



Daniel Walter · Christiane Rademacher  
Stephanie Schürmann · Manfred Döpfner

# Grundlagen der Selbstmanagementtherapie bei Jugendlichen

SELBST – Therapieprogramm für Jugendliche  
mit Selbstwert-, Leistungs- und  
Beziehungsstörungen

Band 1



**selbst** 

Therapieprogramm für Jugendliche mit  
Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen

HOGREFE



**selbst**  Grundlagen  
Therapieprogramm für Jugendliche mit  
Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen

# SELBST – Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen

hrsg. von Prof. Dr. Manfred Döpfner, Dr. Daniel Walter,  
Dipl.-Psych. Christiane Rademacher und Dipl.-Psych. Stephanie Schürmann

Grundlagen der Selbstmanagementtherapie bei Jugendlichen

Leistungsprobleme im Jugendalter

Familienprobleme im Jugendalter

Gleichaltrigenprobleme im Jugendalter

Selbstwertprobleme im Jugendalter

# Grundlagen der Selbstmanagementtherapie bei Jugendlichen

SELBST – Therapieprogramm  
für Jugendliche mit Selbstwert-,  
Leistungs- und Beziehungsstörungen

Band 1

von

Daniel Walter, Christiane Rademacher,  
Stephanie Schürmann und Manfred Döpfner

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN  
TORONTO · SEATTLE · OXFORD · PRAG

*Dr. Daniel Walter*, geb. 1972. 1992-1997 Studium der Psychologie in Bonn. Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Seit 1998 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln. 2004 Promotion. Seit 1999 Leiter der Schwerpunktambulanz für Jugendliche und seit 2004 Therapeutische Leitung der Jugendstation mit Schwerpunkt Angst-, Zwangs- und depressive Störungen.

*Dipl.-Psych. Christiane Rademacher*, geb. 1965. 1987-1993 Studium der Psychologie in Köln. Psychologische Psychotherapeutin. Seit 1993 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, dort Leiterin der Schwerpunktambulanz für Jugendliche.

*Dipl.-Psych. Stephanie Schürmann*, geb. 1967. 1986-1992 Studium der Psychologie in Bielefeld und Bonn. Psychologische Psychotherapeutin. Seit 1992 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, dort Leiterin der Schwerpunktambulanz für ADHS und expansive Störungen sowie Leiterin der Abteilung Psychologische Diagnostik.

*Prof. Dr. Manfred Döpfner*, geb. 1955. 1974-1981 Studium der Psychologie in Mannheim. 1990 Promotion. 1998 Habilitation. Seit 1989 Leitender Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dort seit 1999 Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Seit 1999 Leiter des Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie AkiP an der Universität Köln. Seit 2000 Wissenschaftlicher Leiter des Instituts Köln der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

#### **Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

© 2007 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen · Bern · Wien · Toronto · Seattle · Oxford · Prag  
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar  
SELBST-Logo: Björn Mehnen, Berlin  
Illustrationen: Klaus Gehrman, Boppard; [www.elkenwelt.de](http://www.elkenwelt.de)  
Gesamtherstellung: Hubert & Co, Göttingen  
Printed in Germany  
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN: 978-3-8017-1901-2

## **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	7
<b>Vorwort der Autoren</b> .....	8
<b>Kapitel 1: Übersicht über das Therapieprogramm SELBST</b> .....	9
1.1 Das Therapieprogramm SELBST .....	9
1.2 Zielgruppe von SELBST .....	13
1.2.1 Häufige Problembereiche von Jugendlichen .....	13
1.2.2 Diagnostische Einordnung der Problembereiche in das kategoriale Diagnosesystem ICD-10 .....	17
1.3 Spezifische Probleme in der Behandlung von Jugendlichen .....	18
1.4 Konzeptuelle Grundlagen von SELBST .....	20
1.4.1 Der Selbstmanagementansatz von Kanfer und Mitarbeitern .....	20
1.4.2 Das Transtheoretische Modell für Verhaltensänderungen und die motivierende Gesprächsführung .....	22
1.5 Indikation von SELBST und Kombination mit anderen Interventionsformen .....	30
1.5.1 Voraussetzungen für eine ambulante Therapie .....	30
1.5.2 Kombination mit anderen Maßnahmen .....	32
1.5.2.1 Alternative therapeutische Interventionen .....	32
1.5.2.2 Medikamentöse Therapie .....	33
1.5.2.3 Ambulante und stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe und stationäre Therapie .....	35
1.6 Setting und Strukturierung der Therapiesitzungen .....	36
1.6.1 Teilnehmer an den Sitzungen .....	36
1.6.2 Sitzungsfrequenz und -dauer .....	37
1.6.3 Aufbau der Sitzungen .....	37
1.7 Diagnostik und Verlaufskontrolle .....	38
1.7.1 Eingangsdagnostik .....	40
1.7.1.1 Jugendlichenurteil .....	40
1.7.1.2 Elternurteil .....	44
1.7.1.3 Lehrerurteil .....	45
1.7.1.4 Klinisches Urteil .....	45
1.7.1.5 Intelligenz- und Leistungsdiagnostik .....	49
1.7.2 Verlaufskontrolle .....	49
1.8 Grundlegende Prinzipien der Beziehungsgestaltung .....	49
1.8.1 Die Rolle des Therapeuten gegenüber dem Jugendlichen .....	50
1.8.2 Die Rolle des Therapeuten gegenüber den Eltern und weiteren Bezugspersonen .....	51
1.8.3 Die Gestaltung der ersten Kontakte gemäß der Rollendefinition .....	51
1.9 Schwierige Therapiekonstellationen .....	52
<b>Kapitel 2: Therapiemanual SELBST-Grundlagen</b> .....	56
2.1 Phase 1: Screening der Eingangsbeschwerden, Beziehungsaufbau und Informationsvermittlung .....	58
2.2 Phase 2: Multimodale Diagnostik: Erfassung individueller Probleme und Kompetenzen sowie von Belastungen und Ressourcen im Umfeld .....	69
2.3 Phase 3: Problemanalyse und Erarbeitung eines Störungskonzeptes .....	82
2.4 Phase 4: Zielanalyse, Stärkung der Änderungsmotivation und Interventionsplanung .....	100
2.5 Phase 5: Übersicht über die Durchführung von Interventionen .....	118

2.6	Phase 6: Zwischenevaluation und Zielerreichung .....	127
2.7	Phase 7: Stabilisierung und Rückfallprävention .....	132
<b>Kapitel 3: Fallbeispiele .....</b>		<b>137</b>
3.1	Mirko, 15 Jahre .....	137
3.2	Fabian, 15 Jahre (modifiziert aus Döpfner & Walter, 2002) .....	145

<b>Literatur .....</b>	<b>152</b>
------------------------	------------

## **Anhang**

Übersicht über die Arbeitsmaterialien .....	159
---	-----

## **CD-ROM**

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Arbeitsmaterialien, die zur Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter [www.adobe.com/products/acrobat](http://www.adobe.com/products/acrobat) erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

## Vorwort

Das Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen, kurz SELBST genannt, hat ein störungsübergreifendes, problem-, lösungs- und ressourcenorientiertes Vorgehen zum Ziel. In dem ersten von fünf geplanten Bänden werden die theoretischen Grundlagen und das Behandlungskonzept mit seiner Umsetzung im Jugendalter vorgestellt.

Trotz des zunehmenden Interesses und des wachsenden Bedürfnisses an effektiven psychotherapeutischen Behandlungsmethoden für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen liegen zu diesem Thema bislang nur wenige Therapiemanuale vor, die eine konkrete Umsetzung in der Behandlungsplanung erlauben.

Das Jugendalter wurde lange als eine krisenhafte Phase betrachtet, in der psychische Störungen mit schwierigem und langwierigen Verlauf auftreten, wobei dem Therapeuten die Aufgabe zukam, den Jugendlichen mit viel Feingefühl dabei zu unterstützen, diese schwierige, labile Zeit zu bewältigen. Durch diese Sichtweise der Adoleszenz wurden therapeutische Interventionen dahingehend geprägt, dass differenzierte Behandlungsstrategien und Therapiemodelle, die Vergleiche hinsichtlich ihrer Effizienz und Durchführbarkeit erlaubt hätten, kaum erfolgten und kasuistische Beschreibungen von sehr individuellen Vorgehensweisen mitgeteilt wurden. Das Konzept einer generellen „Identitätskrise“ sowie einer „Katastrophentheorie“ der Adoleszenz konnte jedoch auf Grund empirischer Ergebnisse nicht aufrechterhalten werden. Anstatt einem globalen Krisengeschehen ausgeliefert zu sein, nimmt der Jugendliche aktiv an diesem Geschehen teil, fokussiert auftretende Veränderungen in diesem Entwicklungsabschnitt und bearbeitet sie kontinuierlich. In epidemiologischen Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass das Jugendalter nicht durch eine besondere Häufigkeit von psychischen Schwierigkeiten gekennzeichnet ist. Im Regelfall werden die Entwicklungsaufgaben ohne manifeste Störung bewältigt. Bedeutsam ist jedoch, dass Jugendliche häufig Hemmungen haben, das wirkliche Ausmaß ihrer Ängste, Sorgen und Konflikte mitzuteilen. Wird das Jugendalter nicht

mehr als Phase einer globalen Entwicklungs- und Identitätskrise betrachtet, dann lassen sich die therapeutischen Ziele und die Indikationsstellung für Behandlungsmaßnahmen besser differenzieren und operationalisieren, da es nicht mehr um eine generelle Persönlichkeitsreife und Identitätsfindung geht.

Das modular aufgebaute Selbst-Programm umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Bausteine, die für Jugendliche, Eltern und Lehrer entwickelt wurden und die ein zugeschnittenes Behandlungspaket aus verschiedenen Bausteinen für eine individuelle Problematik erlauben. In diesem Sinne können jugendlichen- und elternzentrierte Interventionen generiert und auch weitere relevante Bezugspersonen mit einbezogen werden. Der modulare Charakter des Vorgehens erlaubt darüber hinaus unabhängig von der Therapierichtung die Anwendung und Integration spezifischer Bausteine in ein umfassenderes Behandlungskonzept. Dabei wird besonderer Wert auf den Aufbau einer tragenden therapeutischen Beziehung, die Entwicklung von Therapiemotivation sowie von Kompetenzvertrauen und Erfolgserwartung hinsichtlich der Problembewältigung Wert gelegt. Diese sich wechselseitig beeinflussenden Wirkfaktoren haben eine erfolgreiche Problembewältigung zum Ziel. Schrittweise Erfolge bei der Problembewältigung steigern dabei nicht nur das Kompetenzvertrauen und die Erfolgserwartung des Jugendlichen, sie führen auch zu einer Stärkung seiner Änderungs- und Therapiemotivation sowie der therapeutischen Beziehung.

Ein neuer und wegweisender Aspekt des vorliegenden Programms liegt vor allem darin, dass es nicht diagnosenspezifisch vorgeht, sondern versucht, übergreifende Problembereiche wie Leistungsprobleme und Beziehungsstörungen zu verändern. Damit ergibt sich eine Anwendbarkeit des Therapieprogramms über ein rein kognitiv-behaviorales Vorgehen hinaus und so wünsche ich dem Buch und seinen Autoren eine gute Resonanz und ein breites Anwendungsfeld.

Köln, August 2006

Gerd Lehmkuhl

## Vorwort der Autoren

Nun sind bereits fast 10 Jahre vergangen, seitdem wir gemeinsam an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln nach neuen Möglichkeiten in der Psychotherapie von Jugendlichen suchten und unser therapeutisches Vorgehen überdachten. Das Thema ist gewissermaßen aus der Not geboren: Immer wieder trafen wir in unserer Arbeit auf Jugendliche, deren Symptomatik einfach nicht in die gängigen Diagnoseschemata passen. Vielmehr präsentierten sie uns häufig eine Vielzahl von Symptomen in verschiedenen Lebensbereichen, die ein rein störungsspezifisches Vorgehen unzureichend erscheinen ließen. Als weiterhin problematisch stellte sich die geringe Behandlungsmotivation der Jugendlichen dar. Die erhöhte Rate von Behandlungsabbrüchen verwies darauf, dass es uns nicht ausreichend gelang, die Jugendlichen motivational dort abzuholen, wo sie stehen. Bei offensichtlich hoher Belastung der Jugendlichen und ihres Umfeldes blieben Interventionen auf halber Strecke stecken. Die Therapieverläufe gestalteten sich häufig schleppend und zäh.

Vor diesem Hintergrund entschieden wir uns, die störungsspezifische Sichtweise zugunsten einer pragmatischen Einteilung der Symptomatik in häufige Problembereiche der Jugendlichen in ihrem Alltag zurückzustellen. Diese ließen sich in die vier Problembereiche Selbstwert-, Leistungs-, Familien- und Gleichaltrigenprobleme zusammenfassen, die bei verschiedenen Störungsbildern auftreten können. Unsere Idee war es, auf der Basis dieser Einteilung in Abhängigkeit von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen eine breite Palette von kognitiv-behavioralen Interventionen zu entwickeln. Die Therapie sollte dabei auch an den Ressourcen und Kompetenzen der Beteiligten ansetzen, um deren Selbstwirksamkeitserfahrungen und Kompetenzvertrauen zu stärken. Gleichzeitig war uns eine angemessene Integration der Bezugspersonen in das Behandlungssetting wichtig.

Therapeutische Vorerfahrungen in der Arbeit mit Erwachsenen rückten schließlich den Selbstmanagementansatz von Frederik Kanfer in den Mittelpunkt unseres Interesses. Dieser störungsübergreifende Ansatz, der sich über eine lange Zeit mit der Herstellung von Behandlungsmotivation

beschäftigt und Autonomiebestrebungen von Patienten explizit unterstützt, schien uns für die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen in hohem Maße geeignet. In den Folgejahren begannen wir, Schritt für Schritt Interventionen für Jugendliche zu entwickeln, systematisch zu erproben und immer wieder zu modifizieren. Ergebnisse von Vorstudien an kleinen Inanspruchnahmestichproben gaben deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit der Interventionen. Die Resonanz von Kolleginnen und Kollegen, die mit diesen Materialien arbeiteten und auch von Teilnehmern von Workshops, die wir zu diesem Thema gaben, ermutigte uns ebenfalls.

Zunächst war geplant, das Therapieprogramm, das wir SELBST nannten, in einem einzigen Band zu veröffentlichen. Nachdem wir aber die verschiedenen Therapiemanuale der vier Problembereiche ausgearbeitet hatten, wurde jedoch schnell klar, dass eine Publikation in einem Band aufgrund der Fülle der Informationen den Leser eher abschrecken und eine Einarbeitung in den Therapieansatz erschweren würde. Daher beschlossen wir in Abstimmung mit dem Verlag, das Therapieprogramm in mehreren Bänden zu veröffentlichen.

Der vorliegende Band 1 stellt das grundlegende therapeutische Vorgehen und die therapeutische Haltung bei der Arbeit mit Jugendlichen via Selbstmanagement ausführlich dar. Dies ist unserer Erfahrung nach eine notwendige Bedingung für eine wirkungsvolle Implementierung therapeutischer Interventionen. Die Beschreibung von vielen verschiedenen Therapiesituationen soll verdeutlichen, wie das gedachte Vorgehen praktisch aussieht. Die Folgebände thematisieren dann die kognitiv-behavioralen Interventionen in den vier Problembereichen im Rahmen dieses Ansatzes. Die Publikation von Band 2, der Leistungsprobleme behandelt, ist für Ende 2007 vorgesehen; die weiteren Bände sollen danach zügig publiziert werden.

Allen Therapeuten wünschen wir viel Spaß und Erfolg in der fraglos interessanten und anspruchsvollen therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen.

Köln, im Dezember 2006

Daniel Walter  
Christiane Rademacher  
Stephanie Schürmann  
Manfred Döpfner

# Kapitel 1

## Übersicht über das Therapieprogramm SELBST

### 1.1 Das Therapieprogramm SELBST

SELBST ist ein Therapieprogramm für Jugendliche mit *Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen*. Es lässt sich durch folgende Merkmale charakterisieren:

1. es ist *störungsübergreifend*, d.h. es orientiert sich nicht an den gängigen Störungskategorien der Klassifikationsschemata, sondern es ist
2. *problemorientiert*, indem es die konkreten Probleme im Bereich von Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsschwierigkeiten von Jugendlichen aufgreift und es ist
3. *lösungsorientiert* und versucht, konkrete Problembewältigungen mit dem Jugendlichen und seinen Bezugspersonen zu erarbeiten und umzusetzen.
4. Es ist *ressourcenorientiert*, weil es neben den Problemen auch die Stärken des Jugendlichen und seiner Umwelt aufgreift und in die Lösungen mit einbindet.

SELBST ist in fünf Bände unterteilt. Der erste Band umfasst die Grundlagen von SELBST, die übrigen vier Bände beziehen sich auf die Interventionsbereiche:

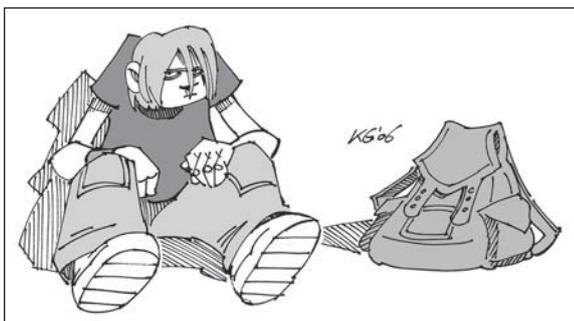
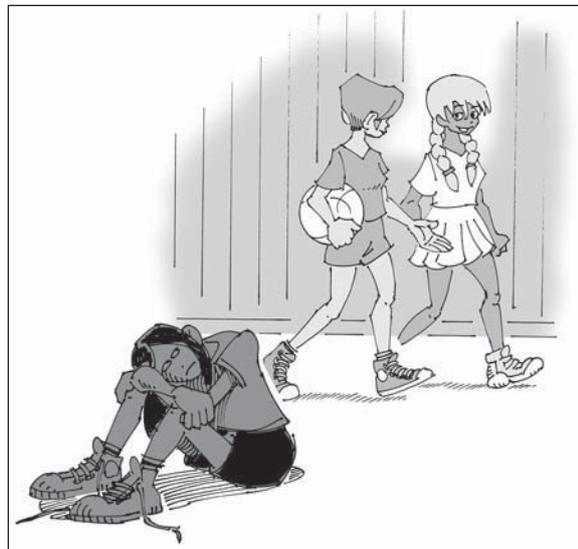
- *Grundlagen der Selbstmanagementtherapie bei Jugendlichen (SELBST-Grundlagen)*: Der vorliegende Band stellt die Basis des Vorgehens dar. Der Selbstmanagementansatz als heuristisches Behandlungskonzept und seine Umsetzung im Jugendalter wird vorgestellt. Die sieben Behandlungsphasen werden ausführlich dargestellt, die Ausgestaltung der vier Interventionsbereiche folgt in den Bänden zwei bis fünf.
- *Selbstwertprobleme im Jugendalter (SELBST-Selbstwertprobleme, in Vorb.)* beschreibt die Behandlung von Jugendlichen mit Selbstwert-

störungen. Störungen des Selbstwertes umfassen Fehleinschätzungen der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft und sind häufig vergesellschaftet mit dysphorisch-depressivem Affekt sowie einem reduzierten Niveau an Aktivitäten; mitunter findet sich eine überhöhte Einschätzung der eigenen Person.

- *Leistungsprobleme im Jugendalter (SELBST-Leistungsprobleme, Walter & Döpfner, 2007c, in Vorb.)* fokussiert die Behandlung jugendlichenspezifischer Probleme im Leistungsbereich – in der Schule oder am Ausbildungsplatz. Hierbei werden Leistungsstörungen in den Mittelpunkt gestellt, die nicht allein durch Begabungsdefizite wie Intelligenzminderungen oder Teilleistungsstörungen erklärt werden können.



- *Gleichaltrigenprobleme im Jugendalter (SELBST-Gleichaltrigenprobleme, in Vorb.)*: Beziehungsstörungen zu Gleichaltrigen sind



im Jugendlichenbereich häufig und können sich im Sinne einer dimensionalen Sicht manifestieren von ausgeprägtem sozialen Rückzug mit wenigen Kontakten zu Gleichaltrigen bis hin zu deutlich aggressiver Beziehungsgestaltung mit häufigen Streitigkeiten und Beziehungsabbrüchen.

- *Familienprobleme im Jugendalter* (SELBST-Familienprobleme, Rademacher et al., in Vorb.): Die Verminderung von ausgeprägten Beziehungsstörungen zwischen Jugendlichen und Eltern, die sich zumeist äußern als chronifizierte Konflikte und Streitigkeiten, stehen im Mittelpunkt dieses Bandes.



Der vorliegende Band beschreibt die grundlegende Vorgehensweise mit den einzelnen Behandlungsphasen, die Bände 2 bis 5 beschreiben die spezifischen Interventionen im Detail und sind für sich genommen eigenständig einsetzbar. Die grundlegenden Vorgehensweisen werden in den Folgebänden, die sich auf die spezifischen kognitiv-behavioralen Interventionen beziehen, jedoch nicht mehr ausführlich dargestellt. Daher ist es durchaus sinnvoll, den vorliegenden Grundlagenband zusammen mit den jeweiligen Folgebänden zu verwenden. Außerdem ist eine Kombination von Bausteinen aus verschiedenen Therapiemanualen häufig sinnvoll und notwendig.

Art, Kombination und Abfolge der Interventionen richten sich nach folgenden Gesichtspunkten:

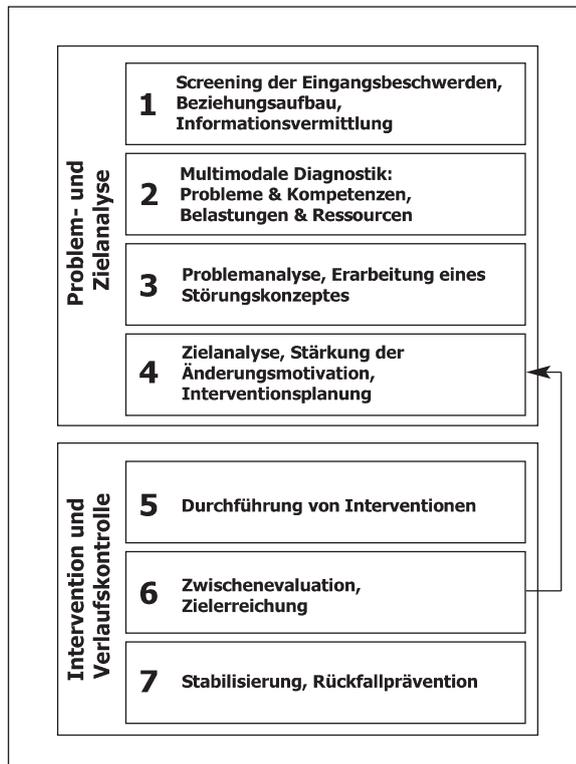
- *Art und Schweregrad*: Liegen Schwierigkeiten vorwiegend in einem Problembereich vor, so ist die Durchführung eines einzelnen Therapiemanuals in der Regel ausreichend (Beispiel: ein Jugendlicher hat vorwiegend Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen: SELBST-Gleichaltrigenprobleme). Finden sich Schwierigkeiten aus unterschiedlichen Problembereichen, ist es zumeist sinnvoll, mit der Verminderung derjenigen Probleme zu beginnen, die aktuell im Vordergrund stehen. Im weiteren Verlauf ist es sinn-

voll, Bausteine aus anderen Therapiemanualen einzusetzen (Beispiel: ein Jugendlicher hat ausgeprägte Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen sowie abfallende Schulleistungen: zunächst ausgewählte Bausteine aus SELBST-Gleichaltrigenprobleme, anschließend einzelne Bausteine aus SELBST-Leistungsprobleme).

- *Funktionalität*: Die Abfolge von Interventionen richtet sich auch nach den Ergebnissen der funktionalen Bedingungsanalyse bzw. des gemeinsamen Störungsmodells. Liegen bei einem Jugendlichen beispielsweise Leistungsprobleme und massive Streitigkeiten mit den Eltern vor und die Verhaltensanalyse ergibt, dass die Streitigkeiten vorwiegend um schulbezogene Themen kreisen und durch Leistungsprobleme nachhaltig aufrechterhalten werden, so würden zunächst Bausteine aus SELBST-Leistungsprobleme im Vordergrund stehen. Falls die Familienprobleme nach der fokussierten Bearbeitung der Leistungsprobleme weiter persistieren, wäre ein stärkerer Einbezug einzelner Bausteine von SELBST-Familienprobleme sinnvoll.
- *Dringlichkeit*: Die Abfolge von Interventionen ist abhängig von der Notwendigkeit, zeitnahe Veränderungen zu realisieren. Finden sich bei einem Jugendlichen expansive Auffälligkeiten mit Gleichaltrigen im Freizeitbereich und gleichzeitig eine krisenhafte Zuspitzung in der Schule, sind zunächst Interventionen von SELBST-Leistungsprobleme indiziert, um beispielsweise den weiteren Verbleib in der Klasse oder der Schule zu sichern. In einem weiteren Schritt wären zur Verringerung der Konflikte mit Gleichaltrigen Interventionen aus SELBST-Gleichaltrigenprobleme indiziert.
- *Veränderungswünsche*: Die Interventionsplanung richtet sich nach der Art und Abfolge der Therapieziele, die mit Jugendlichen und seinen Bezugspersonen abgestimmt wurden. So ist es möglich, dass ein Jugendlicher deutliche Rückzugstendenzen mit Antriebsminderung und depressiver Stimmung in Verbindung mit schwankenden Schulleistungen zeigt. Die Eltern wünschen eine Verbesserung der Schulleistungen, während der Jugendliche sich hierauf nicht einlassen möchte, sondern eine Stimmungsverbesserung und mehr Kontakt zu Gleichaltrigen wünscht. In diesem Fall wären Interventionen aus SELBST-Selbstwertprobleme sowie SELBST-Gleichaltrigenprobleme indiziert. Eine Fokussierung der schulbezogenen Probleme ohne die Zustimmung des Jugendli-

chen (SELBST-Leistungsprobleme) wäre hingegen nicht sinnvoll.

- *Veränderbarkeit*: Wenn zunächst leichter veränderbare Probleme in der Behandlung fokussiert werden, können schnellere Behandlungserfolge erwartet werden, wodurch das Kompetenzvertrauen und die Behandlungsmotivation der Beteiligten gestärkt werden kann.



**Abbildung 1:** Die 7 Phasen des Behandlungsprogramms SELBST (*vertikale Ebene*)

Das Therapieprogramm SELBST umfasst in Anlehnung an den von Kanfer und Mitarbeitern (2000) beschriebenen Selbstmanagementansatz sieben Behandlungsphasen (*vertikale Ebene*, vgl. Abb. 1). Bei der Behandlung steht in der Regel die Arbeit mit dem Jugendlichen im Vordergrund, wobei relevante Bezugspersonen (z. B. Eltern, Geschwister, Lehrer, Betreuer) in Abhängigkeit von der Problematik intensiv mit einbezogen werden können. Das Therapieprogramm ist in zwei große Behandlungssegmente unterteilt: Problem- und Zielanalyse (Phasen 1 bis 4) sowie Intervention und Verlaufskontrolle (Phasen 5 bis 7). Phase 5

(Durchführung von Interventionen, *horizontale Ebene*, vgl. Abb. 2) beinhaltet kognitiv-behaviorale Interventionen, welche die vier Problembereiche von SELBST ansprechen. Die Phasen 1 bis 4 können in Abhängigkeit der Problematik mit fünf bis 20, die Phasen 5 bis 7 bei hoher Variabilität im Durchschnitt mit 10 bis 35 Behandlungsstunden veranschlagt werden. Im Normalfall werden die Phasen in aufeinander folgender Reihenfolge durchlaufen, die rekursive Struktur des Modells ermöglicht jedoch jederzeit einen Rückgriff auf frühere Behandlungsphasen.

Das Programm ist modular aufgebaut und umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Bausteine, die auf die verschiedenen Problembereiche, die SELBST anspricht, zugeschnitten sind. Es wurden Bausteine für Jugendliche, für Eltern und für Lehrer entwickelt. Grundsätzlich werden nicht alle Bausteine durchgeführt, sondern es wird für jeden Jugendlichen ein auf die individuelle Problematik zugeschnittenes Behandlungspaket aus verschiedenen Bausteinen mit jugendlichen- und elternzentrierten Interventionen generiert, ggf. unter Einbezug weiterer relevanter Bezugspersonen (z. B. Lehrer, Geschwister).

### *Vertikale Ebene*

1. *Phase 1 (Screening der Eingangsbeschwerden, Beziehungsaufbau, Informationsvermittlung)*: Ziele der Eingangsphase sind der Aufbau initialer Behandlungsmotivation und Kooperationsbereitschaft, der Beziehungsaufbau zum Jugendlichen und wichtigen Bezugspersonen, das Sammeln und Bereitstellen von Informationen, sowie das Herstellen von Transparenz. Zunächst werden der Vorstellungsanlass und die Probleme und Erwartungen des Jugendlichen, der Eltern und eventuell weiterer Bezugspersonen geklärt. Danach werden Informationen zum Ablauf der Behandlung gegeben und die nächsten Schritte mit allen Beteiligten abgestimmt. Hierbei trägt der Therapeut<sup>1</sup> den Wünschen des Jugendlichen besonders Rechnung. Im Falle fehlender oder geringer Behandlungsmotivation wird angestrebt, den Jugendlichen zumindest dahingehend zu motivieren, einen weiteren Termin als Probestunde wahrzunehmen, damit der Jugendliche seine Entscheidung für oder gegen eine weitere Mitar-

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im gesamten Text auf die Nennung der femininen und maskulinen Form (z. B. Therapeutin/Therapeut) verzichtet. Obwohl im Text das generische Makulimum verwendet wird, sind immer beide Geschlechter gemeint.

- beit auf einer besseren Grundlage treffen kann. Bereits in dieser Phase ist eine erste Exploration des Jugendlichen ohne die Anwesenheit der Bezugspersonen wichtig.
2. *Phase 2 (Multimodale Diagnostik: Probleme und Kompetenzen, Belastungen und Ressourcen):* In dieser Phase werden weitergehende Informationen über die Problematik eingeholt. Gleichzeitig erhebt der Therapeut Kompetenzen und Ressourcen beim Jugendlichen und seinen Bezugspersonen (z. B. Eltern, Lehrer), um diese in die Behandlungsplanung zu integrieren. Die Informationssammlung geschieht hauptsächlich über die Exploration des Jugendlichen, der Eltern, der Lehrer und eventuell weiterer Bezugspersonen. Zu diesem Zweck werden Eltern und Jugendliche sowohl getrennt als auch gemeinsam exploriert. Um einen Überblick über Probleme innerhalb der verschiedenen Interventionsbereiche zu gewinnen, kommen eigens hierfür entwickelte symptomorientierte Screening-Fragebögen, Checklisten und ein Explorationsschema zum Einsatz. Neben der Exploration werden auch standardisierte Leistungs-, psycho- und familiendiagnostische Verfahren einschließlich Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen angewendet (vgl. Kap. 1.7; Döpfner et al., 2000).
  3. *Phase 3 (Problemanalyse, Erarbeitung eines Störungskonzeptes):* Diese Phase hat zum einen die Eingrenzung der jeweils subjektiv relevanten Probleme aus der Sicht aller Beteiligten zum Ziel, zum anderen wird ein umfassendes Störungsmodell erarbeitet. Im Zentrum steht auch an dieser Stelle die Arbeit mit dem Jugendlichen. Es wird viel Wert auf eine differenzierte Problemanalyse mit Erfassung der auslösenden Bedingungen, des konkreten Verhaltens sowie der nachfolgenden kurz- und langfristigen Konsequenzen gelegt. Gemeinsam mit dem Jugendlichen werden die kurz- und langfristigen Vor- und Nachteile seines Verhaltens aktiv erarbeitet. Weiter werden zunächst mit den Beteiligten getrennt subjektive Störungskonzepte erhoben. In einem nächsten Schritt wird angestrebt, gemeinsam einen Konsens über das Störungskonzept herzustellen. Hierbei werden ursächliche und aufrechterhaltende Faktoren herausgearbeitet, um hieraus für alle nachvollziehbare Interventionen abzuleiten.
  4. *Phase 4 (Zielanalyse, Stärkung der Änderungsmotivation, Interventionsplanung):* Die vierte Behandlungsphase stellt einen Eckpfeiler des Behandlungsprogramms dar und bildet die Basis der nachfolgenden Interventionen. Zunächst werden individuelle Therapieziele mit den Beteiligten herausgearbeitet. Hierbei werden die Änderungswünsche des Jugendlichen berücksichtigt und die Ziele auf ihre Realisierbarkeit hin überprüft. Hierdurch kann die Änderungsmotivation des Jugendlichen gestärkt werden. Der Therapeut versucht, einen Konsens zwischen den Problemdefinitionen (vgl. Phase 3) und Zielen des Jugendlichen, der Eltern und möglicherweise auch anderer Bezugspersonen herzustellen. Schließlich werden Therapieziele gemeinsam festgelegt, die in einer ersten Interventionsphase angegangen werden, der Therapeut plant die nachfolgenden Interventionen aus Phase 5.
  5. *Phase 5 (Durchführung von Interventionen):* Im Zentrum der fünften Behandlungsphase steht die Durchführung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen im engeren Sinne. Entsprechend der ausgewählten Therapieziele erfolgt die Zuordnung zu den vier Problembereichen (*horizontale Ebene*, s. u.). Eine Kernfunktion nehmen regelmäßige Hausaufgaben (JOBs der Woche) ein, mit denen der Transfer in den Alltag optimiert werden soll.
  6. *Phase 6 (Zwischenevaluation, Zielerreichung):* In regelmäßigen Abständen wird eine Zwischenbilanz gezogen. Mit allen Beteiligten wird eruiert, inwieweit Verhaltensänderungen realisiert und in welchem Umfang zuvor definierte Therapieziele bereits erreicht werden konnten. Bei Bedarf werden die Faktoren bearbeitet, die der Zielerreichung entgegenstehen (Misserfolgs- bzw. Widerstandsanalyse). Ist das entsprechende Teilziel erreicht worden, können neue Ziele definiert (Rückkehr zu Phase 4) und weitere Interventionen durchgeführt werden.
  7. *Phase 7 (Stabilisierung, Rückfallprävention):* In der letzten Behandlungsphase stehen die Stabilisierung der erreichten Verhaltensänderungen und die Rückfallprävention im Vordergrund. Zur Überprüfung der Stabilität der Behandlungseffekte wird die Unterstützung durch den Therapeuten schrittweise ausgeblendet. Potenzielle Problemsituationen oder Rückfälle in alte Verhaltensprobleme werden thematisiert und geeignete Bewältigungsstrategien eingeübt. In Auffrischungssitzungen (Booster-Sitzungen), die in regelmäßigen niederfrequenten Abständen (z. B. alle drei Monate) oder bei Bedarf angesetzt werden, können die erworbenen Verhaltenskompetenzen zur Bewältigung aktueller Probleme genutzt werden.

<p style="text-align: center;"><b>Selbstwertprobleme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau/Stabilisierung positiver Aktivitäten/ Genusssensibilisierung</li> <li>• Korrektur dysfunktionaler kognitiver Prozesse und Inhalte</li> <li>• Problemlösestraining</li> <li>• Affekt-/Impulskontrolltraining</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Leistungsprobleme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einleitung einer adäquaten schulischen Platzierung</li> <li>• Einleitung von Fördermaßnahmen bei Teilleistungsschwächen</li> <li>• Korrektur verzerrter Kognitionen/Förderung der Leistungsmotivation</li> <li>• Vermittlung von planerischen Fertigkeiten/Lernstrategien</li> <li>• Verbesserung der Mitarbeit im Unterricht/Abbau von Störverhalten</li> <li>• Interventionen zum Aufholen verpasster Lerninhalte</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Gleichaltrigenprobleme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturelle Interventionen auf Familien-/Schul-/ Gleichaltrigenebene</li> <li>• Korrektur verzerrter Informationsverarbeitungsprozesse und kognitiver Problemlösestrategien</li> <li>• Korrektur dysfunktionaler Grundannahmen</li> <li>• Affekt-/Impulskontrolltraining</li> <li>• Soziales Fertigkeitentraining</li> <li>• Kontingenzenzmanagement</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Familienprobleme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderungen im Familiensystem</li> <li>• Stärkung positiver Beziehungselemente</li> <li>• Korrektur dysfunktionaler Grundannahmen</li> <li>• Familien-Problemlösestraining</li> <li>• Kommunikationstraining</li> </ul>

**Abbildung 2:** Phase 5 – Interventionsbereiche von SELBST (*horizontale Ebene*)

## Horizontale Ebene

Abbildung 2 gibt einen kurzen Überblick über die verhaltenstherapeutischen Interventionen von Phase 5 (*Durchführung von Interventionen*), gliedert nach den vier Problembereichen.

- *Selbstwertprobleme:* Im Zentrum stehen Interventionen zur Stärkung des Selbstwertes, zur Erhöhung des Aktivitätsniveaus sowie zur Verbesserung der Affektregulation (vgl. SELBST-Selbstwertprobleme; in Vorb.). Hierzu werden positive Aktivitäten aufgebaut und weiter stabilisiert und die Genussfähigkeit verbessert. Fehleinschätzungen der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft werden korrigiert und ein selbstwertstützender Umgang mit Problemen eingeübt. Zur Verbesserung der Affektregulation kann ein Affekt-/Impulskontrolltraining durchgeführt werden.
- *Leistungsprobleme:* Hierbei stehen Interventionen im Vordergrund, die jene Leistungsstörungen vermindern, welche nicht in erster Linie auf Begabungsdefizite zurückgeführt werden können (vgl. Band 2, SELBST-Leistungsprobleme, Walter & Döpfner, 2007c, in Vorb.).

Zunächst wird eine adäquate schulische Platzierung überprüft und bei Teilleistungsschwächen werden Fördermaßnahmen eingeleitet. Strategien zur Korrektur dysfunktionaler leistungsbezogener Kognitionen sowie zur Förderung der Leistungsmotivation und zur Verminderung von Leistungsängsten werden erarbeitet. Zusätzlich werden Maßnahmen zur Optimierung von Lernstrategien, zur Verbesserung der Mitarbeit im Unterricht und zur Verminderung von Wissenslücken eingesetzt.

- *Gleichaltrigenprobleme:* Beziehungsstörungen zu Gleichaltrigen werden in SELBST-Gleichaltrigenprobleme thematisiert. Strukturelle Interventionen auf Familien-/Schul-/Gleichaltrigenebene zielen auf die Veränderung grundlegender ungünstiger Bedingungen ab. Neben einer Korrektur ungünstiger sozialer Informationsverarbeitungsprozesse und dysfunktionaler Kognitionen kann zur Verbesserung mangelnder Affektregulation in Gleichaltrigenbeziehungen ein Affekt-/Impulskontrolltraining durchgeführt werden. Darüber hinaus steht die Verbesserung von Problemlösestrategien und sozialen Fertigkeiten in Gleichaltrigenbeziehungen im Zentrum, hierzu wird ein soziales Fertigkeitentraining durchgeführt; problemaufrechterhaltende Verstärkungsprozesse werden verändert.
- *Familienprobleme:* SELBST-Familienprobleme fokussiert Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Jugendlichen (Rademacher et al., in Vorb.). Sofern ungünstige Familienstrukturen und dysfunktionale Einstellungen zur Familie vorliegen, werden diese analysiert und verändert. Eine negative, kontaktvermeidende Beziehungsgestaltung kann durch die Stärkung positiver Beziehungselemente verbessert werden. Problemlöseprozesse in der Familie sowie die Kommunikationsfertigkeiten aller Familienmitglieder werden eingeübt und verbessert.

## 1.2 Zielgruppe von SELBST

### 1.2.1 Häufige Problembereiche von Jugendlichen

#### Fallbeispiel 1:

Die 15-jährige Sarah wird von ihren beiden Eltern vorgestellt. Zuhause gebe es fast nur noch Auseinandersetzungen, vor allem zwischen Mutter und Tochter tobe ein regelrechter Krieg. Sarah schimpft auch beim Erstgespräch sofort

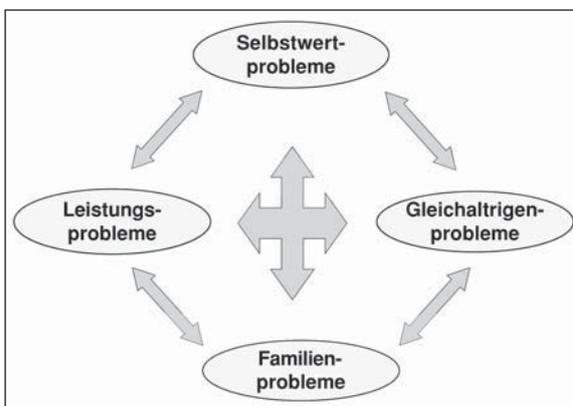
los, ihre Eltern seien völlig ungerecht und total verstaubt. Sie hätten etwas gegen ihren 17-jährigen Freund und auch ihre Freundinnen seien den Eltern ein Dorn im Auge.

In der Schule sei sie bisher ganz ordentlich mitgekommen, ausgenommen in Deutsch, wo sie schon immer schlechte Noten gehabt habe. Vor allem beim Aufsatzschreiben habe sie große Probleme.

In der Klasse habe sie keinen rechten Anschluss. Die anderen seien immer so kindisch und würden sie auch immer wieder wegen ihrer schiefen Nase ärgern. Diese würde sie selbst auch nicht mögen.

Im Unterricht sei es ihr schon immer schwer gefallen aufzupassen; aber jetzt sei die Schule eine reine Tortur, vor allem die meisten Lehrer seien richtig ätzend und vor allem unfair. Die Klassenlehrerin berichtet, dass Sarah im Unterricht zumeist missmutig vor sich hindöse und sich in der Klasse nach allen Regeln der Kunst unbeliebt mache, die anderen abfällig behandle und von sich aus kaum Kontakt zu Klassenkameraden suche.

Psychische Auffälligkeiten des Jugendalters sind vielschichtig. Die Problemkonstellationen sind sehr unterschiedlich und stellen den Therapeuten nicht selten vor die Schwierigkeit einer eindeutigen diagnostischen Zuordnung (vgl. Kap. 1.2.2). Vor dem Hintergrund einer dimensional, problemorientierten Sichtweise psychischer Auffälligkeiten lassen sich adolescententypische Probleme nach den in Abbildung 3 dargestellten Problembereichen gliedern (vgl. Kap. 1.1, Abb. 2; Rademacher et al., 2002):



**Abbildung 3:** Häufige Problembereiche von Jugendlichen

- *Selbstwertprobleme* treten häufig gemeinsam mit Aktivitäts- und Affektproblemen auf und entwickeln sich häufig vor dem Hintergrund andauernder negativer sozialer Rückmeldungen und Misserfolgserfahrungen im Kindesalter. Diese können sich äußern in einem mangelnden Selbstkonzept, mangelndem Kompetenzvertrauen, in einer negativen Sicht der eigenen Person, der Umwelt oder der Zukunft (vgl. Tab. 1; Beck et al., 2001). Selbstwertprobleme können sich auf verschiedene Bereiche beziehen und in ihrem Generalisierungsgrad unterscheiden. Fehleinschätzungen können negative und positive Eigenschaften betreffen. In der Regel findet sich bei Jugendlichen eine Überbewertung negativ wahrgenommener Aspekte, während Stärken und Ressourcen nur unzureichend oder gar nicht wahrgenommen werden. Diese gehen häufig einher mit einer Überschätzung der Fähigkeiten und Kompetenzen anderer („ich kann nichts, alle anderen machen alles

### Fallbeispiel 2:

Der 17-jährige Tom wird von seiner Mutter vorgestellt, die darüber klagt, dass Tom sich stark zurückziehe. Sie komme gar nicht an ihn heran, obwohl sie früher ein so gutes Verhältnis gehabt hätten. Tom sei schon immer ein zurückhaltender Junge gewesen, aber seit der Pubertät habe er sich immer mehr zurückgezogen. Er gehe nachmittags kaum raus, habe nur einen Freund, der allerdings ähnliche Probleme habe. In der Schule werde er oft gehänselt, die Mädchen machten sich häufig über ihn lustig. Seit einigen Jahren habe er jedoch immer wieder auch heftige Wutausbrüche, zunächst nur zu Hause der Mutter gegenüber. Aber auch in der Schule sei es immer wieder zu solchen Attacken gekommen. In letzter Zeit habe er Zeichnungen angefertigt, in denen es nur um Tod und Sterben ginge. Das mache ihr sehr viel Sorgen, wo doch ihr Sohn für sie das einzig Wichtige auf der Welt sei. Tom selbst verhält sich während es Erstgespräches sehr einsilbig, wirkt sehr unsicher und schüchtern, meint aber, dass die Mutter wie immer alles übertreibe und er eigentlich so zufrieden sei und sich gar nicht viel mehr mit anderen beschäftigen wolle. Er fände es viel interessanter, im Internet zu surfen und sich in Chats herumzutreiben; alles andere sei eigentlich ziemlich langweilig und nervig.

**Tabelle 1:** Übersicht über Selbstwertprobleme bei Jugendlichen

Problembereich		Beispiele	
Selbstwert	Fehleinschätzungen betreffend:	<b>Selbst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– inadäquate Einschätzung der eigenen Fähigkeiten (schulisch, sozial)</li> <li>– inadäquate Einschätzung der eigenen Position in der Familie oder Gleichaltrigengruppe</li> <li>– inadäquate Einschätzung des Äußeren</li> </ul>
		<b>Umwelt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Auf-/Abwertung der Eltern</li> <li>– Auf-/Abwertung der Gleichaltrigen</li> <li>– Auf-/Abwertung anderer Bezugspersonen (z. B. Lehrer)</li> </ul>
		<b>Zukunft</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fehleinschätzung der eigenen Möglichkeiten zur Einflussnahme</li> <li>– irrealer Überzeugung über negativen/positiven Verlauf der eigenen Entwicklung</li> </ul>
<b>Aktivität und Affekt</b>	<b>affektive Mischbilder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– gereizt-dysphorisch</li> <li>– verschlossen-misstrauisch</li> <li>– depressiv-apatich-anhedonisch</li> <li>– fremd-autoaggressiv</li> <li>– impulsiv-affektlabil</li> <li>– selbstunsicher-ängstlich</li> <li>– umtrieblich-euphorisch-angespannt</li> </ul>	

besser“). Daneben zeigen jedoch auch einige Jugendliche deutliche Überbewertungen und Überschätzungen eigener Fähigkeiten („in Englisch stehe ich zwar 5, die nächste Arbeit schreibe ich aber locker 2“), wobei Über- und Unterschätzungen gleichzeitig auftreten können. Solche dysfunktionalen Kognitionen beziehen sich auf eine verzerrte Sicht der eigenen Person (Fähigkeiten, Eigenschaften, äußere Attraktivität, Position in der Familie, der Schule/Ausbildung, der Gleichaltrigengruppe), der Bezugspersonen (z. B. von Eltern oder Gleichaltrigen) und der Zukunft (Misserfolge, mangelnde Einflussnahmemöglichkeiten).

*Probleme in der Steuerung von Aktivität und Affekt* hängen eng mit Selbstwertproblemen zusammen und können sich in allen Ausprägungen manifestieren von depressiv-dysphorischer Grundstimmung mit reduziertem Antrieb bis hin zu euphorischen Zustandsbildern mit übersteigertem Antrieb bzw. impulsivem Verhalten und/oder Affektlabilität (vgl. Tab. 1). Häufig zeigen sich affektive Mischformen, beispielsweise gereizt-dysphorische Zustände mit impulsiver Affektlabilität oder verschlossen-misstrauischer Grundhaltung bei selbstunsicher-ängstlich-zurückgezogenen Verhaltenszügen.

- *Leistungsprobleme* können sich als stark schwankende bzw. schlechte Schulleistungen bis hin zu vollständigem Schulversagen äußern. Diese können häufig zurückgeführt werden auf unzureichende Leistungsmotivation, mangelnde Anstrengungsbereitschaft und Leistungsängste. Daneben bestehen oft unzureichende organisatorische Fertigkeiten, die zur Folge haben, dass Hausaufgaben nicht zufrieden stellend bewältigt werden oder dass eine nur mangelhafte Vorbereitung auf Prüfungen und Arbeiten stattfindet (vgl. Tab. 2). Defizitäre Lernstrategien verstärken diese Probleme. Weiter findet sich gehäuft eine unangemessene Mitarbeit im Unterricht, die von stillem, apathischem Verhalten bis hin zu ausgeprägtem Störverhalten mit Provokationen von Lehrern und Mitschülern reichen kann. Wissenslücken in unterschiedlichen Fachbereichen verstärken diese Problematik noch zusätzlich. Die resultierenden schulischen Minderleistungen sind nicht ausschließlich durch eine unzureichende Begabung oder umschriebene Entwicklungsstörungen erklärbar (vgl. Walter & Döpfner 2006, 2007a, b, c in Vorb.; Döpfner & Walter, 2002).
- *Gleichaltrigenprobleme* können sich auf Symptomebene als ausgeprägter sozialer Rückzug

**Tabelle 2:** Übersicht über Leistungsprobleme bei Jugendlichen

Problembereich	Beispiele
<b>kognitive Dysfunktionen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geringe Leistungsmotivation</li> <li>– Anstrengungsvermeidung</li> <li>– Leistungsängste</li> <li>– Misserfolgsorientierung</li> </ul>
<b>Lernorganisation und -strategien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– schwankendes Lernverhalten</li> <li>– desorganisiertes Lernverhalten</li> <li>– unzureichende Lernstrategien</li> </ul>
<b>Mitarbeit im Unterricht</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– unzureichende Mitarbeit</li> <li>– apathisches Verhalten</li> <li>– Störverhalten</li> </ul>
<b>Wissenslücken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vokabeln Fremdsprachen</li> <li>– grammatikalische Grundlagen</li> <li>– Themengebiete Naturwissenschaften usw.</li> </ul>

und soziale Unsicherheit bis hin zu meist chronifizierten Konflikten mit aggressiver Problemlösung äußern (vgl. Tab. 3). Häufig finden sich mangelnde soziale Kompetenzen bei der Kontaktaufnahme, dem Beziehungsaufbau, der Selbstbehauptung oder der Konfliktlösung. Solche Kompetenzdefizite haben meist eine mangelnde Anerkennung bzw. Ablehnung durch Gleichaltrige zur Folge.

– *Familienprobleme* treten zwischen dem Jugendlichen und den Eltern oder weiteren Bezugspersonen (z. B. Geschwistern) in Form von chronifizierten Konflikten oder Beziehungsabbrüchen auf (vgl. Tab. 4). Meist ist die Eltern-Jugendlichen-Beziehung stark beeinträchtigt, inadäquate Problemlöseprozesse und unzureichende Kommunikationsstrategien halten die Probleme zusätzlich aufrecht.

**Tabelle 3:** Übersicht über Gleichaltrigenprobleme bei Jugendlichen

Problembereich	Beispiele
<b>Gleichaltrigenbeziehungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– mangelnde Integration in Gleichaltrigengruppe</li> <li>– Probleme, Kontakt zu Gleichaltrigen zu knüpfen, Beziehungen zu intensivieren</li> <li>– Probleme, sich angemessen zu behaupten</li> <li>– Probleme, Konflikte zu lösen</li> <li>– Probleme, intime Beziehungen aufzunehmen</li> </ul>

**Tabelle 4:** Übersicht über Familienprobleme bei Jugendlichen

Problembereich	Beispiele
<b>Familienbeziehungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– über das normale Maß hinausgehende, häufige und intensive Auseinandersetzungen mit den Eltern</li> <li>– Auseinandersetzungen führen nicht zu einer Lösung</li> <li>– mangelnder Austausch über Probleme</li> </ul>

**Tabelle 5:** Übersicht über Auffälligkeiten von Jugendlichen, bei denen SELBST nicht als primäre Behandlungsstrategie einzusetzen ist

<b>Problembereiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychosen</li> <li>– Anorexia oder Bulimia nervosa</li> <li>– schwere Angst- und Zwangsstörungen</li> <li>– schwerer Substanzabusus (Alkohol, illegale Drogen; nicht adoleszenten-spezifisches Probierverhalten)</li> <li>– ausgeprägte, chronifizierte Verhaltensauffälligkeiten, die die Entwicklung einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung als wahrscheinlich erscheinen lassen (z. B. impulsiv-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus)</li> <li>– schwere Störungen des Sozialverhaltens mit ausgeprägter Delinquenz</li> </ul>
------------------------	--

Jugendliche, die mit dem Behandlungsprogramm SELBST angesprochen werden sollen, weisen Probleme in zumindest einem der vier Bereiche auf, häufig finden sich Auffälligkeiten in mehreren Bereichen. Diese sind nicht als voneinander unabhängige, distinkte Einheiten verstehbar, sondern es bestehen Überlappungen mit wechselseitiger Beeinflussung. Die Einteilung in die Problembereiche dient in erster Linie der Strukturierung des therapeutischen Vorgehens. Interventionen in einem der Bereiche stehen mit Änderungen in anderen Bereichen in Zusammenhang, es besteht also eine wechselseitige Beeinflussung.

Das Altersspektrum umfasst Jugendliche von etwa 12 bis 18 Jahren. Die Erfahrungen zeigen, dass das Programm auch bei jüngeren Kindern und jungen Erwachsenen erfolgreich einsetzbar ist. Relevanter als das Lebensalter ist der Entwicklungsstand des Patienten.

Häufig werden bei Jugendlichen, die in den genannten Bereichen Auffälligkeiten haben, die Diagnosekriterien einer depressiven Störung (ICD-10: F32), einer sozialen oder generalisierten Angststörung (ICD-10: F40.1/F93.2 bzw. F41.1), einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ICD-10: F90), einer Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F91) oder einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) erfüllt (zur Problematik von Diagnosen siehe Kap. 1.2.2). Die angesprochenen Auffälligkeiten können aber auch bei Jugendlichen auftreten, bei denen andere psychische Störungen im Vordergrund stehen, beispielsweise Zwangsstörungen (ICD-10: F42), andere Angststörungen (ICD-10: F40, F93.1, F41, F93.0), Essstörungen (ICD-10: F50), Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Störungen

(ICD-10: F60.3), schwere Delinquenz oder Dissozialität (ICD-10: F91, F92, F60.2), Drogenabusus (ICD-10: F1) oder Psychosen (ICD-10: F20). In diesen Fällen sind meist andere Behandlungsansätze indiziert (vgl. Tab. 5). Im Behandlungsverlauf können jedoch durchaus einzelne Bausteine aus dem Therapieprogramm SELBST eingesetzt werden, um umschriebene Problembereiche zu vermindern (vgl. Kap. 1.5).

### 1.2.2 Diagnostische Einordnung der Problembereiche in das kategoriale Diagnosesystem ICD-10

Das Therapieprogramm SELBST bezieht sich nicht auf ein spezifisches Störungsbild nach ICD-10 oder DSM-IV. Es versucht vielmehr, ein breites Störungs- und Problemspektrum anzusprechen und trägt dem Umstand Rechnung, dass im Jugendalter häufig eine Mischung von Problemen aus unterschiedlichen Störungsbereichen zu beobachten ist (vgl. Döpfner & Walter, 2002; Döpfner, 2004). Neben ausgeprägten Störungsbildern treten zudem auch noch klinisch relevante Symptome auf, die jedoch isoliert genommen nicht das Vollbild einer Störung erfüllen. Daher lassen sich Auffälligkeiten bei Jugendlichen durch Diagnosekategorien der Klassifikationssysteme häufig nur schwer abbilden. Dennoch ist der Therapeut dazu angehalten, die Problematik der Jugendlichen mithilfe des in Deutschland gebräuchlichen Klassifikationssystems ICD-10 (Dilling et al., 1999) kategorial zu verschlüsseln. Daher soll im Folgenden der Versuch unternommen werden, die in Kapitel 1.2.1 aufgeführten Problembereiche diagnostisch in die ICD-10 einzuordnen

**Tabelle 6:** Diagnostische Einordnung der adolescentenspezifischen Probleme in die ICD-10

Bereich	Diagnostische Zuordnung
<b>Selbstwert-, Aktivitäts- und Affektprobleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– depressive Episode/Dysthymie</li> <li>– Störung des Sozialverhaltens</li> <li>– beginnende Persönlichkeitsstörung</li> </ul>
<b>Leistungsprobleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)</li> <li>– depressive Episode/Dysthymie</li> <li>– Angststörung</li> <li>– Teilleistungsstörungen</li> </ul>
<b>Beziehungsprobleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ADHS/Störung des Sozialverhaltens</li> <li>– beginnende Persönlichkeitsstörung</li> <li>– depressive Episode/Dysthymie</li> <li>– soziale Phobie, generalisierte Angststörung</li> </ul>

(vgl. Tab. 6), wobei Mehrfachdiagnosen häufig vorkommen.

- *Selbstwertprobleme:* diese sind meist im introversiven Störungsspektrum angesiedelt und können als depressive Episode (ICD-10: F32) oder Dysthymie (ICD-10: F34.1) diagnostiziert werden. Gereizte Stimmungsbilder in Verbindung mit aggressiver Konfliktlösung können mit der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F91) abgedeckt werden. Bei häufigen Beziehungsabbrüchen mit affektiver Instabilität können auch beginnende Persönlichkeitsstörungen (vor allem emotional-instabil vom Borderlinetypus, ICD-10: F60.31) in Betracht gezogen werden, wobei insbesondere vor dem 18. Lebensjahr die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sorgfältig abgewogen werden muss.
- *Leistungsprobleme:* an erster Stelle wird in diesem Zusammenhang die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS, ICD-10: F90) abgeklärt. Diese ist auch im Jugendalter häufig, entweder als Vollbild oder in Form von Residualsymptomen (vgl. Döpfner et al., 2000). Bei mangelndem Antrieb, geringer Leistungsmotivation und Anstrengungsbereitschaft oder ausgeprägten Leistungsängsten sollten auch introversive Störungen wie depressive Episoden (ICD-10: F32), Dysthymien (ICD-10: F34.1) oder Angststörungen (ICD-10: F40, F41, F93.0, F93.1, F93.2) in Erwägung gezogen werden. Grundsätzlich ist bei Vorliegen von Leistungsproblemen die differenzierte Abklärung der allgemeinen Intelligenz sowie von umschriebenen Störungen schulischer Fertigkeiten (Teilleistungsstörungen, ICD-10: F81) indiziert.

- *Beziehungsprobleme mit Eltern und Gleichaltrigen:* Zeigen sich Beziehungsschwierigkeiten in der Familie oder in der Gleichaltrigen-Gruppe, so können die Auffälligkeiten des Jugendlichen als expansive oder introversive Störungen klassifiziert werden. Im expansiven Bereich können ein ADHS (ICD-10: F91), Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91) oder beginnende Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60, F61) in Betracht gezogen werden. Im introversiven Bereich kommen depressive Störungen (ICD-10: F32) oder Dysthymien (ICD-10: F34.1) in Frage. Findet sich ein ausgeprägter sozialer Rückzug, sollten sozialen Phobien (ICD-10: F40.1, F93.2) oder andere Angststörungen wie z. B. generalisierte Angststörungen (ICD-10: F41.1) abgeklärt werden.

### 1.3 Spezifische Probleme in der Behandlung von Jugendlichen

Die verhaltenstherapeutische Behandlung von Jugendlichen nimmt in der Psychotherapie eine Sonderstellung ein und unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der therapeutischen Herangehensweise im Kindesalter und auch im Erwachsenenalter (vgl. Döpfner & Walter, 2002). Dies ist zum einen rückführbar auf vielfältige Veränderungen auf psychischer und körperlicher Ebene sowie im Bereich der Beziehungsgestaltung zu Gleichaltrigen und Erwachsenen. Jugendliche sind mit multiplen Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die innerhalb von nur wenigen Jahren bewältigt werden müssen. Hierunter zählen unter