



Dippel • Christiansen • Brakemeier

CBASP@YoungAge

Behandlungsprogramm
für Depressionen
im Kindes- und Jugendalter



E-Book inside +
Arbeitsmaterial

BELTZ

Dippel • Christiansen • Brakemeier

CBASP@YoungAge



Dr. Nele Dippel (Dipl.-Psych.) ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Humboldt-Universität zu Berlin und klinische Psychologin an der Charité Universitätsmedizin Berlin tätig. Sie hat ihre Promotion 2022 an der Philipps-Universität in Marburg abgeschlossen und absolviert dort die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin (VT) am KJ-IPAM. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf affektiven Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie dem Elterneinbezug in die Psychotherapie.



Prof. Dr. Hanna Christiansen, Professur für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie an der Philipps Universität Marburg. Sie leitet das dortige Institut für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Ausbildung sowie die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Ambulanz. Prof. Christiansen ist approbierte psychologische Psychotherapeutin und zertifizierte Supervisorin für Verhaltenstherapie.



Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier ist Universitätsprofessorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie Direktorin des Zentrums für Psychologische Psychotherapie an der Universität Greifswald. Als approbierte Verhaltenstherapeutin ist sie zudem als Therapeutin, Supervisorin und Trainerin zertifiziert in der Interpersonellen Psychotherapie (IPT), dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) sowie der Well-Being Therapie (WBT).

Nele Dippel • Hanna Christiansen • Eva-Lotta Brakemeier

CBASP@YoungAge

Behandlungsprogramm für Depressionen
im Kindes- und Jugendalter

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Dr. Nele Dippel
Institut für Psychologie (Klinische Kinder- und
Jugendlichenpsychologie und -psychotherapie)
Humboldt-Universität zu Berlin
Rudower Chaussee 18
12489 Berlin
E-Mail: nele.dippel@hu-berlin.de

Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Direktorin des Zentrums für Psychologische
Psychotherapie (ZPP)
Universität Greifswald
Franz-Mehring-Str. 47
17489 Greifswald
E-Mail: eva-lotta.brakemeier@uni-greifswald.de

Prof. Dr. Hanna Christiansen
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Philipps-Universität Marburg
Gutenbergstr. 18
35037 Marburg
E-Mail: christih@staff.uni-marburg.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz **Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)** veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>



Verwertung, die den Rahmen der **CC BY-NC-ND 4.0 Lizenz** überschreitet, ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Bearbeitung und Übersetzungen des Werkes. Die in diesem Werk enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Quellenangabe/Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Diese Publikation wurde durch den Open-Access-Publikationsfonds der Philipps-Universität Marburg gefördert.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28989-4 Print
ISBN 978-3-621-28988-7 E-Book (PDF)

1. Auflage 2023

© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Einige Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa

Umschlagbild: © getty images/Klaus Vedfelt

Illustration: Azimeh Maleki

Herstellung: Sonja Frank

Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau

Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort	9
1 Überblick: Depressionen im Kindes- und Jugendalter	15
2 Behandlungsrational CBASP@YoungAge	32
3 Therapeutische Haltung und Techniken	48
4 Einführungsphase	62
5 Hauptphase	84
6 Abschlussphase	127
7 Mögliche Probleme im Therapieablauf	138
8 Stand der Forschung zu CBASP@YoungAge	147
Schlusswort	150
Anhang	
Literatur	156
Hinweise zum Arbeitsmaterial	169
Sachwortverzeichnis	171

Inhalt

Vorwort	9
1 Überblick: Depressionen im Kindes- und Jugendalter	15
1.1 Klassifikation der Depressionen	17
1.2 Symptomatik von Depressionen im Entwicklungsverlauf	19
1.3 Ätiologie der Depressionen im Kindes- und Jugendalter	23
1.4 Langfristige Folgen von Depressionen für Kinder, Jugendliche und Bezugspersonen	27
1.5 Schlussfolgerungen für die Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter	28
2 Behandlungsrational CBASP@YoungAge	32
2.1 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	32
2.2 Merkmale von CBASP@YoungAge	34
2.3 Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation	40
2.4 Rahmenbedingungen und Struktur des Behandlungsprogramms	43
2.4.1 Ablauf und Dauer der Behandlung	43
2.4.2 Integration der Bezugspersonen	45
2.4.3 Therapeutisches Setting	45
3 Therapeutische Haltung und Techniken	48
3.1 Diszipliniertes Persönliches Einlassen (DPE)	48
3.2 Kontingente Persönliche Reaktion und Interpersonelle Diskriminationsübung	52
3.2.1 Hintergrund für die Therapeut:innen	52
3.2.2 Einbezug von Bezugspersonen	53
3.2.3 Durchführungshinweise zur Kontingenten Persönlichen Reaktion (KPR)	53
3.2.4 Durchführungshinweise zu Interpersonellen Diskriminationsübungen (IDÜ)	57
4 Einführungsphase	62
4.1 Kennenlernen	63
4.1.1 Hintergrund für die Therapeut:innen	63
4.1.2 Einbezug der Bezugspersonen	64
4.1.3 Durchführungshinweise zum Kennenlernen	64
4.2 Psychoedukation	66
4.2.1 Hintergrund für die Therapeut:innen	66
4.2.2 Durchführungshinweise zur Psychoedukation	68
4.2.3 Erarbeitung der interpersonellen Mauer	70
4.2.4 Einbezug der Bezugspersonen	73
4.3 Die Liste der prägenden Bezugspersonen	75

4.3.1	Hintergrund für die Therapeut:innen	76
4.3.2	Einbezug der Bezugspersonen	76
4.3.3	Durchführungshinweise zur Liste der prägenden Bezugspersonen	77
4.4	Übertragungshypothese	80
4.4.1	Hintergrund für die Therapeut:innen	80
4.4.2	Durchführungshinweise zur Übertragungshypothese	81
4.4.3	Einbezug der Bezugspersonen	83
4.5	Abschluss der Einführungsphase	83
5	Hauptphase	84
5.1	Modul: Kiesler-Kreis-Familientraining	84
5.1.1	Hintergrund für die Therapeut:innen	85
5.1.2	Einbezug der Bezugspersonen	91
5.1.3	Gemeinsame Einführung in das Kiesler-Kreis-Familientraining	91
5.1.4	Durchführungshinweise zum Kiesler-Kreis-Familientraining	101
5.1.5	Weitere Übungen im Kiesler-Kreis-Familientraining	105
5.2	Modul: Situationsanalyse	109
5.2.1	Hintergrund für die Therapeut:innen	109
5.2.2	Einbezug der Bezugspersonen	110
5.2.3	SEW-Schema	111
5.2.4	Einführung in die Situationsanalyse	114
5.2.5	Durchführungshinweise zum Modul Situationsanalyse	116
5.2.6	Umsetzung des Moduls	125
6	Abschlussphase	127
6.1	Hintergrund für die Therapeut:innen	127
6.2	Einbezug der Bezugspersonen	128
6.3	Durchführungshinweise zur Rückfallprophylaxe	129
7	Mögliche Probleme im Therapieablauf	138
8	Stand der Forschung zu CBASP@YoungAge	147
	Schlusswort	150
	Anhang	
	Literatur	156
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	169
	Sachwortverzeichnis	171

Vorwort

»Die Mauern, die wir um uns herum bauen,
um Traurigkeit fernzuhalten, halten auch die Freude fern.«

(Jim Rohn)

Warum dieses Buch?

Wie im Eingangszitat metaphorisch beschrieben, können wir Menschen Mauern um uns herum aufbauen, die uns davor schützen, verletzt zu werden. Diese Mauern bauen wir auf, wenn wir schwierigen oder traumatisierenden Erfahrungen mit anderen Menschen ausgesetzt sind. Insbesondere sollen diese Schutzmauern uns helfen, Traurigkeit fernzuhalten, aber auch Wut, Enttäuschung oder andere negative Gefühle. Abgetrennt von der Umwelt erreichen uns hinter diesen Schutzmauern jedoch auch Freude, Glück oder weitere positive Gefühle nicht mehr. Häufig sind diese Mauern zentral für die individuelle Entwicklung von Menschen und stehen in einem engen Zusammenhang zu psychischen Belastungen und Erkrankungen, insbesondere zu Depressionen. Das **Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy** (CBASP) von James McCullough möchte Betroffenen helfen, diese Mauern zu überwinden. CBASP ist eine psychotherapeutische Methode, die speziell auf chronische bzw. persistierende Depressionen im Erwachsenenalter fokussiert. Persistierende Depressionen sind meist durch frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen gekennzeichnet, wobei die daraus entstandenen Prägungen und interpersonellen Probleme in der Therapie identifiziert, bearbeitet und verändert werden. Wirksamkeitsnachweise und verschiedene evaluierte Anwendungsbereiche haben dazu geführt, dass CBASP mittlerweile als ein gut etabliertes und effektives Behandlungsprogramm in der Erwachsenenpsychotherapie für persistierende Depressionen betrachtet werden kann.

Allerdings gilt es zu beachten, dass die frühen (traumatisierenden) Beziehungserfahrungen überwiegend in der Kindheit und Jugend entstehen und sich während dieser vulnerablen Zeit auch direkt negativ auf das Erleben, Verhalten und die Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen auswirken. Entsprechend sind Depressionen im Kindes- und Jugendalter in der Entstehung und (persistierenden) Aufrechterhaltung eng mit dem interpersonellen Kontext verbunden. Praktisch tätige Psychotherapeut:innen in Workshops oder Fortbildungen äußerten vor diesem Hintergrund bei fehlenden überzeugend wirksamen Alternativen (s. nächster Abschnitt) immer wieder den Wunsch, CBASP als alterssensible Modifikation auch mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien anzuwenden zu können, um eben diese Themen zu adressieren.

Aus diesem Bedarf entstand das Projekt CBASP@YoungAge – die alterssensible Modifikation von CBASP für Kinder und Jugendliche mit Depressionen und interpersonellen Schwierigkeiten unter Einbezug der Bezugspersonen und mit direkter wissen-

schaftlicher Begleitevaluation. Mit diesem Buch wollen wir unsere bisher gesammelten Erkenntnisse, Erfahrungen, Ergebnisse und Möglichkeiten der Anwendung zusammenfassen und als praxisnahe Anleitung und Anregung praktisch tätigen Psychotherapeut:innen sowie Psychotherapieforscher:innen zur Verfügung stellen.

Bedarf an psychotherapeutischen Ansätzen für Kinder und Jugendliche mit Depressionen.

Aktuelle Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Depressionen weisen immer wieder darauf hin, dass ein großer Bedarf besteht, die Behandlung zu optimieren (z.B. Eckshtain et al., 2020). Die existierenden randomisiert-kontrollierten Studien und Metaanalysen weisen auf geringe bis allenfalls mittlere Effektstärken bezüglich der Wirksamkeit hin, wobei zudem hohe Rückfall- und Drop-outraten zu verzeichnen sind (siehe z. B. Cuijpers et al., 2021). Diese ernüchternden Wirksamkeitsbefunde beflügelten unsere Motivation für die Entwicklung und Evaluation von CBASP@YoungAge. Aus unserer Sicht eröffnet CBASP@YoungAge die Möglichkeit, eine in der Erwachsenenpsychotherapie bereits gut evaluierte Psychotherapiemethode weiterzuentwickeln und dabei gleichzeitig für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen einen vergleichsweise neuartigen Ansatz zu generieren.

Bedeutsamkeit der psychotherapeutischen Arbeit an interpersonellen Problemen.

Der interpersonelle Kontext spielt in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen eine zentrale Rolle. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen leben zu meist gemeinsam mit Bezugspersonen in einem familiären Setting, wurden und werden durch dieses geprägt und beeinflusst und müssen auch über die Therapie hinaus im Alltag in der Familie miteinander umgehen. Dem familiären Bezugssystem kommt somit in der Ätiologie und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung oft eine entscheidende Rolle zu. Studien unterstreichen insbesondere im Kontext der Depressionen den Zusammenhang zwischen interpersonellen Problemen und der depressiven Symptomatik. Somit legen Forschungsergebnisse nahe, dass die Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter auf bestehende interpersonelle Probleme ausgerichtet sein sollte. Es erscheint zentral, diese Interaktionsmuster in der Therapie zu identifizieren und zu verändern, um so eine nachhaltige Verbesserung erreichen zu können.

Für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist es wichtig und hilfreich, individuelle schwierige Beziehungserfahrungen oder Prägungen zu erarbeiten, zu bearbeiten und zu verändern. Zudem legen Studien nahe – wie in der systemischen Therapie – das Bezugssystem in die Therapie direkt einzubeziehen (vgl. Metaanalyse zum Familieneinbezug von Dippel et al., 2021). Die konkrete Arbeit an interpersonellen Problemen mit Patient:innen und ihren Bezugspersonen bietet dabei die Möglichkeit, der oder dem Betroffenen und den Familienmitgliedern einen Perspektivwechsel auf interpersonelle Situationen zu ermöglichen und für alle hilfreiche interpersonelle Umgangsweisen miteinander zu erlernen, um kurz- und langfristige Veränderungen interpersoneller Muster in der Familie bzw. dem Bezugssystem zu erreichen.

Konzeptualisierung von CBASP@YoungAge als neues Psychotherapieprogramm für diese Altersgruppe.

Die Erweiterung des Interventionsspektrums von CBASP@YoungAge über die klassische CBASP-Therapie hinaus liegt in den vorherigen Überlegungen begründet. Die klassische CBASP-Therapie adressiert interpersonelle Faktoren sowohl im

Kontext der Ätiologie als auch bezogen auf aktuelle Probleme. CBASP@YoungAge setzt allerdings anders als das klassische CBASP deutlich früher in der Entwicklung der Erkrankung an und adressiert Kinder und Jugendliche, die von Depressionen betroffen sind und in deren Alltag schwierige oder traumatisierende Beziehungserfahrungen meist noch unmittelbar eine Rolle spielen. Mit dieser Veränderung im Altersspektrum gehen einige Modifikationen sowie neue Möglichkeiten in der praktischen therapeutischen Arbeit und der Konzeptualisierung des Therapieprogramms einher.

Die wesentliche und wichtigste Veränderung zum klassischen CBASP Konzept stellt aus unserer Perspektive der direkte Einbezug der aktuellen Bezugspersonen der betroffenen Kinder und Jugendlichen dar. Die Bezugspersonen gestalten meist die bisherigen und aktuellen Beziehungserfahrungen, die daher in der Therapie nicht nur direkt bearbeitet, sondern auch gemeinsam verändert werden können. Somit können die in CBASP angestrebten korrigierenden Beziehungserfahrungen nicht nur im Kontakt mit dem:der Therapeut:in erreicht werden, sondern bestenfalls bereits im direkten Kontakt mit aktuellen Bezugspersonen. Diese Kombination bietet die Möglichkeit, die aktuelle depressive Erkrankung der Kinder und Jugendlichen personalisiert zu behandeln, eine dauerhafte Veränderung in den Familien zu erreichen und damit einer persistierenden depressiven Entwicklung bestenfalls nachhaltig vorzubeugen.

Stimulation von Wirksamkeits- und Prozessforschung. An dieser Stelle möchten wir explizit hervorheben, dass CBASP@YoungAge bislang nicht als evidenzbasiertes Therapieprogramm betrachtet werden kann. Die in diesem Buch vorgestellten Strategien stellen alterssensible Variationen und Adaptionen der klassischen CBASP-Psychotherapiemethode dar, die als gut evaluiert bzw. evidenzbasiert eingestuft werden kann (Übersicht s. z. B. Guhn, Köhler & Klein, 2022). Das neue CBASP@YoungAge-Programm wird derzeit im Rahmen einer Pilotstudie hinsichtlich der Umsetzbarkeit und Wirksamkeit untersucht (s. Dippel et al., 2022); diese wird in Kapitel 8 ausführlich beschrieben.

Was verbirgt sich hinter CBASP@YoungAge?

Als alterssensible Adaption von CBASP beinhaltet CBASP@YoungAge alle Strategien der klassischen CBASP-Therapie und basiert entsprechend auf den Theorien und dem ätiologischen Störungsmodell, wie sie McCullough beschreibt (z. B. McCullough, 2000). Zusätzlich werden in CBASP@YoungAge empirische Erkenntnisse zur Ätiologie von Depressionen im Kindes- und Jugendalter und damit besonders der Einfluss des vergangenen und aktuellen Bezugssystems auf die Entwicklung, Aufrechterhaltung und Behandlung der Erkrankung berücksichtigt. Weiterhin fließen Studienergebnisse zu modularen Interventionen im Kindes- und Jugendalter ein (z. B. Harmon et al., 2021; Chorpita et al., 2005), was zum modularen Aufbau des Programms geführt hat.

Die zentralen Ziele von CBASP@YoungAge adressieren die Verringerung der Belastung der Kinder und Jugendlichen sowie eine Veränderung des intrafamiliären interpersonellen Verhaltens, wobei angenommen wird, dass beide Prozesse sich wechselseitig beeinflussen.

Mit den jungen Patient:innen werden somit – analog zur klassischen CBASP-Therapie für Erwachsene – zunächst bisherige individuelle biografische Erfahrungen erarbei-

tet und anschließend in Hinblick auf aktuelles Verhalten der Patient:innen sowie ihrer Bezugspersonen bearbeitet. Hierbei sollen rigide oder starre Verhaltensmuster in der Familie erkannt, aufgebrochen und verändert werden, was eine Erhöhung der interpersonellen Flexibilität bei allen beteiligten Familienmitgliedern zur Folge haben sollte. CBASP@YoungAge ist in die folgenden drei Abschnitten gegliedert:

- (1) Einführungsphase (Kennenlernen, Erarbeiten der interpersonellen Mauer, der prägenden Bezugspersonen sowie der Übertragungshypothese)
- (2) Hauptphase (modulare Umsetzung des Kiesler-Kreis-Familientraining sowie der Situationsanalysen)
- (3) Abschlussphase (Beendigung und Abschluss der Therapie)

Wie in der klassischen CBASP-Therapie ist in allen drei Therapiephasen die therapeutische Haltung des disziplinierten persönlichen Einlassens zentral, die durch die Techniken der Kontingenten Persönlichen Reaktion und der Interpersonellen Diskriminationsübung ergänzt wird. Die Reihenfolge und Umsetzung der unterschiedlichen Phasen und Module ist dabei als Vorschlag zu verstehen, der durch die Therapeut:innen personalisiert angewendet werden kann. Im Buch werden Vorschläge bzgl. unterschiedlicher Settings und Anwendungsmöglichkeiten gegeben, die variiert werden können. Bezüglich der Indikation empfehlen wir CBASP@YoungAge für Patient:innen im Kindes- und Jugendalter ab zehn Jahren, die depressive Symptome zeigen und insbesondere interpersonelle Probleme mit Bezugspersonen beschreiben. Auch bei Familien, die zunächst keine interpersonellen Schwierigkeiten benennen, kann CBASP@YoungAge aus unserer Perspektive indiziert sein, da die interpersonellen Probleme im Verlauf oftmals sichtbar werden. Im Falle von komorbiden Symptomen oder Problembereichen, kann CBASP@YoungAge durch weitere evidenzbasierte Interventionen ergänzt werden. Die modulare Gestaltung des Psychotherapieprogrammes ermöglicht hier eine personalisierte Integration zusätzlicher psychotherapeutischer Strategien.

Wie ist das Buch aufgebaut?

Kapitel 1. Bislang existiert noch keine Adaptation von CBASP für das Kindes- und Jugendalter. Daher gibt Kapitel 1 eine Übersicht über aktuelle Befunde zur Ätiologie, Symptomatik und Behandlungsoptionen von Depressionen im Kindes- und Jugendalter, wobei diese Zusammenschau die Relevanz von CBASP@YoungAge untermauert.

Kapitel 2. Abgeleitet aus den Darstellungen des ersten Kapitels wird hier das Konzept von CBASP@YoungAge vorgestellt. Die Rahmenbedingungen des Therapieprogramms, Besonderheiten in der Umsetzung sowie Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation werden vorgestellt. Zudem werden Möglichkeiten der Personalisierung beschrieben, die u. a. je nach Entwicklungsphase angemessen sein können.

Kapitel 3. Dieses Kapitel widmet sich der therapeutischen Haltung des disziplinierten persönlichen Einlassens sowie den damit verknüpften Techniken der kontingenten persönlichen Reaktion und der interpersonellen Diskriminationsübung. Es werden konkrete Anwendungsbeispiele sowie Hinweise zur Arbeit mit Bezugspersonen im psychotherapeutischen Setting gegeben.

Kapitel 4. In diesem Kapitel wird die Einführungsphase von CBASP@YoungAge beschrieben. Diese fokussiert neben dem Kennenlernen der Familie die Einführung in die Metapher der interpersonellen Mauer als zentrales Störungsmodell der Therapie, das Erarbeiten der prägenden Bezugspersonen sowie der Übertragungshypothese(n). Alle Bestandteile der Therapie werden, sofern notwendig, in unterschiedlichen Altersvariationen dargestellt und mit Hinweisen zur Arbeit mit Bezugspersonen versehen.

Kapitel 5. Dieses Kapitel beschreibt die Hauptphase. Sie ist modular aufgebaut und beinhaltet das Modul der Situationsanalyse für die individuelle Arbeit sowie das Kiesler-Kreis-Familientraining, in dem die Bezugspersonen aktiv in die Therapie einbezogen werden und somit eine gemeinsame interpersonelle fokussierte Arbeit mit allen Beteiligten erfolgt. Auch diese Strategien werden in unterschiedlichen Altersvariationen dargestellt und sind mit Hinweisen zur Arbeit mit Bezugspersonen versehen.

Kapitel 6. In diesem Kapitel wird die Abschlussphase beschrieben. Diese umfasst praktische Anleitungen für das Ende der Therapie und adressiert auch die Anwendung von CBASP@YoungAge-Techniken und -Übungen im Alltag der Familie nach Abschluss der Therapie.

Kapitel 7. Hier werden mögliche Probleme und Schwierigkeiten im Therapieablauf skizziert. Diese leiten sich aus unseren bisherigen praktischen Erfahrungen mit CBASP@YoungAge ab und stellen eine Empfehlung zum Umgang dar. Unterstützt werden diese durch praxisnahe Beispiele.

Kapitel 8. Zum Abschluss bietet dieses Kapitel einen Überblick zur Forschungslage von CBASP@YoungAge, wobei insbesondere die Pilotstudie vorgestellt sowie weitere Forschung diskutiert wird.

Inhaltliche, sprachliche und formelle Anmerkungen

Familienbegriff. Wir sprechen in diesem Buch immer wieder von Familie, Bezugspersonen oder Eltern. Den Begriff Familie verstehen wir dabei als offenes Konzept und eindeutig unabhängig von biologischer Verwandtschaft. Mit Familie ist somit jegliche Form des Zusammenlebens zwischen Erwachsenen und Kindern gemeint, die sich selbst als Familie verstehen. Im Kontext von CBASP@YoungAge schließt dies auch Wohngruppen oder weitere Betreuungssituationen ein. Vor diesem Hintergrund verwenden wir statt des Begriffs Eltern den Begriff der Bezugsperson, um zu verdeutlichen, dass in CBASP@YoungAge das primäre soziale familiäre Umfeld von Kindern und Jugendlichen angesprochen wird, unabhängig von biologischer Verwandtschaft, Geschlecht oder sexueller Orientierung. Den Begriff Eltern verwenden wir nur im Kontext von zitierten Forschungsarbeiten, die sich explizit auf Eltern beziehen, oder bei konkreten Beispielen, die aus der Praxis abgeleitet sind.

