzw. Validierung und Konfrontation erschien als Strategie in der Beziehungsgestaltung dabei zentral. Diese Art des therapeutischen Dialogs verschaffte, bezogen auf die therapeutische Beziehung, die stabile Basis, symptombezogene, emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Interventionen einzusetzen. Bastian wurde bezüglich stark belastender Themen immer authentischer und zugänglicher. Hierbei gab er sich im Verlauf – zunächst kognitiv gesteuert – die „Erlaubnis, Wut haben zu dürfen. Im Verlauf begann er zunehmend, Wut emotional wahrzunehmen, was v.a. mit frustrierenden Mädchenbekanntschaften und elterlichen (Re-)Aktionen assoziiert war.

Sich zunächst absichernd, dass die Therapeutin die Wut nachvollziehen kann, dass sie sie auch aushält, korrigierte Bastian im Laufe der Therapie sein Selbstbild und integrierte zunehmend Wut als „handlungsleitenden Impuls“.

Es wurde im Verlauf zunehmend transparent, wie depriviert der Patient vor dem Hintergrund des verbal stark abwertenden Elternhauses war – Bastian wirkte zunehmend gereift und klar hinsichtlich dessen, was er scham- und schuldfrei an seinen Eltern kritisieren „durfte“ und wie viel dysfunktional-maladaptive emotionale Ambivalenz (Trennungswut vs. Verlustangst) diese Erfahrungen bei Bastian hinterließen, die er im Verlauf bewusst therapeutisch „anging“, weil sie ihm eigener Aussage nach „nicht guttun“. Damit einhergehend begann Bastian, relativ stabilen Blickkontakt zu halten, was zu Beginn der Therapie vermieden wurde: Bastian begann, sich zu zeigen – auch bzw. gerade hinsichtlich seiner zentralen Wutimpulse. Ein zunehmend adaptiv-konstruktiver Umgang mit Wutimpulsen bzw. daraus resultierend zunehmend adäquaten Grenzsetzungen gegenüber den Eltern und einer „angehenden Beziehung zu einem Mädchen“ wurden auf der Handlungsebene sichtbar, wengleich der Patient dem Thema eines „adäquaten Umgangs mit Wutimpulsen“ zunächst sehr ambivalent gegenüberstand, nachdem sie biographisch deutlich mit Verlustängsten assoziiert waren.

Bastian äußerte in der Therapie mehrfach seine Zuneigung zur Therapeutin, wobei er im Verlauf eine zunehmend „reifere und adaptiv-stimmigere“ Richtung der Nähe-Distanz-Regulation einschlug. Selbiges musste von der Therapeutin dabei durch eine gewisse Frustration der Nähebedürfnisse tragend begleitet werden, um keinen Bruch in der therapeutischen Beziehung entstehen zu lassen bzw. Bastians Bindungsverhalten korrigierend zu beeinflussen: So mischte sich in eine Phase der Therapie die an die Therapeutin gerichtete Sehnsucht nach mütterlichem Verständnis, bezogen auf die Bedürfnisklassen nach Sulz (2001), mit dem Bedürfnis, als „Mann zu beeindrucken“. Ein therapeutisch bewusster und sehr differenzierter Umgang mit Bastians Sympathie der Therapeutin gegenüber war als überaus bedeutsam zu werten, um als Therapeutin im Rahmen der therapeutischen Beziehung autonomiefördernd zu wirken.

In diesem Zusammenhang sei deutlich darauf hingewiesen, dass die zentralen Aufgaben in der Beziehungsgestaltung zu Bastian an diesem Punkt der Therapie darin bestanden, die kognitive und emotionale Kontrollierbarkeit dessen, was sich intrapsychisch in Bastian entwickelte, zu fördern. Er brauchte an dieser Stelle von der Therapeutin zum einen viel psychoedukative Information im Sinne einer Validierung dessen, was in ihm geschah – Selbstmanagement (Kanfer & Reinecker, 2012) durch ein differenziertes „Selbst-verständnis“ und durch die affektiv-kognitive Erfahrung, vom Gegenüber dabei verstanden und sinnbildlich in der therapeutischen Beziehung „gehalten zu werden“. Die kognitive Bearbeitung bzw. Reflexion maladaptiv-dysfunktionaler Grundannahmen nahm eine maßgebliche Rolle in Hinblick auf reattribuierende Prozesse bzw. hinsichtlich der emotionalen Integration von bisher gefürchteten, abgelehnten bzw. als bedrohlich erlebten Selbstanteilen ein. Seelische Heilung durch entwicklungsfördernde therapeutische (Beziehungs-)Angebote kann im Ergebnis – mit Rogers Begrifflichkeit gesprochen (in Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2012) – durch „Selbstaktualisierung“ geschehen. Die Reaktualisierung bzw. Reattribution der Überlebensregel innerhalb der therapeutischen Beziehung als einem Wirkfaktor ist dabei in einen Prozess eingebettet, der vom Therapeuten sehr aufmerksam und reflektiert begleitet bzw. mitgestaltet werden sollte: Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist als ein prozesshaftes Kontinuum zu verstehen und könnte „Therapeutische Beziehung im Wandel“ tituliert werden.

Kanfers Postulat der Therapie als „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Kanfer et al., 2012; Schmelzer & Trips, 1996) bedeutet, bezogen auf die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie“ im Sinne von Sulz (1992, 1999, 2001, 2009a,b), durch Entwicklung „von der Überlebensregel zur Lebensregel“ zu gelangen, was auch in der Strategischen Jugendlichkeitstherapie (SJT) als zielführend angesehen wird. Entwicklung geschieht dabei durch intrapsychische Veränderungen, die sich u. a. getragen durch die therapeutische Beziehung anteilig im Rahmen Letzterer abspielen. Intrapsychische Entwicklung beinhaltet konkret, dass der Jugendliche lernt,

- seine Beziehungsbedürfnisse (differenzierter) wahrzunehmen und adaptiv-funktionaler damit umzugehen,
- seine zentralen Ängste (differenzierter) wahrzunehmen und adaptiv-funktionaler damit umzugehen,
- seine zentralen Wutimpulse (differenzierter) wahrzunehmen und adaptiv-funktionaler damit umzugehen.

Idealerweise reagiert der Therapeut einerseits im Sinne eines Korrektivs sehr prozesshaft, orientiert, differenziert und förderlich darauf. Zum anderen verändert er die therapeutische Beziehung u. U. zu gegebenem Zeitpunkt aktiv, um entwicklungsförderliche Impulse zu setzen, d. h., er agiert im Kontakt mit dem Jugendlichen bewusst und reflektiert. So kann zu Beginn der Therapie therapeutischerseits z. B. bewusst das Zugehörigkeitsbedürfnis des Patienten befriedigt und eine korrigierende Entängstigung geschaffen werden, um im nächsten Schritt gefürchteten bzw. verbotenen Gefühlen bewusst Raum zu geben. Daraus erwachsene adaptive Reaktualisierungen hinsichtlich der Selbstwirksamkeit, des Selbsterlebens bzw. ggf. letztlich des Selbstwertes können es in der Folge möglich machen, dass der Therapeut sich in der Befriedigung des Zugehörigkeitsbedürfnisses zurücknimmt und den Autonomiebedürfnissen des Jugendlichen mit seiner therapeutischen Reaktion

fördernd Raum gibt. In therapeutische Aktion treten könnte der Therapeut demgegenüber, indem er z. B. durch „gekonntes Unverständnis“ Wut provoziert, die die Beziehung trägt und dadurch eine entwicklungsförderliche Richtung gibt. Die Prozesshaftigkeit des Therapeuten sei nachfolgend anhand eines Schaubildes veranschaulicht:

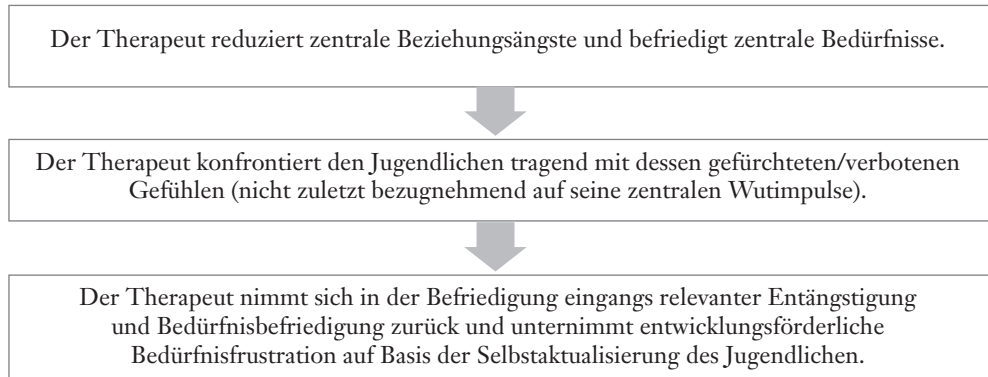


Abbildung 7: „Therapeutische Beziehung im Wandel“

2.3 Therapeutische Beziehungsgestaltung im Kontext

In den bisherigen Ausführungen wurde noch kein Bezug darauf genommen, inwieweit die Eltern als primäre Bezugspersonen vor dem Hintergrund des Störungsverständnisses der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie in die Therapie mit einbezogen werden sollten. Ganz grundsätzlich sieht die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) die therapeutische Arbeit mit den Eltern – von Ausnahmen abgesehen (z. B. Missbrauchs- oder Misshandlungskontext, Variablen) – als obligatorisch an. Mittels der Bezugspersonengespräche soll den Eltern die Möglichkeit geboten werden, adaptiv-funktionale Entwicklungsbedingungen für die Jugendlichen zu erkennen, zu reflektieren und zu fördern. Nachdem die zentralen Handlungsmotive der Jugendlichen – Bedürfnisse, Angst- und Wutimpulse – der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie nach eng mit der Symptombildung und –aufrechterhaltung assoziiert sind und, nachdem psychische Stabilisierung nicht zuletzt durch korrigierende Selbst- und Beziehungserfahrungen geschieht, sind die Eltern für die Therapie aus Sicht der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) von zentraler Bedeutung. Der Jugendliche kann die affektiv-kognitive Selbstaktualisierung hinsichtlich der Überlebensregel vor allem dann vornehmen, wenn er durch seine Eltern entsprechende Unterstützung erfährt. Insbesondere und vor allem sind es die Eltern, die durch adaptiv-funktionale Veränderung bestimmter Beziehungsangebote an bzw. -reaktionen auf ihr Kind die Impulse für Veränderung setzen. Mithilfe des Therapeuten, der diesen Prozess bei den Eltern einleitet und kognitiv wie emotional begleitet, werden auch die Eltern in gewisser Weise dahingehend unterstützt, eine Selbst- und Beziehungsaktualisierung vorzunehmen. Ziel ist es dabei, therapeutischerseits Interventionen so zu setzen und die therapeutische Gesprächsführung darauf zu konzentrieren, auch die affektiv-kognitiven Schemata der Eltern auf adaptiv-funktionale Weise zu erweitern bzw. zu verändern. Der Therapeut sollte letztlich darum bemüht sein, dem Codex der Allparteilichkeit folgend,

Begegnung bzw. Interaktion zwischen dem Jugendlichen und den Eltern so möglich werden zu lassen, dass die korrigierenden Beziehungserfahrungen bzw. das „emotionale Nachnähren“ in gewissem Ausmaß dort geschehen kann, wo es „hingehört“. Die Möglichkeiten der Eltern sind von Familie zu Familie als unterschiedlich adaptiv-funktional und dieses übergeordnete Ziel als ein relatives zu verstehen. Nichtsdestoweniger kann die Elternarbeit in der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) als ein zentraler „Dreh- und Angelpunkt“ für die seelische Weiterentwicklung und damit für das Outcome der Therapie verstanden werden. Das im Jugendalter angestrebte Entwicklungsziel der „Ablösung“ muss als eine Form des Individuationsprozesses verstanden werden, in dem es bei einer weiterhin bestehenden Bindung zwischen Eltern und Jugendlichen zu emotionalen Veränderungen kommt, die Symptombildung und -aufrechterhaltung unnötig machen. Selbiges impliziert, dass sich in Abhängigkeit von der Qualität der frühen Eltern-Kind-Beziehung spezifische handlungsleitende Konzepte (anteilig) als symptomförderlich zu sehen und damit zu verändern sind. Die adaptiv-funktionalen Anteile sollten ihrerseits gefördert und stabilisiert werden (s. auch Aunola, Stattin & Nurmi, 2000). Das bedeutet, dass der Therapeut nicht nur eine Beziehung zum Jugendlichen, sondern gewissermaßen auch zu und mit den Eltern aufbauen muss, um zielgerichtet wirken zu können: Beziehungsarbeit im familiären Kontext ist als eine wichtige, um nicht zu sagen, zentrale Kernkompetenz des Kinder- und Jugendlichentherapeuten zu verstehen. Elternarbeit kann nur in einer tragenden therapeutischen Beziehung anhaltend wirksam sein. Auch im Kontakt mit den Eltern kann es dabei sehr konstruktiv sein, als Therapeut die affektiv-kognitiven Schemata der Eltern differenziert zu erfassen und gewissermaßen im Beziehungsaufbau zu den Eltern deren grundlegende Emotions- und Beziehungsgestaltung bzw. zentrale Bedürfnisse, Ängste und Wutimpulse zu kennen, was in der Strategischen Jugendlichentherapie sehr bewusst geschieht (Richter-Benedikt, 2009a, 2009b, 20014a, 2014b).

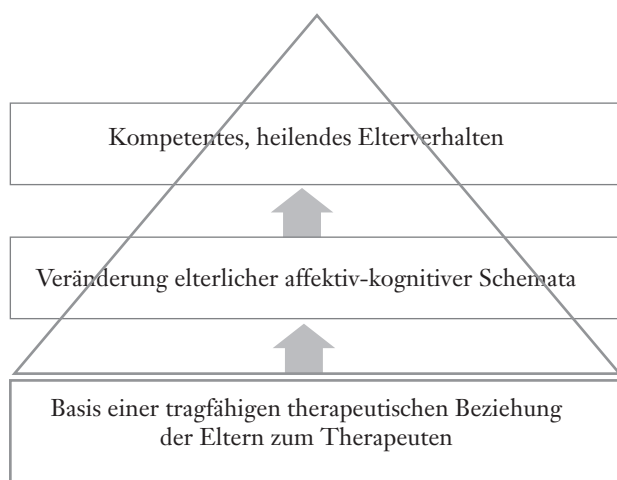


Abbildung 8: Bedeutung der therapeutischen Beziehungsgestaltung und der Elternarbeit der SJT

Einschränkend ist dabei anzumerken, dass intrapsychische Veränderungen von Elternteilen u. U. innerhalb der Jugendlichen nur sehr begrenzt möglich sind, was den Therapeuten dahingehend fordern kann, den Elternteil zu einer Eigentherapie zu motivieren, um ausreichend gute Ergebnisse in der Therapie des jugendlichen Patienten zu bewirken. Wenn die Therapie ohne den Elternteil stattfindet bzw. stattfinden muss, kann die therapeutische Beziehung zwischen Jugendlichen und Therapeuten hoffentlich dazu genutzt werden, entwicklungsförderliche Beziehungserfahrungen zu machen. Selbiges ist nur dann als wirklich konstruktiv zu verstehen, wenn der Therapeut nicht zum „besseren Elternteil“ wird, worauf zum Wohle des jugendlichen Patienten unbedingt zu achten ist.

Was das Fallbeispiel „Bastian“ anbelangt, so war die Therapeutin hinsichtlich des Beziehungsaufbaus insbesondere im Kontakt mit der Mutter herausgefordert, eingangs mehrere „Beziehungstests“ zu bestehen. So zeigte sich Frau W. im Kontakt zunächst abwehrend, misstrauisch und latent aggressiv. Mithilfe validierend-empathischen Therapeutenverhaltens, das sich auf die Überforderung und die Schuldgefühle der Mutter konzentrierte, entspannte sich Frau W. im Kontakt mitnehmend und begann, ausführlich ihre Leidensgeschichte im Kontakt mit Lehrern und Therapeuten zu erzählen. Es wurde deutlich, wie sehr die Mutter durch Bastians psychische Probleme belastet war und wie wichtig psychoedukative Aufklärungsarbeit im Sinne einer entlastenden und zuversichtlicheren Perspektive war, auch bezüglich eines gewissen Kontrollgefühls. Erst mit ausreichend signalisiertem Verständnis für die Not der Mutter konnte eine gemeinsame Reflexion ihrer sehr belasteten Biographie bzw. ihres Gewordenseins (auch ihrer impulsiven Gegenregulation bei als aversiv erlebten Gefühlen) gebahnt und ihre Auswirkungen auf Bastian angedacht werden. Alternative Handlungsstrategien (s. weniger abwertend-übergriffige Kommunikation) konnten nur bis zu einem gewissen Grad von der Mutter umgesetzt werden, da ihre doch deutliche emotionale Instabilität und ihre schwierige Lebenssituation durch eine belastete Partnerschaft sie impulsiv-durchbrüchig werden ließen. Die Mutter räumte ein, dass ihr die Gespräche guttun und sie einer eigenen Therapie nicht mehr derart abgeneigt entgegenstehen würde. Auch weil sie merken würde, dass Bastian sich wehrhafter und reifer verhalte und er eine „gesündere Reaktion der Mutter verdient“ – eine Mutter, die die Wertschätzung und Anerkennung, die sie für ihren Sohn in den Bezugspersonengesprächen wiedergefunden habe, auch zeigt. Bastian gegenüber verhielt sich die Mutter insofern schon sehr korrigierend, als dass sie a) Bastian die Möglichkeit gab, mit ihr zu streiten und ihn dabei nicht verbal zu „vernichten“, b) Bastian liebevolle Worte und Stolz auf ihn kommunizierte und ihm „mehr das Gefühl gab, ihn ernst zu nehmen und verstehen zu wollen“.

Der Vater erschien im Kontakt mit der Therapeutin zunächst sehr angepasst-beipflichtend, fast devot. Zudem bestätigte sich im Verlauf eine dysthyme Stimmungslage, wobei der Vater eigenen Angaben nach eine Therapie hinter sich hat und zum Zeitpunkt von Bastians Therapie keinen Eigenbedarf mehr sah. Unterstützend-tragendes Therapeutenverhalten in Verbindung mit konkreten Veränderungsvorschlägen zum väterlichen Verhalten bei Stärkung des „väterlichen Selbstwertes“ („Mein Sohn liebt und braucht mich“) wurden von Herrn W. relativ adaptiv-funktional in die Beziehung zu Bastian eingebracht. Selbiges wirkte sich auf das Selbstwertgefühl Bastians insofern positiv aus, als dass er lernte, a) vom Vater emotional „gerne getragen zu werden“ und keine Belastung für ihn zu sein, und b) auch bei Ärger über väterliches Verhalten einen Vater zu haben, der nicht emotional aus der Beziehung geht.

In der Bilanz wurde eine nachhaltige Förderung der elterlichen Er- bzw. Beziehungsangebote in eine adaptiv-entwicklungsförderliche Richtung dadurch angestrebt, dass im Rahmen einer tragenden Eltern-Therapeut-Beziehung in Anteilen therapeutisch an den affektiv-kognitiven Schemata bzw. der Verankerung diesbezüglicher Veränderungen auf der Handlungsebene der Eltern gearbeitet wurde. D.h., durch korrigierende Beziehungserfahrungen im Kontakt mit den Eltern wurde es für Bastian zunehmend und über die korrigierenden Beziehungserfahrungen im Kontakt mit der Therapeutin hinaus möglich, die Funktionalität seiner Symptomatik bzw. seiner dysfunktionalen intrapsychischen bzw. interpersonellen Regulationsstrategien abzubauen.

3 Fazit

Die theoretische Ausführung, die anhand des Fallbeispiels veranschaulicht werden sollte, ist als Impuls zu verstehen, führt vor dem Hintergrund bestehender Forschungsergebnisse zu einer dahingehenden Differenzierung zu kommen, was der Mensch bzw. der Jugendliche in der therapeutischen Beziehung sucht und braucht, für das Outcome der Therapie nutzbar gemacht werden kann bzw. sollte. Ein prozessorientiertes „Matching“ zwischen Therapeut und der Motivstruktur des Jugendlichen kann eine Förderung der seelischen Heilung bzw. des intrapsychischen Wachstums nicht unmaßgeblich mitbewirken. Die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie bietet dabei für das „persönliche Gewordensein“ und für die Entstehung von psychischen und Verhaltensstörungen ein differenziertes Erklärungsmodell an. Sie lässt zudem Schlüsse auf eine adaptiv-funktionale Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu, was innerhalb der Strategischen Jugendlichkeitstherapie (SJT) aufgegriffen und therapeutisch nutzbar gemacht wird.

Zu betonen ist in diesem Zusammenhang nochmals, dass das affektiv-kognitive Arbeitsmodell in eine therapeutische Beziehung eingebettet sein sollte, innerhalb derer sich der Therapeut verbal und nonverbal authentisch-professionell in seiner Persönlichkeit einbringt. Die eigene Gefühlswelt von der des jugendlichen Patienten bzw. dessen Eltern unterscheiden und Selbiges differenziert wahrnehmen zu können, kann dabei als Grundvoraussetzung und als (mittels Selbsterfahrung) zu fördernde Kompetenz des Therapeuten verstanden werden.

Literatur

- Andrusyna, T.P., Tang, T.Z., DeRubeis, R.J. & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 173-178.
- Aunola, K., Stattin, H. & Nurmi, J.-E. (2000). Parenting styles and adolescents' achievement strategies. *Journal of Adolescence*, 23, 205-222.
- Barber, J. P., Khalsa, S.-R. & Sharpless, B.A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In J.C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice* (pp. 29-43). New York London: The Guilford Press.
- Bordin, E.S. (1975). The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. Paper presented at a symposium of the APA, Washington, DC.

- Bowlby, J. (1976a). Trennung. Frankfurt: Fischer.
- Bowlby, J. (1976b) : Bindung. Frankfurt: Fischer.
- Caspar, F. (1989): Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Bern: Huber.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E-M. & Höger, D. (2012). Gesprächspsychotherapie: Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Epstein, S. (1990). The cognitive-experiential self-theory. In L.A. Pervin (Ed.), Handbook of Personality Theory and Research (pp. 165-192). New York: Guilford.
- Epstein, S. (1993). Emotion and self theory. In M. Lewis & J. Haviland (Eds.), Handbook of Emotion and self theory. In M. Lewis & J. Haviland (Eds.), Handbook of Emotions. New York: Guilford.
- Fiedler, P. (2007). Persönlichkeitsstörungen (6., vollständ. überarbeit. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Tàrget, M. & Gerber, A. (1996). The relationship of attachment status , psychiatric classification and response to psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 22-31.
- Gelso, C.J. & Hayes, J.A. (1998). The psychotherapy relationship: Theory, research and practice (pp. 291). New York: Wiley.
- Goldfried, M.R. et al. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. Cognitive Therapy and Research, 4, 271-306.
- Goldfried, M.R. (Ed.). (1982). Converging Themes in Psychotherapy: Trends in Psychodynamic, Humanistic, and Behavioral Practice. New York: Springer.
- Grawe, K. (1992): Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In Margraf, J. & Brengelmann, J.C. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: Röttger.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2000): Psychologische Therapie (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe.
- Hauke, G. (2013): Strategisch Behaviorale Therapie (SBT): Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy (Chic), 48, 9-16.
- Kazdin, A.E., Marciano, P.L. & Whitley, M.K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive and antisocial behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(4), 26-30.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). Selbstmanagement-Therapie (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Keller F., Konopka L., Fegert J.M. & Naumann A. (2003). Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationärer psychiatrischer Behandlung. Nervenheilkunde, 22, 40-46.
- Lee, H.S. (1979): Patients' comments on psychiatric inpatient treatment experiences: patient-therapist relationships and their implications for treatment outcome. Psychiatric Quarterly, Vol. 51 (Issue1), 39-45.
- Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.). (2009). Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Oerter, R. & Dreher, E. (1995). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie (3. Aufl.; S. 310-395). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Richter-Benedikt, J.A. (2009a): Strategische Jugendlichentherapie. In S.K.D Sulz & G. Hauke (Hrsg.), Strategisch-Behaviorale Therapie. München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt, J.A. (2009b). Strategische Jugendlichentherapie oder „Schwierige Zeiten gemeinsam be-

- wältigen“. In S.K.D Sulz (Hrsg.), *Wer rettet Paare und Familien aus ihrer Not?* München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt, J.A. (2014a). *Strategische Jugendtherapie (SJT) – Jugendliche lernen, Selbst, Emotionen und Beziehungen regulieren.* Psychotherapie, Heft 2, Strategische Therapien. München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt, J.A. (2014b). *Strategische Jugendlichentherapie (SJT). Konzeption und Evaluation eines integrativ-verhaltenstherapeutischen Ansatzes im kombinierten Einzel- und Gruppensetting zur psychotherapeutischen Behandlung von Jugendlichen.* Unveröffentlichte Dissertation, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt.
- Schmelzer, D. & Trips, M. (1996). *Der Selbstmanagement-Ansatz – Ansatz als Grundlegendes Arbeitsmodell einer Erziehungsberatungsstelle.* In H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement.* Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. & Eifert, G.H. (2002). *What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy.* *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Strauß, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A., Oberhofer, A., Papenhausen, R., Mosheim, R., Biebl, W., Liebler, A., Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Mattke, D., Mestel, R., Daudert, E., Nickel, R., Schauenburg, H. & Höger, D. (2006). *Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy – Results of a multisite study.* *Psychotherapy Research*, 16, 579-594.
- 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. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie.* München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2003). *Als Sisypchos seinen Stein losließ* (3., korrr. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2009a). *Praxis der Strategisch-Behavioralen Therapie: wirksame Schritte zur Symptomreduktion, zur Persönlichkeitsentwicklung und zur adaptiv-funktionalen Beziehungsentwicklung.* In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (1, 38-57). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2009b). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Selbstregulation und -organisation als Therapieprinzip.* In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (Vol. 1, 1-37). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2009c). *Wut ist eine vitale Kraft, die durch Wutexposition in der Psychotherapie nutzbar wird.* *Psychotherapie*, 14. Jg., Bd. 14, Heft 1.
- Sulz S. & Hauke G.(Hrsg.). (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (Vol. 1, 1-37). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Müller, S. (2000). *Bedürfnisse, Angst und Wut als Komponenten der Persönlichkeit.* *Psychotherapie*, 5, 22-37. München: CIP-Medien.
- Zimmer, D. (2011). In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

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
Institutsambulanz | Rotkreuzplatz 1/ III | 80634 München
Tel.: 089/54047949 | Fax: 089/54047950 | annette.richter-benedikt@cip-akademie.de