

Schwierige Situationen im therapeutischen Prozess mit Kindern, Jugendlichen und Familien

Michael Borg-Laufs

Zusammenfassung: Schwierige Situationen im therapeutischen Prozess mit Kindern, Jugendlichen und Familien

In diesem Beitrag werden von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen als „schwierig“ erlebte Therapie-situationen daraufhin überprüft, in welchen Phasen des (verhaltens)therapeutischen Prozesses diese Probleme vorrangig auftreten. Es zeigt sich, dass schwierige Therapiesituationen häufig die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, den Aufbau von Änderungsmotivation und die Durchführung spezifischer therapeutischer Interventionen betreffen. Im Vordergrund bei der Lösung dieser Probleme muss der Blick auf psychische und soziale Zusammenhänge gelegt werden, während biologische Prozesse hier weniger bedeutsam erscheinen.

Schlüsselwörter: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, therapeutischer Prozess, schwierige Therapie-situationen, biopsychosoziales Modell

Abstract: Difficult Treatment Situations in the Therapeutic Process with Children, Adolescents, and Families

In this article child and adolescent psychotherapists examine therapy situations, which are experienced as „difficult“ in order to see in what stages of the (behavioral) therapeutic process these problems occur predominantly. It appears that difficult therapy situations often affect the realization of the therapeutic relationship, the development of motivation for change and the implementation of specific therapeutic interventions. The focus in solving these problems should be on the psychological and social contexts, while biological processes seem to appear less significant here.

Keywords: child and adolescent psychotherapy, therapeutic process, difficult treatment situations, biopsychosocial model

Was sind schwierige Situationen?

Was sind „schwierige Situationen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“? Aus meiner eigenen Erfahrung als Therapeut und Supervisor weiß ich, dass es nicht unbedingt die PatientInnen mit schwerwiegender Problematik sind, die eine therapeutische Situation „schwierig“ machen. Dies ist häufig nur dann der Fall, wenn die Symptomatik an eigene Lebenserfahrung anknüpft, was möglicherweise in Supervision, Selbsterfahrung oder Eigentherapie nicht hinreichend bearbeitet wurde (vgl. dazu den Forschungsüberblick von Laireiter, 2000). Für viele dieser schwerwiegenderen Probleme gibt es inzwischen durchaus hilfreiche Lehrbuchartikel und Handbücher, denen auch Handlungsempfehlungen zu schwerwiegenden Symptomen (z. B. denen der Borderline-Störung) zu entnehmen sind, die erfolgversprechend angewendet werden können. Gut ausgebildete und erfahrene PsychotherapeutInnen werden durch solche Störungen und Symptome nur selten nachhaltig verunsichert.

Als „schwierig“ gelten vor allem solche Herausforderungen, die außerhalb des üblichen therapeutischen Lehrbuchwissens stehen. Herausforderungen, die sich aus unüblicher Beziehungsgestaltung durch die PatientInnen ergeben oder aus der Frage, wie ein unmotivierter Patient motiviert werden kann. Ebenfalls häufig sind „schwierige Situationen“, die sich aus der sozialen Lage der PatientInnen ergeben. Nicht von ungefähr entsteht gerade bei Versorgung von PatientInnen aus schwierigen sozialen Lagen vor Beginn einer ambulanten kassenfinanzierten Psychotherapie die Frage, ob es sich denn überhaupt um einen „Therapiefall“ handelt, dem mit, durch die Psychotherapierichtlinien eingeschränkten, Handlungsmöglichkeiten sinnvoll begegnet werden kann, oder ob es nicht eher ein „Jugendhilfefall“ sei. Zwar wird auch in der Jugendhilfe mit psychotherapeutischer Kompetenz gearbeitet (Beck, Stempel & Werner, 2006; Borg-Laufs, 2007; Schmid, 2010), aber die Handlungsmöglichkeiten über Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften, über die Arbeit mit der ganzen Familie (statt einer Einzeltherapie) oder auch einem erweiterten System, und schließlich die Möglichkeit sozialarbeiterischer Interventionen in der Lebenswelt der PatientInnen scheinen nicht selten von besonderer Bedeutung für eine gelingende Hilfe zu sein (Gahleitner, Borg-Laufs & Schwarz, 2010; Schmid, 2010).

Psychotherapie als Prozess

Eine differenziertere Betrachtung „schwieriger“ Situationen in der Therapie ergibt sich, wenn wir sie einem Prozessmodell therapeutischer Interaktion vorlegen, wie es z. B. von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2012) vorgelegt wurde. Diese Prozessbeschreibung ist im Kontext von verhaltenstherapeutischer Psychotherapie mit Erwachsenen entwickelt worden, wurde aber ebenso auf den Beratungskontext (Borg-Laufs, 2004; Schmelzer, 2000) und auf die Psychotherapie

mit Kindern und Jugendlichen (Borg-Laufs & Hungerige, 2007, 2010) übertragen. Sie kann (mit Modifikationen) auch über verhaltenstherapeutische Modellbildung hinaus schulenübergreifend als Hilfe bei der näheren Betrachtung psychotherapeutischen Geschehens angewendet werden, wengleich hier sicher zu konstatieren ist, dass in anderen Traditionen das Verständnis des therapeutischen Prozesses deutlich anders ist (z. B. Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 2003). In dem hier zugrunde gelegten Modell wird der psychotherapeutische Prozess in sieben Phasen unterteilt, die zunächst einmal vorgestellt und anschließend hinsichtlich unseres Themas genauer betrachtet werden sollen.

Demnach steht am Beginn jeder psychotherapeutischen Behandlung der Beziehungsaufbau mit den PatientInnen (Phase 1). Wie hinlänglich bekannt, ist eine funktionierende therapeutische Beziehung unerlässlich für eine gelingende Psychotherapie (wengleich dieser Zusammenhang, was den Beleg durch empirische Forschung angeht, in der Psychotherapie mit Erwachsenen erheblich besser belegt ist als in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, siehe auch Borg-Laufs, 2009). Daran schließt sich die Phase des Aufbaus von Änderungsmotivation (Phase 2) an. Das ist stringent gedacht, ist doch eine gute Beziehung sicher eine wesentliche Motivationshilfe, und ist andererseits eine hinreichende Änderungsmotivation auch wiederum die Voraussetzung für die Phase 3 des therapeutischen Prozesses, die Diagnostik. Nur PatientInnen, die eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Therapeuten haben und die gleichzeitig auch motiviert sind, sich selbst zu ändern (und nicht nur motiviert, die Beziehung zum Therapeuten oder zur Therapeutin zu behalten, vgl. zur Unterscheidung verschiedener Motivationsformen Veith, 1997), werden in der Diagnostik über die Symptombeschreibung und die möglicherweise oberflächlichen Angaben zur Lebens- und Familiensituation hinaus wirklich diejenigen peinlichen, tabuisierten und unangenehmen Gefühle und Kognitionen mit der Therapeutin oder dem Therapeuten besprechen, die für eine interventionsorientierte Diagnostik notwendig sind.

Im Anschluss an die Diagnostik ist die Phase (4) der Ziel- und Wertklärung vorgesehen. Zwar wird sicherlich zu Beginn schon nach Ansatzpunkten für Veränderungen geschaut, aber erst jetzt, wenn die wesentlichen diagnostischen Erkenntnisse vorliegen, kann abschließend (spätere Änderungen durch neue Erkenntnisse im therapeutischen Prozess nicht ausgeschlossen) gemeinsam überprüft werden, welche Ziele vor dem Hintergrund von Symptomatik, Lebenssituation und Kompetenzen sinnvoll und realistisch sind. Im Anschluss daran kommt die therapeutische Kernphase (Phase 5), die der Auswahl, Planung und Durchführung von Interventionen. Auch dies ist folgerichtig, sind doch die vorher beschriebenen Phasen inhaltlich nachvollziehbar notwendig, um einzelfallorientierte Interventionen auszuwählen und durchzuführen. Nach Abschluss dieser Phase stehen Evaluation (Phase 6) sowie Alltagstransfer, Erfolgsoptimierung und ein gelingender Abschluss der Behandlung (Phase 7) im Vordergrund.

Dieses Modell ist einerseits aufeinander aufbauend konstruiert, andererseits aber auch rekursiv gedacht. Selbstverständlich wechseln die Phasen sich nicht komplett ab: Letztlich sind alle Phasen zu jedem Zeitpunkt der Therapie relevant, aber sie stehen zu den verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung im Fokus. So muss z. B. während des gesamten therapeutischen Prozesses im Auge behalten werden, ob die therapeutische Beziehung noch gut ist und in ausreichendem Maße Änderungsmotivation vorhanden ist, aber zu Beginn der Behandlung stehen diese Fragen im Mittelpunkt. Auch werden von Beginn bis zum Ende der Behandlung diagnostisch relevante Informationen gesammelt. Jede Interaktion ist Intervention, von Beginn an, und eine fachgerechte Evaluation muss bereits früh geplant werden. Daher kann zwischen Schwerpunktzielen therapeutischen Handelns (das sind die Ziele der jeweiligen Therapiephase) und Erhaltungszielen (das sind die Ziele der gerade nicht aktuellen Therapiephasen) unterschieden werden.