Geschlecht. Um alle Geschlechter gleichermaßen zu berücksichtigen, haben wir uns entschieden, den Text zu gendern und dafür den Doppelpunkt zu verwenden.

Begriff chronische Depressionen. Zur Bezeichnung der chronischen Depressionen verwenden wir im Text den Begriff der persistierend depressiven Störungen. Dies entspricht dem aktuellen Fachbegriff gemäß der Verwendung im DSM-5.

Übersetzung von CBASP-Fachtermini. Bezüglich der CBASP-Fachtermini beziehen wir uns auf die etablierten deutschsprachigen Begriffe aus vorangegangenen Publikationen (z. B. Brakemeier, Guhn & Normann, 2021). An vielen Stellen haben wir allerdings alterssensible Alternativen bereitgestellt, die in den konkreten Therapiesituationen mit den Kindern und Jugendlichen genutzt werden können. Häufig sprechen wir in diesem Buch übergreifend über traumatisierende Beziehungserfahrungen. In der Definition dieser beziehen wir uns auf die Definition der WHO zu Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen, welche sich auf alle Arten von körperlicher und/ oder seelischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung bezieht. Die eindrücklichen, sehr schwierigen oder dysfunktionalen Beziehungserfahrungen, die in CBASP@-YoungAge adressiert werden, sind allerdings nicht gleichzusetzen mit traumatischen Ereignissen. Da die Patient:innen häufig noch mit ihren prägenden Bezugspersonen zusammenleben, sollte immer sichergestellt sein, dass keine Kindeswohlgefährdung vorliegt (siehe Abschnitt zu Empfehlungen für Indikation und Kontraindikation).

Bezeichnung von CBASP@YoungAge als Programm. Schließlich wurden für CBASP@-YoungAge die unterschiedlichen Bestandteile des ursprünglichen Behandlungsprogramms in modularisierter Form aufgenommen. Das ermöglicht die flexible und personalisierte Anwendung im familiären Kontext. Therapeut:innen können eigenständig entscheiden, wann welches Modul eingesetzt wird. Daher wird das Konzept auch als ein Programm bezeichnet und nicht als Manual.

Aus dem beschriebenen Bedarf heraus entstand das Projekt CBASP@YoungAge – die alterssensible Modifikation von CBASP für Kinder und Jugendliche mit Depressionen und interpersonellen Schwierigkeiten unter Einbezug der Bezugspersonen und mit direkter wissenschaftlicher Begleitevaluation. Mit diesem Buch wollen wir unsere bisher gesammelten Erkenntnisse, Erfahrungen, Ergebnisse und Möglichkeiten der Anwendung zusammenfassen und als praxisnahe Anleitung und Anregung praktisch tätigen Psychotherapeut:innen sowie Psychotherapieforscher:innen zur Verfügung stellen.

Wir hoffen, dass dieses Buch dazu beiträgt, das CBASP@YoungAge-Programm weiter zu disseminieren, sodass möglichst viele Psychotherapeut:innen Erfahrungen in der Anwendung sammeln können. Das Ziel von derartigen neuen bzw. modifizierten Psychotherapien sollte natürlich immer darin bestehen, dass möglichst vielen Kindern und Jugendlichen, die unter Depressionen leiden, noch gezielter, schneller und insbesondere auch nachhaltiger geholfen werden kann, die Erkrankung zu behandeln.

Da die Psychotherapieforschung dieses Ansatzes genau wie die jüngste Zielpopulation noch in den Kinderschuhen steckt, erhoffen wir zudem, dass dieses Buch Praktiker:innen und Psychotherapieforscher:innen gleichermaßen motiviert, diesen Ansatz gemeinsam mit den Betroffenen im Sinne der partizipativen Forschung weiter zu entwickeln und zu beforschen. So können – um die Metapher vom Beginn wieder aufzugreifen – Schutzmauern gemeinsam überwunden werden!

Berlin, Marburg und Greifswald, im Februar 2023

*Nele Dippel
Hanna Christiansen
Eva-Lotta Brakemeier*

1 Überblick: Depressionen im Kindes- und Jugendalter

- 1.1 Klassifikation der Depressionen
- 1.2 Symptomatik von Depressionen im Entwicklungsverlauf
- 1.3 Ätiologie der Depressionen im Kindes- und Jugendalter
- 1.4 Langfristige Folgen von Depressionen für Kinder, Jugendliche und Bezugspersonen
- 1.5 Schlussfolgerungen für die Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind seit vielen Jahren Gegenstand von Diskussionen. Bis in die 1970er-Jahre galten depressive Krisen als normaler Bestandteil der Entwicklung von Jugendlichen (Rie, 1966). In den frühen Versionen des Diagnostischen und Statistischen Manuals für psychische Erkrankungen (Diagnostik and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM) gab es beispielweise keine anerkannte Diagnose für Depressionen bei Kindern oder Jugendlichen. Dies änderte sich mit der Veröffentlichung des DSM-III im Jahr 1980 (American Psychiatric Association (APA), 1980), zu einer Zeit, als Entwicklungspsychologen / Entwicklungspsychologinnen feststellten, dass das Leben der meisten Heranwachsenden nicht ausschließlich durch den »Sturm und Drang« gekennzeichnet ist, den einige frühere Wissenschaftler:innen angenommen hatten (Carlson & Cantwell, 1980; Weinberg et al., 1973). Zwar wird auch in aktuellen Studien anerkannt, dass der Prozess der Identitätsentwicklung in der Kindheit und Adoleszenz durchaus typische Gefühle wie Selbstzweifel, Einsamkeit und Traurigkeit beinhalten kann, Kinder und Jugendliche aber auch darüber hinaus von klinisch relevanten Stimmungsbeeinträchtigungen im Sinne einer depressiven Erkrankung betroffen sein können (Angold & Costello, 2009).

Prävalenzen. Aktuelle Prävalenzraten zeigen, dass Depressionen im Kindes- und Jugendalter eindeutig relevante Erkrankungen dieser Altersphasen sind (Merikangas et al., 2010; Wesselhoeft et al., 2016). Nach Angaben der World Health Organization (WHO) gehören Depressionen und Angststörungen zu den fünf häufigsten Ursachen für die Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen in Europa (World Health Organization, 2018). Weltweite Prävalenzraten für eine depressive Erkrankung im Kindes- und Jugendalter variieren allerdings je nach Studie. Ein Überblick der Prävalenzraten verschiedener Altersgruppen getrennt nach internationalen Studien und Studien aus Deutschland findet sich in Tabelle 1.1.

Tabelle 1.1 Prävalenzraten verschiedener Altersgruppen getrennt nach internationalen Studien und Studien aus Deutschland

	Internationale Studien	Deutschland
Vorschulalter	0–2,1 % (Review; Whalen et al., 2017) 0,08 % (Punktprävalenz; Wesselhöft, 2016)	Greiner (2019) beschreibt keine relevanten Fallzahlen in dieser Altersgruppe (DAK; Kinder- und Jugendreport)
Schulalter	1,7 %–5,4 % (Punktprävalenz; Wesselhöft, 2016) 2,8 % (Metaanalyse; Costello et al., 2006)	5,2 % (Punktprävalenz; Ravens-Sieberer et al., 2007)
Jugendliche	15,5 % (Lebenszeitprävalenz; Ormel et al., 2021) 7,5 % (Punktprävalenz; Avenevoli et al., 2015)	8,2 % (Punktprävalenz; Wartberg et al., 2018) 3,1 % (Ein-Jahres-Prävalenz; Hoffmann et al., 2012)

Die Prävalenzschätzungen für Dysthymie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind in der Regel niedriger als die für Major Depression (Kim-Cohen et al., 2003; Wittchen et al., 1998). Im Gegensatz dazu sind die Prävalenzschätzungen für subklinische depressive Erkrankungen und Syndrome, einschließlich leichter Depressionen und sonstiger depressiver Erkrankungen, in allen Altersbereichen der Kindheit und Jugend im Allgemeinen höher als die für schwere Depressionen (Costello et al., 2003; Lewinsohn et al., 2004). Es zeigt sich, dass die Prävalenzen für Depressionen in diesen jungen Altersgruppen in den vergangenen Jahren eher ansteigen und nicht wie bei anderen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter konstant bleiben. Dieser Trend ist sowohl bei Kindern und Jugendlichen in einer internationalen Population (Mojtabai et al., 2016) als auch in einer deutschen Studie zu erkennen (Steffen et al., 2019). Die Studienergebnisse legen nahe, dass zum einen die Diagnose Depression häufiger vergeben wird (Steffen et al., 2019) und zum anderen Kinder und Jugendliche eine erhöhte Belastung beschreiben (Hölling et al., 2014). In vielen Studien spielen auch subklinisch depressive Symptome eine wichtige Rolle. Angaben zu subklinischen depressiven Symptomen schwanken in verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen, da sie häufig mit unterschiedlichen Kriterien erfasst werden. Sie liegen nach Bertha und Balazs (2013) in einem Bereich von 1 % bis 22,9 %. Dies spricht für eine möglicherweise erhebliche Belastung im Formenkreis der depressiven Symptome jenseits der Major Depression. Racine et al. (2020) untersuchten in einer Metaanalyse Prävalenzraten von Depressionen im Kontext der Covid-19-Pandemie. Sie fanden 29 Studien, die insgesamt Daten von 80.879 Kinder und Jugendlichen integrierten. Es zeigte sich, dass bis zu 25 % der untersuchten Stichprobe depressive Symptome berichtete. Es ist also insgesamt von einer hohen Belastung von Kindern und Jugendlichen durch depressive Symptome auszugehen.

Verlauf. In Bezug auf den Verlauf depressiver Erkrankungen über die Lebensspanne zeigt sich, dass depressive Stimmung und depressive Symptome im Durchschnitt besonders ab dem Alter von 13 bis 14 Jahren zunehmen, ihren Höhepunkt in der mittleren bis späten Adoleszenz oder dem jungen Erwachsenenalter erreichen (Adkins et al., 2009; Ferro et al., 2015) und anschließend bis ins mittlere Erwachsenenalter in der generellen Auftretenshäufigkeit leicht abnehmen (Elovainio et al., 2012; Gutman & Eccles, 2007). Mädchen zeigen im Allgemeinen in allen Altersstufen höhere Ausprägungen depressiver Symptome als Jungen, beginnend im Alter von 12–13 Jahren (Adkins et al., 2009; Hankin et al., 1998). Darüber hinaus berichten Frauen in einigen Studien retrospektiv über einen stärkeren Anstieg von depressiven Symptomen in der Adoleszenz und einen stärkeren Rückgang im jungen Erwachsenenalter als Männer (Cole et al., 2002; Dekker et al., 2007). Es herrscht Studienbedarf zu Prävalenzen und Verläufen von Kindern und Jugendlichen jenseits des binären Geschlechts. Bei Jugendlichen ist das Vorhandensein von mehr depressiven Symptomen sowohl mit einer geringeren Lebensqualität (Bertha & Balazs, 2013) als auch einer stärkeren funktionellen Beeinträchtigung und einer höheren Suizidalität verbunden (Balázs et al., 2013). Die depressive Symptomatik, die in der Kindheit oder frühen Adoleszenz beginnt, tritt häufig im weiteren Entwicklungsverlauf erneut auf oder chronifiziert (Birmaher et al., 1996; Hölzel et al., 2011). Es bestehen darüber hinaus Hinweise, dass bei einer frühen Erstmanifestation von depressiven Erkrankungen oder subklinischen depressiven Symptomen die Verläufe im Erwachsenenalter insgesamt schwerer und häufiger chronisch bzw. persistierend sind (Fergusson et al., 2005; Uchida et al., 2021). Bei erwachsenen Patient:innen mit chronischen bzw. persistierenden Depressionen sind diese nach retrospektiven Erhebungen mindestens zu zwei Dritteln durch einen Beginn in der Kindheit oder Adoleszenz gekennzeichnet (Brakemeier et al., 2015; Köhler et al., 2019). Weiterhin kommt es bei depressiven Erkrankungen, die durch ein frühes Auftreten im Kindesalter gekennzeichnet sind, zu mehr Suizidversuchen, schwereren Verläufen sowie einem höheren Risiko für komorbide Erkrankungen und insgesamt einer geringeren Funktionalität im Erwachsenenalter (Copeland et al., 2020).

Zusammenfassung

Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind relevante Erkrankungen, die häufig auftreten und mit einer deutlichen funktionalen Beeinträchtigung einhergehen. Kinder und Jugendliche sind durch Depressionen belastet und in ihrem Entwicklungsverlauf eingeschränkt. Zudem besteht die Gefahr einer Chronifizierung sowie schweren Verläufen über die gesamte Lebensspanne.

1.1 Klassifikation der Depressionen

Die Diagnostik von depressiven Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter orientiert sich aktuell an den Kriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 (World Health Organization, 1992) und DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Nach dem inter-

nationalen Klassifikationsschema psychischer Störungen (kurz: ICD-10 Kapitel F) gehören zu den Kernsymptomen einer depressiven Episode (F32) gedrückte Stimmung, Interessensverlust oder Freudlosigkeit sowie Verminderung des Antriebs oder erhöhte Ermüdbarkeit (Dilling et al., 2015). Zusätzlich können in beiden Klassifikationssystemen eine Reihe anderer häufiger Symptome verschlüsselt werden. Dazu gehören verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und ein Gefühl von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen und veränderter Appetit. Nach Dilling et al. (2015) lassen sich depressive Episoden in leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere (F32.2 und F32.3) Episoden einteilen, je nach Anzahl und Ausprägungsgrad der vorliegenden Symptome. Weiterhin werden in der ICD-10 auch rezidivierende (F33.-) sowie anhaltende (F34.-) depressive Erkrankungen verschlüsselt. Das DSM 5 enthält eine ähnliche Klassifikation depressiver Erkrankungen; es werden zum einen depressive Episoden in unterschiedlichen Schweregraden und Verläufen (einzelne Episode, rezidivierend) als auch die persistierend depressiven Störungen (einschließlich der Dysthymie) verschlüsselt. Beide Klassifikationssysteme spezifizieren insgesamt keine Kriterien für Kinder und Jugendliche, sondern legen diesem Altersbereich die gleichen Kriterien wie für erwachsene Personen zugrunde. Lediglich im DSM-5 bestehen zusätzliche Möglichkeiten zur Anpassung der Diagnose auf Kinder und Jugendliche. So muss das Kriterium der depressiven Verstimmung nicht erfüllt sein, wenn Gereiztheit vorliegt, außerdem ist im Kindesalter das Kriterium der Gewichtsveränderung nicht erforderlich. Darüber hinaus bestehen im DSM-5 für Kinder und Jugendliche auch Anpassungen bezogen auf das Zeitkriterium der Dysthymie, die über ein Jahr hinweg auftreten muss.

Veränderungen in der ICD-11

Die ICD-11 bringt für die Klassifikation und Diagnostik von Depressionen einige Neuerungen:

Es werden essenzielle (erforderliche) Merkmale der Störung und zusätzliche klinische Merkmale vorgelegt. Zudem werden sehr ausführlich Differenzialdiagnosen und Abgrenzungen zu klinisch unauffälligen Ausprägungen beschrieben wie auch entwicklungsbezogene, kulturelle und genderbezogene Aspekte. Hiermit erfolgt eine Annäherung an das das DMS-5. In Bezug auf die Störungskategorie findet nun eine Trennung zwischen Depressionen und Bipolaren Störungen statt. Die Dysthyme Störung ist in die Depressiven Störungen integriert. Die Diagnose der gemischten Depressiven- und Angststörung wurde in das Kapitel der Affektiven Erkrankungen überführt.

Kriterien. In der Diagnostik der Depressiven Episode werden zehn Kriteriensymptome untergliedert in drei Cluster vorgeschlagen, wobei weiterhin Cut-Off-Werte bestehen (angelehnt an das DSM-5). Hierbei kann für Kinder und Jugendliche im affektiven Cluster auch Reizbarkeit anstatt einer depressiven Verstimmung kodiert werden.

Zusatzkodierungen. Es stehen diverse Zusatzkodierungen für die Symptomatik und den Verlauf der Depressiven Störung zur Verfügung. Diese umfassen beispielsweise markante Angstsymptome, Panikattacken, einen persistierenden Verlauf oder ein saisonales Muster.

1.2 Symptomatik von Depressionen im Entwicklungsverlauf

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen werden bezogen auf die Symptomatik im Allgemeinen als »eine breite und heterogene diagnostische Gruppierung« beschrieben (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sich die Symptomatik depressiver Episoden in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen der Kindheit, Jugend und dem Erwachsenenalter in Teilen deutlich unterscheidet (Crowe et al., 2006; Donohue et al., 2019).

Für eine adäquate Behandlung ist es somit notwendig, die spezifischen Symptome verschiedener Altersbereiche wahrzunehmen, wobei sowohl die Betroffenen als auch ihr Umfeld in die Diagnostik einzubeziehen sind.

Kindesalter. Im Kindesalter können depressive Episoden unter anderem durch eine erhöhte Reizbarkeit, aggressives Verhalten oder Konzentrationsprobleme gekennzeichnet sein. Nach Luby et al. (2009) charakterisieren insbesondere Symptome wie erhöhte Irritabilität, Traurigkeit, Agitiertheit und Anhedonie sowie kognitive Verlangsamung Depressionen in der Kindheit. Die Autor:innen berichten auch, dass sich viele der beschriebenen Symptome bereits in den aktuellen Diagnosekriterien wiederfinden und diese somit in Teilen auch auf diesen jungen Altersbereich angewandt werden können. In anderen Studien werden zudem das Vorliegen von somatischen Beschwerden oder auch soziale Schwierigkeiten als relevante Symptome der jungen Altersgruppe berichtet (Lack & Green, 2009; Masi et al., 1998).

Jugendalter. Bezogen auf das Jugendalter kamen Crowe et al. (2006) in einer neuseeländischen Studie zu dem Schluss, dass sich sowohl die Ausprägung als auch die Bedeutung der Symptome zwischen Jugendlichen und Erwachsenen unterscheiden können. In dieser Studie waren Reizbarkeit und Konzentrationsschwäche die am häufigsten berichteten Symptome bei Jugendlichen, gefolgt von sozialem Rückzug, Müdigkeit, psychomotorischer Retardierung, depressiver Stimmung, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit sowie Schlaflosigkeit. Auch Orchard et al. (2017) konnten in einer Studie zeigen, dass die Symptomatik von Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen nicht immer der von betroffenen Personen im Erwachsenenalter entspricht. In dieser Studie traten häufig Symptome wie schlechte Stimmung (oder Reizbarkeit), kognitive- und Schlafstörungen, Suizidgedanken und negative Selbstwahrnehmung auf. Zudem wurden im Kontext von Depressionen auch Symptome wie Müdigkeit, Schwierigkeiten in der Schule, Unentschlossenheit, Reizbarkeit, geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, negatives Körperbild und negative Kognitionen berichtet (Mullarkey et al., 2018). Weiterhin konnten Zusammenhänge mit einem geringen Selbstwertgefühl (Babore et al., 2016) und erhöh-

tem Suizidrisiko (Balázs et al., 2013) identifiziert werden. Auch Merkmale, die nicht zu den diagnostischen Kriterien der Depressionen gehören, treten im Jugendalter im Kontext der Erkrankung auf: Beispielsweise scheint sozialer Rückzug und damit einhergehende Einsamkeit ein häufiges Symptom zu sein (Mueller & Orvaschel, 1997). Eine qualitative Studie von Midgley et al. (2015) konzentrierte sich auf die Erfahrungen junger Menschen mit Depressionen und hob ebenfalls Schlüsselmerkmale hervor, die nicht Teil der diagnostischen Kriterien sind, wie zum Beispiel das Gefühl der Isolation sowie soziale Schwierigkeiten und Konflikte. Weiss und Garber (2003) führten eine Metaanalyse zum Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen und der damit verbundenen Phänomenologie der Depressionen durch und stellten fest, dass Anhedonie, Hoffnungslosigkeit, Hypersomnie, Gewichtszunahme und sozialer Rückzug in jugendlichen Altersbereichen häufiger vorkommen. Rice et al. (2019) untermauern diese Befunde und fanden ebenfalls Hinweise darauf, dass sich depressive Symptome auch zwischen Erwachsenen und Jugendlichen unterschiedlich darstellen. In einer Stichprobe von Erwachsenen und Jugendlichen, die in Bezug auf den Gesamtschweregrad gut übereinstimmten, waren Energieverlust, Schlafstörungen – insbesondere Schlaflosigkeit – und Appetit- / Gewichtsstörungen häufiger bei jugendlichen als bei erwachsenen Patient:innen anzutreffen. Das Symptomprofil, das mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine jugendliche Depression hindeutete, umfasste Appetits- und Gewichtsveränderungen, Schlaflosigkeit und Energieverlust auf hohem Niveau sowie eine schlechte Stimmung beziehungsweise Gereiztheit. Abbildung 1.1 bietet eine Zusammenfassung der zentralen Symptome in den unterschiedlichen Altersgruppen.

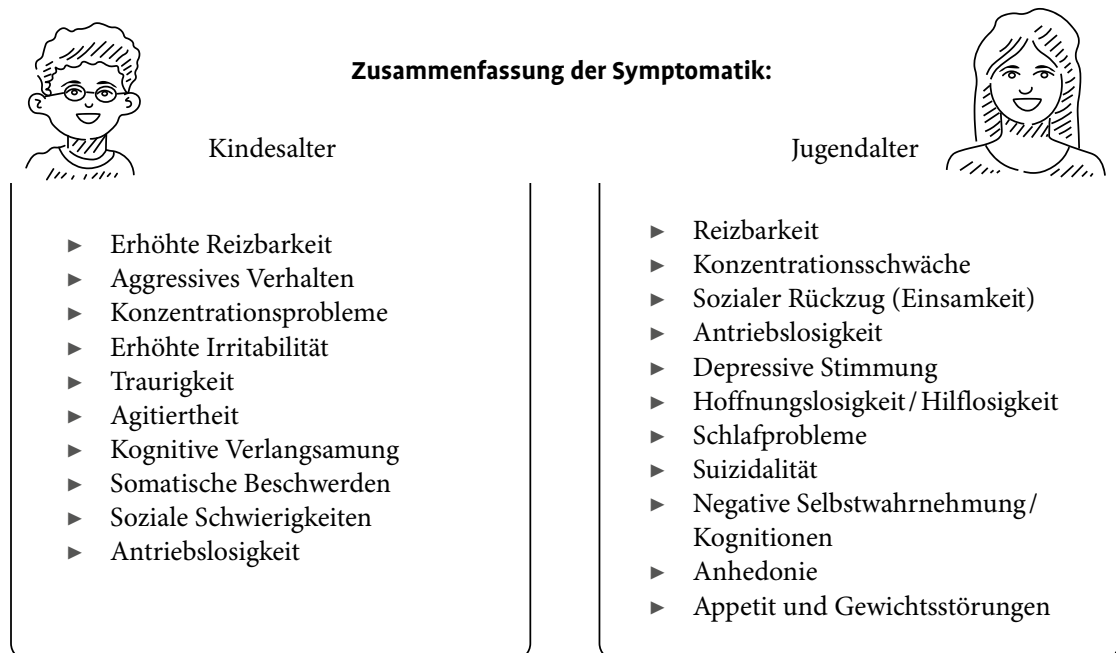


Abbildung 1.1 Zusammenfassung der Symptomatik von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Zusammenfassung

Die Symptomatik von Depressionen verändert sich im Kontext des Entwicklungsverlaufs. In vielen Studien zeigt sich, dass Reizbarkeit sowie abweisendes oder rückzügliches soziales Verhalten charakteristisch für Depressionen im Kindes- / Jugendalter sind und weniger häufig bei Erwachsenen vorliegen (Eyre et al., 2019; Vance & Winther, 2021). Reizbarkeit und Irritabilität sind besonders in der Kindheit häufige und relevante Symptome. Studien zeigen darüber hinaus, dass sich Symptome im Jugendalter mit zunehmendem Alter zwar immer weiter der Symptomatik im Erwachsenenalter annähern, aber dennoch Unterschiede in der Psychopathologie zwischen unterschiedlichen Altersgruppen bestehen. Dies unterstreicht den Bedarf nach altersangepassten, symptom-spezifischen und personalisierbaren Behandlungsmethoden im Bereich der Depressionen im Kindes- und Jugendalter.

Selbst- und Fremdbbericht. Ein weiterer Aspekt ist die Wahrnehmung der depressiven Symptomatik im Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Immer wieder zeigen Studien, dass sich der Selbst- und Fremdbbericht von Symptomen zwischen Eltern und ihren Kindern unterscheidet (Hughes & Gullone, 2010; Seiffge-Krenke & Kollmar, 1998). Beispielsweise ergibt sich in einer Studie von Orchard et al. (2017) nur eine geringe Übereinstimmung von Eltern und Kindern bezüglich der depressiven Symptome bei Verwendung des gleichen Fragebogens in der Selbst- und Fremdauskunft und zwar dahingehend, dass Eltern weniger Symptome ihres Kindes angaben. Diese Ergebnisse deuten insgesamt darauf hin, dass die Angehörigen depressive Episoden anders erleben als die betroffenen Kinder und Jugendliche selbst. Im Hinblick auf die zentralen Symptome im Kindes- und Jugendalter (Reizbarkeit, sozialer Rückzug, hohe Irritabilität sowie Antriebsarmut) könnten diese für das Umfeld eher als oppositionelles Verhalten eingeschätzt werden, da besonders im Kindes- und frühen Jugendalter depressive Symptome noch nicht ausreichend verbalisiert werden können (Stringaris et al., 2013)

Interpersonelle Schwierigkeiten im Kontext von Depressionen

Ein relevanter Faktor für die Betrachtung der depressiven Symptomatik im Kindes- und Jugendalter und in ihrem sozialen Umfeld sind interpersonelle Schwierigkeiten, die im Kontext der Erkrankung auftreten können. Immer wieder zeigt sich in der Literatur und klinischen Praxis, dass von Depressionen betroffene Kinder und Jugendliche unter deutlichen Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen und insbesondere familiären Kontexten leiden. Es kommt zu verstärkten Konflikten mit Gleichaltrigen und Familienmitgliedern, die betroffenen Kinder und Jugendlichen verhalten sich in Teilen oppositionell und in sozialen Situationen irritabel (Goodyer et al., 2017).

Interpersonelles Verhalten zwischen Eltern und Kindern. Diese Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich im Kontext einer depressiven Erkrankung ergeben sich nach Rottenberg (2005) aus verminderter sozialer Aktivität und Engagement der Betroffenen, bereits bestehenden Defiziten in den sozialen Fähigkeiten sowie starren Reaktionen auf Anforderungen der Umwelt. Kinder und Jugendliche, die an Depressionen

leiden, zeigen tendenziell ein höheres Maß an negativ ausgeprägten interpersonellen Verhaltensweisen (Horowitz et al., 2006), wie z. B. Wut (Sheeber et al., 2009) und Dysphorie in zwischenmenschlichen Interaktionen (Puig-Antich & Weston, 1983; Sheeber et al., 2009, 2012). Sheeber et al. (2000) stellten auch eine erhöhte Reaktivität auf abweisendes elterliches Verhalten und eine verringerte Reaktivität auf zugewandtes elterliches Verhalten bei depressiven Jugendlichen fest. Insbesondere da es sich bei interpersonellen dyadischen Prozessen um reziproke Interaktionen handelt (Kiesler, 1983), sind die Reaktionen und Verhaltensweisen der Eltern als Reaktion auf die Kinder oder Jugendlichen in diesem Kontext von Relevanz. Kinder und Jugendliche mit Depressionen zeigen im Kontakt mit sich aversiv verhaltenden Eltern eine verstärkte Dysregulation sowohl des Verhaltens als auch der Physiologie (Allen et al., 2012; Crowell et al., 2014). Diese emotionalen, verhaltensbezogenen und physiologischen Reaktionen bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen treten besonders häufig in zwischenmenschlichen Konflikten mit (abweisenden) Eltern auf. Besonders deutlich sind diese Ergebnisse, wenn sie im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Depressionen betrachtet werden. In Studien traten in Vergleichsgruppen weniger Dysregulationen oder physiologische Erregung in Eltern-Kind-Konflikten auf (Allen et al., 2012; Kuppens et al., 2012). Darüber hinaus weisen die Studien auch darauf hin, dass interpersonelle Schwierigkeiten der betroffenen Kinder und Jugendlichen durch eine Wechselwirkung des Verhaltens der Kinder / Jugendlichen mit ihren Bezugspersonen bedingt sein können. Die dysfunktionalen Reaktionen zeigten sich in den beschriebenen Untersuchungen auf aversives Verhalten der Eltern.

Auswirkungen interpersoneller Schwierigkeiten. Diese zwischenmenschlichen Konflikte wirken sich auch auf das Erleben der Kinder und Jugendlichen in der Erkrankung aus. Sie berichten von Einsamkeit und negativen Gedanken über sich und andere. Im Vordergrund stehen Isolation und soziale Schwierigkeiten sowie Einschränkungen bzgl. des Schulbesuchs oder allgemeiner Bildungsmöglichkeiten (Midgley et al., 2015). Nelson et al. (2017) beschreiben, dass diese negativen emotionalen und physiologischen Reaktionen sowohl bei objektiven Messungen als auch im Selbstbericht der Jugendlichen auftreten. Jugendliche mit Depressionen zeigten im Vergleich zu ihren nicht depressiv erkrankten Altersgenossen / Altersgenossinnen einen stärkeren negativen Affekt in Erwartung von und während Interaktionsaufgaben mit ihren Eltern, sowie eine größere Häufigkeit und Dauer aggressiver Verhaltensweisen. Diese internalen, kognitiven Prozesse verstärken damit möglicherweise weiter die bestehenden Konflikte oder Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion (Abb. 1.2). Es ist somit zentral diese bestehenden interpersonellen Mechanismen sowohl in Überlegungen zur Entstehung, Aufrechterhaltung und auch Behandlung der Erkrankung zu integrieren, da diese wechselseitigen Prozesse eine deutliche Belastung sowohl für die betroffenen Kinder und Jugendlichen als auch für ihr soziales Umfeld darstellen. Im Folgenden werden vor diesem Hintergrund Überlegungen zur Ätiologie angeführt sowie Implikationen für die Behandlung und die Entwicklung von CBASP@YoungAge abgeleitet.

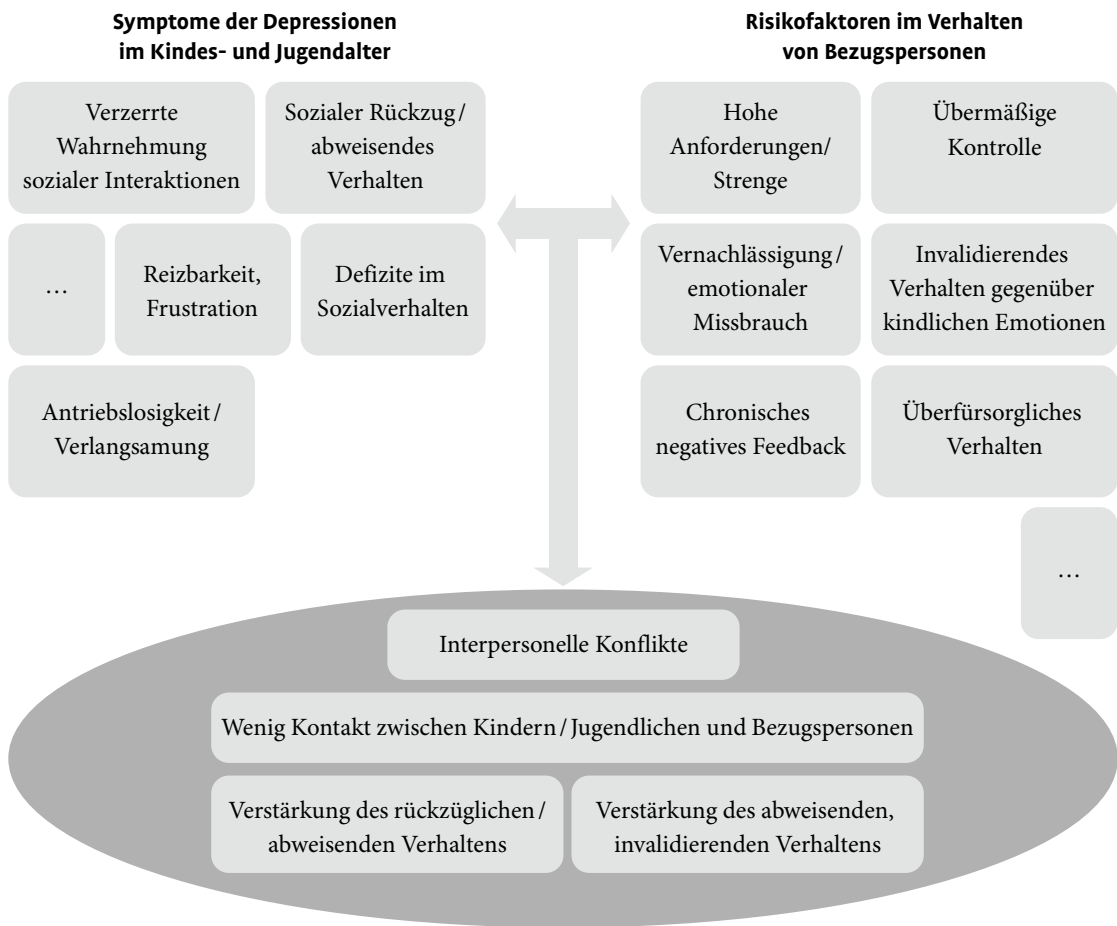


Abbildung 1.2 Beispielhafte Darstellung der wechselseitigen Verstärkung im interpersonellen Verhalten zwischen Bezugspersonen und Kindern/ Jugendlichen mit Depressionen

1.3 Ätiologie der Depressionen im Kindes- und Jugendalter

In der Literatur werden unterschiedliche Bedingungs- und Risikofaktoren beschrieben, die depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter beeinflussen können. In der Entwicklung der Erkrankung scheinen sowohl biologische als auch Umweltfaktoren und Persönlichkeitseigenschaften eine Rolle zu spielen. Daher wird von einem multifaktoriellen Bedingungsmodell ausgegangen, das unterschiedliche Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen in der Kindheit und Jugend annimmt (Abb. 1.3).

Allgemeine Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Depressionen stellen beispielsweise die biologischen oder körperlichen Veränderungen im Entwicklungsverlauf dar. So können die hormonellen Veränderungen im Rahmen der Pubertät, Entwicklungsunterschiede in der neuronalen Reifung, eine erhöhte Anfälligkeit für psychosoziale Stressoren und eine geringere Verfügbarkeit von kognitiven Bewältigungsstrategien die Entstehung von Depressionen beeinflussen (Birmaher et al., 1996; Garnefski et al., 2002).

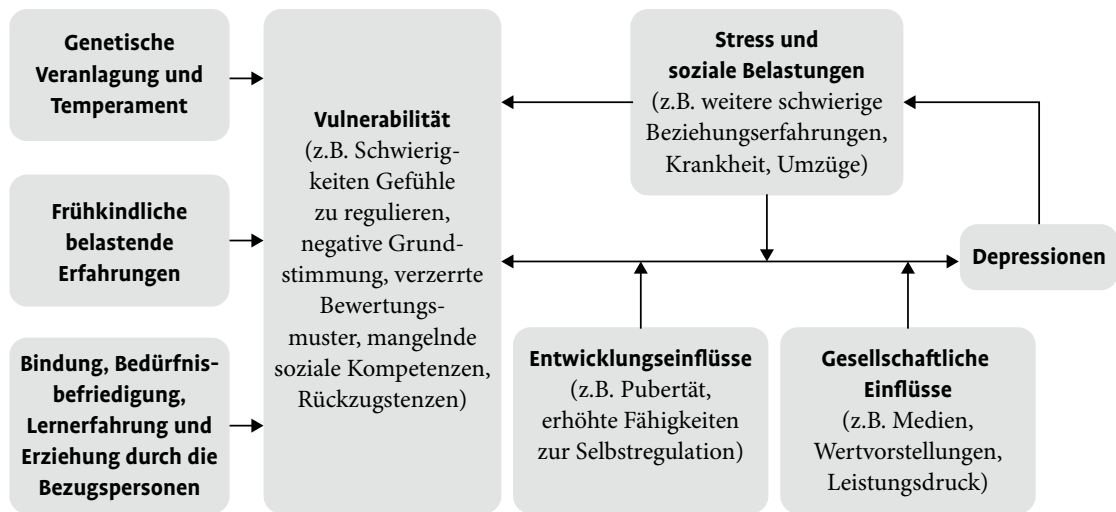


Abbildung 1.3 Zusammenfassende Darstellung des multifaktoriellen Entstehungsmodells der Depressionen im Kindes- und Jugendalter (nach Groen & Petermann, 2005; Petermann, 2011)

Genetische Faktoren

Über die entwicklungsbiologischen Faktoren hinaus wird auch eine mögliche genetische Belastung diskutiert, die das Risiko für eine Erkrankung erhöhen kann, da Depressionen im Rahmen von familiären Häufungen auftreten (Rice et al., 2002).

- ▶ Adoptionsstudien haben Kinder untersucht, deren leibliche Eltern Depressionen haben oder aber auch von anderen psychischen Erkrankungen betroffen sind. Sie zeigen, dass diese Kinder auch dann anfällig für Depressionen sind, wenn sie von Adoptiveltern aufgezogen werden, was ein deutlicher Hinweis für eine mögliche genetische Veranlagung der Depression darstellt (Rice et al., 2002).
- ▶ Mittlerweile liegen auch Studien zur Gen-Umwelt-Interaktion vor (Lau & Eley, 2008), da genetischen Einflüsse nicht nur mit den Einflüssen strafender Erziehung oder negativer Lebensereignisse verbunden zu sein scheinen (Gen-Umwelt-Korrelation), sondern auch durch das Vorhandensein dieser Risiken moderiert werden können (Gen-Umwelt-Interaktion), sodass die genetische Varianz bei höheren Werten der einzelnen Umweltrisiken erheblich zunehmen kann (Caspi et al., 2003).
- ▶ Dieser Ergebnisse legen zum einen nahe, dass Kinder und Jugendliche mit einer höheren genetischen Belastung mit größerer Wahrscheinlichkeit dem doppelten Nachteil von Umweltrisiken ausgesetzt sind (Gen-Umwelt-Korrelation). Zum anderen scheinen die genetischen Risiken für Depressionen bei hohen Belastungen eine größere Chance zu haben, zum Ausdruck zu kommen (Gen-Umwelt-Interaktion). Bezüglich der Umweltfaktoren sind insbesondere der familiäre sozioökonomische Status, Bildungsgrad oder Erkrankungen der Eltern gut belegte Risikofaktoren (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002; Elovainio et al., 2012).

Negative Lebensereignisse. Der Zusammenhang zwischen negativen Lebensereignissen (*negative life events*, NLEs) und der Entwicklung von psychischen Problemen, einschließlich Depressionen, konnte bisher in vielen Studien sehr gut belegt werden (Mann et al., 2014). Mit dem Konzept der NLEs werden in der Literatur zumeist allgemeine Lebensereignisse beschrieben, die durch Personen zumeist als negativ erlebt werden (z. B. Beziehungsverluste, schulische Berufliche Misserfolge, finanzielle Verluste). Es wurde zum einen festgestellt, dass NLEs die Zunahme depressiver Symptome bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen prospektiv vorhersagen (LeMoult et al., 2015; Spinhoven et al., 2011). Darüber hinaus besteht auch ein Zusammenhang zwischen NLEs und dem Auftreten klinisch signifikanter depressiver Erkrankungen (Mann et al., 2014). Personen, die NLEs ausgesetzt waren, erkrankten mit einer 2,5-mal höheren Wahrscheinlichkeit an Depressionen (LeMoult et al., 2020).

Im Kindes- und Jugendalter ist im Kontext von negativen Lebensereignissen insbesondere die Kindesmisshandlung als zentraler Faktor zu nennen. Kindesmisshandlung wird nach der WHO definiert als »[...] Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern unter 18 Jahren. Sie umfasst alle Arten von körperlicher und / oder seelischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung, Vernachlässigung und kommerzieller oder sonstiger Ausbeutung, die zu einer tatsächlichen oder potenziellen Beeinträchtigung der Gesundheit, des Überlebens, der Entwicklung oder der Würde des Kindes im Rahmen einer Verantwortungs-, Vertrauens- oder Machtbeziehung führen.« (World Health Organisation, 2022).

Die bisher einzige Metaanalyse, die den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Formen der Kindesmisshandlung und Depressionen in einer Stichprobe von Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen untersuchte, fand einen Zusammenhang zwischen körperlichen Gewalterfahrungen und depressiven Symptomen, der bei Jugendlichen stärker ausgeprägt war als bei erwachsenen Stichproben (Infurna et al., 2016). Die Autor:innen diskutieren diesen Befund vor dem Hintergrund der in der Kindheit und Jugend noch aktuellen und salienten Eltern-Kind-Beziehung. Schwierigkeiten der Betroffenen könnten dann möglicherweise darin bestehen, die elterliche Antipathie angemessen zu reflektieren und den schädlichen Charakter dieser Art von Erfahrung zu erkennen. Dies könnte zu einer stärkeren Ausprägung von Depressionen in diesen Altersbereichen führen. Es existieren zudem Hinweise aus Studien, dass auch negative soziale Kognitionen, die im Rahmen von depressiven Erkrankungen auftreten, im Zusammenhang mit Kindesmisshandlung gebracht werden konnten (Struck et al., 2021). Sawyer et al. (2009) beschreiben außerdem einen Einfluss von kognitiven Copingstrategien auf die Entwicklung von depressiven Symptomen nach negativen Lebensereignissen. Diese Ergebnisse deuten insgesamt darauf hin, dass negative Lebensereignisse und insbesondere Kindesmisshandlung einen Einfluss auf die Entwicklung von depressiven Symptomen in Kindern und Jugendlichen haben. Dieser Einfluss besteht möglicherweise auch bezogen auf therapeutische Interventionen. Toth et al. (2020) verglichen Interventionen mit einem interpersonellen Fokus (IPT-A) mit einer Standardversorgung in einer Stichprobe von Jugendlichen mit und ohne Erfahrungen von Kindesmisshandlung. Es zeigte sich, dass die Intervention mit einem interpersonellen Fokus in der

Stichprobe mit Misshandlungserfahrungen effektiver als die Standardbehandlung war, während dies in der Vergleichsgruppe keinen Unterschied machte. Die Autor:innen schlussfolgerten daraus, dass beim Vorliegen von Kindesmisshandlung im Kontext von Depressionen in der Therapie auch interpersonelle Themen adressiert werden sollten.

Elterliches Erziehungsverhalten. Elterliches Verhalten, das mit der Entwicklung von depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen assoziiert ist, bezieht sich beispielsweise auf übermäßige Kontrolle (Morris et al., 2002), Strenge (Cole et al., 2016) oder Konflikte (Rognli et al., 2020). Außerdem zeigen Literaturübersichten, dass ein hohes Maß an elterlicher Ablehnung mit depressiven Kognitionen und internalisierenden Symptomen verbunden ist (McLeod et al., 2007). In einem systematischen Review konnte gezeigt werden, dass unter anderem die elterliche negative Reaktion auf kindliche Emotionen wie Wut, Trauer oder Freude mit der Entwicklung von depressiven Symptomen in Zusammenhang gebracht werden kann (Schwartz, Sheeber, et al., 2012). Die Autor:innen argumentieren, dass Eltern durch abweisendes oder aggressives Verhalten in Interaktionen diese Emotionen verstärken und positive Emotionen verringern. Hierbei stellt auch das Ignorieren von emotionalen Äußerungen der Kinder und Jugendlichen abweisendes elterliches Verhalten dar. Chronisches und ungebremstes negatives Feedback von Eltern über die Fähigkeiten, die Leistung, das Aussehen, das Verhalten und die Persönlichkeit eines Kindes kann vom Kind verinnerlicht werden und die Entwicklung der kognitiven Diathese für Depressionen ermöglichen (Cole et al., 2014). So wird beispielsweise eine nicht unterstützende Erziehung mit dem Auftreten negativer kognitiver Stile und erhöhter depressiver Symptome in Verbindung gebracht (Mezulis et al., 2006).

Weitere Faktoren. Über das Erziehungsverhalten hinaus können auch der kognitive Attributionsstil, die elterliche Psychopathologie (Beardslee et al., 2004; Lieb et al., 2002), das generelle familiäre Klima sowie frühkindliche traumatisierende Erfahrungen im gesamten familiären Rahmen (z. B. Verlust eines Geschwisterkindes) relevante Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Depressionen und die Aufrechterhaltung im Verlauf darstellen (Alloy et al., 2001; Chen et al., 2009). Aber auch instabile Wohnverhältnisse, beispielsweise durch häufige Umzüge, sowie geringe emotionale Nähe (Lewis et al., 2015) haben wahrscheinlich einen Einfluss auf die Störungsentwicklung. Auch Wartberg et al. (2018) finden Assoziationen zwischen depressiven Symptomen in jüngeren Altersbereichen und Schwierigkeiten im familiären und sozialen Bereich. Kommt es zu frühen negativen Beziehungserfahrungen und damit zu erhöhtem Stresserleben des Kindes, kann dies die Entwicklung einer depressiven Erkrankung bedingen und auch den Verlauf dieser nachhaltig beeinflussen (Saveanu & Nemeroff, 2012). Mazza et al. (2010) beschreiben unterschiedliche familiäre und psychosoziale Risikofaktoren und zeigen, dass diese zumeist spezifische Auswirkungen auf die spätere Entwicklung von depressiven Symptomen haben können. Auch in dieser Studie betonen die Autor:innen eine Notwendigkeit, psychosoziale Risikoprofile der betroffenen Kinder und Jugendlichen spezifisch in Prävention und Intervention mitzudenken und zu adressieren.

Psychosoziale Schutzfaktoren

Im Gegensatz zu den beschriebenen Einflussfaktoren von Gewalt und dysfunktionalem Erziehungs- oder Interaktionsverhalten der Eltern oder Bezugspersonen hat positives, unterstützendes Feedback von Eltern gegenteilige Effekte (Bilsky et al., 2013; Kopala-Sibley et al., 2013):

- ▶ Es zeigen sich beispielsweise Zusammenhänge zwischen einer positiven Beziehungsqualität von Müttern und Kindern (v. a. Töchtern) und verminderten Depressionen im Kindes- und Jugendalter (Alto et al., 2018).
- ▶ Ein höheres Maß an elterlicher und gleichaltriger Unterstützung ist direkt mit einem geringeren Maß an depressiven Symptomen verbunden (Chang et al., 2018).
- ▶ Väterliche und mütterliche Wärme in der Präadoleszenz wird mit weniger depressiven Symptomen in der Adoleszenz in Zusammenhang gebracht (Sijtsema et al., 2014).
- ▶ Positive Beziehungen von Jugendlichen mit ihren Eltern stehen in einem Zusammenhang mit einem niedrigen Niveau an aktuellen und zukünftigen depressiven Symptomen (Allen et al., 2006; Finan et al., 2018).

Zusammenfassung

Der Zusammenhang der familiären Interaktion sowie der kindlichen depressiven Symptomatik kann als wechselseitig beschrieben werden. Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen beeinflussen sich gegenseitig im Zusammenleben und dem Interaktionsverhalten. Die depressiven Symptome der Kinder und Jugendlichen wirken sich dabei sowohl auf das eigene Erleben und Verhalten aus als auch auf die Reaktionen der Eltern und Bezugspersonen. Deren Verhalten beispielsweise im Kontext eigener Erkrankungen oder depressiver Symptome hat wiederum auch Einfluss auf das Erleben der Kinder und Jugendlichen und deren depressive Symptomatik.

1.4 Langfristige Folgen von Depressionen für Kinder, Jugendliche und Bezugspersonen

Depressionen haben langfristige Folgen für betroffene Kinder und Jugendliche sowie deren Familien und stellen für die Betroffenen und ihre Bezugspersonen eine starke Belastung dar. Sie haben sowohl Auswirkungen auf die Lebenssituation der Betroffenen und der Familien als auch auf das spätere Leben. Eine Studie konnte aufzeigen, dass Erwachsene, die in ihrer Jugend an Depressionen gelitten haben, über ein signifikant geringeres Einkommen und einen geringeren sozioökonomischen Status verfügten als Erwachsene, die keine Depressionen im Entwicklungsverlauf zeigten (Fletcher, 2013).

Depressionen bei Jugendlichen werden sowohl mit schlechten schulischen Leistungen als auch späterer Arbeitslosigkeit in Verbindung gebracht (Fergusson et al., 2007; Franko et al., 2005; Gotlib et al., 1998). Sie stellen einen Risikofaktor für suizidales Verhalten dar (Bridge et al., 2006) und stehen darüber hinaus im Zusammenhang mit schlechtem Gesundheitsverhalten, funktionalen Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen sowie zusätzlichen Belastungen für die Familie (Balázs et al., 2013). Depressionen entwickeln sich in einem sozialen Kontext und bestehen in diesem weiter. Eltern und Kinder stehen hierbei in wechselseitiger, möglicherweise dysfunktionaler Interaktion, die sich auf die Symptome und die Entwicklung der Erkrankung auswirkt. Findet keine adäquate Behandlung der Erkrankung statt, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die depressive Symptomatik wie auch die interpersonellen Probleme im Erwachsenenalter einen persistierenden Verlauf annimmt (Bird et al., 2018; Hölzel et al., 2011).

1.5 Schlussfolgerungen für die Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Die bisher dargestellten Befunde zur Ätiologie und Symptomatik weisen eindrucksvoll darauf hin, dass es zum einen notwendig erscheint, depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit spezifisch für diese Altersstufen entwickelten und adaptierten Therapiemethoden zu behandeln, da sich die Erkrankung in diesen Altersphasen von der Symptomatik im Erwachsenenalter unterscheidet. Zum anderen wird deutlich, dass neben einer altersspezifischen Ausgestaltung von Interventionen, welche auf die Symptomatik abzielen, auch eine Adressierung von störungsspezifischen Risikofaktoren relevant für den Erfolg der Behandlung zu sein scheint. Ein gemeinsames Verständnis über die Entstehungsbedingungen der Depression zu erreichen sowie eine anschließende Bearbeitung dieser ungünstigen Bedingungen sowie aufrechterhaltenden Faktoren, erscheint wichtig. Im Kontext von Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind dies vor allem interpersonelle und familiäre Risikofaktoren, die bei der Behandlung beachtet werden sollten (Carlson, 2000). Obwohl mittlerweile weitreichende Erkenntnisse über die Psychopathologie (Abschn. 1.2) und zu ätiologischen sowie aufrechterhaltenden Faktoren (Abschn. 1.3) von depressiven Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter vorliegen, zeigt sich bisher nur eine geringe alters- und störungsspezifische Anpassung der bestehenden diagnostischen Instrumente und Therapieprogramme (Mojtabai et al., 2016). Eine Übersicht über die Empfehlungen der Behandlungsleitlinien bietet Tabelle 1.2. Es besteht eine S3-Behandlungsleitlinie aus dem Jahr 2022 für die Behandlung der unipolaren Depressionen im Erwachsenenalter (Bundesärztekammer, Version 3.1.2022). Die S3-Leitlinie für Kinder und Jugendliche mit Depressionen ist aktuell in Überarbeitung. Eine revidierte Version wird Mitte 2023 erwartet (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/028-043.html>).

Tabelle 1.2 Übersicht der Leitlinienempfehlungen zur Behandlung der Depressionen im Kindes- und Jugendalter

<p>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien, 2013</p>	<p>Empfehlung ab 8 Jahren in einem gestuften Verfahren nach Schweregrad und Behandlungserfolg.</p> <p>Es wird aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation empfohlen. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) sowie Interpersonelle Psychotherapie (IPT) gelten als Behandlungen der ersten Wahl (Empfehlungsgrad A). Es wird bei entsprechendem Schweregrad eine ausschließliche oder kombinierte Behandlung mit Fluoxetin empfohlen (Empfehlungsgrad A).</p>
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013</p>	<p>Empfehlungen ab 5 Jahren in einem gestuften Verfahren nach Schweregrad. Es wird »watchful waiting«, Familienbasierte IPT, Familientherapie (familienzentrierte Behandlung von Depressionen im Kindesalter und systemisch-integrative Familientherapie), psychodynamische Psychotherapie, individuelle KVT oder ggf. IPT for Adolescents (IPT-A; primäre Empfehlung bei Jugendlichen) und medikamentöse Behandlungen mit Fluoxetin empfohlen.</p>

Aktuelle Wirksamkeit von Psychotherapie. Die in den bestehenden Leitlinien aufgezeigte Problematik wird auch bei der Sichtung der aktuellen Literatur deutlich. Aktuelle Psychotherapiestudien und Metaanalysen weisen darauf hin, dass Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit depressiven Erkrankungen verglichen zu anderen psychischen Erkrankungen in diesem Altersbereich weiterhin zu eher geringen Effektstärken führt. Oud et al. (2019) können in einer Metaanalyse einen allgemeinen Behandlungseffekt von $g = 0,41$ aufzeigen. Neben niedrigen bis mittleren Effektstärken für Kognitive Verhaltenstherapie zeigt sich in dieser Studie auch die Interpersonelle Psychotherapie als wirksam, allerdings mit niedrigeren Effektstärken für Kinder und Jugendliche verglichen mit Erwachsenen (Liang et al., 2020; Mychailyszyn & Elson, 2018). Eckshtain et al. (2020) finden in ihrer Metaanalyse zur Psychotherapie von Depressionen im Kindes- und Jugendalter eine Effektstärke von $g = 0,35$ nach Behandlungsende und $g = 0,22$ im Follow-up. In dieser Studie zeigen sich leicht höhere Effektstärken für Interpersonelle Therapie im Vergleich zur Kognitiven Verhaltenstherapie. Die Autor:innen verweisen vor dem Hintergrund, dass eine vorangegangene Analyse aus dem Jahr 2006 der Arbeitsgruppe (Weisz et al., 2006) ähnlich geringe und heterogene Ergebnisse ergeben hat, auf einen dringenden Bedarf an weiterer Forschung zur Behandlung von Depressionen in dieser Altersgruppe. Cuijpers et al. (2020) konnten in einer weiteren metaanalytischen Untersuchung Effektstärken abhängig von unterschiedlichen Altersgruppen errechnen. Auch in dieser Studie zeigt sich, dass für die Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ($g = 0,35$) deutlich niedrigere Effektstärken gefunden werden können als für Erkrankungen im Erwachsenenalter ($g = 0,55$). Eine weitere Metaanalyse von Weisz et

al. (2019) stellt zudem heraus, dass – anders als bei anderen psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter – die Effektstärken bezogen auf Depressionen der publizierten Studien in den letzten Jahren im Vergleich zu den Vorjahren leicht gesunken seien, wobei dieser Effekt auch darauf zurückzuführen sein könnte, dass aktuellere Studien eher klinische Settings präferieren als vorangegangene Untersuchungen. Diese Studien hätten damit ein eher strengeres Untersuchungsdesign, was die Vergleichbarkeit vermindere. Es besteht somit ein alternativer Erklärungsansatz für die geringeren Effektstärken, der nicht auf die Effektivität oder Qualität der Psychotherapie zurückzuführen sein muss.

Insgesamt ist bezüglich der bisher publizierten Studien zu ergänzen, dass aktuell die überwiegende Mehrheit der untersuchten Interventionen aus dem Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie stammt. Einige wenige Studien existieren im Bereich der Interpersonellen Therapie für Kinder und Jugendliche (Mufson et al., 2004) sowie systemischen und tiefenpsychologischen Richtlinienverfahren (Midgley et al., 2021). Allerdings besteht auch hier noch deutlicher Bedarf an weiteren systematischen Untersuchungen. Dies inkludiert auch die Notwendigkeit neben der allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapie auch spezifische Wirkfaktoren zu betrachten und weiter zu untersuchen (Méndez et al., 2021).

Bezogen auf eine medikamentöse Behandlung berichten verschiedene Studien, dass die Kombination aus Kognitiver Verhaltenstherapie und Fluoxetin wirksamer ist als die medikamentöse Therapie allein (Foster & Mohler-Kuo, 2018). Diese Ergebnisse sind vergleichbar zur Studie von Zhou et al. (2020): Keine der untersuchten Pharmakotherapien allein ist in dieser Untersuchung wirksamer als eine ausschließliche Psychotherapie von Depressionen. Vor dem Hintergrund der Befunde zu den langfristigen schweren Nebenwirkungen von Antidepressiva erscheinen diese für das Kindes- und Jugendalter nicht zu empfehlen zu sein (z. B. Whitaker, 2005).

Weitere Ergebnismaße. Neben der Effektivität der Behandlung müssen auch Faktoren wie Therapieabbrüche, Verschlechterungen und Rückfälle bzw. Wiederauftreten der Erkrankung nach dem Behandlungsende für die Beurteilung der Wirksamkeit der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Depressionen berücksichtigt werden, welche Cuijpers et al. (2021) in ihrer Metaanalyse betrachteten. Dabei zeigen sie Responseraten von 39 % für Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen auf. Diese sind allerdings nur geringfügig höher als in den Kontrollbedingungen. Weiterhin wurde in dieser Untersuchung erstmalig auch eine mögliche Symptomverschlechterung im Therapieverlauf untersucht: 6 % der behandelten Patient:innen zeigen eine Verschlechterung der Symptome; in den Kontrollbedingungen lag dieser Wert bei 13 %. Die Autor:innen weisen in ihrer Untersuchung vor dem Hintergrund der moderaten bis geringen Effektstärken auf den dringenden Bedarf hin, weitere Behandlungsoptionen zu untersuchen und die Behandlung für Kinder und Jugendliche mit Depressionen insgesamt zu optimieren.

Um diesem Behandlungsbedarf zu begegnen, wurde mit CBASP@YoungAge erstmalig eine modulare, personalisierte und störungsspezifische Intervention für Kinder und Jugendliche mit Depressionen für den deutschsprachigen Raum entwickelt. Das Programm adressiert die (v. a. interpersonellen) Entstehungsbedingungen, die spezifischen Symptome der Depressionen im Kindes- und Jugendalter und integriert die Bezugspersonen in die Behandlung.

Zusammenfassung

Es zeigt sich, dass die bestehenden Behandlungen für Kinder und Jugendliche aktuell nicht ausreichen, um die Erkrankung in diesen Altersbereichen angemessen und symptomspezifisch zu adressieren. Insgesamt weisen Studien seit Jahrzehnten auf eine eher geringe Effektivität hin. Es fehlen insbesondere Studien zu jüngeren Altersgruppen, Langzeiteffekten oder auch spezifischen Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Aktuelle Studien führen sowohl KVT als auch IPT-A als effektivste Behandlungen an.

2 Behandlungsrational CBASP@YoungAge

- 2.1 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)
- 2.2 Merkmale von CBASP@YoungAge
- 2.3 Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation
- 2.4 Rahmenbedingungen und Struktur des Behandlungsprogramms

2.1 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

Mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) entwickelte der amerikanische Psychologe und Psychotherapeut James McCullough ein störungsspezifisches Therapieprogramm für Erwachsene mit persistierenden Depressionen, die frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen erlebt haben (McCullough, 1984, 2000). Es handelt sich bei CBASP um einen schulenübergreifenden und integrativen Ansatz, der sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologische, interpersonelle und systemische Ansätze integriert (McCullough, 2010). Seit 2012 liegt eine Modifikation des Ansatzes für das stationäre Setting im deutschsprachigen Raum vor (Brakemeier et al., 2021; Brakemeier & Normann, 2012); zudem wurde CBASP auch als ambulante Gruppentherapie modifiziert (Brakemeier et al., 2021; Schramm et al., 2022) sowie ein spezifisches Kiesler-Kreis-Training für die Einzel- und Gruppentherapie entwickelt (Guhn et al., 2019).

CBASP richtete sich ursprünglich an erwachsene Patient:innen, die aufgrund von frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen persistierende Depressionen entwickelten. In der Forschung werden häufig die Begriffe »Kindesmisshandlung« oder »frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen« verwendet (vgl. Abschn. 1.3). Damit werden schwierige Erfahrungen (Missbrauch oder Vernachlässigung) beschrieben, die auch die Interaktion zwischen Eltern und Kindern innerhalb der Familie betreffen. In den meisten Fällen haben diese Patient:innen schon viele verschiedene Therapieversuche ohne Erfolg absolviert, weshalb sie also als therapieresistent bezeichnet werden können.

Störungsmodell CBASP. Das grundlegende Störungsmodell von CBASP basiert auf zwei Grundannahmen, die unter anderem auf Piaget (1976) und Bandura (1985) zurückzuführen sind. Zum einen beschreibt McCullough (2000) Patient:innen, die von persistierenden Depressionen betroffen sind, durch ein sogenanntes soziales Empathiedefizit. Mit diesem Konzept wird beziehungsweise auf die Theorie von Piaget beschrieben, dass frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen dazu führen, dass die Betroffenen in Bezug auf das eigene sozial-kognitive Funktionsniveau über geringere interpersonelle Kompetenzen verfügen. Diese Einschränkungen führen zu geringer Empathie und damit zu einer eingeschränkten Modifikation der Denkweise und eigenen Wahrnehmung

auf Basis von Rückmeldungen anderer Personen in sozialen Situationen. Weiterhin wird angenommen, dass bei persistierenden Depressionen eine Entkopplung der Wahrnehmung der Betroffenen von der tatsächlichen Umwelt stattfindet. Entsprechend des Konzepts der erlernten Hilflosigkeit (Seligman et al., 1984) können Personen mit persistierenden Depressionen damit keine positiven neuen Lernerfahrungen bezogen auf das eigene Verhalten in sozialen Situationen erleben (McCullough, 2006). Sie sehen andere Personen und deren Reaktionen und Interaktionen als unveränderlich und (zumeist) negativ. Diese Art, sich selbst und die Umwelt wahrzunehmen, wird von McCullough auch durch die Metapher der interpersonellen Mauer beschrieben. Betroffene sind im übertragenen Sinne von ihrer eigenen sozialen Umwelt abgetrennt und haben, selbst wenn sie wollen, keine Möglichkeiten, mit dieser auf angemessene Art und Weise in Kontakt zu treten. Dies führt im weiteren Verlauf der Erkrankung zu einer zunehmenden Isolation und zu vermehrten traumatisierenden Beziehungserfahrungen. CBASP setzt an diesen prägenden und belastenden Beziehungserfahrungen an. Es zeichnet sich im Sinne dieses Störungsmodells durch einen besonderen interpersonellen Ansatz sowohl im Verständnis der Ätiologie der persistierenden Depressionen als auch der Behandlung aus. Insgesamt verfolgen die therapeutischen Strategien in CBASP ein lerntheoretisches, interpersonelles Konzept, das auf dem Etablieren von neuen Verhaltens- und Denkstrategien sowie heilsamen korrigierenden Beziehungserfahrungen basiert, weshalb CBASP auch als interpersonelle Lerntherapie bezeichnet werden kann (Brakemeier et al., 2021).

Wirksamkeit CBASP. Die psychotherapeutische Methode CBASP wurde bereits in unterschiedlichen Studien und Settings in der Behandlung von erwachsenen Patient:innen mit persistierend depressiven Störungen untersucht. Aufgrund der Ergebnisse von acht randomisiert-kontrollierten Studien und vier Beobachtungsstudien kann CBASP mittlerweile als gut etabliert und evidenzbasiert bezeichnet werden (vgl. Guhn et al., 2022). In den randomisiert-kontrollierten Studien wurde CBASP beispielsweise verglichen mit medikamentöser Therapie (Keller et al., 2000; Kocsis et al., 2009; Schramm et al., 2015), Standardbehandlung (treatment as usual) (Michalak et al., 2015; Wiersma et al., 2014), Interpersoneller Therapie (IPT) (Schramm et al., 2011), Supportiver Psychotherapie (SP) (Schramm et al., 2017), Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) (Michalak et al., 2015) sowie – in einer Studie, in der auch Patient:innen mit nicht-chronischen Depressionen eingeschlossen wurden – mit Varianten der Kognitiven Verhaltenstherapie und Wartekontrollgruppen (Rief et al., 2018). Eine Metanalyse aus dem Jahr 2016 fasst sechs der genannten Studien zusammen und kann einen kleinen, aber signifikanten Effekt im Vergleich zu unterschiedlichen aktiven Kontrollbedingungen zugunsten von CBASP finden (Negt et al., 2016). Im Hinblick auf die Therapiedauer konnten Wiersma et al. (2014) zeigen, dass CBASP während der ersten Wochen der Behandlung ähnliche Effektivität zeigt wie eine Standardbehandlung (TAU), aber sich im Verlauf überlegene Langzeiteffekte (nach 52 Wochen) für die CBASP Behandlung herausstellten. Dieses Ergebnis erscheint insbesondere vor dem Hintergrund der angestrebten langfristigen interpersonellen Veränderungen (Constantino et al., 2012) im Leben der Patient:innen interessant. Offene Beobachtungsstudien des stationären CBASP-Konzeptes weisen auf

eine vielversprechende Wirksamkeit hin (z. B. Brakemeier et al., 2015; Guhn et al., 2021). Abgesehen von diesen Studien zur Akutbehandlung sind Wirksamkeitsnachweise zu den langfristigen Ergebnissen bei persistierenden Depressionen relevant. Allerdings liegen hier bisher leider sehr wenige Ergebnisse vor. Schramm et al. (2019) führten eine Langzeituntersuchung ihrer RCT Studie (Schramm et al., 2017) durch, in der CBASP im Follow-up gegenüber der Supportiven Psychotherapie nicht mehr überlegen war. Dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit einer Erhaltungstherapie, um die mit CBASP erzielten akuten Behandlungserfolge langfristig zu stabilisieren. Beispielsweise wiesen Patient:innen, die im Anschluss an eine CBASP-Behandlung einmal monatlich über ein Jahr weiter mit CBASP behandelt wurden, geringere Rückfallraten auf als Patient:innen, die als Erhaltungstherapie »assessment«-Termine in der gleichen Frequenz wahrnahmen (Klein et al., 2004). Insgesamt liegen noch zu wenig Untersuchungen zu dieser Frage vor (Guhn et al., 2022).

Bezüglich der wichtigen Forschungsfrage, bei welchen Patient:innen CBASP am besten wirkt, kann aufgrund der bisherigen Datenlage zusammenfassend berichtet werden, dass eine spezifische Behandlung mit CBASP insbesondere bei belastenden bzw. traumatisierenden Kindheitserfahrungen, einer komorbiden sozialen Angststörung und einem submissiven Interaktionsverhalten wirksam zu sein scheint (vgl. Guhn et al., 2022).

Eine weitere wichtige Frage in der Wirksamkeitsevaluation der Behandlung bezieht sich auf Drop-out-Raten. Eine Individual Participant Data Network Metaregression von Furukawa et al. (2018) zeigt, dass es bei jungen Erwachsenen (Einschlussalter 18 Jahre) in der Therapie zu deutlich höheren Drop-Out-Raten kommt als in anderen Altersbereichen, was die Notwendigkeit unterstreicht, CBASP für junge Menschen alterssensibel zu modifizieren

Derzeit bestehen weder Modifikationen noch Studien zu CBASP für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. In einer Fallstudie zur Anwendung von CBASP bei einer Jugendlichen mit Dysthymie und Depressionen (Major depression, MDD; DiSalvo & McCullough, 2002) konnte eine Remission der Dysthymie und der Depressionen erreicht werden. Daraus folgern die DiSalvo und McCullough, CBASP könne, mit deutlichen Anpassungen der Therapie, effektiv in der Therapie von Adoleszenten eingesetzt werden. Basierend auf Forschungsergebnissen zur Einbeziehung von Bezugspersonen in die Psychotherapie (Carr, 2019; Dippel, Szota, et al., 2022; Yap et al., 2016) und positiv evaluierten modularen Interventionen (Lucassen et al., 2015; Weisz et al., 2012), wurde mit CBASP@YoungAge erstmalig ein modulares, personalisiertes Behandlungsprogramm für Kinder und Jugendliche entwickelt, das auf dem ursprünglichen Behandlungsrational von CBASP basiert.

2.2 Merkmale von CBASP@YoungAge

Bei CBASP@YoungAge handelt es sich um eine Adaptation von CBASP für Kinder und Jugendliche ab zehn Jahren mit depressiven Erkrankungen, wobei aktuell relevante Bezugspersonen in die Therapie regelhaft einbezogen werden. Wie in den vorherigen

Abschnitten beschrieben, können depressive Erkrankungen in diesen Altersbereichen sowohl bei der Entstehung als auch der Aufrechterhaltung durch dysfunktionale Interaktion mit relevanten Bezugspersonen bedingt sein (Franz & McKinney, 2018; Pinquart, 2017). CBASP@YoungAge adressiert daher diese interpersonellen Schwierigkeiten mit dem Ziel, eine dauerhafte Veränderung der Interaktion zu erreichen, was sich positiv auf die depressive Symptomatik der Kinder und Jugendlichen auswirken sollte.

Abbildung 2.1 gibt einen schematischen Überblick über die relevanten psychopathologischen Merkmale und die daran ansetzenden Behandlungsstrategien des CBASP@YoungAge Programms. Es wird angenommen, dass durch frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen mit den Bezugspersonen Grundannahmen und Denkschemata (Prägungen) bei den Kindern und Jugendlichen entstehen, welche sie in Form von Beziehungserwartungen oder -befürchtungen (Übertragungshypothesen) auch auf andere Menschen übertragen und die zudem zu aktuellen interpersonellen Problemen führen (linke Spalte in Abb. 2.1). Diese traumatisierenden Beziehungserfahrungen und Beziehungserwartungen werden in der Therapie zunächst durch die Liste prägender Bezugspersonen und Formulierung von Übertragungshypothesen erfasst, wobei diese anschließend durch eine besondere Art der Beziehungsgestaltung – die Haltung des disziplinierten persönlichen Einlassens –, welche durch die Techniken Kontingente Persönliche Reaktion und Interpersonelle Diskriminationsübung unterstützt wird, bearbeitet und bestenfalls korrigiert werden. Die Patient:innen können so mit ihren The-

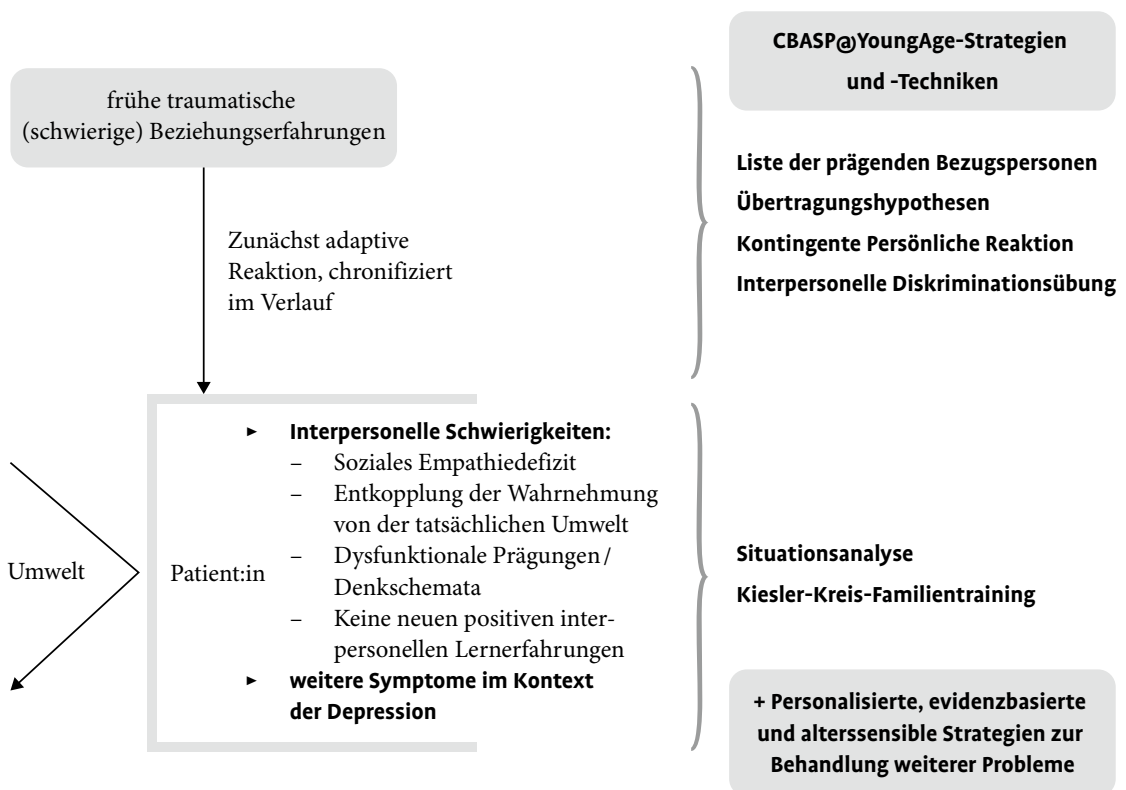


Abbildung 2.1 Behandlungsrational für CBASP@YoungAge

rapeut:innen neue positive Beziehungserfahrungen erleben, die für eine veränderte Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung von anderen Personen sorgen. Gleichzeitig erscheint es relevant, auch die Bezugspersonen selbst in die Therapie einzubeziehen. Heutige interpersonelle Probleme der Kinder und Jugendlichen werden durch die Situationsanalyse bearbeitet, die Probleme bezüglich der Interaktion in der Familie bzw. mit wichtigen aktuellen Bezugspersonen durch das Kiesler-Kreis-Familientraining. Da häufig weitere Komorbiditäten zusätzlich zu Depressionen auftreten, können evidenzbasierte und altersangepasste Strategien integriert werden, welche die individuellen Probleme jenseits von Depressionen behandeln.

CBASP@YoungAge ist ein integratives ambulantes Programm, das die besonderen interpersonellen Schwierigkeiten fokussiert, die bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen relevant sind. Das klassische CBASP-Konzept von McCullough (vgl. z. B. 2000) wurde für die Anwendung in der ambulanten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie auf Basis von Forschungsbefunden modifiziert, die im ersten Kapitel beschrieben wurden. Es unterscheidet sich in der Konzeptualisierung zur klassischen CBASP-Therapie in zwei Bereichen, die konkret aus aktuellen Studien abgeleitet werden können.

Personalisierung des Therapieprogramms durch Modularisierung

Die bislang untersuchten Interventionen zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter basieren inhaltlich zumeist auf Ansätzen, die sich bereits in der Therapie von erwachsenen Patient:innen mit Depressionen als wirksam erwiesen haben (Spielmans et al., 2007). Für die Entwicklung von psychotherapeutischen Methoden für das Kindes- und Jugendalter kann es sinnvoll sein, bereits bewährte Techniken einzusetzen, da Wirkmechanismen häufig altersübergreifend bestehen. Darüber hinaus müssen Therapieansätze allerdings auch spezifisch auf die Bedürfnisse von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und ihrem Umfeld entwickelt und angepasst werden (Stallard, 2013). Aspekte, in denen sich die Psychopathologie entwicklungspezifisch unterscheidet, können so adressiert werden. In neueren psychotherapeutischen Ansätzen für Kinder und Jugendliche mit Depressionen rücken daher aktuell vermehrt personalisierte und auch modularisierte Behandlungsprogramme in den Fokus (Evans et al., 2020; Lucassen et al., 2015). Diese haben den Vorteil, eine flexible und personalisierte Herangehensweise zu ermöglichen. Bewährte Techniken können so unkompliziert mit neuen Ansätzen und Methoden kombiniert und angepasst werden.

Die Entwicklung von CBASP@YoungAge erfolgte basierend auf dem Modell »Drei Dimensionen der Personalisierung (3 DP)« (Cohen et al., 2021). Dieses Modell spezifiziert unterschiedliche Dimensionen von Entscheidungen, die getroffen werden können, um psychotherapeutische Behandlungen zu personalisieren. Dabei werden die folgenden drei Dimensionen unterschieden:

- ▶ Dimension (1) Interventionslevel: Welche Behandlung (Psychotherapieverfahren), welches Behandlungspaket (Psychotherapiemethoden), welche Komponenten oder Techniken und welches Setting, welche Intensität wird ausgewählt zur Personalisierung?

- ▶ Dimension (2) Zeit: Wann erfolgt die Personalisierung? Vor, während und/oder nach der Behandlung?
- ▶ Dimension (3) Struktur: Durch welche Methode erfolgt die Personalisierung? Beispielsweise durch idiosynchratische Ansätze, Leitlinien, Entscheidungshilfen oder (dateninformierte oder datengetriebene) statistische Modelle?

Bereits bestehende personalisierte Behandlungs(forschungs)ansätze enthalten jeweils eine bestimmte Kombination von Merkmalen dieser drei Dimensionen der Personalisierung. Für CBASP@YoungAge haben wir uns basierend auf diesem Modell für folgende Personalisierungsstrategien entschieden:

Bezogen auf die Dimension (1), dem Interventionslevel, nutzen wir als Methode CBASP, wobei wir die CBASP-Techniken Modulen zugeordnet haben (wie Situationsanalyse, Kiesler-Kreis). Die Interventionsintensität und Beziehungsgestaltung oder Umsetzung der Therapie kann personalisiert variieren. Einzelne Interventionen, die nicht aus CBASP stammen, können bei Indikation gemäß der Entscheidungshilfen (s. Dimension 3) ergänzt werden.

Bezogen auf die Dimension (2), der Zeit, haben wir uns für die Personalisierung während der Therapie entschieden. Eine personalisierte Behandlungsentscheidung ist somit zu jedem Zeitpunkt erneut möglich.

Schließlich haben wir bezogen auf die Dimension (3), Struktur, Entscheidungshilfen dem Programm zugrunde gelegt, die vorschlagen, bei welchen Problemen bzw. Konstellationen welches Modul bzw. einzelne Interventionen zur Anwendung kommen können (z. B. Algorithmus: Wenn zusätzlich zu Depressionen eine Angstsymptomatik vorliegt, dann kann ein Expositionsmodul integriert werden). Diese Algorithmen basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Studien sowie praktischen Erfahrungen.

Die Modularisierung gehört zu der Behandlungsstruktur im Rahmen der Personalisierung von Behandlungsprogrammen, für die bereits einige Studien bestehen. Nach Chorpita et al. (2005) sollte eine Behandlung insgesamt vier Kriterien erfüllen, um als modular zu gelten:

- (1) Es muss möglich sein, die Behandlung in Einzelteile zu zerlegen. Sie sollte also in inhaltlich sinnvolle und unabhängige Einheiten unterteilt werden können.
- (2) Die einzelnen Module müssen jeweils einen individuellen Zweck erfüllen und somit sowohl ein Ziel als auch ein antizipiertes Ergebnis beschreiben.
- (3) Es muss möglich sein, die Module miteinander zu kombinieren, damit sie auf standardisierte Weise miteinander individuell verbunden werden können. Nur so kann eine sinnvolle Behandlung für die Patient:innen entstehen.
- (4) Allerdings sollten die Module auch inhaltlich in sich geschlossen sein. Informationen dürfen nicht aufeinander aufbauen.

Boustani et al. (2020) beschreibt, dass modulare Behandlungen oft über Koordinationsmodule (siehe bspw. Chorpita et al., 2005) verfügen, die die Leistungserbringer bei der Auswahl des geeigneten Moduls unterstützen, indem sie eine mögliche Logik für die Anordnung der Module enthalten. Einen Überblick über modulare Interventionen für das Kindes- und Jugendalter bietet Boustani et al. (2020). Viele bereits entwickelte Inter-

ventionen sind nicht vollständig modular im Sinne der oben beschriebenen Kriterien aufgebaut. Sie sind aber dennoch im Bereich der modularen Interventionen zu verordnen, da sie das Ziel verfolgen, unterschiedliche Ansätze zur individuellen Behandlung anzuwenden (Boustani et al., 2020) und Behandlungen flexibler und individueller zu gestalten. Weisz et al. (2012) konnte in einer randomisierten Effektivitätsstudie zeigen, dass der Interventionsansatz MATCH (Chorpita et al., 2005) einer aktiven Treatment-as-Usual-Kontrollgruppe überlegen war, weshalb der Therapieansatz weiter untersucht wird (Harmon et al., 2021). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass personalisierte modulare Therapien eine hilfreiche Alternative zu standardisierten Behandlungen bieten können. Es ist in der Praxis sehr gut möglich, passende Interventionen nahtlos in Therapien zu integrieren. So kann flexibel auf Schwierigkeiten oder Veränderungen eingegangen werden, sobald sie in der Behandlung auftreten (Lyon et al., 2014; Marchette & Weisz, 2017).

Informationen zur Struktur und zum konkreten Aufbau der Therapie finden sich in Abschnitt 2.4.

Aktiver Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie

Wie bereits in Abschnitt 1.3 beschrieben, bestehen eindeutige Zusammenhänge zwischen der Entwicklung und Aufrechterhaltung von depressiven Symptomen in der Kindheit und Jugend und dem familiären und sozialen Umfeld. Es liegt daher nahe, dass Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden sollten mit dem primären Ziel, die Symptomatik der Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Darüber hinaus sollte dadurch das gesamte Familiensystem u. a. durch die gemeinsame Arbeit an der intrafamiliären Interaktion gestärkt werden, sodass auch eine Verbesserung der psychischen Gesundheit von allen Beteiligten erreicht werden kann. Generell ist der Eltern- oder Bezugspersoneneinbezug ein viel diskutiertes Thema in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. In Deutschland werden die Bezugspersonen basierend auf den Richtlinien der Krankenkassen in jede vierte Sitzung der Psychotherapie einbezogen, es findet somit eine regelmäßige Integration statt (KBV, 2021). Dass Bezugspersonen und damit das primäre Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen in die Psychotherapie einbezogen werden, erscheint zunächst intuitiv als sinnvoll. Bei Betrachtung der aktuellen Forschungslage in diesem Bereich ist allerdings festzustellen, dass sich die Evidenz zum Familieneinbezug in der Psychotherapie zwischen unterschiedlichen psychischen Erkrankungen unterscheidet.

In Bezug auf Depressionen im Kindes- und Jugendalter gibt es deutliche Hinweise dafür, dass die Interaktion sowie die Beziehungsqualität von Bezugspersonen und Kindern sowohl für die Entstehung als auch Aufrechterhaltung der Erkrankung eine Rolle spielen (vgl. Abschn. 1.3). Mit Bezug auf die Therapie müssen allerdings auch Variablen zur Veränderung betrachtet werden. Positive Veränderungen in der Interaktion zwischen Eltern und Kindern können einen Einfluss auf Veränderungen der Symptomatik haben (Schwartz, Dudgeon, et al., 2012). Darüber hinaus berichteten Jugendliche und Eltern, dass eine Verbesserung der familiären und sozialen Interaktion für sie neben den symptomatischen Veränderungen in der Psychotherapie sehr wichtig sind (Krause et al.,

2020). Chi et al. (2020) konnten außerdem zeigen, dass Geschwister einen präventiven Faktor für einen Rückfall in die depressive Symptomatik darstellen. In dieser Studie zeigte sich auch, dass Jugendliche aus Familien, die wenig belastet sind und positiv interagieren, insgesamt bessere Therapieverläufe hatten. Die Beteiligung der Familie und der Eltern an der Psychotherapie von Jugendlichen zeigt in querschnittlich-korrelativen Designs einen positiven Effekt auf die Gesamtsymptomatik (Weisz et al., 2017) sowie auf Depressionssymptome (Oud et al., 2019). In einem Review zum generellen Therapieerfolg bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen konnten Oud et al. (2019) einen Zusammenhang zwischen günstigen Ergebnissen bei Jugendlichen und dem Einbezug der Eltern feststellen; ebenso wie Carr (2019) in einer systematischen Übersicht über systemische Familieninterventionen, die auch vielversprechende Hinweise zeigt. Selbst niedrigschwellige Interventionen mit Familienbeteiligung führten in einer Studie zu positiven Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und (subklinische) depressive Symptome (McLaughlin et al., 2007). Darüber hinaus erwies sich die elterliche Beteiligung an der Psychotherapie der Kinder als Prädiktor für positive Folgeeffekte der Symptomverbesserung (Sun et al., 2019).

In einem systematischen Review mit Metaanalyse (Dippel, Szota, et al., 2022) konnten die skizzierten unterschiedlichen Befunde bisheriger Untersuchungen erstmalig integriert und analysiert werden. Insgesamt wurden 19 randomisiert-kontrollierte Studien identifiziert, die einen systematischen Vergleich von Interventionen mit und ohne Elterneinbezug ermöglichten. Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigen einen kleinen, aber signifikanten Effekt für den Elterneinbezug. In der deskriptiven Analyse konnten unterschiedliche Variablen identifiziert werden, die sich auf den Therapieerfolg auswirken. So erreichten insbesondere Interventionen, die auf die Eltern-Kind-Beziehung, Bindung oder Interaktion abzielen, vielversprechende Ergebnisse. Interessant ist, dass diese Interventionen auch ohne einen psychoedukativen Anteil zu Veränderungen in der depressiven Symptomatik führten. Insgesamt existieren somit vielversprechende Ergebnisse für positive Effekte des Elterneinbezugs, wenngleich es nur wenige Interventionen mit einem aktiven therapeutischen Einbezug der Bezugspersonen gibt.

Unterschied CBASP vs. IPT-A

Ähnlich wie CBASP@YoungAge fokussiert auch die Interpersonelle Psychotherapie für Jugendliche (IPT-A) oder Familienfokussierte Interpersonelle Therapie (FB-IPT) auf interpersonelle Faktoren im Kontext von Depressionen. Dieser Kasten stellt kurz die Unterschiede der beiden Interventionen heraus, für weitere Informationen zur IPT-A siehe Lucadou und Schramm (2018).

Störungsmodell: Die IPT fokussiert sich im Allgemeinen auf die interpersonellen Probleme (Rollenwechsel, Konflikte, Isolation/ Einsamkeit, komplizierte (lang anhaltende Trauer), die direkt mit der depressiven Symptomatik als Auslöser, Folge oder aufrechterhaltende Bedingung verknüpft sind. Die Herausarbeitung der biografischen Anteile (wie Prägungen) im Störungsmodell und die direkte Bearbeitung

dieser während der Therapie im Rahmen von CBASP@YoungAge stellen somit einen deutlichen Unterschied dar. Diese Prägungen werden in CBASP@YoungAge konkret adressiert und im Rahmen eines Verhaltenstrainings verändert.

Therapeutische Arbeit mit Bezugspersonen: Im Rahmen der IPT-A sowie FB-IPT werden auch die Bezugspersonen in die Therapie mit einbezogen, wobei hier der Fokus auf die Autonomie zu den Eltern gelegt wird. Im Unterschied dazu werden die Bezugspersonen mit dem Kiesler-Kreis-Familientraining dazu angeregt, selbst ihr Verhalten gegenüber ihren Kindern zu reflektieren und zu verändern.

Therapeutische Beziehung: Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung wird im Rahmen der IPT als aktive, fördernde, unterstützende Haltung verstanden, wobei die Arbeit mit Übertragungen in der Regel nicht erfolgt. Dies ist ebenfalls ein Unterschied zum DPE in CBASP@YoungAge, da hier die therapeutische Haltung vor allem durch eine authentische Selbstöffnung (Kontingente Persönliche Reaktion) und das Erreichen von korrigierenden Beziehungserfahrungen geprägt ist.

Aktuelle Wirksamkeitsstudien für Depressionen bei Kindern und Jugendlichen fokussieren meist primär die Veränderung der Symptomatik. Studien zeigen, dass weitere Variablen, wie die Verbesserung der intrafamiliären Interaktion, ebenfalls mit einer Symptomverbesserung zusammenhängen (Krause et al., 2020), wenngleich dies bislang kaum untersucht wurde (Carlson, 2000; Varley, 2006).

Basierend auf diesen Befunden ist der Bezugspersoneneinbezug ein zentraler Bestandteil von CBASP@YoungAge. Im Behandlungsprogramm wird dies in nahezu allen Therapiephasen konkret adressiert. Das Kiesler-Kreis-Familientraining stellt darüber hinaus ein Modul dar, das ausschließlich im familiären Setting umgesetzt wird. Konkrete Informationen zum Ablauf und Umsetzung des Einbezuges von Bezugspersonen finden sich in Abschnitt 2.4.2.

2.3 Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation

CBASP@YoungAge wurde für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 21 Jahren mit depressiven Erkrankungen sowie damit einhergehenden traumatischen Beziehungserfahrungen (emotionale oder körperliche Vernachlässigung, emotionalen Missbrauch) konzipiert. Ein Schwerpunkt liegt auf der Integration der primären Bezugspersonen. Interpersonelle oder interaktionelle Schwierigkeiten, die im Rahmen von CBASP@YoungAge adressiert werden können, sind beispielsweise überdauernde interpersonelle Konflikte zwischen Kindern/Jugendlichen und ihren aktuellen oder vergangenen Bezugspersonen, abweisendes oder vernachlässigendes Erziehungsverhalten sowie auch harsches oder autoritäres Verhalten der Bezugspersonen. Der Tod/Kontaktabbruch einer Bezugsperson können ebenfalls relevante Problembereiche darstellen. Die interpersonellen Probleme, die im Rahmen von CBASP@YoungAge adressiert werden, sollten vor Behandlungsbeginn allerdings eindeutig von körperlicher oder sexueller Gewalt ab-

gegrenzt werden. Aktuell vorliegende körperliche oder sexuelle Gewalt ist eine Kontraindikation bzw. ein Ausschlusskriterium für die CBASP@YoungAge-Therapie. Wir weisen hier auf die AWMF-S3+-Leitlinie (Kinderschutzleitlinie; Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027–069). Darüber hinaus sollten die generellen Voraussetzungen für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie erfüllt sein (regelmäßige Therapieteilnahme, kein selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten oder Substanzmissbrauch). Weiterhin empfehlen wir beim Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsreaktion beziehungsweise Akuten Belastungsreaktion in Folge eines traumatischen Ereignisses die Behandlung mit CBASP@YoungAge nicht. Weitere komorbide Störungsbilder sind allerdings keine Kontraindikation, da diese im Rahmen der Therapie durch den modularen und personalisierten Aufbau des Therapieprogramms adressiert werden können. Gegebenenfalls ist eine Anschlussbehandlung notwendig, wenn sich die komorbide Symptomatik als schwer und/oder persistierend erweist. In der Tabelle 2.1 werden die Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation, die wir derzeit zur Durchführung des Programms vorschlagen, zusammengefasst. Diese orientieren sich an allgemein bekannten Empfehlungen zur Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Wie bereits mehrfach erwähnt, fehlen für dieses Programm noch RCT-Studien, welche Indikationen und Kontraindikationen evidenzbasiert unterfüttern.

Tabelle 2.1 Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation für CBASP@YoungAge

Indikation	Kontraindikation
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Depressive Erkrankungen ▶ Interpersonelle Schwierigkeiten mit aktuellen primären Bezugspersonen, dazu können beispielsweise gehören: <ul style="list-style-type: none"> – regelmäßige Konflikte – emotional vernachlässigendes Verhalten – harsches oder autoritäres Verhalten ▶ Vergangene und /oder aktuelle traumatisierende Beziehungserfahrungen (insb. Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Akutes selbst- oder fremdgefährdetes Verhalten (z. B. akute Suizidalität) ▶ Aktuell vorliegende körperliche oder sexuelle Gewalt oder andere Formen der Kindesmisshandlung ▶ Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsreaktion beziehungsweise Akuten Belastungsreaktion in Folge eines traumatischen Ereignisses ▶ Notwendigkeit einer stationären Behandlung

Abbildung 2.2 stellt – symbolisiert durch die interpersonelle Mauer – exemplarisch typische interpersonelle Probleme (typische Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen sowie Bezugspersonen) dar, welche sich in der Diagnostik bereits zeigen können und für eine Indikation für CBASP@YoungAge sprechen. Selbstverständlich ist jede Familie individuell in Bezug auf die spezifische Situation und das entsprechende Interaktionsverhalten einzuschätzen.

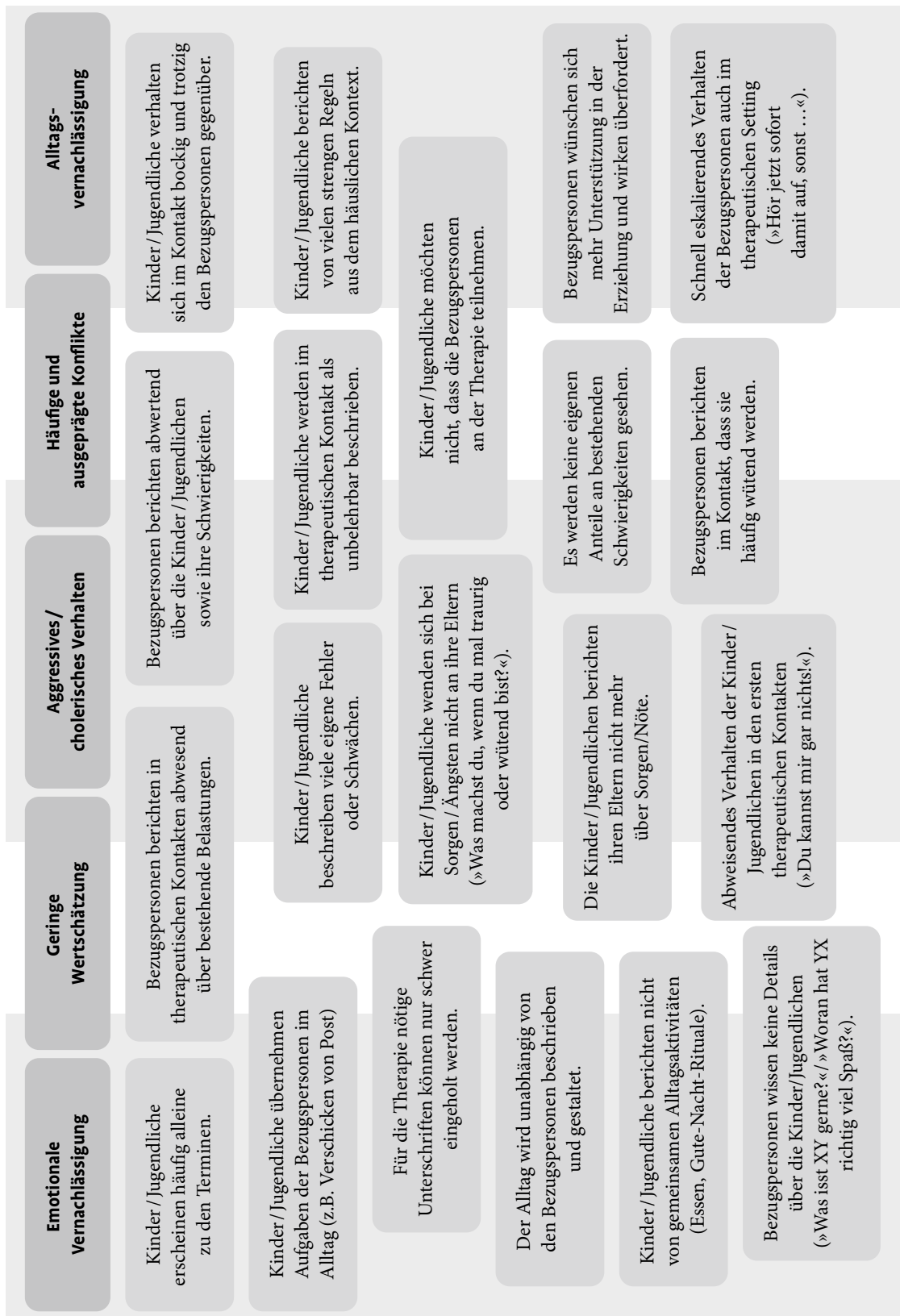


Abbildung 2.2 Exemplarische Übersicht über mögliche interpersonelle Probleme der Kinder / Jugendlichen und ihren Bezugspersonen (symbolisiert als interpersonelle Mauer)

2.4 Rahmenbedingungen und Struktur des Behandlungsprogramms

Abbildung 2.3 gibt einen Überblick über den Ablauf und die Struktur des Behandlungsprogramms, das in den nächsten Abschnitten ausführlich beschrieben wird. Dieser Ablauf ist ein Leitfaden zur Orientierung. Das Programm ist personalisierbar gestaltet und kann durch die Therapeut:innen flexibel eingesetzt werden. Dieses Buch spricht in Bezug auf die Umsetzungen Empfehlungen aus, die allerdings stets im Kontext des individuellen Falls betrachtet werden sollten.

Vor dem Therapiebeginn sollte immer eine ausführliche Anamneseerhebung und Diagnosestellung erfolgen, um die Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikationen zu prüfen und abzugrenzen. Generell sollten die Patient:innen sowie die teilnehmenden Bezugspersonen motiviert sein, eine Therapie durchzuführen. Das Ziel der Therapie stellt eine positive Veränderung in Bezug auf die depressive Symptomatik sowie eine langfristige Veränderung im Interaktionsverhalten zwischen den Familienmitgliedern dar. Dies wird mit allen Beteiligten in der Einführungsphase besprochen (Kap. 4).

Das Therapieprogramm ist für drei unterschiedliche Altersbereiche konzipiert. Das bedeutet, dass Fallbeispiele oder Interventionen für die drei Altersbereiche (ab 10 Jahre, ab 13 Jahre, ab 17 Jahre) sowie die Bezugspersonen zur Verfügung stehen. Insgesamt sind die Altersbereiche als Richtwerte zu verstehen. Ziel war, alterssensible Materialien für die Altersbereiche anbieten zu können. Jeder Schritt in der Therapie und auch die integrierten Module mit den Bezugspersonen können für jeden Altersbereich durchgeführt werden, der Ablauf der Therapie unterscheidet sich nicht. Es gibt aber für die Umsetzung und Arbeitsmaterialien altersentsprechende Variationen.

2.4.1 Ablauf und Dauer der Behandlung

Der Ablauf des Behandlungskonzeptes ist in Abbildung 2.3 als Leitfaden dargestellt und wird in den nachfolgenden Abschnitten für die einzelnen Altersbereiche erläutert. Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen der zentralen, modular strukturierten Hauptphase und den nicht modular aufgebauten Einführungs- und Abschlussphasen der Behandlung. Der Beginn und das Ende der Behandlung ist damit immer durch eine ähnliche Struktur von Behandlungsschritten gekennzeichnet, welche aufeinander aufbauen und nicht unabhängig voneinander eingesetzt werden können. Allerdings sind auch diese Phasen bereits dadurch gekennzeichnet, dass sie personalisiert auf die Patient:innen und Bezugspersonen abgestimmt werden können. Es bestehen keine zeitlichen Angaben für die Umsetzungsdauer der Therapie. Jeder Patient, jede Patientin ist individuell und benötigt unterschiedlich viel Zeit. Welcher Therapieabschnitt wie viel Zeit in Anspruch nimmt, hängt von den individuellen Schwierigkeiten der Patient:innen ab und kann von den Therapeut:innen im Verlauf angepasst werden. Insgesamt wird empfohlen, dass der zeitliche Hauptanteil der Therapie auch die Hauptphase ausmacht, da in diesem Therapieabschnitt gemeinsam Veränderungen in den Familien angestoßen werden.

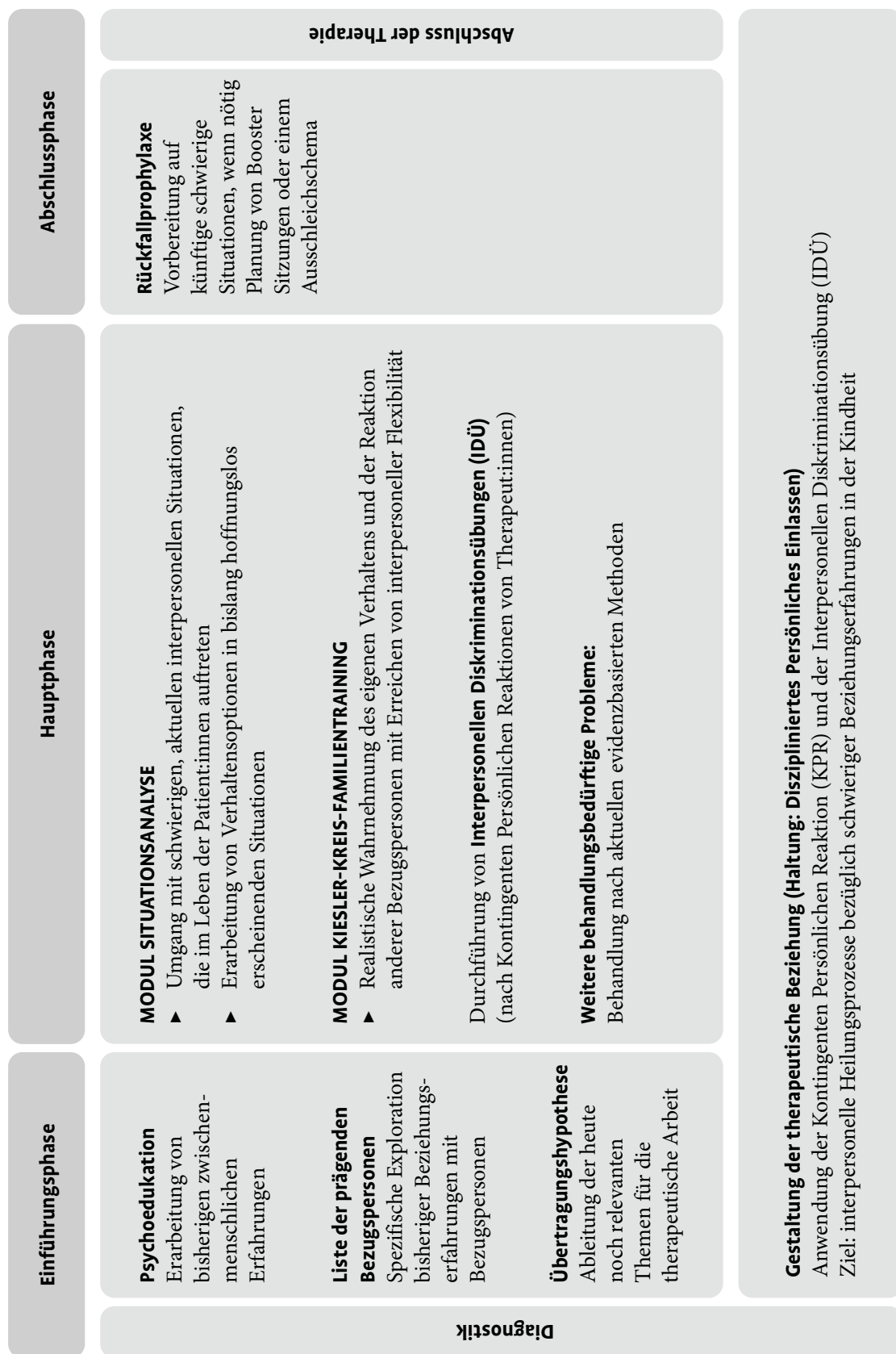


Abbildung 2.3 Leitfaden zum Ablauf und zur Struktur des Behandlungsprogramms

Einführungsphase. Zu Beginn der Behandlung steht die Einführungsphase. Diese setzt sich aus drei zentralen Abschnitten zusammen: Psychoedukation, die Liste der prägenden Bezugspersonen, Übertragungshypothese. Die Einführungsphase sollte möglichst gemäß der skizzierten Struktur durchgeführt werden. Dies ist notwendig, um für den weiteren Verlauf der Therapie einen Rahmen und eine therapeutische Basis zu schaffen, auf die dann in der Haupt- und Abschlussphase zurückgegriffen werden kann. In diesen ersten Sitzungen erfolgen die Psychoedukation sowie die anamnestiche Erfassung der Prägungen / Stempel einschließlich Erarbeitung und Formulierung der Übertragungshypothesen der Patient:innen. Diese Elemente bilden die Grundlage für die späteren Module der Hauptphase und schaffen bei den Patient:innen und Bezugspersonen ein Verständnis für die Ziele und Ansätze der umzusetzenden therapeutischen Maßnahmen.

Steht für die Behandlung insgesamt weniger Zeit zur Verfügung oder sind die Patient:innen zu belastet, verschlossen oder unmotiviert, wird empfohlen, in der Einführungsphase nur auf ein oder zwei Hauptprägungen zu fokussieren, die Übertragungshypothese nur für sich zu überlegen und nicht mit den Patient:innen zu erarbeiten, um dann sehr zeitnah in die Hauptphase einzutreten.

Hauptphase. Diese Phase stellt den Hauptanteil der therapeutischen Arbeit in CBASP@YoungAge dar. Sie setzt sich aus den CBASP@YoungAge-Modulen »Kiesler-Kreis-Familientraining« und »Situationsanalyse« zusammen. Je nach den spezifischen Bedürfnissen der Patient:innen, kann der / die Therapeut:in den Anteil und Ablauf der Module personalisiert festlegen. Diese flexible Struktur ermöglicht es den Therapeut:innen, dass auch Probleme jenseits der Depressionen sowie Komorbiditäten behandelt werden können, die im Krankheitsverlauf oder familiären Kontext relevant sind. Der Therapieverlauf kann durch die Modularität der Hauptphase personalisiert auf die Patient:innen angepasst werden. Die Hauptphase ist auch der Abschnitt, in der abgestimmt auf den Therapieverlauf möglichst häufig in passenden Situationen die Kontingente Persönliche Reaktion und Interpersonelle Diskriminationsübung von den Therapeut:innen angewendet werden können. Während die Einführungsphase somit einen höher strukturierten Abschnitt darstellt, bietet die Hauptphase die Möglichkeit, sehr schnell und flexibel auf individuelle Situationen eingehen zu können und einen variablen Behandlungsverlauf umzusetzen.

Abschlussphase. Erst nach Abschluss der Hauptphase folgt die Abschlussphase, die in der Umsetzung ebenfalls spezifisch auf die teilnehmenden Familien abgestimmt werden kann. Dies betrifft in der Abschlussphase vor allem die zeitliche Planung der Therapie. Während es sich in der Einführungs- und der Hauptphase der Therapie anbieten kann, regelmäßige und gegebenenfalls auch hochfrequente Termine umzusetzen, bietet die Abschlussphase die Möglichkeit, die Frequenz der Termine zu verringern. Hier kann damit ein Ausschleichtschemata im Behandlungsverlauf etabliert werden, was es ermöglicht, die Veränderungen im Alltag zu erproben.

Insgesamt zeigt sich in der Praxis, dass die Therapien je nach Schwere und Ausprägung der Symptomatik und Möglichkeiten des Einbezuges der Bezugspersonen auch deutlich mehr Zeit für einzelne Abschnitte oder Module benötigen können. Die Hauptphase der Therapie sollte möglichst nach dem ersten Drittel erreicht sein, um dann die

Bearbeitung der aktuellen oder vergangenen traumatisierenden Beziehungserfahrungen zu fokussieren.

In den folgenden Abschnitten werden die oben genannten Abschnitte und Module und deren Strategien und Interventionen Schritt für Schritt vorgestellt. Da ein besonderer Fokus auf der Anpassung des CBASP-Therapiekonzepts für die verschiedenen Altersstufen gelegt wird, wurden die Techniken für drei Altersbereiche aufbereitet. Die Phasen können in der Länge und Umsetzung individuell auf das Tempo oder die Bedürfnisse der Patient:innen und deren Familien abgestimmt werden. Eine Übersicht sowie der empfohlene Ablauf der Therapie mit flexiblem Einsatz der Einführungsphase kann Abbildung 2.3 entnommen werden. Die Modulreihenfolge in der Hauptphase ist explizit flexibel und kann durch die Therapeut:innen entsprechend der individuellen Fallbedingungen gestaltet werden.

2.4.2 Integration der Bezugspersonen

Die in die Therapie integrierten Bezugspersonen sollten die aktuellen primären Bezugspersonen des Kindes / Jugendlichen sein. Das inkludiert sowohl die Eltern / Betreuungspersonen, die mit dem Kind oder Jugendlichen zusammenleben, als auch Betreuungspersonen aus Wohngruppen oder Heimen, die aktuelle primäre Bezugspersonen darstellen und bereit sind, sich regelmäßig an der Therapie zu beteiligen. Diese Beteiligung umfasst allerdings nicht nur, an therapeutischen Sitzungen teilzunehmen, sondern auch an den besprochenen Themen im häuslichen Rahmen weiterzuarbeiten. Generell sollte mindestens eine primäre Bezugsperson des / der Patient:in teilnehmen, es ist allerdings auch möglich und hilfreich, zwei oder mehr Bezugspersonen zu beteiligen. Wichtig ist, dass auch die Bezugspersonen sich untereinander kennen und in Kontakt stehen. Nach dem CBASP@YoungAge-Konzept erscheint es beispielsweise als ungünstig, die eigenen Eltern zusammen in gemeinsamen Terminen mit einer Schulfreundin an der Therapie regelmäßig zu beteiligen. Scheint eine Beteiligung notwendig, sollte dies in getrennten Terminen erfolgen.

2.4.3 Therapeutisches Setting

Dieses Therapiekonzept wird sowohl in Einzel-, geteilten als auch in gemeinsamen Sitzungen mit den Patient:innen und ihren Bezugspersonen umgesetzt. Es folgt dabei einem personalisierten Aufbau, der sich sowohl an den Erkrankungsverlauf als auch bezüglich komorbid auftretender Symptome anpassen lässt.

Folgende Settings können im Rahmen von CBASP@YoungAge umgesetzt werden:

- ▶ Individuelle Sitzung mit der / dem Patient:in
- ▶ Individuelle Sitzung mit der Bezugsperson
- ▶ Gemeinsame Sitzung mit dem / der Patient:in der Bezugsperson
- ▶ Geteilte Sitzung: Die ersten 25 Minuten finden mit dem / der Patient:in und die letzten 25 Minuten finden mit der Bezugsperson statt (oder umgekehrt)

Die einzelnen Module und Therapiephasen sind immer für diese unterschiedlichen Sitzungsarten konzipiert. Generell ist die Wahl des geeigneten Settings den Therapeut:innen überlassen, da hier auch individuelle und strukturelle Gegebenheiten zu beachten sind. Das hier vorgestellte Therapieprogramm ist für das klassische, ambulante Setting konzipiert. Der/ die Patient:in sowie die primären Bezugspersonen nehmen an der Therapie teil, der/ die Therapeut:in ist zuständig für die konkrete Umsetzung und den Ablauf der Therapie und die Integration aller beteiligten Personen.

3 Therapeutische Haltung und Techniken

3.1 Diszipliniertes Persönliches Einlassen (DPE)

3.2 Kontingente Persönliche Reaktion und Interpersonelle Diskriminationsübung

In den nächsten Abschnitten werden die unterschiedlichen Module und Bestandteile des Behandlungsprogramms ausführlich vorgestellt und beschrieben. Am Anfang wird die therapeutische Haltung beschrieben, die – wie in der CBASP-Therapie für erwachsene Patient:innen – eine zentrale Rolle spielt.

3.1 Diszipliniertes Persönliches Einlassen (DPE)

Die therapeutische Haltung in CBASP und somit auch in CBASP@YoungAge wird als »Diszipliniertes Persönliches (Sich-)Einlassen« (DPE) (McCullough, 2006; McCullough, 2021) bezeichnet und ist geprägt durch eine wertschätzende, offene und authentische Grundhaltung den Patient:innen gegenüber. DPE ist eine besondere Form der Beziehungsgestaltung, die die persönliche Innenwelt, das Denken, die Emotionen und Reaktionen auf das Verhalten der Patient:innen durch den / die Therapeut:in einschließt. Sie wird umgesetzt durch die Techniken der Kontingenten Persönlichen Reaktion (KPR) sowie der Interpersonellen Diskriminationsübung (IDÜ) (für weitere Ausführungen der Anwendung im klassischen CBASP-Konzept siehe z. B. Brakemeier et al., 2021).

Kinder und Jugendliche mit depressiven Erkrankungen zeigen oft zurückgezogenes oder auch aggressives und oppositionelles Verhalten. Dies führt dazu, dass Bezugspersonen sich häufig z. B. verunsichert, verärgert, frustriert, hilflos oder auch genervt fühlen und in Folge weniger oder harscher mit den Kindern interagieren. Die Kinder und Jugendlichen erhalten damit weniger adäquate Reaktionen auf ihr Verhalten und reagieren auf die gezeigte negative Reaktion der Eltern ebenfalls negativ, sodass eine ungünstige interpersonelle Dynamik verstärkt wird (vgl. Abschn. 1.2.1). Mutlosigkeit, Skepsis, Misstrauen bis hin zu Feindseligkeit sind daher zu Behandlungsbeginn häufige Gefühle und Verhaltensweisen, die Kinder und Jugendliche den Therapeut:innen entgegenbringen. Vor dem Hintergrund der traumatisierenden Beziehungserfahrungen, die Patient:innen häufig erlebt haben, sind diese jedoch nachvollziehbar. Oftmals bestehen die Beziehungserfahrungen und der Umgang damit in der Familie schon seit Jahren. Es kommt zu einem überdauernden, negativen Kreislauf, der immer wieder traumatisierende Beziehungserfahrungen, erst im familiären und dann auch im erweiterten sozialen Kontext, auslöst (vgl. Abschn. 1.3).

Vielen der jungen Patient:innen kann es damit besonders zu Beginn der Therapie schwerfallen, sich offen auf den therapeutischen Kontakt einzulassen. Sie sind vielleicht misstrauisch, weil sie in ihrem aktuellen oder vergangenen sozialen und familiären Umfeld sehr viele überdauernde negative Interaktions- und Beziehungserfahrungen erlebt haben. Patient:innen verhalten sich damit allerdings so, wie sie es gelernt haben. Daher sollten die Therapeut:innen an dieser Stelle zunächst unbedingt offen und zugewandt bleiben und diese Gefühle annehmen und – wenn möglich – validieren. Sie kreieren damit eine Sicherheitszone, die es dem / der Patient:in erst ermöglicht, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen (McCullough, 2021). Dies passiert durch ein aufrichtiges Interesse der Therapeut:innen, das sich auf Verhaltensebene eher in einem offenen, wohlwollenden und freundlich-zugewandten und nicht in einem überschwänglich-freundlichen Verhalten zeigt.

Eine distanzierte, unpersönliche Beziehungsgestaltung kann dieses Wahrnehmungsdilemma der Patient:innen nicht bearbeiten oder verändern (vgl. Brakemeier et al., 2021). Verhaltensweisen, die insbesondere bei Kindern und Jugendlichen auf eine zu distanzierte Beziehung hinweisen, können verminderter Blickkontakt, ignorieren von Fragen, feindseliges / therapieabwertendes Verhalten («Das bringt mir eh nichts») oder auch sehr schüchternes, zurückhaltendes Verhalten sein. Die Hauptaufgabe der Therapeut:innen besteht daher neben dem Herstellen der Sicherheitszone darin, eine natürliche und authentische Reaktion auf das Verhalten der Kinder und Jugendlichen zu zeigen. Es ist damit für eine erfolgreiche Therapie unbedingt erforderlich, dass die Therapeut:innen motiviert sind, sich auf die Patient:innen und ihre Familien mit all den Problemen und Schwierigkeiten, die möglicherweise bestehen, einzulassen und gemeinsam an einer Veränderung zu arbeiten. DPE ist nach McCullough, (2021) eine hochprofessionelle Form von therapeutischer Beziehungsgestaltung, welche den:die Therapeut:in und seine / ihre persönliche Innenwelt, Denken, Emotionen und Reaktionen auf das Verhalten der Patient:innen einschließt. Diese Form der Beziehungsgestaltung fordert die Therapeut:innen und bedarf auch während der Therapie einer Vor- und Nachbereitung, idealerweise in einem supervisorischen oder intervisorischen Kontext. Im Folgenden wird genauer auf die einzelnen Aspekte des DPE eingegangen und es werden Empfehlungen für die konkrete Umsetzung unter Anwendung der Techniken KPR und IDÜ bereitgestellt.

Insgesamt erfüllt diese konsequente disziplinierte, aber den Patient:innen zugewandte und bindungsorientierte Haltung im Rahmen der Therapie zusammengefasst folgende Funktionen:

- (1) Für viele Patient:innen ist eine sichere und authentische menschliche Begegnung mit ihrem / ihrer Therapeut:in eine neuartige Erfahrung. Nur wenn sich die Therapeut:innen so persönlich und menschlich zeigen, können die Patient:innen die für eine Verhaltensveränderung erforderlichen Diskriminationserfahrungen machen, und die aktuelle therapeutische Beziehung mit früheren – und im Kinder-Jugendbereich vor allem aktuellen – schwierigen Beziehungen vergleichen und unterscheiden.

- (2) Modelllernen, Empathietraining: Therapeut:innen können ihren Patient:innen nur vermitteln, wie diese mit anderen Menschen empathisch umgehen können, wenn sie selbst bereit sind, persönliche Gefühle und Reaktionen preiszugeben.
- (3) Schließlich kann für feindselig wirkende Patient:innen und Bezugspersonen die persönliche Reaktion der Therapeut:innen helfen, zu erkennen, dass ihr feindseliges oder destruktives Verhalten bei anderen Menschen verletzend wirkt und zwischenmenschliche Distanz erzeugt, was sie möglicherweise aufgrund fehlender Lernerfahrungen sonst nicht bemerken können.

Insgesamt wird durch das DPE in der Therapie die sogenannte Sicherheitszone kreiert, in der ausprobiert werden kann, wie das eigene Verhalten auf andere Menschen wirkt und was es in ihnen auslösen kann.

Schlussendlich erscheint bei vielen Patient:innen die therapeutische Arbeit erst auf Basis einer solchen ehrlichen, disziplinierten und authentischen Beziehungsgestaltung möglich. Es handelt sich hierbei somit nicht um ein optionales Verhalten, sondern die essenzielle Grundlage der Behandlung und Beziehungsgestaltung. Wichtig ist, dass die Rolle der Therapeut:innen damit nicht neutral und unpersönlich ist. Bei der Umsetzung von CBASP@YoungAge sollte über den gesamten Therapieverlauf ein Fokus des/der Therapeut:in auf der Qualität der Beziehung liegen und darauf geachtet werden, diese konsistent und im Rahmen der Haltung des DPE zu gestalten. Das schließt alle Kontakte (auch außerhalb der geplanten Therapietermine) ein. DPE ist eine übergreifende, wertschätzende Haltung, die alle Aspekte der Therapie umfasst.

Für die konkrete Anwendung dieser Form der therapeutischen Beziehungsgestaltung kann es hilfreich sein, sich die einzelnen Bestandteile zu verdeutlichen (vgl. Brakemeier et al., 2021):

Diszipliniert. (auch im Sinne von kontrolliert oder überlegt): Therapeut:innen werden angehalten, sich vor dem persönlichen (Sich-)Einlassen genau zu überlegen, ob, was und wie sie den Patient:innen oder Bezugspersonen mitteilen und welches Ziel beziehungsweise welche heilsame Beziehungserfahrung sie verfolgen. DPE ist also kein »Freibrief«, persönliche Gefühle und Reaktionen ungefiltert oder impulsiv einfach heraus zu lassen. Wenn eigene Prägungen durch die Situation aktiviert werden, kann Supervision oder Selbsterfahrung helfen zu entscheiden, ob es dennoch für die Patient:innen hilfreich ist, die Emotionen preiszugeben.

Persönlich. Therapeut:innen sind bereit, Patient:innen und Bezugspersonen eine persönliche, authentische, offene, gefühlsmäßige Reaktion mitzuteilen, sie sollen als »menschliche Wesen« reagieren. Dies bedeutet auch, dass negative Gefühle oder Haltungen in einem bestimmten Rahmen (Sicherheitszone) in der Therapie geteilt werden. Dieser Aspekt beschreibt dabei eine unbedingte authentische Grundhaltung, die erfordert, dass nur echte Gefühle durch die Therapeut:innen geteilt werden.

Einlassen. Die Therapeut:innen sind grundsätzlich bereit, sich auf die Patient:innen und Bezugspersonen persönlich einzulassen. (Sich-)Einlassen bedeutet damit, dass eine Offenheit durch die Therapeut:innen möglich ist und der wertschätzenden Grundhaltung nichts entgegensteht. Dies setzt voraus, dass sie die Patient:innen und deren Angehörige

grundsätzlich mögen. Das bedeutet nicht, dass alle Verhaltensweisen oder Muster positiv bewertet werden müssen, allerdings sollte das wertschätzende Einlassen darin bestehen, dass die Therapeut:innen dazu in der Lage sind, diese möglicherweise schwierigen Verhaltensweisen der Patient:innen oder Bezugspersonen aufgrund der ihnen bekannten Prägungen und schwierigen Lebensbedingungen einordnen und verstehen zu können.

CBASP@YoungAge erfordert damit eine Bereitschaft der Therapeut:innen, diese Grundhaltung immer wieder zu reflektieren und zu prüfen, inwiefern das eigene Verhalten ihr entspricht.

Zu dieser DPE-Haltung gehört damit auch, negative Emotionen offen mitzuteilen, um den Patient:innen die Konsequenzen ihres Verhaltens transparent und dennoch wertschätzend mitzuteilen. Hierdurch soll primär die folgende Botschaft vermittelt werden:

»Bestimmte Verhaltensweisen von dir können bei mir auch negative Gefühle auslösen. Du sollst aber wissen, dass ich dich als Person sehr mag. Ich habe diese negativen Gefühle, weil du mir nicht egal bist. Ich teile sie dir mit, weil ich dir helfen will.«

Die adäquate Durchführung über den gesamten Therapieverlauf kann herausfordernd sein, insbesondere weil durch inadäquate Anwendung auch negative Folgen für die Patient:innen, Bezugspersonen, die Therapeut:innen und die therapeutische Beziehung entstehen können.

Die konkrete Anwendung von DPE im therapeutischen Setting und auch die damit einhergehenden Herausforderungen hat McCullough (2021) beschrieben. Zusammenfassend sind insbesondere die folgenden Aspekte für Therapeut:innen herausfordernd, aber auch zentral in der Umsetzung:

- ▶ Eine **authentische Reaktion** des/der Theapeut:in auf den/die Patient:in oder die Bezugspersonen. Ziel der therapeutischen Haltung ist es nicht, eine Rolle zu spielen, sondern den Patient:innen authentische Lernerfahrungen durch Reaktionen der Therapeut:innen auf Verhalten zu ermöglichen.
- ▶ Das **verbale Strukturieren** der Sitzung. Mit den Patient:innen wird dialogisch gearbeitet und lange Monologphasen durch einzelne Personen sind zu vermeiden (siehe auch die Fallbeispiele im folgenden Abschnitt). Lernerfahrungen / Diskriminationserfahrungen werden durch fremde Reaktionen auf eigenes Verhalten erlebt, diese Erfahrungen können im verbalen Kontakt durch die Therapeut:innen erreicht werden, was emotional vertieft werden sollte (»Wie fühlt sich das gerade an für dich?«).
- ▶ **Akzeptanz für Stille** im therapeutischen Setting. Stille ist eine Gelegenheit, Prozesse zu reflektieren, Inhalte zu sortieren – sowohl für Therapeut:innen als auch Patient:innen.

- ▶ Den **Umgang mit Ärger**. Wut ist eine der schwierigsten Emotionen von Patient:innen, mit der Therapeut:innen umgehen müssen. Ein effektiver Umgang besteht darin, herauszufinden, warum der/die Patient:in den/die Therapeut:in weggestoßen hat – wodurch wurde die feindselige Reaktion ausgelöst? Eine Möglichkeit ist direkt zu fragen, was die wütende Reaktion ausgelöst hat. Dieses Fragen führt meist zu Protest (z. B. »Sie sollten in der Lage sein, mit meiner Wut umzugehen«; »Sie sollten geschult sein, mit solchen Reaktionen umzugehen.«, »Das können Sie alleine rausfinden!«). DPE und auch die damit einhergehenden Techniken öffnen hier den Weg, um mit den Patient:innen gemeinsam herauszufinden, woher die Wut kommt und wie mit ihr so umgegangen werden kann, dass der/die Patient:in seine/ihre Ziele erreicht.
- ▶ Den **Umgang mit schwierigen Themen** in den Therapiesitzungen. Es ist normal, dass das Aufkommen von bestimmten unerwarteten Verhaltensweisen oder Themen in der sorgfältig geplanten Therapiesitzung Angst oder Unruhe in Therapeut:innen auslöst. Ziel ist, im DPE innezuhalten und sich zu fragen, was der/die Patient:in jetzt gerade braucht. Was kann der/die Therapeut:in aktuell tun, um zu unterstützen?
Innehalten, hinsehen und zuhören, zuerst mir selbst und dann dem / der Patient:in!

Im folgenden Abschnitt werden bestimmte Techniken, die im Rahmen des DPE mit Abfolgen, Schritten und passenden Sätzen und Fragen vorgestellt, die die Umsetzung erleichtern können.

3.2 Kontingente Persönliche Reaktion und Interpersonelle Diskriminationsübung

Ziele

- ▶ Die Patient:innen sind in der Lage zu erkennen, dass heute Personen anders – entgegen ihren Erwartungen – auf ihr eigenes Verhalten reagieren als prägende Bezugspersonen.
- ▶ Sie bekommen damit mehr Verständnis für das eigene Verhalten und die damit einhergehende Wirkung auf andere Personen. Dies schafft die Basis für eine Verhaltensänderungsmotivation.

3.2.1 Hintergrund für die Therapeut:innen

In bestimmten Situationen der Therapie kann es relevant werden, dass eine Diskrepanz zwischen der Reaktion des/der Therapeut:in und der antizipierten Reaktion durch die Patient:innen während der Therapie transparent besprochen wird. Diese Offenlegung und Bearbeitung der therapeutischen Reaktion findet im Rahmen der Techniken der Kontingenten Persönlichen Reaktion (KPR) und der Interpersonellen Diskriminationsübung (IDÜ) statt. Es handelt sich bei diesen Techniken und Übungen nicht um ein

Modul, das explizit in der CBASP@YoungAge-Therapie umgesetzt wird, sondern um therapeutische Interventionen, die flexibel und variabel in den Sitzungen eingesetzt werden können. Wichtig ist, dass die Eingangsphase bereits vollständig abgeschlossen ist. Dies hat den Hintergrund, dass in der Eingangsphase die Reaktionen der prägenden Bezugspersonen gemeinsam mit den Patient:innen erarbeitet werden. Eine Diskrepanz durch die Therapeut:innen (im Sinne von negativen KPR und IDÜs) kann also erst nach Abschluss dieser Arbeit wahrgenommen und mit den Patient:innen besprochen werden. Generell ist es allerdings möglich, bereits positives KPR (vgl. Abschn. 3.2.3) in die Therapie zu integrieren. Dies ist bereits in frühen Therapiephasen eine sinnvolle und wichtige Intervention.

3.2.2 Einbezug von Bezugspersonen

Bezugspersonen werden in diese Übungen meist nicht direkt einbezogen. Da das KPR und die IDÜ in sogenannten Hot-Spot-Situationen eingesetzt werden sollen, in denen explizit Themen der ja überwiegend negativen Prägungen relevant sind, sollten diese mit den Patient:innen allein bearbeitet werden ohne Anwesenheit der Bezugspersonen. Selbstverständlich können Hot-Spot-Situationen auch in Terminen auftreten, in denen Bezugspersonen anwesend sind. Im Kontext der therapeutischen Arbeit ist das sogar höchst wahrscheinlich. Dennoch ist es für die Nachbesprechung eben dieser Situationen in den meisten Fällen erforderlich, dass die Patient:innen in einem geschützten Rahmen sind, um so die Situation gemeinsam mit den Therapeut:innen bearbeiten zu können.

3.2.3 Durchführungshinweise zur Kontingenten Persönlichen Reaktion (KPR)

Die Kontingente Persönliche Reaktion beschreibt das authentische Einlassen und die persönliche Reaktion auf das Verhalten der Patient:innen. Der Schwerpunkt liegt darauf, dass Therapeut:innen eine realistische Reaktion der Umwelt abbilden und Patient:innen die Möglichkeit erhalten, Zusammenhänge zwischen dem eigenen Verhalten und den Reaktionen der Umwelt zu erleben und zu verstehen. Ziel ist somit die Lernerfahrung der Patient:innen, die durch eine bewusste, persönliche Reaktion der Therapeut:innen auf das Verhalten von Patient:innen ausgelöst wird. Relevant ist hierbei, dass die Sicherheitszone, die die Therapie für die Patient:innen bildet, nie verlassen wird! Es ist wichtig, sich mit dieser Technik, die im Rahmen eines DPE eingesetzt werden kann, vertraut zu machen, da aus der inadäquaten Anwendung auch negative Folgen für die therapeutische Beziehung und Therapie entstehen können.

Die Anwendung von KPR ist vor allem in Hot-Spot-Situationen sinnvoll. Damit sind Situationen gemeint, in denen Bereiche bzw. Themen aus den Prägungen / Stempeln / Übertragungshypothesen auftauchen. Also Themen oder Verhaltensweisen, die bei den Patient:innen auftreten und die auf die frühen oder auch aktuellen prägenden Bezie-

hungserfahrungen zurückzuführen sind, z. B. wenn Patient:innen sich eben nicht entsprechend ihrer Prägungen verhalten oder aber wieder in Muster fallen, die bereits im ersten Zeitraum der Therapie erarbeitet werden konnten. Darüber hinaus sind aber auch Situationen relevant, in denen die Patient:innen sich explizit nicht (mehr) entsprechend ihrer Prägungen verhalten und beispielsweise freundliches, zugewandtes Verhalten zeigen (siehe: positives KPR). Die Erarbeitung dieser therapeutischen Elemente wird in den Abschnitten 4.3 und 4.4 genauer beschrieben. Weiterhin ist KPR auch in Therapiesituationen sinnvoll, in denen therapieschädigendes Verhalten gezeigt wird (bspw. häufiges nicht Erscheinen in der Therapie). Wichtig ist, dass für die Anwendung von negativen KPR im Rahmen der Therapie die therapeutische Beziehung gefestigt ist. Insbesondere sollten die Therapeut:innen die Prägungen der Patient:innen und die Hot-Spots – die Übertragungsbereiche und Übertragungshypothesen – kennen. Dadurch fällt es leichter, diese schwierigen Verhaltensweisen, die eigene negative Emotionen und Reaktionen auslösen, zu verstehen, da sie dann vor dem Hintergrund der Prägungen eingeordnet werden können. Es kann grundsätzlich zwischen positiven und negativen KPR Situationen unterschieden werden. Im ersten Fall werden positive Emotionen der Therapeut:innen im zweiten negative Emotionen preisgegeben. Sowohl positive als auch negative KPR-Situationen beziehen sich allerdings auf Situationen, in denen die Prägungen oder Übertragungshypothesen der Patient:innen deutlich werden.

KPR-Situationen erkennen und Eignung prüfen:

- (1) Die Verhaltensweisen und ggf. die dahinter liegenden Emotionen der Patient:innen sollten durch die Therapeut:innen klar und eindeutig benannt und auf eine Prägung/ die Übertragungshypothese zurückgeführt werden können. Gleichzeitig sollten die Therapeut:innen die durch die Verhaltensweisen ausgelösten eigenen Emotionen wahrnehmen und benennen können (wichtig: nur Emotionen berücksichtigen, die sich eindeutig auf das Verhalten des/ der Patient:in zurückführen lassen)
- (2) Die Therapeut:innen sollten emotional in der Lage sein, sich persönlich auf die möglicherweise schwierige Situation einzulassen. Dies bedeutet, dass nicht jede Hot-Spot-Situation, in der eine Prägung oder Übertragung salient ist, für eine KPR genutzt werden muss! Es ist möglich, dass sich die Situation zwar eignet, aber der:die Therapeut:in in der entsprechenden Situation keine KPR umsetzen kann.
- (3) Es muss ausreichend Zeit zur Verfügung stehen! KPR kann nicht zwischen Tür und Angel durchgeführt werden (z. B. am Ende der Stunde).
- (4) Anwesende Personen: Das Bearbeiten von Hot-Spots im Rahmen der KPR (oder auch IDÜ), kann für Patient:innen schwierig und schmerzhaft sein. In der Therapie mit Kindern und Jugendlichen ist besonders darauf zu achten, dass bei negativer KPR prägende Bezugspersonen nicht anwesend sind, wenn eben diese Situationen nachbesprochen werden. Die Patient:innen sollen die Möglichkeit bekommen, diese relevanten Diskriminierungserfahrungen in einem geschützten Rahmen (der Sicherheitszone) zu erarbeiten.

Eignet sich die aktuelle therapeutische Situation nicht zum Einsatz der Technik, kann auch zu einem späteren Zeitpunkt nochmal auf die Situation zurückgekommen werden. Wichtig ist in so einem Fall, die entsprechende Situation genau zu dokumentieren, so dass sowohl Patient:in als auch Therapeut:in sich entsprechend gut an alle situativen, emotionalen sowie interaktiven Elemente erinnern können. Beispielhafte Situationen finden sich in Tabelle 3.1.

Eignet sich die Situation, sollte vor der Anwendung der KPR in der Situation das Ziel der Therapeut:innen für die Patient:innen bestimmt werden:

- ▶ Welche Beziehungserfahrung möchte ich mitgeben?
- ▶ Was möchte ich dem / der Patient:in zeigen?

Bevor sich die Therapeut:innen entscheiden, die KPR als Intervention zu nutzen, sollten sie (kurz) reflektieren, welche Ziele der Patient:innen durch die Bearbeitung der Situationen erreicht werden können.

Tabelle 3.1 Beispiele für positive oder negative Kontingente Persönliche Reaktionen im Rahmen von DPE-Situationen (DPE; nach Brakemeier et al., 2021)

KPR	Beispiel-Formulierungen
Positives KPR	<p>»Ich freue mich wirklich sehr, dass das du es geschafft hast, Nein zu sagen.«</p> <p>»Dass du mir heute ein Bild gemalt hast, überrascht und freut mich sehr. Wie kamst du auf die Idee?«</p> <p>»Dadurch, dass du weinst, kann ich sehr gut verstehen, wie schlecht es dir gerade geht. Ich bin berührt, dass du mir deine Tränen gezeigt hast.«</p>
Negatives KPR	<p>»Ich finde es sehr schade und es macht mich traurig, wenn du nach 15 Therapiestunden sagst, dass alles hier nichts gebracht hat.«</p> <p>»Ja, es macht mich wie deine Schwester auch wütend, dass du mich anschreist, aber ich schreie nicht zurück und laufe nicht raus.«</p> <p>»Es macht mich traurig, dass du sagst, dass ich schlechte Arbeit machen würde.«</p>

In der Umsetzung findet die KPR zumeist in drei Schritten statt. Nachdem die Situation durch den / die Therapeut:in erkannt und auf ihre Eignung hin geprüft wurde, kann mit der Durchführung begonnen werden.

Durchführung KPR

»Kann ich dich kurz mal unterbrechen?«

»Ich würde diese Situation gern nochmal genauer besprechen. Ist das in Ordnung für dich?«

(1) Schritt 1: Benennung des Verhaltens und Verlangsamung (Empathietraining)

»Was meinst du, was dein Verhalten mit mir macht?«

»Wie sehe ich grade aus? Schau mich mal an.«

»Was meinst du, was ich fühle?«

Hier lassen die Therapeut:innen die Patient:innen das Verhalten beschreiben. Sie unterstützen dabei wenig. Wichtig kann es aber sein, die Aufmerksamkeit der Patient:innen auf relevante Faktoren des eigenen Verhaltens zu richten, da diese gegebenenfalls im späteren Verlauf wieder relevant werden (»Als du XY gemacht hast, da ...«).

(2) Schritt 2: Offenbarung der KPR

Hier empfiehlt sich ein transparentes Vorgehen (offenlegen, dass nun eigene Gefühle offenbart werden). Für diesen Schritt empfiehlt es sich, das Einverständnis der Patient:innen einzuholen (»Darf ich dir sagen, wie es mit grade geht?«, »Ich würde dir gern sagen, wie es mir geht, ist das in Ordnung für dich?«). Im Anschluss daran wird die Wirkung benannt, die das vorherige Verhalten der Patient:innen hatte, das heißt Gefühle werden diszipliniert preisgegeben (und im Zweifel auch Hilfestellung, woran diese Gefühle zu erkennen sind).

In Anschluss werden die Konsequenzen des Verhaltens der Patient:innen deutlich gemacht (»Was ist gerade passiert?«). Ziel ist, dass die Patient:innen eine Möglichkeit bekommen nachzuvollziehen, wie sich das eigene Verhalten auf andere Personen (hier: ihren / ihre Therapeut:in) auswirkt.

(3) Schritt 3: Vermittlung von adaptiven Verhaltensweisen (findet bei positiven KPR-Situationen nicht statt)

In diesem Schritt können gemeinsam neue Verhaltensweisen erarbeitet werden und auch die Wirkung, die dieses neue, veränderte Verhalten in der Therapie und im Alltag haben könnte, wird benannt. Ziel dieser dritten Phase ist in der KPR nicht das Trainieren dieser Verhaltensweisen, sondern explizit das Herstellen einer Veränderungsmotivation bei den Patient:innen.

Vor Schritt 3 oder auch nach einer KPR-Sequenz bietet sich oft die direkte Durchführung einer IDÜ an. Wichtig ist, dass bei jüngeren Patient:innen Überforderung vermieden wird. Häufig bereitet bereits Schritt 1 des KPR (u. a. Erkennen von fremden Emotionen) sehr viel Mühe, sodass eine sich direkt anschließende IDÜ möglicherweise überfordernd sein kann. Insgesamt sollte bei jüngeren Patient:innen für die einzelnen Schritte deutlich mehr Zeit und Flexibilität eingeplant werden. Eine anschließende

IDÜ bietet sich damit nur an, wenn diese auch durch den / die Patient:in noch nachvollzogen und erarbeitet werden kann. Die IDÜ wird im folgenden Abschnitt näher beschrieben.

3.2.4 Durchführungshinweise zu Interpersonellen Diskriminationsübungen (IDÜ)

Die IDÜ bezieht sich immer auf die zu Beginn der Therapie besprochenen Übertragungshypothesen oder Erwartungen / Befürchtungen der Patient:innen (Abschn. 4.4). Fällt dem / der Therapeut:in auf, dass die:der Patient:in eine andere Reaktion des / der Therapeut:in erwartet oder sich in der Therapie so verhält, wie es den Prägungen / Stempeln entspricht, ist es im Sinne des DPE für den / die Therapeut:in möglich, eine Rückmeldung zu diesem Verhalten zu geben, um dem / der Patient:in damit transparent zu machen, was sein / ihr Verhalten gerade auslöst.

■ Zusammenfassung • Ziele der IDÜ

- ▶ Die Patient:innen sollen Unterschiede der Reaktion ihrer prägenden Bezugspersonen und der Reaktion des / der Therapeut:in auf ihr Verhalten erkennen.
- ▶ Die Patient:innen sollen lernen, dass jede Situation anders ist und Menschen anders auf Situationen reagieren können als sie es erwarten. Menschen in neuen Situationen reagieren anders auf das Verhalten der Patient:innen als die prägenden Bezugspersonen. Auch die Konsequenzen, die auf das Verhalten folgen, sind andere. Sie können in dieser Übung die Erfahrung machen, dass es lohnenswert ist, Situationen immer wieder neu zu bewerten!
- ▶ Die Patient:innen sollen transparent erkennen, dass ihr Verhalten bestimmte Konsequenzen bzw. Reaktionen auslöst, und sich fragen, ob sie diese Reaktionen auch beabsichtigt haben. Dies ist nur durch eine transparente und offene Rückmeldung der Therapeut:innen möglich. Häufig beschreiben Patient:innen, dass die erreichten Reaktionen nicht ihrer Absicht entsprechen.

Die IDÜ soll emotionale Verstrickungen lösen, die Patient:innen interpersonell und intrapersonell gefangen halten (McCullough et al., 2015) und durch frühere oder aktuelle Beziehungserfahrungen mit den prägenden Bezugspersonen bedingt sind. Die IDÜ ist damit ebenfalls kein Modul, das standardmäßig in den Therapieprozess eingebunden ist, sondern eine reflektierende Übung, die in passenden Situationen eingesetzt werden kann.

Die Voraussetzungen einer IDÜ sind sehr ähnlich zu denen für eine KPR (s. o.). Auch hier gilt: Immer auf einen geschützten, persönlichen Rahmen mit den Patient:innen achten! Nur in Einzelfällen und mit ausreichender Vorbereitung kann es sinnvoll sein, KPR oder IDÜs mit der gesamten Familie durchzuführen.

■ Beispiel

Zum Umsetzen der IDÜ eignen sich bestimmte Fragen / Vorgehensweisen:

- ▶ **Reaktion von Bezugspersonen erfragen**
 - »Was macht deine Mutter / dein Vater, wenn du dich so wie gerade verhältst / wenn du [...] machst?«
 - »Was passiert in so einer Situation bei euch Zuhause?«
- ▶ **Mit dem eigenen Verhalten kontrastieren**
 - »Wie habe ich reagiert?«
 - »Habe ich anders reagiert?«
 - »War etwas anders / genauso wie bei deinen Eltern?«
- ▶ **Diese neue Beziehungserfahrung explizit in einen emotionalen Kontext setzen und verankern**
 - »Wie fühlt sich das für dich an?«
 - »Welches Gefühl verbindest du damit?«
 - »Was heißt das für die Zukunft, dass ich mich hier anders verhalte als [prägende Bezugsperson]?«

Die Fragen werden gemeinsam von den Therapeut:innen und den Patient:innen reflektiert. Wichtig ist, dass die Therapeut:innen dabei immer die Ziele der Übung im Blick behalten. Es geht bei dieser Übung explizit darum, dass die Patient:innen eine neue, diskriminierende Beziehungserfahrung machen, nicht darum, Schuldzuweisungen für das gezeigte Verhalten der Patient:innen in den aktuellen Bezugspersonen zu finden. Dieser Spagat erfordert insbesondere bei jüngeren Patient:innen oftmals viel Zeit und ein vorsichtiges Vorgehen. Um die Ziele und die Struktur der Übung im Blick zu behalten, kann es sinnvoll sein, das **AB 6** »Interpersonelle Diskriminationsübung« unterstützend einzusetzen. Darin können Ergebnisse der Übung festgehalten werden und für die Patient:innen sichtbar gemacht werden.

■ Dialog • Beispielhafte Durchführung einer Kontingenten Persönlichen Reaktion mit anschließender Interpersonellen-Diskriminationsübung (Patientin, 14 Jahre)

P: *[kommt zu spät in die Therapiestunde]*

Th: Hallo Mina, schön, dass du da bist!

P: Entschuldigen Sie, Frau Thilo, ich bin viel zu spät! Ich habe mich richtig beeilt, aber der erste Bus hatte Verspätung und dann habe ich den zweiten nicht mehr bekommen und musste zu einer anderen Bushaltestelle laufen und dort habe ich den Bus erst nicht bekommen. Da war dann direkt der nächste Bus weg und ich musste noch länger warten. Jetzt bin ich viel zu spät, das tut mir ganz doll leid!

Th: Mina, setzt dich erstmal hin, du bist ja auch ganz außer Atem!

- P: Ja, ich bin dann hierher gerannt. Entschuldigen Sie nochmal die Verspätung, das tut mir wirklich total leid! Es kommt wirklich nicht wieder vor, versprochen!
- Th: Mina, was meinst du, wie ich mich gerade fühle?
- P: Naja, ich bin zu spät gekommen – Sie haben die ganze Zeit auf mich gewartet und haben vermutlich viel Besseres zu tun. Ich denke, Sie sind total genervt, vielleicht auch richtig sauer auf mich. Aber es tut mir echt leid. Das kommt nie wieder vor.
- Th: Schau mich mal an, wie sehe ich denn gerade aus?
- P: Sie sitzen ganz ruhig da und lächeln auch ein bisschen?
- Th: Ja genau, ich lächle ein bisschen! Sehe ich genervt aus oder wütend?
- P: Nein, eigentlich nicht, Sie gucken eigentlich ziemlich freundlich.
- Th: Ich würde dir jetzt gerne sagen, wie ich mich fühle. Ist das in Ordnung für dich?
- P: Ja klar.
- Th: Als du vorhin nicht gekommen bist, da habe ich mir erst etwas Sorgen gemacht.
- P: Sorgen?!
- Th: Ja genau. Ich war besorgt. Normalerweise bist du immer so pünktlich und ich habe mich richtig auf unsere Stunde heute gefreut. Als du dann erst nicht gekommen bist, habe ich mir Sorgen gemacht, dass dir etwas passiert ist oder dass es dir heute nicht gut geht.
- P: Ach so, daran habe ich gar nicht gedacht. Ich dachte, Sie warten bestimmt ganz ungeduldig.
- Th: Das stimmt auch, ich habe gewartet, aber zuerst freudig und dann sorgenvoll. Als du dann gekommen bist, habe ich mich erstmal gefreut, dich zu sehen! Dann war ich erleichtert, weil ich so ja wusste, dass es dir gut geht und ich mir keine Sorgen mehr machen muss. Deshalb habe ich auch gelächelt, weil ich erleichtert war.
- P: Ach so! Das hätte ich nicht gedacht. Ich war mir so sicher, dass Sie nun wütend auf mich sind und gar keine Lust mehr auf die Stunde haben.
- Th: Im Gegenteil! Ich freue mich, dass du da bist. Mina, was hältst du davon, wenn wir an dieser Situation noch etwas weiterarbeiten?
- [An dieser Stelle kann **AB 6** »Interpersonelle Diskriminationsübung« eingesetzt werden. Dieses begleitet die IDÜ und ermöglicht, die diskriminierende Erfahrung schriftlich zu fixieren]
- P: Ja, können wir machen, aber Sie hatten doch bestimmt auch andere Pläne.
- Th: Ich finde es wichtig, dass wir das noch weiter besprechen. Kannst du mir sagen, wie dein Vater sich meistens verhält, wenn du zu spät kommst?
- P: Hm. Also Papa ist ja immer super pünktlich. Er kann das gar nicht haben, wenn ich zu spät bin. Deswegen bin ich ja auch immer rechtzeitig da, wenn wir loswollen oder so. Mein Bruder war oft zu spät, da ist er dann immer richtig laut geworden und hat die ganze Wohnung zusammengebrüllt.
- Th: Ja, verstehe, er ist also dann wütend geworden?

- P: Ja, richtig wütend! Und dann hat alles meistens noch viel länger gedauert, weil er sich ja erst wieder beruhigen musste und so.
- Th: Und wie hat sich deine Mutter in so einer Situation verhalten?
- P: Naja, die ist immer richtig angespannt, wenn wir irgendwo pünktlich hinwollen. Das stresst sie immer total. Wenn dann jemand auch nur ein bisschen zu spät ist, dann ist sie immer richtig anstrengend und macht Druck.
- Th: Was meinst du damit?
- P: Naja, sie läuft hinter mir her und lässt mich nicht in Ruhe und dann nervt sie halt die ganze Zeit rum.
- Th: Okay. Kannst du mir sagen, wie sich mein Verhalten jetzt grade von dem Verhalten deiner Eltern unterschieden hat, Mina?
- P: Naja, bei Ihnen war gerade alles ganz anders. Sie waren total ruhig und entspannt und haben sich trotzdem gefreut, mich zu sehen, obwohl ich ja richtig zu spät war und nicht nur ein bisschen. Sie waren trotzdem die ganze Zeit nett und haben auch gesagt, dass Sie sich freuen, mich zu sehen. Es war dann gar nicht angespannt.
- Th: Ja, das stimmt, du machst das super! Wie fühlt sich das für dich an, dass ich mich anders verhalten habe als deine Eltern?
- P: Naja, gut.
- Th: Was meinst du damit?
- P: Ich bin nicht so angestrengt, sondern freue mich nun auch auf die Stunde. Ich habe gerade auch nicht mehr so viel Angst, etwas falsch zu machen.
- Th: Okay, sehr gut! Ist diese Situation also so ausgegangen, wie du es erwartet hast?
- P: Nee, gar nicht. Ich dachte ja, es gibt riesen Ärger und stattdessen reden wir jetzt ganz ruhig und freundlich darüber.
- Th: Was kannst du denn für dich jetzt daraus mitnehmen, dass du heute zu spät zur Therapie gekommen bist?
- P: Hm naja, dass es okay war, dass ich zu spät gekommen bin. Ich habe zwar schon was falsch gemacht, aber es war ja in Ordnung und gar nicht so schlimm.
- Th: Ja, das stimmt – okay Mina, das finde ich eine sehr wichtige Erkenntnis, oder? Dass es auch mal okay sein kann, einen Fehler zu machen? Wie fühlt sich das jetzt gerade an?
- P: Mmh – sehr gut – ich bin richtig erleichtert.
- Th: Sehr schön. Was hältst du davon, wenn wir das mal gemeinsam auf dem Arbeitsblatt eintragen? Damit wir diese wichtige Erfahrung und deine Erkenntnis hier festhalten?
- P: Ja, können wir machen.

*[Auch an dieser Stelle kann das **AB 6** »Interpersonelle Diskriminationsübung« eingesetzt werden, um die Übung schriftlich festzuhalten. Das kann auch zu einer weiteren Verfestigung der Erkenntnisse der Übung im weiteren Verlauf führen.]*

Das Ende der IDÜ ist dann erreicht, wenn der:die Patient:in das Verhalten des/ der Therapeut:in eindeutig von dem auf der Übertragungshypothese basierenden oder durch die Prägungen antizipierten Verhalten abgrenzen kann. Wenn passend und der:die Patient:in noch Kapazitäten hat, können Patient:in und Therapeut:in gemeinsam sich die relevanten Prägungen und Übertragungshypothesen anschauen und reflektieren, dass diese Befürchtungen nicht eingetreten sind. Wurde dies erreicht, sollte die Übung eindeutig abgeschlossen und beendet werden. Dies dient dazu, die Sicherheitszone im therapeutischen Setting aufrechtzuerhalten. Patient:innen begeben sich in dieser Übung in einen sehr vulnerablen Bereich, sodass es hilfreich ist, wenn sie die Erfahrung machen, dass diese Arbeit auch einen Endpunkt hat.

Die IDÜ, insbesondere auch in Kombination mit einer KPR, kann je nach Setting eine sehr intensive und anstrengende Übung im therapeutischen Prozess sein. Es bietet sich an, nach dieser Übung eine kurze Pause zu machen und erst dann mit dem Thema der Sitzung fortzufahren.

4 Einführungsphase

- 4.1 Kennenlernen
- 4.2 Psychoedukation
- 4.3 Die Liste der prägenden Bezugspersonen
- 4.4 Übertragungshypothese
- 4.5 Abschluss der Einführungsphase

Die Einführungsphase dient dem Aufbau einer tragfähigen, therapeutischen Beziehung, die über die gesamte Therapie hinweg bestehen sollte. Neben der therapeutischen Beziehung steht in dieser Phase der Therapie auch das gemeinsame Erarbeiten und Rekonstruieren der bisherigen und aktuellen Beziehungsgeschichte der Patient:innen im Vordergrund. Dies dient der gemeinsamen Erarbeitung eines Störungsmodells sowie der Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses der bisherigen Beziehungserfahrungen und dem daraus resultierenden Verhalten in aktuellen Interaktionssituationen und damit auch in der Therapie gegenüber dem / der Therapeut:in.

Die Einführungsphase ist eine intensive Phase gemeinsamer Arbeit. Es werden viele schwierige Themen für die Patient:innen angesprochen, viele vielleicht auch zum ersten Mal im Leben der Betroffenen. Es ist daher sehr relevant, für diese Einführungsphase das richtige Maß an Zeit einzuplanen und gerade bei jüngeren Kindern auf eine angemessene Sitzungsstruktur zu achten und gegebenenfalls immer wieder Pausen oder Spiele zu integrieren. Auch wenn die Interventionen in der Einführungsphase aufeinander aufbauen, können durch die Therapeut:innen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. Einigen Kindern oder Jugendlichen fällt die Arbeit an der interpersonellen Mauer leicht, andere sammeln und berichten lieber von prägenden Bezugspersonen. Es ist für eine erfolgreiche Umsetzung der Phase nicht erforderlich, alle Themen inhaltlich erschöpfend zu behandeln. Vielmehr kann es gerade bei jüngeren Kindern ausreichend sein, dass diese in einen ersten Kontakt zu ihrer Beziehungsgeschichte und aktuellen Beziehungssituation kommen, und die Auswirkung dieser zu verstehen beginnen. Wichtig ist, dass die Therapeut:innen und Patient:innen am Ende der Phase über alle wichtigen und relevanten Beziehungserfahrungen einmal zumindest kurz gesprochen und sich mit deren Auswirkungen beschäftigt haben. Hierfür bieten die im Folgenden vorgestellten Interventionen eine Anleitung.

4.1 Kennenlernen

Ziele

- ▶ Alle Beteiligten der Therapie werden durch den/die Therapeut:in persönlich kennengelernt.
- ▶ Der Therapieablauf bzw. die Planung der nächsten Termine wird für alle verständlich erklärt.
- ▶ Gemeinsam werden allgemeine Verhaltensregeln für die Therapie erarbeitet.

4

4.1.1 Hintergrund für die Therapeut:innen

Der Start in die Therapie hängt (unabhängig vom Altersbereich) davon ab, wie gut sich Therapeut:in und Patient:in bereits kennen. Hat vor dem Beginn der Therapie bereits eine diagnostische Phase stattgefunden, ist das Kennenlernen schon erfolgt. Ist die erste Sitzung auch gleichzeitig die »Kennenlernsitzung«, sollte hier und auch in den folgenden Terminen ein Schwerpunkt darauf gesetzt werden. Da die therapeutische Beziehung während der Therapie so wichtig ist, ist die Kennenlernphase sehr bedeutsam für den weiteren Therapieverlauf.

Vor dieser Phase ist wichtig zu klären, ob und wenn ja welche Therapieerfahrungen der/die Patient:in oder die Bezugspersonen bereits gemacht haben. Weiterhin werden die Beteiligten in diesem Modul auf die Form der Beziehungsgestaltung, den Ablauf der Sitzungen vorbereitet sowie über organisatorische Elemente (Verbindlichkeit, Schweigepflicht, Bezugspersoneneinbezug) informiert. Es bietet sich an, regelmäßige Termine zu festen Zeiten zu vereinbaren (bspw. zu klären, ob Doppelstunden/hochfrequente Termine möglich sind). Dabei hat es sich gezeigt, dass insbesondere in dieser ersten intensiven Phase der Therapie eine hochfrequente Umsetzung der Termine sinnvoll und wichtig sein kann, auch um dann in späteren Phasen eine niederfrequente Begleitung beziehungsweise gegen Ende der Therapie ein Ausschleichschema umsetzen zu können.

Darüber hinaus ist diese Therapiephase eine Gelegenheit, die Patient:innen näher kennenzulernen und mehr über ihren Alltag zu erfahren. Dafür können ein exploratives Gespräch oder aber auch einzelne altersangemessene spielerische Aktivitäten genutzt werden.

Auch mit den Bezugspersonen ist es das Ziel, eine offene, vertrauensvolle und sichere Basis zur Zusammenarbeit zu schaffen. Weiterhin wird der Ablauf des Therapieprogramms erklärt, mit besonderem Augenmerk auf der Rolle der Bezugspersonen. Wichtig ist, dass alle Beteiligten wissen, was sie von der Therapie erwarten können. Dazu gehört auch das Weiterarbeiten an den Inhalten zuhause sowie der Umgang mit schwierigen Themen in der Therapie, die über eine Psychoedukation hinausgehen werden.

4.1.2 Einbezug der Bezugspersonen

In diesem Abschnitt hängt der Einbezug der Bezugspersonen von den individuellen Gegebenheiten ab. Sowohl die Patient:innen als auch die teilnehmenden Bezugspersonen sollten den / die Therapeut:in kennenlernen und ausführlich über die Therapiemodalitäten aufgeklärt werden.

Ist die Familie gegebenenfalls schon aus der Diagnostik bekannt und haben in dem Zuge bereits individuelle Sitzungen mit allen Beteiligten stattgefunden, reicht für dieses Modul eine gemeinsame Sitzung möglicherweise aus. Ist die Familie allerdings noch nicht bekannt oder aber die Erfahrung hat gezeigt, dass gemeinsame Sitzungen aktuell nur schwer möglich sind, sollten individuelle oder geteilte Sitzungen umgesetzt werden.

Wichtig ist, dass sowohl Patient:innen als auch teilnehmende Bezugspersonen die Gelegenheit für einen individuellen Kontakt mit dem / der zuständigen Therapeut:in hatten.

Dieser individuelle Kontakt kann dafür genutzt werden, eigene Sorgen oder Fragen zu klären, und er ermöglicht den Therapeut:innen, das Interaktionsverhalten aller Beteiligten besser zu verstehen.

4.1.3 Durchführungshinweise zum Kennenlernen

Zu Therapiebeginn sollten einige Aspekte gemeinsam mit den Patient:innen sowie Bezugspersonen besprochen werden. Dies dient sowohl dem Kennenlernen und dem Schaffen von einer gemeinsamen Basis zum Therapiestart. Darüber hinaus dient dieser Therapieabschnitt dazu, Schwierigkeiten oder Konflikte, die im Verlauf der Therapie entstehen können, anzusprechen und frühzeitige Absprachen zu treffen, wie diese therapeutisch sinnvoll gelöst werden können.

Regelmäßigkeit. Ziel sollte sein, zwei bis drei feste Termine pro Woche zu etablieren. Es ist wichtig, von Anfang an eine Regelmäßigkeit zu schaffen und die Termine so zu planen, dass auch geteilte Termine mit den Bezugspersonen oder gemeinsame Sitzungen umgesetzt werden können. Ist für die Familie eine so hochfrequente Umsetzung der Therapie nicht möglich, sollte dies ebenfalls direkt zu Beginn mit allen Beteiligten abgesprochen und überlegt werden, ob zum Beispiel eine Kombination mit Online-Terminen möglich ist, um die hohe Frequenz zu gewährleisten. Insbesondere zu Therapiebeginn ist ein hochfrequentes Setting zu bevorzugen, dieses kann im weiteren Verlauf auch abnehmen, je nach personalisierter Gestaltung der Therapie.

Setting und Frequenz der Therapie. Die teilnehmenden Bezugspersonen sollen von Beginn an darüber aufgeklärt werden, dass es regelmäßig gemeinsame Sitzungen geben wird oder einzelne Termine aufgeteilt werden können. Dabei wird verdeutlicht, dass auch sie als Bezugssystem regelmäßig an der Therapie teilnehmen werden und damit ein fester Bestandteil im Verlauf sind.

Verhaltensregeln für die Therapie. Es kann insbesondere in der Arbeit mit den Bezugspersonen schwierig sein, Verhaltensregeln für alle Beteiligten zu vereinbaren. Einen Ein-

stieg in diesen Abschnitt bietet daher die Aufklärung über Regeln für Therapeut:innen. So wird deutlich, dass alle an der Therapie beteiligte Personen sich an bestimmte Verhaltensabsprachen halten müssen, damit die Zusammenarbeit positiv verlaufen kann.

Schweigepflicht. Der:Die Therapeut:in unterliegt einer strengen, gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber allen Beteiligten der Therapie. Schweigepflicht bedeutet, dass Dinge, die im Einzelkontakt erzählt werden, durch den/die Therapeut:in nicht in die gemeinsamen Termine getragen werden dürfen. Ausnahmen erfolgen nur mit expliziter Einwilligung der betroffenen Person, oder bei Fremd- oder Selbstgefährdung! Die Kinder / Jugendlichen / Bezugspersonen unterliegen keiner Schweigepflicht für eigene Themen, wohl aber einer Schweigepflicht für die Themen der anderen beteiligten Personen. Die Schweigepflicht ist insbesondere vor dem Hintergrund des geplanten Kiesler-Kreis-Familientrainings relevant. Während der CBASP@YoungAge-Therapie werden in einem gemeinsamen Setting therapeutische Inhalte umgesetzt. Die Therapeut:innen tragen in diesen Terminen die Verantwortung, dass die Patient:innen (und auch die Bezugspersonen) sich in den Terminen sicher fühlen und es einen geschützten Rahmen gibt, in dem sie sich öffnen können (Sicherheitszone). Für diese Sicherheitszone ist es entscheidend, dass mit allen an der Therapie Beteiligten die Schweigepflicht zu Beginn der Therapie besprochen wird. Es muss deutlich sein, dass alles, was in den individuellen Terminen besprochen wird, auch dort bleibt und nur nach Absprache nach außen getragen werden darf. Auch die gemeinsamen Sitzungen sind ein geschützter Raum, in dem erstmal alle Informationen verbleiben und auch nur nach Absprache weitergetragen werden dürfen.

Freiwilligkeit. Therapie ist freiwillig! Auch wenn die beteiligten Personen dies wissen, sollte zu Beginn der Therapie deutlich gemacht werden, dass dies auch bedeutet, dass die Therapie durch jede beteiligte Person jederzeit beendet werden kann. Alle Interventionen sind freiwillig. Wenn jemand etwas im Rahmen der Therapie nicht preisgeben oder umsetzen möchte, dann gibt es keine Verpflichtung dazu.

Ehrlichkeit. Das, was in der Therapie gesagt wird, sollte wahrheitsmäßig sein, das heißt, dass die Patient:innen und Bezugspersonen im Rahmen der Sitzungen entscheiden können, was sie preisgeben möchten und was nicht. Das, was preisgegeben wird, wird als wahr verstanden und allen Personen wird geglaubt. Wichtig ist, dass dies auch für die Therapeut:innen gilt. Auch das, was sie in der Therapie preisgeben, entspricht der Wahrheit, sie können sich aber auch genauso dafür entscheiden, etwas nicht preiszugeben.

Therapievereinbarung. Es wird mit den Beteiligten erarbeitet, was diese Regeln für die Therapie bedeuten und wer dafür verantwortlich ist, die Regeln einzuhalten und wer nicht (z. B. Schweigepflicht: Pflicht von Therapeut:innen, nicht aber von Patient:innen). Anschließend werden mit allen Beteiligten gemeinsam weitere Verhaltensregeln für die nun startende Therapie erarbeitet. Dabei ist darauf zu achten, dass die Bezugspersonen dies gemeinsam mit den Kindern / