

Florian Sedlacek

Die Wirksamkeit der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) bei Jugendlichen mit internalisierenden Störungen und Schulverweigerung – Ergebnisse einer Evaluationsstudie für das teilstationäre Setting¹

The effectiveness of Strategic Therapy for Adolescents for juveniles with internalized mental disorders and school absenteeism – results of an evaluation study for a semi-residential psychotherapeutic treatment

Theoretischer Hintergrund: Das therapeutische Vorgehen in der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) leitet sich aus der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie nach Sulz (1994) ab. Deren zentrale Konstrukte und Charakteristiken werden im Artikel ausführlich erläutert. Für ein besseres Verständnis verhelfen eine Fallvignette sowie die Beschreibung der Therapieplanung und Therapieprozesse in der SJT.

Methode: Bei der Evaluationsstudie handelt es sich um eine quasi-experimentelle Studie unter Verwendung eines Wartelistendesigns mit Eigenkontrollgruppe. Erläutert werden die Umsetzung der SJT im teilstationären Setting, die Fragestellung der Studie, das Studiendesign und methodische Vorgehen und die verwendeten Messinstrumente (YSR, CBCL, ILK, FSKN).

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Evaluationsstudie liefern unter anderem sehr hohe Effektivitäten bei der Symptomreduktion und bei der Verbesserung der Lebensqualität. Die Ergebnisse decken sich mit der ersten Evaluationsstudie zur Wirksamkeit der SJT durch Richter-Benedikt (2014).

Diskussion: Der Erkenntnisgewinn und die Limitationen der Studie werden dargestellt.

Schlüsselwörter

Strategische Jugendlichentherapie (SJT) – Evaluationsstudie – teilstationäres Setting – internalisierende Störungen – Schulabsentismus

Theoretical background: *the therapeutic approach to Strategic Therapy for Adolescents (SJT) is deduced from Affective-Cognitive Theory of Development by Sulz (1994). The article will expound both concepts' central ideas and characteristics. To acquire a better insight into Strategic Therapy for Adolescents, a case study and the description of the treatment planning and process will be provided.*

¹ Entnommen aus: Sedlacek, F. (2015). Strategische Jugendlichentherapie (SJT) bei internalisierenden Störungen und Schulabsentismus – eine Evaluationsstudie (1. Aufl.) München: CIP-Medien.

Method: The evaluation study has a quasi-experimental design by using a single group-waiting list; it will demonstrate the implementation of Strategic Therapy for Adolescents into a day hospital, the question and aims of the study, the design and methodical approach, as well as the used measuring instruments (YSR, CBCL, ILK, FSKN).

Results: The results of the study exhibit high effect sizes for the symptom reduction and for the improvement of quality of life. The results match with the first effectiveness study in relation to Strategic Therapy of Adolescents by Richter-Benedikt (2014).

Discussion: The acquisition of knowledge about Strategic Therapy of Adolescents and the limitations of the study will be outlined.

Keywords

Strategic Therapy of Adolescents – evaluation study – day hospital – internalized mental disorders – school absenteeism

Einleitung

Die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) stellt die Adaption der Strategischen Kurzzeittherapie (Sulz, 1994, 2001, 2005) bzw. der Strategisch-Behavioralen Therapie (Hauke, 2013; Sulz, 2009, 2010; Sulz & Hauke, 2009, 2010) ins Jugendalter (13 bis 18 Jahre) durch Richter-Benedikt (2009, 2014) dar. Die Strategische Kurzzeittherapie wurde bereits in den 1990er Jahren von Sulz (1994) entwickelt mit dem Ziel, eine effiziente Kurzzeittherapie mit 25 Therapiestunden zu erschaffen. Die Neubenennung in Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) erfolgte 2009, vor dem Hintergrund einer groß angelegten empirischen Studie zur Prüfung der therapeutischen Wirksamkeit, deren Ergebnisse 2013 veröffentlicht wurden (Hebing, 2013). Die Ergebnisse erbrachten einerseits hohe Effektstärken hinsichtlich der therapeutischen Wirksamkeit, andererseits wurde aus der Studie ersichtlich, dass 25 Behandlungsstunden für die einbezogenen Patienten nicht ausreichten. Diese benötigten in der Regel 45 bis 60 Therapiestunden, so dass die Strategische Kurzzeittherapie in Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) umbenannt wurde (Sulz & Hauke, 2010).

Die SBT liefert nicht nur ein allgemeines Erklärungsmodell psychischer Störungen, sondern verfügt auch über einen störungsübergreifenden therapeutischen Ansatz. Zur Annäherung an die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) und insbesondere an die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) werden nachfolgend verschiedene Aspekte des therapeutischen Ansatzes erläutert.

Theoretischer Hintergrund

Zentrale Konstrukte der SBT/SJT

Bereits das von Sulz 1994 publizierte behaviorale Therapiemanual „Strategische Kurzzeittherapie“ bezog motivations-, emotions-, persönlichkeits- und entwicklungspsychologische Aspekte in den Therapieansatz mit ein. Gekoppelt an ein systemtheoretisches Verständnis der Selbstregulation sowie das Konzept des Konstruktivismus und der Entwicklung nach Piaget (1976) und Kegan (1986), resultierte daraus die „affektiv-kognitive Entwicklungstheorie“, die die psychische Selbstregulation nach dem Prinzip

der Homöostase beschreibt (Sulz, 1994; Sulz & Hauke, 2010). Die SBT hat drei zentrale Grundannahmen: eine Homöostaseannahme, eine Entwicklungsannahme und eine Konstruktionsannahme. Alle drei Grundannahmen subsumieren sich unter der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie, die als Erklärungsansatz für psychische Störungen dient und aus der sich eine explizite Therapietheorie ableitet.

Mit der *Homöostaseannahme* betont Sulz (1994, 2009, 2011a) die autonom und implizit ablaufende Organisation und Regulation menschlicher Wahrnehmung und Empfindungen sowie menschlichen Denkens, Fühlens und Handelns hinsichtlich der Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse, die sich grob in Zugehörigkeits- und Unabhängigkeitsbedürfnisse aufgliedern lassen (wie zum Beispiel Willkommensein, Geborgenheit, Zuverlässigkeit, Selbstbestimmung, Grenzen, Intimität). Sulz (1994) unterteilt die Psyche in zwei Funktionsweisen, die er als „autonome“ und als „willkürliche Psyche“ beschreibt. Grawe (1998) spricht hier von einem „impliziten“ und einem „expliziten Funktionsmodus“. Die autonome Psyche verarbeitet und speichert Informationen, die automatisch ablaufen und Verhalten steuern, ohne dass das Bewusstsein einen Einfluss darauf hat. Die darin abgespeicherten Informationen können nicht durch bewusste Aufmerksamkeitslenkung abgerufen, sondern nur durch möglichst ähnliche Reizsituationen prozessual aktiviert werden. Man spricht hier von „bottom-up-Aktivierung“ (Grawe, 1998, S. 240). Die autonome Psyche hat die Funktion der Selbstregulation im Selbststeuerungsprozess des Menschen. Homöostase besteht bei einem ausgewogenen Verhältnis zwischen einem situativen Ist- und einem entwicklungsgemäß benötigten bzw. angestrebten Sollwert eines zentralen Bedürfnisses (zum Beispiel von Geborgenheit). In Abgrenzung von der autonomen Psyche spricht Sulz (1994) von der willkürlichen Psyche, die das bewusste Wahrnehmen, Fühlen, Denken und Handeln umschreibt. Die Selbstkontrolle ist Teil der willkürlichen Psyche (Hauke, 2013). Das Homöostaseprinzip spielt, wie später noch gezeigt wird, bei der Symptombildung eine wichtige Rolle.

Mit der *Entwicklungsannahme* hebt Sulz (1994, 2009, 2011a) zunächst einmal die im Menschen innewohnende Tendenz zur lebenslangen Entwicklung seiner Emotionalität und seiner zwischenmenschlichen Beziehungen hervor. Sulz bezieht sich dabei einerseits auf Piaget und Inhelder (1981), die Entwicklung als Äquilibration verstehen, und andererseits auf Kegan (1986) und dessen Stufenmodell der Entwicklung. Die Entwicklungsannahme verdeutlicht, welche Konsequenzen sich für den Einzelnen aus einer entwicklungsfördernden bzw. -hemmenden psychosozialen Umwelt ergeben. Unter dem plakativen Motto „Ich muss einigermaßen heil durch meine Kindheit kommen“ skizziert Sulz (2009, S. 24) das Ziel der autonomen Psyche für die Kindheit. Durch Annäherungs- und Vermeidungsstrategien wird Erfahrungswissen generiert, das zur größtmöglichen Bedürfnisbefriedigung beiträgt. Dieses Erfahrungswissen schlägt sich in motivationalen Schemata nieder, die sich um die Grundbedürfnisse herum bilden (Grawe, 1998). Bedürfnisbefriedigung verläuft stets über einen interaktionellen Prozess, woraus sich biografisch erworbenes Erfahrungswissen entwickelt. Sulz (1994) und Grawe (1998) betonen, dass sich diese frühkindlich erworbenen motivationalen Schemata auch auf die gegenwärtige Beziehungsgestaltung auswirken. Eine Hemmung oder Stagnation der emotionalen Entwicklung sowie der Entwicklung interaktioneller sowie selbstregulatorischer Fertigkeiten tritt dann ein, wenn Schritte zur nächsthöheren Entwicklungsstufe nicht gemacht werden können (vgl. Kegan,

1986). Ursächlich hierfür ist, dass der Wechsel auf die nächsthöhere Entwicklungsstufe Instabilität bedeutet, da das alte Selbst- und Weltbild ins Wanken geraten. Diese Instabilität führt beim Individuum immer wieder zu einer vorübergehenden emotionalen Krise. Damit diese Krise bewältigt werden kann, bedarf die autonome Psyche einer Art freier Energie, um die Anstrengungen, die mit dem Übergang in die nächsthöhere Stufe verbunden sind, unternehmen zu können. Diese Energie kann fehlen, wenn beispielsweise der Heranwachsende nicht die ausreichende psychosoziale Versorgung von seiner unmittelbaren Umgebung erfährt oder die autonome Psyche eine hohe Anpassungsleistung zur Aufrechterhaltung der aktuellen psychischen Homöostase leisten muss, so dass keine zusätzlichen Reserven frei sind. Des Weiteren können sowohl „die Angst vor Veränderung als auch tatsächliche Defizite im emotionalen, kognitiven oder Handlungsbereich den Schritt in die nächsthöhere Entwicklungsstufe vereiteln“ (Sulz, 2009, S. 27).

Die *Konstruktionsannahme* ist mit der Homöostase- und Entwicklungsannahme verknüpft und legt den Fokus auf die Entstehung und Funktion des Symptoms. Das Individuum gestaltet sein Leben und seine Beziehungen nach einem inneren Konstruktionsplan (Sulz, 2009; Hebing, 2013). Dieser innere Konstruktionsplan ist das Produkt der individuellen Lerngeschichte. Aus der individuellen Lerngeschichte bilden sich implizit-motivationale Schemata aus. Diese münden in generalisierte und als selbstverständlich angenommene Grundannahmen über das Funktionieren des Selbst und der Welt. Die Symptombildung ist stets eingebettet in eine pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung und mit einer spezifischen Auslösesituation verbunden. Die spezifische Auslösesituation bezieht sich auf eine Konfliktsituation: Neu aufgetretene (sozial-interaktionelle) Anforderungen können mit dem bestehenden Regelwerk nicht bewältigt werden, die aufkommende Inkongruenz und der damit einhergehende Spannungszustand bedrohen die bestehende psychische Homöostase. Die Symptombildung stellt dann einen kreativen Ausweg dar, um das bisherige homöostatische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Denn zur Meisterung der symptomauslösenden Situation müsste das Individuum gegen seine Grundannahmen und seine bisherigen Überlebensstrategien verstoßen (Sulz, 1994, 2009, 2011a). Die Konstruktionsannahme und der Zusammenhang mit der Entwicklungs- und Homöostaseannahme werden durch die Überlebensregel und Reaktionskette – zwei zentrale Konstrukte der SBT/SJT – verständlicher.

Mit der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie betont Sulz (1994, 2011a) die Wechselwirkung zwischen den Eltern mit ihrem Erziehungs-, Kommunikations- und Bindungsstil und dem Kind mit seinen angeborenen Dispositionen. Dieser Interaktionsprozess führt je nach Passung zur Befriedigung von zentralen Bedürfnissen, aber auch zu deren Frustration und rückt dadurch bestimmte Bedürfnisse, die sich aus der Polspannung Zugehörigkeit (Bindung) und Unabhängigkeit (Autonomie) ergeben, bleibend in den Vordergrund. Somit entwickelt der Heranwachsende nicht nur Strategien zur Bedürfnisbefriedigung, sondern auch Strategien, um Bedrohungen und Ängste zu vermeiden, die sich wiederum aus den Beziehungserfahrungen und Frustrationen mit den jeweiligen Familienmitgliedern ergeben. Dieses „individuelle Profil“ stellt eine aus der jeweiligen Lerngeschichte heraus betrachtete optimale Anpassung an die sozial vorgefundene Umwelt dar. Aus dem kindlichen Selbst- und Weltbild entsteht ein Regelwerk, das die psychische Homöostase aufrechterhält und das emotionale Überleben sichert. Sulz (2011a) spricht von der *Überlebensregel als generalisiertes verhaltenssteuerndes Schema*. Die Überlebensregel hat

Auswirkungen auf die Persönlichkeit, Emotionsregulation und Symptombildung. Die Überlebensregel ist implizit, generalisiert und steuert das Verhalten situationsübergreifend. Sie wird dann maladaptiv, wenn sie im weiteren Entwicklungsverlauf keine Modifikation erfährt und darüber in Verbindung mit maladaptiven Persönlichkeitszügen das Erleben und Verhalten des Individuums einschränkt. Die Überlebensregel besteht aus vier Teilsätzen: einem Verhaltensgebot sowie Verbot, einem handlungsleitenden Bedürfnis und einer assoziierten Gefahr oder Bedrohung (Sulz et al., 2011a).

Sulz (1994) verwendet hierfür die Syntax: „Nur wenn ich immer ... [*Gebot*] und niemals ... [*Verbot*], bewahre ich mir ... [*zentrales Bedürfnis*] und verhindere ... [*Gefahr*]“ (S. 146).

Als ein weiteres zentrales Konstrukt der SBT/SJT gilt die *Reaktionskette*. Die Reaktionskette ist Teil der Funktionsanalyse. Sie fokussiert die Bedeutung der Emotionen als verhaltenssteuerndes Signal und spielt ebenfalls bei der Symptombildung eine wichtige Rolle (Sulz et al., 2011a). Mit der Reaktionskette betrachtet man eine für die Person emotional bedeutsame und zugleich frustrierend abgelaufene Situation (vgl. Fallvignette nächster Absatz). Ausgangspunkt für die Reaktionskette ist eine frustrierende Situation, auf die eine primäre Emotion (meist Ärger oder Wut) und ein primärer Handlungsimpuls (beispielsweise der „Wut Luft machen“) folgen. Die primäre Reaktion wäre in der Regel hilfreich, ist jedoch auch mit der Antizipation meist negativer Folgen verknüpft (zum Beispiel Ablehnung). An dieser Stelle greift dann ein sekundärer Gefühlszustand (oftmals in Form bewusst wahrgenommener Angst oder Schuld). Das sekundäre Gefühl ist erlernt und hat eine gegensteuernde Funktion, die die primäre Reaktion verhindern soll. Sie lenkt das Verhalten in eine ganz andere, nicht bedrohliche, aber zugleich für die Person nachteilige Richtung (Sulz, 2011a). Wiederholen sich diese für die Person bedeutsamen und zugleich frustrierenden Situationen aufgrund anstehender Entwicklungsschritte in Kombination mit fehlenden Bewältigungsstrategien, einer allgemein belastenden Lebenssituation und einer maladaptiven Beziehungs- sowie Lebensgestaltung, wird das gegenwärtige Gleichgewicht aus Selbstverständnis und Weltbild bedroht. Ein Entwicklungsschritt wäre notwendig, um aus der Krise oder Problemphase auf die nächsthöhere Entwicklungsstufe überzugehen. Dies würde vom Individuum die Fähigkeit abverlangen, gegen die Überlebensregel zu verstoßen und zugleich die primäre Emotion und den damit verbundenen Handlungsimpuls in den zentralen, aber frustrierend ablaufenden Situationen wahrzunehmen. Gelingt es der Person der primären Reaktion adaptiv – im Sinne einer funktionalen Bewältigung – nachzugehen und zugleich gegen die Überlebensregel zu verstoßen, kann sie sich aus der Konfliktphase lösen und das Problem bzw. die Herausforderung meistern. Resigniert die Person vor den Anforderungen, entscheidet sie sich damit gegen das Durchsetzen eigener persönlicher Interessen. Der notwendige Entwicklungsschritt erfolgt nicht, das Problem bleibt ungelöst bestehen, bis zur erneuten Krise. Die Symptombildung ist dann für das Individuum die bestmögliche Lösung, den aversiven Zustand zum einen zu beenden und zum anderen an der dysfunktionalen Überlebensregel festzuhalten, um damit das gegenwärtige Selbstverständnis und Weltbild nicht zu gefährden. Das heißt, die psychische Homöostase ist durch die Zuhilfenahme der Symptomatik wiederhergestellt, auf Kosten der notwendigen Entwicklung und zugunsten des alten Selbst- und Weltbildes. Die Symptomatik „schützt“ in diesem Sinne die Person und seine soziale Umwelt vor unliebsamen Veränderungen, was wiederum deren Aufrechterhaltung begünstigt (Richter-Benedikt, 2009; Sulz, 1994, 2011a; Sulz & Hauke, 2010).

Fallvignette

Zum Verständnis soll die *Fallvignette des 17-jährigen Christoph* beitragen, der wegen einer mittelgradig depressiven Episode in teilstationärer Behandlung war. Christoph lebte bei Therapiebeginn mit seiner depressiven Mutter zusammen. Die Trennung der beiden berufstätigen Eltern erfolgte fünf Jahre zuvor. Zu seiner vier Jahre älteren, sehr strebsamen und unabhängigen Schwester, die bei Aufnahme bereits aus der Familie ausgezogen war, bestand regelmäßiger Kontakt. Die Beziehung zu seinem Vater beschrieb er als sehr gut, seinen Vater als sehr bemüht und fürsorglich. Der Vater selbst gab im Gespräch an, sehr unsicher, und was Christoph betreffe, sehr übervorsichtig zu sein. Christoph besuchte zu Beginn der Therapie sehr unregelmäßig die 11. Klasse eines Gymnasiums mit durchschnittlich zwei Fehltagen in der Woche.

Um den Sachverhalt nicht zu komplizieren, wird gleich auf Christophs Überlebensregel eingegangen, die im Rahmen der zuvor stattgefundenen Diagnostik im Gruppensetting erarbeitet wurde. Für Christoph gab es mehrere zentrale Bedürfnisse. Ganz wichtig waren ihm die Zugehörigkeitsbedürfnisse nach „Willkommensein“ und „Geborgenheit“ sowie die Autonomiebedürfnisse „Erotik, Intimität, Hingabe“ und „selbst machen, selbst können“. Christoph hatte gegenüber seiner Mutter sehr starke Schuldgefühle, da er sich wünschte, zu seinem Vater zu ziehen und sich somit wie seine Schwester von der Mutter räumlich zu trennen. Indem die Mutter Christoph zu ihrem Ersatzpartner machte, war er vielen emotional missbräuchlichen Situationen ausgesetzt. Aufgrund seiner Biografie hatte Christoph mit gewissen Verhaltensgeboten und -verboten sowie Ängsten zu kämpfen, die sein Handlungsrepertoire in sozialen Interaktionen deutlich einschränkten. Er hatte selbstunsichere, dependente Persönlichkeitszüge und seine Überlebensregel lautete:

„Nur wenn ich immer auf die aktuellen, wechselnden Befindlichkeiten meiner Mutter achte, ihr zur Seite stehe, wenn sie mich braucht (*Gebot*) und niemals eigenen Wünschen nachgehe, aufbegehre oder vor Wut einfach weggehe (*Verbot*), bewahre ich mir das Bedürfnis nach Willkommensein, Geborgenheit und erhalte ihre Liebe und Zuneigung (*Bedürfnisse*) und verhindere meine Angst, ganz allein zu sein, und damit den Verlust meiner Existenz (*Gefahr*).“

Als Reaktionskette dient ein Beispiel, als Christoph bereits zu seinem Vater gezogen war und dieser ihn zu einem Ski-Wochenende mit befreundeten Familien einlud. Ein Woche zuvor hatte der Vater den Ski-Trip bereits abgesagt, woraufhin Christoph für das besagte Wochenende etwas anderes eingeplant hatte (nämlich sich mit seiner Freundin zu treffen) und nun nach dem erneuten Angebot seines Vaters vor einem Entscheidungskonflikt stand, mit dem er dann am nächsten Tag in die Gruppentherapie kam. Christoph konnte für sich folgende Reaktionskette erarbeiten:

Primäres Gefühl: „*Ärger und Unlust, da ich schon was anderes vorhabe.*“

Primärer Handlungsimpuls: „*Meinem Vater absagen.*“

Antizipation der Folgen: „*Dann wird er traurig und von mir enttäuscht sein.*“

Gegensteuerendes Gefühl: „*Angst ... [vor Liebesentzug] ... nicht gut genug zu sein.*“

Beobachtbares Verhalten: „*Ich sage zu.*“

Symptomatisches Verhalten: „*Ich ziehe mich in mein Zimmer zurück, bin traurig, alles kotzt mich an. Meine Stimmung ist im Keller.*“

Was hätte Christoph zu diesem Zeitpunkt gebraucht? Den Mut natürlich, seinem Vater zu sagen, dass er nicht mitkommen möchte, sowie die Erkenntnis, dass, auch wenn sein Vater kurzzeitig enttäuscht sein würde, ihn keine Schuld treffe. Warum fiel es Christoph zu diesem Zeitpunkt noch schwer, sich für seine Selbstinteressen starkzumachen? Sulz (1994, 2011b) spricht hier von einem Stufenkonflikt nach einem einfachen Entweder-oder-Prinzip. Entweder die Person handelt nach ihrer Überlebensregel oder das emotionale Überleben ist in Gefahr! Den Ausweg aus dem dichotomen Entweder-oder-Prinzip sieht Sulz in der Entwicklung hin zu einer neuen „psychischen Struktur“, bei der ein „Und“ möglich wird. Das „Und“ ist die Integration der zuvor unauflösbaren Widersprüchlichkeiten in die neue psychische Struktur. Das heißt, über Akkommodation kommt es zur Selbständerung. Die Persönlichkeit findet über die Integration zu einer neuen Freiheit, die sich dann in Form größerer Unabhängigkeit gegenüber der sozialen Umwelt, erweitertem Handlungsrepertoire, verbesserter Ambiguitätstoleranz etc. niederschlägt.

Zurück zu Christoph. Zum Zeitpunkt der Reaktionskette war Christoph „gefangen“ in seinem Entweder-oder-Prinzip. Christophs Selbst „zerfiel“ in mehrere Selbstanteile. Er hatte damals noch kein kohärentes Selbst als eine Art Institution, das Beziehungen verwaltet. Vielmehr war Christoph mit Beziehungen „verschmolzen“. Diese hat er zu seinem Vater, genauso wie zu seiner Freundin. Ein in dem Sinne institutionelles Selbst hätte diesen Konflikt regeln können, indem es Beziehung „verwaltet“ und koordiniert. Christophs handlungsleitendes Gebot bestand jedoch darin, sich stets nach den Befindlichkeiten seiner Bezugspersonen zu richten – in dem Falle nach dem Vater und nach seiner Freundin. Ein Dilemma aus dem er nur „herausgekommen“ wäre, wenn er gegen seine Überlebensregel verstoßen hätte. So musste Christoph in der Therapie lernen, einerseits seine Wut für das zu nutzen, wofür sie gut ist, nämlich zur Durchsetzung eigener berechtigter Interessen (Zweisamkeit mit seiner Freundin!), und andererseits, dass man Beziehungen hat und sie nicht ist (neue psychische Struktur).

Therapieplanung und Therapieprozess in der SJT

Um eine *strategische Therapieplanung* mit und für den jugendlichen Patienten entwerfen zu können, bedarf es einer ausführlichen Diagnostik, aus der sich eine Zielanalyse und Therapieplanung ableiten lassen. Natürlich ist hierfür eine breite multimethodale Diagnostik sinnvoll, um Problemverhalten, Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik bestmöglich erfassen und einschätzen zu können (Esser, 2011). Dies geschieht über verschiedene diagnostische Bausteine. Neben der klassischen psychotherapeutischen Diagnostik kommen in der Strategischen Jugendlichkeitstherapie spezifische SJT-Fragebögen zum Einsatz. Sie erfassen zentrale Konstrukte der Persönlichkeit im Sinne der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie, darunter fallen Umgang mit Bedürfnissen, Wut und Angst, frustrierendes Elternverhalten, dysfunktionale Persönlichkeitszüge sowie Errungenschaften und Defizite in den Entwicklungsstufen (Richter-Benedikt, 2009, 2014). Die SJT-Fragebögen verhelfen zu einem besseren Fallverständnis, zur Erstellung der

Überlebensregel und liefern Hinweise für unzureichende oder fehlende interaktionelle Fertigkeiten hinsichtlich der Bedürfnis- und Emotionsregulation. Ausgehend von der affektiv-kognitiven Entwicklungs- und Störungstheorie wird der Therapieprozess von drei Säulen gestützt. Die erste Säule bezieht sich auf die Symptomtherapie, die zweite auf ein Fertigkeitentraining und die dritte Säule auf die Persönlichkeitsentwicklung (Sulz, 2011a). Die drei Säulen teilen den Therapieprozess horizontal ein (Abb. 1).

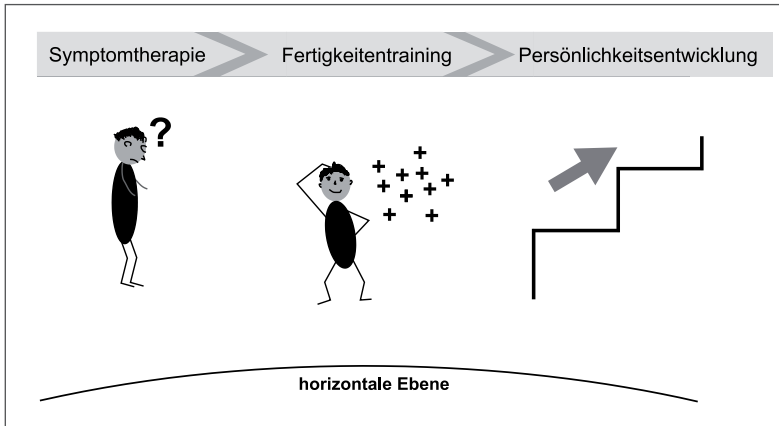


Abbildung 1: Drei Säulen des Therapieprozesses

Damit Symptome bewältigt werden können, sind nach Grawe (1998) klärungs- und bewältigungsorientierte Interventionen notwendig, was Psychoedukation und die Vermittlung eines Erklärungsansatzes zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Funktion von Symptomen stets voraussetzt. Im Falle der SJT ist bei der Vermittlung der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie die Überlebensregel und Reaktionskette Teil der Psychoedukation, sowohl für den Patienten als auch für seine Eltern. Die Erarbeitung der Überlebensregel und das Bearbeiten von Reaktionsketten erfolgt in der Symptomtherapie, da beide neben der pathogenen Lebens- und Beziehungsgestaltung ausschlaggebend für die aktuell vorgefundene Problematik sind. Die *Symptomtherapie* besteht in grober Einteilung aus zwei Strängen. Einerseits ist die Symptomtherapie in der SJT stets ausgerichtet an symptom- und störungsspezifischen Interventionen der Verhaltenstherapie (Richter-Benedikt, 2009). Andererseits bezieht die Symptomtherapie das Arbeiten mit der Überlebensregel und Reaktionskette mit ein. Ziel ist es, zunächst dem Patienten und später auch in der Familienarbeit den Eltern aufzuzeigen, wie die Überlebensregel und gegensteuernde Gefühle (zum Beispiel Angst) das Leben und die Beziehungsgestaltung des Jugendlichen beeinträchtigen und zur Symptombildung führten bzw. zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen.

Mit dem *Fertigkeitentraining* werden verschiedene therapeutische Ziele verfolgt (Sulz, 2011a). Erstens lernt der Patient, mit seinem Symptom besser umzugehen, zweitens wird der Umgang mit handlungsleitenden Bedürfnissen, Beziehungsängsten und Wuttendenzen verbessert, und drittens werden interaktionelle Fertigkeiten im Umgang mit bestimmten Personen (Eltern, Freund/Freundin, Peers etc.) und bestimmten Situationen (Schule,

Pausenhof, Freizeit, sich in der Gruppe behaupten etc.) geschult. Neben dem Ziel der Ressourcenaktivierung (Grawe, 1998) werden neue Fertigkeiten aufgebaut, die sich auf verbesserte Emotionsregulation, Interaktions- und Kommunikationsfertigkeiten beziehen. Die Umsetzung des Fertigkeitentrainings erfolgt über verschiedene Methoden (unter anderem Imaginationen, körperbezogene Verfahren, Problemlösestrategien, Rollenspiele, Expositionsübungen, Verhaltensexperimente und Selbstbeobachtung, Überprüfung und Widerlegung maladaptiver Grundannahmen, Kommunikationstraining etc.) in Einzel- und Gruppentherapie. Das Fertigkeitentraining ist wiederum eng mit der dritten Säule verbunden, der *Persönlichkeitsentwicklung*. Ruft man sich nochmals Christophs Beispiel mit dem Ski-Wochenende und seine Stimmung am nächsten Tag in der Gruppenstunde ins Gedächtnis, so zählt zur Symptomtherapie nicht nur die motivationale Klärung frustrierender Interaktionsverläufe, sondern auch Planung, Aufbau und Umsetzung adaptiver Verhaltensstrategien. Hierfür müssen zunächst dysfunktionale Reaktionsweisen (zum Beispiel Christophs fehlende Durchsetzungsfähigkeit eigener Selbstinteressen) herausgearbeitet werden, um adaptives Verhalten planen zu können (zum Beispiel auf primäre Emotionen und Handlungsimpulse achten, diese sozial adäquat umsetzen und das Gespräch mit dem Vater suchen).

Diese an Christophs Fallbeispiel beschriebene Mikrosituation kann exemplarisch für das Zusammenspiel zweier sich ergänzender Perspektiven in der SJT gesehen werden. Der erste Aspekt bezieht sich auf die Intentionen (Klärungsperspektive), der zweite Aspekt betrifft das „Können vs. Nicht-Können“ (Bewältigungsperspektive) (Grawe & Caspar, 2012). Das Herausarbeiten von Intentionen und Anreizen beim Patienten, deren Realisierbarkeit und das Klären der subjektiven Handlungserwartung bedeuten zunächst die Schaffung einer eindeutigen Motivationslage (Grawe, 1998). Man befindet sich in einem klärungsorientierten Therapieprozess. Ist dagegen die Motivationslage geklärt, schätzt aber der Jugendliche seine eigenen Fähigkeiten als zu gering ein, um die anstehende Situation und die damit einhergehenden Gefühle bewältigen zu können, bedarf es zunächst des Aufbaus neuer Fertigkeiten, der Induktion positiver Erfolgserwartungen, der Ressourcenaktivierung oder einer graduieren Exposition, um die Selbstwirksamkeitserwartung des Jugendlichen zu erhöhen. Es sind also zunächst bewältigungsorientierte Interventionen notwendig, um neben der hohen Volitionsstärke im Sinne des Rubikonmodells (Beckmann & Heckhausen, 2010) auch eine hohe Selbsteinschätzung eigener Fähigkeiten beim Jugendlichen zu generieren. Der Aufbau neuer Fertigkeiten erfolgt anhand von Rollenspielen und Verhaltensexperimenten in Einzel- und Gruppentherapie. Im teil- oder vollstationären Setting kann zusätzlich ein weiteres Übungsfeld hinzugezogen werden, nämlich die Milieuthérapie. Werden bereits neue zielführende Verhaltensweisen im „geschützten“ therapeutischen Rahmen angewandt, erfolgt die Ausweitung auf den Alltag. Über Selbstbeobachtung und Dokumentation der adaptiven Reaktionsweisen wird die Evaluation der Veränderung festgehalten. Das Anwenden neuer Verhaltensstrategien, losgelöst von der Überlebensregel, erhöht die Selbsteffizienz und Wirksamkeitserwartung – der Attributionsstil verändert sich, das Coping-Potenzial erweitert sich. Dieser Veränderungsprozess hat wiederum Einfluss auf die Bewertung neuer sozialer Anforderungen im Sinne des secondary appraisal nach Lazarus und Folkman (1984). Sind neue adaptive Reaktionsweisen Teil des Verhaltensrepertoires und der Selbststeuerung, können damit bestehende Konflikte gelöst werden.

Methode

SJT im teilstationären Setting

Die Strategische Jugendlichkeitstherapie (SJT) nach Richter-Benedikt (2009) richtet sich an Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren, es herrscht keine Geschlechts- und Störungsspezifität. Die von Richter-Benedikt für das ambulante Setting entworfene Struktur für Einzel-, Familien- und Gruppentherapie konnte für die Wirksamkeitsstudie im teilstationären Setting nicht eins zu eins übernommen werden, die Idee eines intensiven Settings jedoch schon. Die SJT im teilstationären Setting lässt sich ebenfalls in mehrere Abschnitte einteilen. Beginnend mit einer Diagnostikphase, gefolgt von einer Stabilisierungs- und Veränderungsphase sowie einer Phase zur Belastungserprobung (Tab. 1).

Tabelle 1: Therapieabschnitte SJT im teilstationären Setting und Ziele

Inhalt und Ziele	
Diagnostikphase (zwei Wochen)	<p>Jugendlicher: Besuch der Klinikschule und Überprüfung des schulischen Leistungsstands zur Feststellung, ob eine schulische Überforderung vorliegt</p> <p>Jugendlicher: Leistungsdiagnostik (HAWIK-IV, WIE), gegebenenfalls Überprüfung von Teilleistungsstörungen, schulischer Anstrengungsbereitschaft, Lern- und Arbeitsverhalten (findet in der Klinikschule statt)</p> <p>Jugendlicher in Einzeltherapie: Beziehungsaufbau, indikationsorientierte und störungsspezifische Diagnostik, Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus, Erfassung von Therapiemotivation, Erwartungen und Therapiezielen, Psychoedukation</p> <p>Jugendlicher: spezifische SJT-Diagnostik (meine Bedürfnisse, Angst, Wut, Umgang mit Bedürfnissen, Angst, Wut, frustrierendes Elternverhalten, Persönlichkeit)</p> <p>Eltern: Beziehungsaufbau, indikationsorientierte und störungsspezifische Diagnostik, Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus, Erfassung von Therapiemotivation, Erwartungen und Therapiezielen, Psychoedukation</p> <p>Eltern: spezifische SJT-Diagnostik (frustrierendes Elternverhalten und Entwicklungsstufen)</p> <p>Allgemein: Überprüfung der Indikation für teilstationäre Psychotherapie, Therapieplanung nach SJT</p>

Stabilisie-
rungs- und
Verände-
rungsphase
(ca. acht
Wochen)

Jugendlicher: Besuch der Klinikschule und schulische Perspekti-
venplanung (gemeinsam mit Lehrkraft, Einzeltherapeut/-in und
Familie)

Symptomtherapie (Einzeltherapie, Elternberatung und Familien-
gespräche)

Fertigkeitentraining (Gruppentherapie)

Persönlichkeitsentwicklung: „Weniger Überlebensregel – mehr
Lebensregel“; Zukunftsplanung und Schritte für eine adaptive
Lebens- und Beziehungsgestaltung

Eltern: Problem- und Störungsverständnis für die psychische
Erkrankung des Kindes erarbeiten, Aufbau adaptiver Interaktions-
strategien innerhalb der Familie, Verbesserung der Beziehungsges-
taltung zwischen Indexpatient und Familienangehörigen

Allgemein: Übergang in ein ambulantes Setting planen

Belastungs-
erprobung
(ca. zwei
Wochen)

Jugendlicher: vormittags Besuch der Herkunftsschule, falls keine
schulische Überforderung vorliegt bezüglich Symptomatik oder
Besuch einer neuen Schule (zum Beispiel vom Gymnasium auf die
Realschule etc.); nachmittags Besuch der Tagesklinik und Teilnah-
me an den Gruppentherapien, Einzeltherapie findet dann mittags
statt

Jugendlicher und Eltern: Therapieausklang, Rückfallprophylaxe,
gegebenenfalls bereits Kontakt zum/zur ambulanten Therapeuten/
Therapeutin hergestellt; Therapieevaluation und Planung der
6-Monatskatamnese

Der Therapieumfang bestand pro Patient aus einem wöchentlichen Einzelgespräch (50 Minuten), wöchentlichen Familien- oder Elterngesprächen (50 Minuten), wöchentlichen Gruppentherapien nach den Prinzipien der SJT (einmal Großgruppe ca. acht bis neun Patienten à 120 Minuten und dreimal Kleingruppe à 60 Minuten). Darüber hinaus erhielt jeder Patient ein Achtsamkeitstraining (wöchentlich 60 Minuten) und ein Soziales Kompetenztraining (wöchentlich 120 Minuten), parallel zur Milieuthherapie (Kombination aus Pflege- und Erziehungsdienst und Therapeut) und Klinikschule (Staatliche Schule für Kranke). Zur Qualitätssicherung erhielten alle Mitarbeiter vor Beginn der Studie eine SJT-Schulung durch eine externe SBT-/SJT-Psychotherapeutin (PP, KJP und Supervisorin). Zusätzlich gab es für alle Mitarbeiter monatliche SJT-Supervisionen (120 Minuten). An den wöchentlichen SJT-Fallbesprechungen (90 Minuten) waren ebenfalls alle Therapeuten und Mitarbeiter beteiligt.

Fragestellung

Während zur Strategisch-Behavioralen Therapie insgesamt viele Untersuchungen und Wirksamkeitsstudien vorliegen (unter anderem Graßl, 2013; Hauke, 2010, 2013; Hebing, 2013; Hoy, 2014; Liwowsky, 2014; Sulz, 1994, 2011; Sulz & Hauke, 2009, 2010; Sulz & Maßun, 2008; Sulz & Müller, 2000; Sulz et al., 2011b), gab es für das Jugendalter bisher nur eine einzige Studie (Richter-Benedikt, 2009, 2014). Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Anwendung der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) im teilstationären Setting zu evaluieren. Dabei standen jugendliche Patienten mit internalisierendem Störungsbild (F3 bzw. F4, ICD-10) in Kombination mit Schulverweigerung im Fokus. In der Evaluationsstudie wurde die Wirksamkeit der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) hinsichtlich der Symptomreduktion, der Verbesserung der Lebensqualität (psychosoziales Funktionsniveau), der Verbesserung des Selbstkonzepts sowie eines überdauernden Therapieeffektes von sechs Monaten untersucht.

Studiendesign und methodisches Vorgehen

Bei der Evaluationsstudie handelte es sich um ein quasiexperimentelles Untersuchungsdesign (keine Randomisierung) mit einer Eigenkontrollgruppe. Aufgrund der Versorgungsleistung der Klinik (Kinder- und Jugendpsychosomatik, Klinikum rechts der Isar, München) erfolgte die Stichprobenauswahl einerseits ad hoc (Zuweisung durch die Institutsambulanz) und andererseits gezielt durch das Profil der Tagesklinik und deren Spezialisierung (internalisierende Störungen in Kombination mit Schulverweigerung). Die Datenerhebung dauerte von Oktober 2011 bis Oktober 2013. Alle Patienten, die sich von Januar 2012 bis April 2013 für eine teilstationäre Behandlung entschieden, mindestens eine Wartezeit von 42 Tagen hatten, um damit nicht als Direktaufnahme zu gelten, wurden in die Studie aufgenommen. Ende Oktober 2013 wurden die letzten 6-Monatskatamnesen durchgeführt.

Patienten, die sich zunächst auf der Warteliste befanden, wurden mit Aufnahme in die Tagesklinik in die Therapiegruppe überführt. Aufgrund der zeitlichen Ähnlichkeit zwischen Wartezeit ($M = 61.6$ Tage; $SD = 17.0$) und Behandlungszeit ($M = 59.2$ Tage, $SD = 14.6$) wurde dies als praktikabel und möglich erachtet, um dadurch zwei zu vergleichende Stichproben zu generieren („Wartezeitbedingung“ vs. „Interventionsbedingung“). Es handelt sich bei der Untersuchung um abhängige Messungen: Alle Studienteilnehmer wurden zu allen vier Messzeitpunkten (Vorstellungsanlass, Behandlungsbeginn, Behandlungsende und Katamneseerhebung) mit den gleichen Messinstrumenten untersucht. Zur Erfassung statistisch bedeutsamer Veränderungen kamen t-Tests für abhängige Stichproben zum Einsatz. Nach den Empfehlungen von Bühner und Ziegler (2009) wurden für eine zweiseitige Testung folgende Entscheidungsregeln festgelegt: Fehler 1. Art (α -Fehler) von fünf Prozent und Fehler 2. Art (β -Fehler) von 20 Prozent. Mithilfe der t-Tests wurden Einzelvergleiche berechnet, nämlich zwischen t_1 und t_2 (Wartezeitbedingung) sowie zwischen t_2 und t_3 (Interventionsbedingung). Diese Berechnung wäre auch mit einem sogenannten wiederholten Kontrast möglich gewesen (Bühner & Ziegler, 2009). Jedoch ist für den Vergleich zwischen Wartezeitbedingung und Interventionsbedingung ein dritter t-Test zur Erfassung der Differenzwerte von t_1 zu t_2 sowie von t_2 zu t_3 notwendig. Diese Differenzwerte bildeten im Einzelvergleich die Veränderungen über die Zeit ab (Pauschardt, Eimecke & Mattejat, 2011). Um die Gefahr einer α -Fehler-Inflation zu kon-

trollieren, wurde eine α -Adjustierung (Bonferroni-Korrektur) vorgenommen. Ausgehend von einem Signifikanzniveau von $p = 0.05$ lag die Überschreitungswahrscheinlichkeit p unter der adjustierten α -Fehlerwahrscheinlichkeit ($0.05/3$) von 0.0167. Des Weiteren wurden t-Tests für die Überprüfung des überdauernden Therapieeffekts von t_2 zu t_4 berechnet. Zur Überprüfung der Wirksamkeit wurden zwei Beurteilungsperspektiven herangezogen – Selbsteinschätzung und Elternurteil.

Messinstrumente

Zur Überprüfung, welchen Einfluss die Strategische Jugendlichtherapie (SJT) auf die Symptombelastung hat, kamen die beiden Symptomchecklisten YSR (Youth Self-Report) und CBCL (Child Behavior Checklist) zum Einsatz. Die drei Hauptskalen im YSR und CBCL erreichen eine zufriedenstellende interne Konsistenz ($\alpha > 80$) (vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a/b). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität (ILK) ist ein Screening-Instrument in Form einer Selbsteinschätzung (Patient) und Fremdbeurteilung durch die Eltern bzw. Bezugspersonen zur Erfassung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus (Mattejat & Remschmidt, 2006). Es ergibt sich ein Reliabilitätskoeffizient von $r_{tt} = .72$ für den Gesamtscore zur Lebensqualität bei den Angaben der Kinder und Jugendlichen und ein Reliabilitätskoeffizient von $r_{tt} = .80$ bei der Fremdbeurteilung durch die Eltern (Mattejat & Remschmidt, 2006). Vier der zehn Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) von Deusinger (1986) dienen zur Überprüfung der Fragestellung, welchen Einfluss die SJT auf gewisse Anteile im Selbstkonzept der Jugendlichen hat. Folgende Selbstkonzeptskalen fanden Verwendung: „Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit (FSAL)“, „Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung (FSAP)“, „Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)“ und „Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwerts (FSSW)“. Es liegt eine Reliabilitätsuntersuchung an einer Schülerstichprobe ($n = 568$) im Alter von 13 bis 20 Jahren vor. Für die vier verwendeten Skalen ergeben sich folgende Reliabilitätskoeffizienten (Spearman-Brown-Prophecy-Formel): FSAL $r_{tt} = .79$, FSAP $r_{tt} = .79$, FSSW $r_{tt} = .89$ und FSVE $r_{tt} = .71$ (Deusinger, 1986).

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe bestand aus 37 Jugendlichen, davon waren 25 weiblich (67.5 Prozent) und zwölf männlich (32.5 Prozent), das durchschnittliche Alter betrug 16;3 Jahre ($SD = 1.43$), die Altersspanne lag zwischen 13;8 und 18;3 Jahren. 15 Patienten hatten einen Migrationshintergrund (40.5 Prozent). 13 der 37 Jugendlichen waren Einzelkinder (35.1 Prozent), 24 hatten Geschwister (64.9 Prozent). Der Beziehungsstatus der Eltern teilte sich wie folgt auf: 40.5 Prozent der Eltern ($n = 15$) waren allein lebend, getrennt oder geschieden; 45.9 Prozent der Eltern ($n = 17$) lebten zusammen oder waren verheiratet; 10.8 Prozent der Eltern ($n = 4$) lebten getrennt, aber in einer neuen Partnerschaft; eine Jugendliche (2.7 Prozent) lebte bei Aufnahme in die Tagesklinik bereits in einer pädagogisch betreuten Wohngemeinschaft. Bei 25 von 37 Familien waren beide Elternteile erwerbstätig (67.5 Prozent); bei sieben Familien war nur ein Elternteil (18.9 Prozent) erwerbstätig; fünf Familien bezogen Rente oder Sozialleistungen (13.5 Prozent). 15 von 37 Jugendlichen waren vorher in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (40.5 Prozent) und vier Jugendliche in psychiatrisch-pharmakologischer Behandlung (10.8 Prozent). Intelligenzniveau, Schulform und Schulabsentismus werden aus Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Intelligenzniveau, Schulform und Schulabsentismus

Therapiegruppe (n = 37)	
Intelligenzniveau (gemessen mit HAWIK-IV; WIE) n (%)	
überdurchschnittlich	10 (27.0)
durchschnittlich	25 (67.5)
unterdurchschnittlich	2 (5.4)
Schulform	
Mittelschule/Montessori	7 (18.9)
Realschule	9 (24.3)
Gymnasium/FOS	19 (51.3)
Berufsschule/Ausbildung	2 (5.4)
Schulabsentismus	
unregelmäßig, (≥ 1 Fehltag/Woche) > 6 Monate	6 (16.2)
unregelmäßig, (≥ 1 Fehltag/Woche) > 12 Monate	15 (40.5)
kein Besuch, ≤ 3 Monate	6 (16.2)
kein Besuch, 3-6 Monate	7 (18.9)
kein Besuch, ≥ 6 Monate	3 (8.1)
Schulbesuch	
regelmäßiger Besuch	0
unregelmäßiger Besuch	21 (56.7)
kein Besuch	16 (43.3)

Die theoriegeleitete Stichprobenauswahl spiegelt sich auch bei den Hauptdiagnosen wider. 43.2 Prozent der Patienten hatten bei Aufnahme eine affektive Störung, 48.6 Prozent eine neurotische-, Belastungs- und/oder somatoforme Störung und 8.1 Prozent eine Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung. 43.2 Prozent der Patienten wiesen eine komorbide Störung auf. Bei 27.0 Prozent der Patienten wurde mindestens ein psychosozialer Belastungsfaktor (Fünfte Achse, ICD-10) gefunden, bei 54.0 Prozent waren es zwei bis drei Belastungsfaktoren, 18.9 Prozent der Patienten wiesen vier oder mehr psychosoziale Belastungsfaktoren auf.

Ergebnisse

Therapieabbrüche

Da es sich bei der Evaluationsstudie um eine abhängige Messung handelte, wurden nur die Patienten berücksichtigt, deren Daten zu allen vier Messzeitpunkten vorlagen. Insgesamt wurden die Daten von 52 Probanden zum ersten Messzeitpunkt (Vorstellungsanlass)

erhoben. Die Behandlungsabbrüche lassen sich in drei Gruppen unterteilen. Zur ersten Gruppe zählen die Jugendlichen (ein Junge, sechs Mädchen), die zwar die teilstationäre Behandlung anfangen, jedoch den Aufenthalt vorzeitig abbrechen (Überleitung vollstationäres Setting, Symptombfreiheit, fehlende Therapiemotivation). Zur dritten Gruppe zählen zwei Patienten (jeweils männlich/weiblich), bei denen es nicht mehr möglich war, ein Gespräch zur Katamneseerhebung zu vereinbaren. Insgesamt konnten von 71.2 Prozent (n = 37) aller möglichen Probanden die Daten zu allen vier Messzeitpunkten erhoben werden.

Ergebnisse zur Symptomreduktion

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse für die Wirksamkeitsuntersuchung bezüglich der Symptomreduktion durch die SJT für die drei Hauptskalen des YSR und der CBCL. Der Verlauf der Mittelwerte für die Hauptskala „Internalisierende Auffälligkeiten“ beschreibt für beide Beurteilungsperspektiven einen quadratischen Trend. Eine signifikante Reduktion der internalisierenden Symptomatik stellte sich im zweiten Einzelvergleich ($t_2 - t_3$) ein. Die Mittelwerte für die Hauptskala „Gesamtauffälligkeit“ beschreiben in der Selbstauskunft einen quadratischen, in der Fremdbeurteilung einen linearen Trend. Die signifikante Reduktion der Gesamtauffälligkeit im YSR und CBCL erfolgte im zweiten Einzelvergleich ($t_2 - t_3$). Die Mittelwerte für die Hauptskala „Externalisierende Auffälligkeiten“ lagen zu allen drei Messzeitpunkten in beiden Beurteilungsperspektiven im klinisch unauffälligen Bereich.

Tabelle 3: Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung (YSR und CBCL)

Beurteilungs- quellen	t_1	t_2	t_3	$t_1 - t_2$			$t_2 - t_3$		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t_{emp}	p	d	t_{emp}	p	d
YSR Internalisierend	68.43 (8.45)	71.65 (6.77)	63.08 (8.50)	-2.48	.018	-.41	5.90	<.001	.97
YSR Externalisierend	53.38 (10.10)	54.05 (9.75)	51.68 (7.59)	-.40	.693	-.07	1.72	.095	.28
YSR Gesamtscore	61.43 (8.33)	64.57 (8.70)	56.05 (7.68)	-2.38	.023	-.39	7.01	<.001	1.15
CBCL Internalisierend	71.76 (7.67)	73.86 (6.68)	64.76 (7.12)	-1.46	.153	-.24	8.14	<.001	1.34
CBCL Externalisierend	58.19 (10.39)	56.11 (7.56)	53.59 (7.32)	1.08	.289	.17	1.84	.074	.30
CBCL Gesamtscore	66.59 (9.03)	65.54 (6.98)	57.73 (5.24)	.61	.544	.10	6.17	<.001	1.01

Anmerkungen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Wert ($t_{\text{kritisch}} = 2.51$), df = Freiheitsgrade (df = 36), α -Adjustierung: $\alpha = 0.0167$, höhere Mittelwerte bedeuten eine Zunahme der Symptomatik, Effekte werden über die Standardabweichung der Differenz ermittelt.

Zur Überprüfung der Überlegenheit der Interventionsbedingung (Diff_{Beh}) im Vergleich zur Wartezeitbedingung ($\text{Diff}_{\text{Warte}}$) ist ein dritter Signifikanztest notwendig. Mit dem Vergleich der mittleren Differenzwerte wird die Symptomveränderung über die Zeit hinweg erfasst². Die Differenzwerte erhält man über die Subtraktion der einzelnen T-Werte von t_1 zu t_2 bzw. von t_2 zu t_3 . Ein sich daraus ergebender negativer Mittelwert deutet an, dass die Symptombelastung zunimmt, ein positiver Mittelwert bedeutet die Abnahme der Symptombelastung. Die Berechnungen wurden für die beiden Hauptskalen „Internalisierende Auffälligkeiten“ und „Gesamtauffälligkeiten“ unternommen. Im YSR und im CBCL lagen die mittleren Differenzwerte der Interventionsbedingung (SJT-Behandlung) für beide Hauptskalen signifikant über den mittleren Differenzwerten der Wartezeitbedingung, wie aus Tabelle 4 ersichtlich wird.

Tabelle 4: Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung Wartezeit- vs. Interventionsbedingung

Instrument	Diff _{Wartezeit} M (SD)	Diff _{Behandlung} M (SD)	t _{emp}	p	d
YSR Internal. Auffälligkeiten	-3.22 (7.89)	8.57 (8.83)	-5.593	<.001	-.92
YSR Gesamtauffälligkeiten	-3.14 (8.03)	8.51 (7.39)	-5.561	<.001	-.91
CBCL Internal. Auffälligkeiten	-2.11 (8.79)	9.11(6.81)	-5.450	<.001	-.90
CBCL Gesamtauffälligkeiten	1.05 (10.47)	7.81 (7.02)	-2.938	.006	-.48

Anmerkungen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Wert, df = 36, $\alpha = 0.0167$

Zusammenfassend liefern die Ergebnisse aus beiden Beurteilungsperspektiven deutliche Hinweise für die Wirksamkeit der SJT-Behandlung.

Ergebnisse zur Verbesserung der Lebensqualität

Die Abbildung 2 zeigt die subjektive wahrgenommene Lebensqualität der Jugendlichen und das Fremdurteil der Eltern. Die Einschätzung der Lebensqualität resultiert aus den einzelnen Einschätzungen zu Schule, Familie, Freizeit, sich alleine beschäftigen können, körperliche sowie psychische Gesundheit und zu allgemeinen Belastung.

Deskriptiv nahm die Lebensqualität in beiden Beurteilungsperspektiven zum Behandlungsende (t_3) zu. Dieses Ergebnis lässt sich, wie Tabelle 5 zeigt, auch statistisch absichern. Die hohen Effektstärken (Einzelvergleich $t_2 - t_3$) belegen eine Steigerung der Lebensqualität bei den Jugendlichen aus beiden Beurteilungsperspektiven und damit die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus.

² Das hier angewendete methodische Vorgehen entspricht dem von Pauschardt, Eimecke und Mattejat (2011)

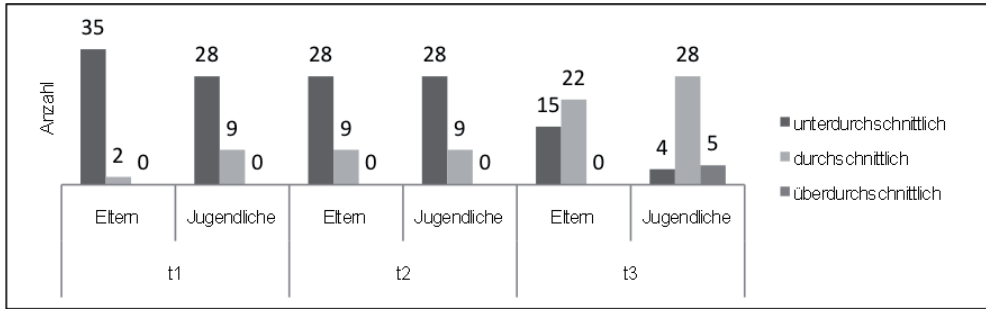


Abbildung 2: Wahrgenommene Lebensqualität über die Messzeitpunkte hinweg

Tabelle 5: ILK-KJ und ILK-E Einzelvergleiche zur Lebensqualität

Beurteilungs- quellen	t ₁	t ₂	t ₃	t ₁ – t ₂		t ₂ – t ₃			
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t _{emp}	p	d	t _{emp}	p	d
ILK-KJ Lebensqualität	14.78 (3.53)	14.43 (4.15)	20.32 (2.81)	.36	.722	.06	-8.05	<.001	-1.32
ILK-E Lebensqualität	13.27 (3.27)	14.11 (4.42)	18.78 (3.57)	-.94	.354	.16	-5.77	<.001	-.95

Anmerkungen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Wert ($t_{kritisch} = 2.51$), $df = 36$, $\alpha = 0.0167$, negative Effektstärken bedeuten einen Zugewinn an Lebensqualität.

Die Überlegenheit der Interventionsbedingung im Vergleich zur Wartezeitbedingung konnte nur für die Selbstauskunft statistisch signifikant abgesichert werden. Die Berechnung der Differenzwerte zur „Lebensqualität“ aus Sicht der Jugendlichen ergab, dass der mittlere Differenzwert der Interventionsbedingung ($Diff_{Beh}^+$: $M = -5.89$, $SD = 4.45$) signifikant unter dem mittleren Differenzwert der Wartezeitbedingung ($Diff_{Warte}^+$: $M = .35$, $SD = 5.95$) lag ($t(36) = 4.132$ (zweiseitig), $p < .001$, $d = .68$, $1 - \beta = .94$), bei moderater bis hoher Effektstärke und ausreichender Teststärke. Der Differenzwert der Interventionsbedingung aus Elternsicht ($Diff_{Beh}^+$: $M = -4.95$, $SD = 4.62$) lag zwar unter dem Differenzwert der Wartezeitbedingung ($Diff_{Warte}^+$: $M = -.84$, $SD = 5.42$), jedoch nicht signifikant ($t(36) = 2.497$ (zweiseitig), n.s.).

Ergebnisse zur Veränderung von Selbstkonzeptanteilen

Einzelvergleiche wurden nur für die Skalen „Leistungsfähigkeit (FSAL)“, „Problembewältigung (FSAP)“ und „Selbstwertschätzung (FSSW)“ berechnet. Auf die Berechnung von Einzelvergleichen für die Skala „Selbstkonzept zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)“ wurde verzichtet, da bereits eine Varianzanalyse mit Messwiederholung zuvor kein signifikantes Ergebnis erbrachte ($F_{emp} = .023$, $df_{treat} = 1.94$, $df_{Res} = 73.63$, n.s.). Die Ergebnisse zu den Einzelvergleichen können Tabelle 6 entnommen werden.

Tabelle 6: Einzelvergleiche: FSAL, FSAP und FSSW

Beurteilungs- quellen	t_1	t_2	t_3	$t_1 - t_2$			$t_2 - t_3$		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t_{emp}	p	d	t_{emp}	p	d
FSAL (Leis- tungsfähigkeit)	34.32 (10.09)	33.95 (8.96)	43.51 (6.36)	.18	.855	.03	-6.69	<.001	-1.10
FSAP (Problem- bewältigung)	29.73 (8.24)	33.57 (10.09)	43.51 (5.10)	-1.81	.079	-.30	-5.61	<.001	-.92
FSSW (Selbst- wertschätzung)	35.24 (2.07)	34.70 (2.12)	46.41 (8.36)	-.13	.898	.03	-6.04	<.001	-.99

Anmerkungen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Wert ($t_{kritisch} = 2.510$), $df = 36$, $\alpha = 0.0167$, höhere Mittelwerte bedeuten einen Zugewinn im jeweiligen Selbstkonzept ($M \geq 40.00 =$ positives Selbstbild), dadurch sind negative Effektstärken als Verbesserung des jeweiligen Selbstkonzepts aufzufassen.

Die signifikanten Verbesserungen aus den Einzelvergleichen $t_2 - t_3$ liefern Hinweise für die Wirksamkeit der Strategischen Jugendlichkeitstherapie hinsichtlich eines positiven Einflusses auf gewisse Selbstanteile der Jugendlichen. Die Überlegenheit der Interventionsbedingung zur Wartezeitbedingung konnte nur für die Skalen „Selbstkonzept zur allgemeinen Leistungsfähigkeit (FSAL)“ und „Selbstkonzept zur allgemeinen Selbstwertschätzung (FSSW)“ signifikant abgesichert werden.

Der mittlere Differenzwert der Interventionsbedingung (SJT-Behandlung) zur Leistungsfähigkeit (FSAL) ($Diff_{Beh}: M = -9.57, SD = 8.69$) lag signifikant unter dem mittleren Differenzwert der Wartezeitbedingung ($Diff_{Warte}: M = .38, SD = 12.52$) ($t(36) = 3.228$ (zweiseitig), $p = .003$, $d = .53$, $1 - \beta = .76$).

Bei der Erfassung der mittleren Differenzwerte zwischen Wartezeitbedingung ($Diff_{Warte}: M = .54, SD = 16.60$) und Behandlungsbedingung ($Diff_{Beh}: M = -11.70, SD = 11.79$) zur Selbstwertschätzung (FSSW) ergab sich ein signifikanter Unterschied zugunsten der Interventionsbedingung ($t(36) = 2.959$ (zweiseitig), $p = .005$, $d = .49$, $1 - \beta = .67$), mit Einschränkung aufgrund der unzureichenden Teststärke.

Die Betrachtung der Differenzwerte zur Problembewältigung (FSAP) zeigte, dass zwar der mittlere Differenzwert der Interventionsbedingung ($Diff_{Beh}: M = -9.95, SD = 10.79$) kleiner war als der mittlere Differenzwert der Wartezeitbedingung ($Diff_{Warte}: M = -3.84, SD = 12.91$). Das Ergebnis war jedoch nicht signifikant ($t(36) = 1.687$ (zweiseitig), n.s.).

Ergebnisse zum überdauernden Therapieeffekt

Die Trendverläufe aus Abbildung 3 und 4 verdeutlichen den überdauernden Therapieeffekt der Strategischen Jugendlichkeitstherapie (SJT), bezogen auf die Reduktion der internalisierenden Symptomatik und Verbesserung der Lebensqualität aus beiden Beurteilungsperspektiven.

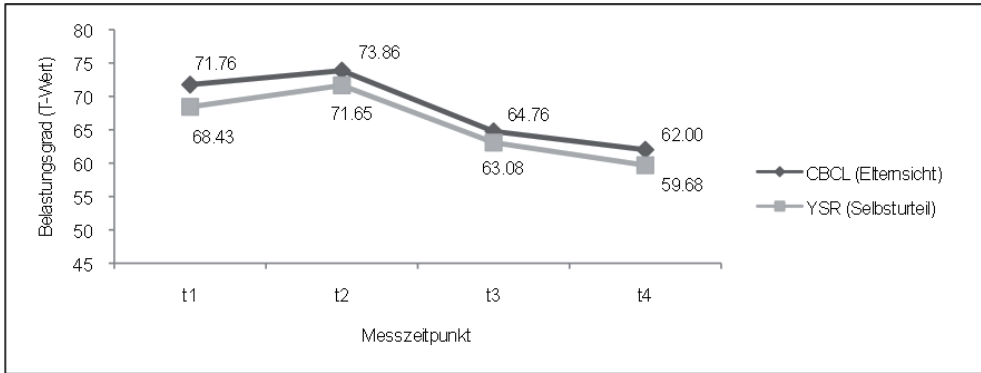


Abbildung 3: Trendverlauf für „Internalisierende Auffälligkeiten“ (CBCL und YSR)

Die statistische Absicherung erfolgte im Einzelvergleich von t_2 ($M = 71.65$, $SD = 6.77$) zu t_4 ($M = 59.68$, $SD = 7.62$) ($t(36) = 7.585$ (zweiseitig), $p < .001$, $d = 1.25$, $1 - \beta = 1.00$) im Selbsturteil, ebenso im Fremdurteil als zweite Beurteilungsquelle von t_2 ($M = 73.86$, $SD = 6.68$) zu t_4 ($M = 62.00$, $SD = 6.63$) ($t(36) = 7.848$ (zweiseitig), $p < .001$, $d = 1.30$, $1 - \beta = 1.00$).

Aus Abbildung 4 wird ersichtlich, dass die Mittelwerte zum Messzeitpunkt drei und vier weiterhin im positiven Bereich liegen. Die statistische Absicherung durch die Einzelvergleiche bestätigt den überdauernden Therapieeffekt der SJT, bezogen auf die Verbesserung der Lebensqualität im Selbsturteil: t_2 ($M = 14.43$, $SD = 4.15$) zu t_4 ($M = 19.76$, $SD = 2.86$) ($t(36) = -7.334$ (zweiseitig), $p < .001$, $d = -1.21$, $1 - \beta = 1.00$) und aus Elternsicht: t_2 ($M = 14.11$, $SD = 4.42$) zu t_4 ($M = 19.32$, $SD = 3.38$) ($t(36) = -5.688$ (zweiseitig), $p < .001$, $d = -.94$, $1 - \beta = .99$).

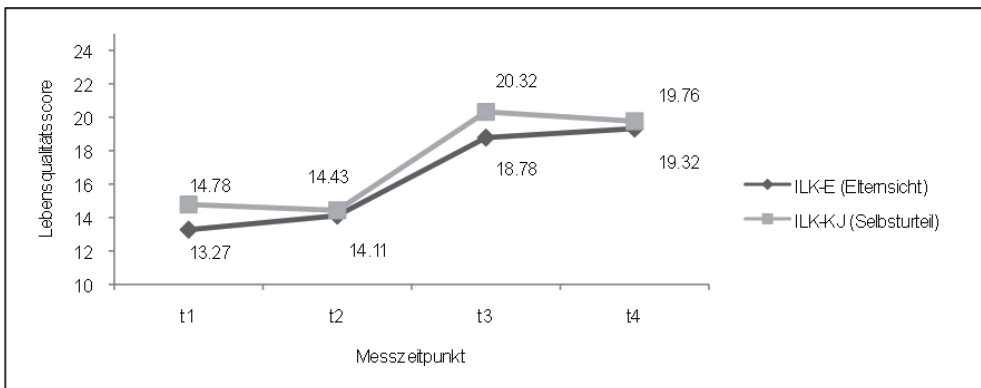


Abbildung 4: Trendverlauf für die Skala „Lebensqualität“ (ILK-KJ und ILK-E)

Bei der 6-Montatskatamnese zeigten 23 der 37 Jugendlichen (62.1 Prozent) einen regelmäßigen Schulbesuch. Zehn Jugendliche (27.0 Prozent) besuchten die Schule erneut

unregelmäßig (zwischen ein bis zwei Fehltagen pro Woche) und vier Jugendliche (10.8 Prozent) verweigerten den Schulbesuch vollständig.

Diskussion

Hohe Wirksamkeit und überdauernder Therapieeffekt der SJT

Die Replikation der Wirksamkeitsüberprüfung der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) erfolgte in dieser Studie im Rahmen eines teilstationären Behandlungssettings mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von ca. 60 Tagen an fünf Wochentagen. Des Weiteren lag der Behandlungsschwerpunkt auf Jugendlichen mit überwiegend internalisierenden Störungen (Angst, Depression, somatoforme Störungen) in Kombination mit Schulabsentismus. Die psychotherapeutischen Implikationen der Strategischen Jugendlichenherapie (Richter-Benedikt, 2009) wurden größtenteils übernommen.

Auch diese quasiexperimentelle Wirksamkeitsstudie mit einem Eigenkontrollgruppendesign konnte die hohe Wirksamkeit und praktische Bedeutsamkeit der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) über verschiedene Messinstrumente (zur Symptomreduktion, Verbesserung der Lebensqualität und des Selbstkonzepts) und Betrachtungsweisen (Selbst- und Fremdurteil) belegen. Ein überdauernder Therapieeffekt der Strategischen Jugendlichenherapie (SJT) wurde mit der Katamneseerhebung nach sechs Monaten ebenfalls belegt.

Betrachtet man die Trendverläufe der verschiedenen Prüfgrößen (Symptomreduktion, Verbesserung der Lebensqualität und des Selbstkonzepts), so konnten signifikante Ergebnisse über beide Beurteilungsperspektiven (Selbst- und Elternurteil) hinweg erzielt werden. Die sehr hohen Effektstärken zur Symptomreduktion und zur Überlegenheit der Interventionsbedingung im Vergleich zur Wartezeit decken sich mit den sehr hohen Effektstärken aus der Pilotstudie von Richter-Benedikt (2014). Es wurden jedoch unterschiedliche Messinstrumente zur Wirksamkeitsüberprüfung verwendet.

Erkenntnisgewinn der Wirksamkeitsstudie

Welchen Erkenntnisgewinn liefert die Wirksamkeitsstudie? Aus der psychotherapeutischen Perspektive heraus betrachtet, zeigte die Studie, dass es über Interventionen der SJT gelingen kann, den Attribuierungs- und Copingstil von Jugendlichen zu verbessern. Die Interventionen zielten dabei auf die Erhöhung und Verbesserung der jugendlichen Selbstwirksamkeit und Selbstachtung. Dieser Wirkmechanismus führte zur deutlichen Symptomreduktion und Verbesserung der jugendlichen Lebensqualität. Darüber hinaus konnte bei ca. 60 Prozent aller an der Studie teilgenommenen Jugendlichen die Regelmäßigkeit des Schulbesuchs wiederhergestellt und somit ein gesundheitsgefährdender Risikofaktor minimiert werden. Durch die SJT-Interventionen wurden die Jugendlichen aktiv gefördert, sich mit inneren und äußeren Lebensanforderungen funktional für eine gelingende soziale und schulische Teilhabe auseinanderzusetzen. Hierfür sprechen vor allem die positiven Ergebnisse hinsichtlich des Selbstkonzepts zur Leistungsfähigkeit und zur Selbstwertschätzung. Ersteres zielt auf die eigenen Selbstwirksamkeitserfahrungen hinsichtlich des eigenen Erfolgs vs. Misserfolgs ab; Letzteres dient wiederum der individuellen Selbstachtung, der eigenen Zufriedenheit und dem Gefühl der Nützlichkeit. Nach Deusinger (1986) weist ein negatives Selbstkonzept der eigenen Problembewältigung in

Verbindung mit einem negativen Selbstkonzept der eigenen Leistungsfähigkeit sowie einer negativen Selbstwertschätzung auf psychische Probleme hin. Die positiven Ergebnisse im Einzelvergleich zur Verbesserung von Selbstkonzeptanteilen stützen damit die Entwicklungsannahme der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie. Durch SJT-Interventionen werden die Jugendlichen in ihrer Selbstwirksamkeitserfahrung hinsichtlich des eigenen Erfolgs, etwas bewirken zu können und der eigenen Problembewältigung (Coping) gestärkt. Diese positiven Erfahrungen schlagen sich auch im Selbstwert und damit in der individuellen Selbstachtung, der inneren Zufriedenheit mit sich selbst und dem Gefühl der Nützlichkeit nieder. Nur wenn ich es mir selbst wert bin, werde ich mich für meine Belange, Wünsche, Hoffnungen und Interessen einsetzen und für diese „kämpfen“. Betrachtet man die Ergebnisse unter der Prämisse des Züricher Modells sozialer Motivation, so führten die SJT-Interventionen zu einem gesteigerten Autonomieanspruch bei den Jugendlichen. Nach Bischof (2009) geht der gesteigerte Autonomieanspruch einher mit erhöhter Neigung, eigene Interessen durchzusetzen, und einer Zunahme der aktiven Problembewältigung. Ein erhöhter Autonomieanspruch entsteht aus dem Zusammenspiel der eigenen erlebten Autonomie, des bisherigen Autonomieanspruchs sowie der eigenen Selbstwirksamkeitserfahrungen. Letztere wiederum korrespondieren mit Selbstgewissheit und Selbstvertrauen. Ein erhöhter Autonomieanspruch kann als wichtige Variable angesehen werden, um die eigene Stellung im sozialen Kontext behaupten sowie nach Anerkennung und Ansehen streben zu können. Ein erhöhter Autonomieanspruch ist damit ein Prädiktor für adaptive Ablösungstendenzen des Jugendlichen aus der Herkunftsfamilie und für sein Integrationsstreben in die Gruppe der Gleichaltrigen.

Limitationen und Ausblick

Da es sich bei der Wirksamkeitsstudie um ein quasiexperimentelles Design mit Eigenkontrollgruppe handelte, ist nach Rost (2013) von einem schwachen Studiendesign auszugehen. Zukünftige Replikationen hinsichtlich der Überprüfung der allgemeinen Wirksamkeit der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) müssten methodisch unter einem starken Studiendesign (experimentelles Design mit Randomisierung) erfolgen. Des Weiteren konnte die Überlegenheit der Interventionsbedingung im Vergleich zur Wartezeitbedingung eindeutig nur für die Symptomreduktion erreicht werden. Bezüglich der verbesserten Lebensqualität konnte dieses Ergebnis nur für das Selbsturteil, jedoch nicht für Fremdbeurteilung durch die Eltern erreicht werden. Bei der Frage nach der Verbesserung gewisser Selbstkonzeptanteile durch die SJT wurde die Überlegenheit der Interventionsbedingung zur Wartezeit nur für zwei Subskalen erreicht: Leistungsfähigkeit und Selbstwertschätzung. Zwar verbesserte sich auch die Fähigkeit zur Problembewältigung unter der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT), es konnte aber keine signifikante Überlegenheit zur Wartezeitbedingung hergestellt werden.

Die Strategische Jugendlichentherapie (SJT) hebt für sich die Verbesserung der Emotions- und Bedürfnisregulation als eines ihrer charakteristischen, zentralen therapeutischen Ziele hervor. Während die zwei bisherigen Evaluationsstudien auf die Überprüfung der allgemeinen Wirksamkeit der SJT abzielten, sollten zukünftig Forschungsprojekte inhaltlich an der Frage nach der Verbesserung der Emotions- und Bedürfnisregulation durch SJT-Interventionen ansetzen.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998a). Fragbogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung (2. Aufl. mit deutschen Normen, bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P. & Heim, K.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998b). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18): Einführung und Anleitung zur Handauswertung. (2. Aufl. mit deutscher Normierung, bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P. & Heim, K.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Beckmann, J. & Heckhausen, H. (2010). Motivation durch Erwartung und Anreiz. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (4. Aufl., S. 105–144). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Bischof, N. (2009). *Psychologie: Ein Grundkurs für Anspruchsvolle* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Deusinger, I.M. (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN): Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Esser, G. (Hrsg.). (2011). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Graßl, S. (2013). *Analyse Impliziter und Expliziter Prozessfaktoren in der Psychotherapie: Eine empirische Studie zur Relevanz beider Faktoren bei der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)* (1. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Caspar, F. (2012). *Allgemeine Psychotherapie*. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5. Aufl., S. 33–46). Stuttgart: Thieme.
- Hauke, G. (2010). *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT): Von der Bindungserfahrung zur Strategie der Therapie*. *Psychotherapie*, 15 (1), 75-95.
- Hauke, G. (2013). *Strategisch Behaviorale Therapie (SBT): Emotionale Überlebensstrategien - Werte - Embodiment* (1. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Hebing, M. (2013). *Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)* (1. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Hoy, V.-U. (2014). *Evaluation des strategisch-behavioralen Therapiemoduls „Entwicklung als Therapie“: Spezifikation des Psychotherapie-Konzepts der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) zur Optimierung individueller Therapieprozesse und -ergebnisse*. München: CIP-Medien.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst: Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben* (1. Aufl.). München: Kindt Verlag.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping* (1. Aufl.). New York: Springer.
- Liwowsky, I. (2014). *Strategisch-Behaviorale Gruppentherapie der Depression: Konzeption und Evaluation im stationär-psychiatrischen Setting*. München: CIP-Medien.
- Mattejat, F. & Renschmidt, H. (2006). *Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation bei Kindern und Jugendlichen (MARSYS): Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Pauschardt, J., Eimecke, S.D. & Mattejat, F. (2011). *Indizierte Prävention internalisierender Störungen: Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes bei Kindern*. *Kindheit und Entwicklung*, 20 (2), 103-110.

- Piaget, J. (1976). Die Äquilibration der kognitiven Strukturen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1981). Die Psychologie des Kindes. Frankfurt: Fischer.
- Richter-Benedikt, J. A. (2009). Strategisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (SBT-J). In S.K.D. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes (1. Aufl., S. 124-149). München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt, J. (2014). Strategische Jugendlichentherapie (SJT): Konzeption und Evaluation eines integrativ-verhaltenstherapeutischen Ansatzes im kombinierten Einzel- und Gruppensetting zur psychotherapeutischen Behandlung von Jugendlichen. Dissertation, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt. Eichstätt
- Rost, D. H. (Hrsg.). (2013). Interpretation und Bewertung pädagogisch-psychologischer Studien: Eine Einführung (3. Aufl.). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Sulz, S. K. D. (1994). Strategische Kurzzeittherapie: Wege zur effizienten Psychotherapie (1. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2001). Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Gestaltung von Prozess und Inhalt in der Psychotherapie (1. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2005). Als Sisyphus seinen Stein losließ: Oder: Verlieben ist verrückt! (4. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2009). Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Selbstregulation und -organisation als Therapieprinzip. In S.K.D. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes (1. Aufl., S. 1-37). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2010). Strategische Entwicklung: Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). In S.K.D. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Psychotherapie (1. Aufl., S. 191-224). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2011a). Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie (2. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2011b). Einführung in das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Diagnostik für die Psychotherapie. Psychotherapie, 16 (1), 79-91.
- Sulz, S. K. D., Bischoff, C., Hebing, M. & Richter-Benedikt, A. (2011a). VDS23-Situationsanalyse: schwierige Situationen, die zur Symptombildung führen und Fokus therapeutischer Veränderung sind. Psychotherapie, 16 (1), 104-111.
- Sulz, S. K. D. & Hauke, G. (Hrsg.). (2009). Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT): Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes (1. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & 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.
- Sulz, S. K. D. & Maßun, M. (2008). Angst als steuerndes Prinzip in Beziehungen: Ergebnis einer qualitativen Analyse von Interviews. Psychotherapie, 13 (1), 37-44.
- Sulz, S. K. D. & Müller, S. (2000). Bedürfnisse, Angst und Wut als Komponenten der Persönlichkeit. Psychotherapie, 5 (1), 22-37.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Dipl. Soz. Päd. Florian Sedlacek | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT)
 Bahnhofstraße 8 | 82256 Fürstenfeldbruck | info@praxis-sedlacek.de
 Juli 2010 bis Dezember 2015: Klinikum Rechts der Isar | Kinder- und Jugendpsychosomatik
 Biedersteiner Straße 29 | 80802 München | www.psychosomatik.mri.tum.de