Bei der Betrachtung schwieriger Therapieverläufe, etwa in der Supervision, wird häufig deutlich, dass das Problem nicht darin liegt, dass in Phase 5 (Durchführung spezifischer Interventionen) etwas falsch gemacht wird (Interventionen nicht fachgerecht durchgeführt werden). Das Problem liegt hingegen nicht selten darin, dass Prozessziele aus einer früheren Therapiephase nicht (mehr) erfüllt sind: Die Beziehung und/oder die Motivation sind nicht mehr so, wie sie sein sollten, bei der Diagnostik wurde etwas übersehen, oder es gibt Zielkonflikte, die noch nicht offenbar geworden sind. In diesen Fällen muss der Schwerpunkt des Handelns wieder auf diese frühere Phase gelegt werden, also z. B. die Änderungsmotivation erneut hervorgerufen werden oder es müssen weitere diagnostische Informationen eingeholt werden.

In der Kinderpsychotherapie ist dieser Prozess in der Regel mehrfach parallel zu durchlaufen, denn ebenso wie mit dem Kind oder Jugendlichen muss der Prozess in der Regel auch mit den Eltern und in manchen Fällen parallel noch mit anderen Personen (ErzieherInnen, usw.) durchlaufen werden (vgl. Abb. 1). Dabei ist allerdings zu beachten, dass diese parallelen Prozesse nicht unabhängig voneinander sind, sondern sich gegenseitig beeinflussen. So wird z. B. die Beziehung zum kindlichen und/oder jugendlichen Patienten dadurch beeinflusst, wie er oder sie die Beziehung der Therapeutin bzw. des Therapeuten zu den Eltern wahrnimmt und umgekehrt.

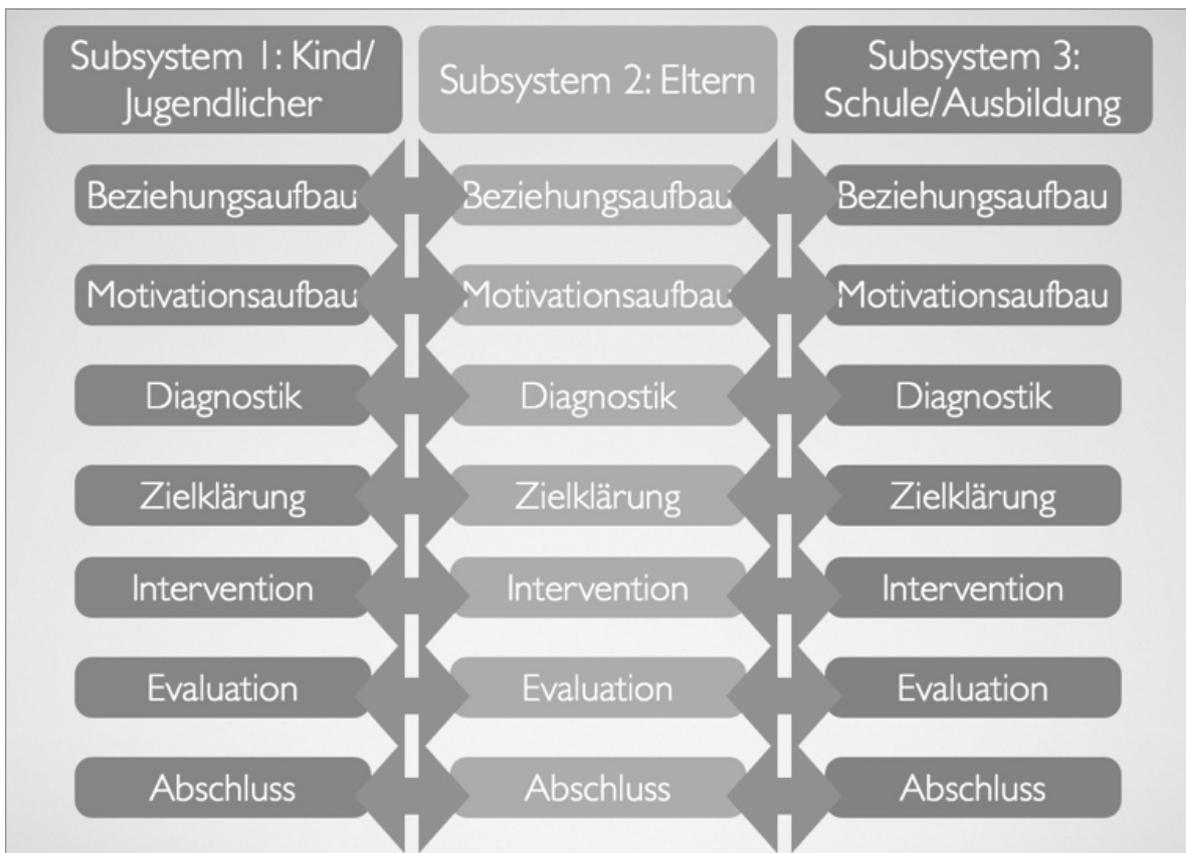


Abbildung 1: Der 7-Phasen-Prozess in der Kinderpsychotherapie (nach Borg-Laufs & Hungerige, 2010).

Dieses Modell erlaubt nun, *schwierige Situationen* den verschiedenen Therapiephasen zuzuordnen. Der Versuch, die *schwierigen Situationen*, die an anderer Stelle vor dem Hintergrund eigener therapeutischer und supervisorischer Erfahrung ausführlich beschrieben und diskutiert wurden (Borg-Laufs, Gahleitner & Hungerige, 2012), entsprechend diesem Modell zu sortieren, macht deutlich, dass die *schwierigen Situationen* sich sehr ungleichmäßig auf die verschiedenen Therapiephasen verteilen. Damit ist nicht so sehr der zeitliche Ablauf der Therapie gemeint, denn, wie erläutert, die verschiedenen Phasen können zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Therapie in den Vordergrund rücken.

Schwierige Situationen bei Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung

Tatsächlich ergibt eine Betrachtung der in unserem Buch zu „schwierigen Situationen“ behandelten Themen recht klar, dass die große Mehrzahl derjenigen von uns als *schwierig* beschriebenen Situationen eng mit Beziehungsaufbau und -gestaltung verknüpft sind. Der Umgang mit Einladungen und Geschenken, grenzüberschreitendes Verhalten dem Therapeuten bzw. der

Therapeutin gegenüber, unfreiwillig kommende oder nicht sprechende Kinder/Jugendliche, eine über die therapeutische Beziehung hinausgehende Bindung suchende PatientInnen sowie der Umgang mit persönlichen Fragen an die Therapeutin bzw. den Therapeuten sind Schwierigkeiten, die ganz offensichtlich mit der Beziehungsgestaltung assoziiert sind. Aber auch bei fast allen anderen Themen (z. B. Arbeit mit Familien mit einem psychisch kranken Elternteil; PatientInnen mit Migrationshintergrund; Kindeswohlgefährdung; usw.) ist die konkrete Beziehungsgestaltung – mit dem Kind und/oder mit seinen Bezugspersonen – ein zentraler Baustein eines weiterführenden Umgangs mit dem Problem.

Aufbau von Änderungsmotivation

In einer Befragung von KindertherapeutInnen, die mit einem bestimmten Therapiemanual arbeiten, zeigte sich, dass die TherapeutInnen den Aufbau von Änderungsmotivation bei den Bezugspersonen als die schwierigste Phase des therapeutischen Prozesses erleben (Borg-Laufs, 1996). Die Gründe dafür können vielfältig sein (unklare Zielvorstellungen; Resignation; Ängste in Bezug auf die anstehenden Veränderungen; Unwissenheit über therapeutische Anforderungen; Kampf um Autonomie und Kontrolle; u. a. Borg-Laufs et al., 2012, S. 84ff.). Auch bei den Kindern oder Jugendlichen ist eine Motivationsanalyse (Borg-Laufs, 2011) sinnvoll, um zu erfassen, welches Motivationsproblem vorliegt, denn unterschiedliche Gründe für mangelnde Änderungsmotivation erfordern unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen. Mit fehlendem Leidensdruck ist etwa völlig anders umzugehen als mit einer geringen Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Ein wieder anderes Vorgehen ist notwendig, wenn ein Kind/Jugendlicher zwar an seiner Problematik leidet und sich auch als selbstwirksam erlebt, aber davon ausgeht, dass seine Verhaltensänderungen sich nicht positiv für ihn auswirken, etwa weil er davon ausgeht, dass sich seine Rolle (z. B. als Sündenbock) in der Familie gar nicht mehr ändern lässt, egal, wie er sich verhält. Hier wird auch deutlich, inwiefern die soziale Umgebung des Kindes oder Jugendlichen für seine Änderungsmotivation mitverantwortlich sein kann.

Diagnostik

Nur wenige der von uns beschriebenen *schwierigen Situationen* sind im engeren Sinne mit Problemen bei der Diagnostik verknüpft. Natürlich spielen auch hier Probleme der Beziehungsgestaltung und der Motivation mit hinein und auch Fragen der Zusammenarbeit mit anderen (Schule, Jugendhilfe), um an valide Informationen zu kommen. Dennoch gibt es für die Diagnostik recht klare Handlungsleitlinien, so dass Probleme bei der Diagnostik für PsychotherapeutInnen häufig weniger belastend sind als andere Probleme.

Zielklärung

Bei der Zielklärung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dürfte die größte Schwierigkeit darin bestehen, möglicherweise differierende Ziele der Beteiligten (Kind, Eltern, Schule) zu erfassen und Ziele auch vor dem Hintergrund ethischer und fachlicher Angemessenheit mit den Beteiligten zu verhandeln (Borg-Laufs & Hungerige, 2010). Dabei müssen nicht alle Beteiligten die gleichen Ziele verfolgen – sie müssen nur miteinander kompatibel sein. Das kann schwierig sein, etwa wenn Jugendliche nach mehr Autonomie streben und Eltern eher das Ziel verfolgen, Einfluss auf ihr Kind auszuüben.

Auswahl, Planung und Durchführung von Interventionen

Für diese Therapiephase können TherapeutInnen gut gewappnet sein, steht doch eine Fülle störungsspezifischen Wissens in Form von Lehrbüchern und Manualen (im Überblick Hungerige, 2006) zur Verfügung. Auch für als sehr schwierig zu behandelnde Störungsbilder gibt es inzwischen in vielen Fällen gut strukturierte und evaluierte Programme. Tatsächlich ist das in Lehrbüchern und Manualen publizierte Wissen allerdings sehr stark an den Störungsbildern orientiert (bei Beiträgen in Fachzeitschriften ist diese Tendenz weniger ausgeprägt) und störungsbildübergreifende bzw. -unabhängige Problemkonstellationen werden zu wenig beachtet. Das gleiche Störungsbild wird bei verschiedenen PatientInnen aber unterschiedlich bedingt und aufrechterhalten. Hier ist vom Prinzip der Äquifinalität (unterschiedliche Eingangsbedingungen führen zu einem ähnlichen Ergebnis) auszugehen. Insofern ist das „Abarbeiten“ eines Manuals unabhängig von den Besonderheiten des Einzelfalles wohl nur in seltenen Fällen als ausreichende Therapie zu verstehen, zumal die Manuale in der Regel an hochausgelesenen Patientengruppen evaluiert wurden.

So ist es nicht verwunderlich, dass in unserem Buch zu schwierigen Situationen (Borg-Laufs et al., 2012) doch auch viele Themen auftauchen, die störungsbildunabhängig ganz erheblichen Einfluss auf die Durchführung therapeutischer Interventionen haben. Die mangelnde Struktur einer Familie (Borg-Laufs et al., 2012) kann z. B. so eine Rahmenbedingung sein, mit der therapeutisch umzugehen eine Herausforderung darstellt, unabhängig davon, ob das betroffene Kind an einer Depression, einer Störung des Sozialverhaltens oder einer anderen Störung leidet. Die vielfältigen hier zu beachtenden möglichen Probleme (fehlende Rituale in der Familie; unklare Regeln und Alltagsstrukturen; uneingegrenzte Medienzeiten; mangelnde Arbeits- und Rückzugsmöglichkeiten in der Familie; Schwierigkeiten bei der Terminplanung) sind ebenso wie der Beziehungsaufbau nicht manualisiert beschreibbar, da sie häufig sehr einzelfallspezifisch bedingt sind und sehr einzelfallspezifische Hilfen erfordern. Insofern sind TherapeutInnen hier

gefordert, über das Lehrbuchwissen hinaus und unabhängig davon sinnvoll zu handeln. Ähnlich verhält es sich mit anderen Rahmenbedingungen, die bei unterschiedlichen Störungsbildern relevant sind (z. B. psychische Störung eines Elternteils; ungünstige ideologisch geprägte Voreinstellungen der Beteiligten; unterschiedliche Schulprobleme; usw.).

Vielfach muss die einzeltherapeutische Intervention durch Zusammenarbeit nicht nur mit der Familie, sondern auch mit anderen Systemen ergänzt werden, insbesondere bei hoch belasteten Kindern, Jugendlichen und Familien. Eine gelingende Zusammenarbeit mit Schule oder Jugendhilfe zu etablieren, ist eine häufige *schwierige Situation*. Nicht selten gibt es Verletzungen aus vorangegangenen Erfahrungen mit dem Hilfesystem und daraus – oder auch aus anderen Quellen resultierende – Vorbehalte z. B. bezüglich einer Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. Vernetzungsarbeit wird aber in vielen Kapiteln unseres Buches beschrieben, weil sie häufig eine zentrale Maßnahme darstellt. Bei Kindeswohlgefährdung, Schulverweigerung, mehrfach belasteten Familien, hochbelasteten Kindern und Jugendlichen und auch bei psychischer Störung eines Elternteils reicht die individuumsorientierte Psychotherapie häufig allein nicht aus und ist auch häufig nicht die wichtigste Maßnahme.

Evaluation und Therapieabschluss

Während bei der Evaluation als mögliche Probleme eher „technische“ Probleme im Vordergrund stehen können (wann, wie oft und mit welchen Instrumenten wird evaluiert?), für die es aber vielfältige Lösungen gibt (Borg-Laufs & Hungerige, 2010), ist die Frage der Gestaltung des Therapieabschlusses wiederum durchaus eine schwierige Situation, etwa bei PatientInnen, die sich nicht lösen können (Borg-Laufs et al., 2012, S. 206ff.), aber auch bei der Herausforderung, günstige Rahmenbedingungen für die weitere Entwicklung oder eine Überleitung in ein anderes Hilfesystem zu schaffen.

Schwierige Situationen im Kontext bio-psycho-sozialer Diskurse

In der letzten Ausgabe der *Resonanzen* beschäftigten sich die Beiträge mit dem aktuellen Stand des bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses. Dabei wurde deutlich, dass der zurzeit dominanteste Diskurs bezüglich psychischer Störungen der biologisch-medizinische ist (Pauls, 2013). Tatsächlich bestimmen bunte Bilder, die neuropsychologische Zusammenhänge demonstrieren sollen, auch die populärwissenschaftliche Bearbeitung psychischer Störungen. Resch und Westhoff (2013) weisen allerdings auf folgende in diesem Zusammenhang relevante Tatsachen hin: „Bis heute sind die genetischen Forschungsergebnisse durch das humane

Genomprojekt im Bereich der psychischen Störungen nicht therapierelevant geworden. (...) Auch die Ergebnisse aus den bildgebenden Verfahren sind ... nicht unmittelbar therapierelevant.“ (S. 40) Neben einigen erfolgreichen Psychopharmaka-Therapien gibt es sicherlich auch weitere Bereiche, in denen ein auch biologischer Diskurs für psychotherapeutische Fortschritte sorgen kann. Beispielhaft wären hier die interessanten – wenngleich zurzeit noch wenig verallgemeinerbaren – Befunde zur Wirksamkeit von EEG-Biofeedback (Neurofeedback) als Behandlungsalternative bei ADHS (im Überblick: Spieß, Lauth & Mutz, 2010).

Dennoch scheint es zurzeit so zu sein, dass die Beschäftigung mit psychischen und sozialen Einflussfaktoren zu kurz kommt, obwohl es gerade diese Phänomene sind, die für die schwierigen Situationen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sorgen. Das, was Kinder- und JugendtherapeutInnen wirklich fordert, sind die störungsbildunabhängigen psychischen und sozialen Faktoren. Die Betrachtung des psychotherapeutischen Prozesses hinsichtlich derjenigen Situationen, die für PsychotherapeutInnen schwierig zu bewältigen sind, ergibt zusammenfassend:

- 1) Die weitaus meisten Probleme im psychotherapeutischen Prozess, die auch in der Supervision beschrieben werden, betreffen die Beziehungsgestaltung mit den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Bezugspersonen. Schwierigkeiten bei der Beziehungsgestaltung hängen aber nicht mit biologischen Fragestellungen zusammen, sondern werden von störungsspezifischen und störungsunabhängigen psychischen Faktoren bestimmt. Von besonderer Bedeutung kann hier z. B. sein, inwieweit die PatientInnen in der therapeutischen Beziehung um die Verwirklichung ihrer psychischen Grundbedürfnisse (Borg-Laufs & Dittrich, 2010) nach Bindung, Orientierung/Kontrolle, Selbstwerterhöhung und Lustgewinn/Unlustvermeidung kämpfen. Caspar (2007) hat dieses Thema und die daraus folgenden Konsequenzen für die Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie eingeführt (vgl. zur Kindertherapie Klemenz, 1999; Borg-Laufs, 2011, Borg-Laufs & Dittrich, 2010). Die therapeutische Beziehung wird dabei auch ganz wesentlich durch die beziehungsrelevanten sozialen Erfahrungen geprägt, die die Kinder und Jugendlichen in ihrem sozialen Mikro-System gesammelt haben und weiter sammeln. Gerade bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sind soziale Faktoren von herausragender Bedeutung, da die sich entwickelnden PatientInnen – je jünger sie sind – in weitaus höherem Maße von ihrer sozialen Umwelt abhängen als Erwachsene. In Bezug auf die Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist die Erkenntnislage in mancher Hinsicht noch nicht zufriedenstellend (Borg-Laufs, 2010), so dass weitere Forschungsbemühungen hier unbedingt notwendig sind.
- 2) Der zweite große Bereich schwieriger Situationen ist der der Änderungsmotivation der Kinder und Jugendlichen selbst, aber auch ihrer Eltern. In diesem Bereich gibt es interessante

Ansätze, etwa bei der motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2009; Naar-King & Suarez, 2012). Die Änderungsmotivation hängt ebenfalls im Wesentlichen von psychischen Faktoren (z. B. Leidensdruck, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Resignation) ab, die wiederum über soziale Faktoren (soziale Erfahrungen von Selbstwirksamkeit; Resignation als Ergebnis sozialen Scheiterns) geprägt werden. Neben dem Einsatz besonderer Gesprächstechniken (motivierende Gesprächsführung) ist hier aber auch an soziale und politische Arbeit zu denken, die dazu führt, dass marginalisierte Personengruppen Bedingungen vorfinden, die ihnen Hoffnung vermitteln können und gegebenenfalls hier lebensweltorientierte Unterstützung erhalten. Auch hier ist nicht absehbar, inwieweit biologisch orientierte Forschung weiterhelfen kann.

- 3) Schließlich ist noch an die therapeutische Kernphase zu denken. Unabhängig von allen vorliegenden Therapiematerialien und über die bei einigen Störungsbildern sicher hilfreiche medikamentöse Therapie hinaus liegen die Probleme hier erneut bei psychischen und sozialen Zusammenhängen. Netzwerkarbeit und eine die jeweilige Struktur des sozialen Mikrosystems und die psychische Struktur der PatientInnen aufgreifende Psychotherapie sind hier notwendig.

Ausblick

Vor dem Hintergrund der hier geschilderten psychosozialen Problemstellungen in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien, die sich weder auf biologische Prozesse noch im engeren Sinne auf störungsbildbedingte Probleme beziehen, erscheint die von einigen Kollegen (u. a. Keupp, 2013; Pauls, 2013) konstatierte biologisch-medizinische Dominanz in psychotherapeutischen Diskursen ebenso unangebracht wie die allein auf Störungsbilder bezogene klinisch-psychologische Forschung (vgl. dazu auch Auckenthaler, 2000; Borg-Laufs & Merod, 2000) und Lehrbuchorientierung. Notwendig erscheint stattdessen eine am Einzelfall und seinen sozialen Bezügen orientierte psychologische und soziale Perspektive. Vor diesem Hintergrund sind auch die anstehenden Veränderungen im deutschen Psychotherapeutengesetz zu sehen. Noch weiß niemand, wie diese ausfallen werden, aber es gibt hier Vorschläge, die dazu führen könnten, dass gerade diejenigen Berufsgruppen, die die sozialen Realitäten ihrer KlientInnen/PatientInnen in besonderer Weise in den Blick nehmen (SozialarbeiterInnen) ebenso wie PädagogInnen von der Aufnahme einer Psychotherapieausbildung ausgeschlossen werden (Beck & Borg-Laufs, 2011), was den auf die sozialen Zusammenhänge fokussierenden Teil des psychotherapeutischen Diskurses weiter schwächen würde.

Literatur

- Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 213-224). Tübingen: DGVT-Verlag
- Beck, B. & Borg-Laufs, M. (2011). *Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug? Betrachtungen zur Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes* (2. korrigierte u. aktualisierte Auflage). Mönchengladbach: Schriftenreihe des Fachbereiches Sozialwesen der Hochschule Niederrhein.
- Beck, N., Stempel, K. & Werner, S. (2006). Integration von verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie in die Heimerziehung: Das Beispiel des therapeutischen Heims St. Joseph. *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, 2(2), 77-86.
- Borg-Laufs, M. (1996). *Das Training mit aggressiven Kindern aus der Perspektive der Selbstmanagementtherapie*. Frankfurt/M.: Lang.
- Borg-Laufs, M. (2004). Verhaltensberatung nach dem kognitiv-behavioristischen Modell. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendieck (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung, Bd. 2: Ansätze, Methoden und Felder* (S. 629-640). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2007). Verhaltenstherapie in der Erziehungsberatung. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen* (S. 663-682). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2009). Erstkontakt und Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 183-192). Heidelberg: Springer.
- Borg-Laufs, M. (2011). *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Manual für die Therapieplanung (SDS-KJ)*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (Hrsg.) (2010). *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M., Gahleitner, S.B. & Hungerige, H. (2012). *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2007). Der Prozess der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen* (S. 273-316). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2010). *Selbstmanagementtherapie mit Kindern. Ein Praxishandbuch* (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Borg-Laufs, M. & Merod, R. (2000). Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie jenseits der Störungsorientierung. *Verhaltenstherapie*, 10(2), 67-75.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (3. vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Gahleitner, S. B., Borg-Laufs, M. & Schwarz, M. (2010). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Gedanken zu einer bedarfsgerechten Versorgung aus der Perspektive Klinischer Sozialarbeit. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit, Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 291-303). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hungerige, H. (2006). Therapiemanuale und Trainingsprogramme in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Eine Literaturübersicht. *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, 2(2), 105-119.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Keupp, H. (2013). Von der Re-Sozialisierung von Normalität und Abweichung: eine persönliche Rückschau auf das biopsychosoziale Modell. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 47-64. Zugriff am 06.07.2013. Verfügbar unter www.resonanzen-journal.org
- Klemenz, B. (1999). *Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Laireiter, A. R. (2000). Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 2. Evaluation: Effekte von Eigetherapie und Selbsterfahrung auf die Person des Therapeuten, seine therapeutische Kompetenz und die Prozess- und Ergebnisqualität von Psychotherapie. In A. R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie* (S. 89-234). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Auflage). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Naar-King, S. & Suarez, M. (Hrsg.) (2012). *Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Weinheim: Beltz.
- Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 15-31. Zugriff am 06.07.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191>
- Resch, F. & Westhoff, K. (2013). Das biopsychosoziale Modell in der Praxis: Eine kritische Reflexion. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 32-46. Zugriff am 06.07.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/190>
- Schmelzer, D. (2000). „Hilfe zur Selbsthilfe“: Der Selbstmanagement-Ansatz als Rahmenkonzept für Beratung und Therapie. *Beratung aktuell*, 1(4), 201-222. Zugriff am 06.07.2013. Verfügbar unter www.beratung-aktuell.de/selbsthilfe.html

Schmid, M. (2010). Psychisch belastete Heimkinder – eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit, Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 113-121). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Spieß, R., Lauth, G. W. & Mutz, G. (2010). Neurofeedback bei Kindern mit ADHS. *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, 6, 69-80.

Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, VAKJP (Hrsg.). (2003). *Therapeutischer Prozess und Behandlungstechnik bei Kindern und Jugendlichen*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.

Veith, A. (1997). *Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Angaben zum Autor

Michael Borg-Laufs, Prof. Dr. Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut. Professor für „Theorie und Praxis psychosozialer Arbeit mit Kindern“ sowie Dekan am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein. Dozent und Supervisor in der Psychotherapieausbildung. Arbeitsschwerpunkte: Kinderpsychotherapie, Diagnostik, Psychische Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, Jugendhilfswirkungsforschung.

Kontakt: Michael.borg-laufs@hs-niederrhein.de

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs
Hochschule Niederrhein
FB Sozialwesen
Richard-Wagner-Straße 101
41065 Mönchengladbach
Deutschland

Zitationsempfehlung

Borg-Laufs, M. (2013). Schwierige Situationen im therapeutischen Prozess mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(2), 152-164. Zugriff am 15.11.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>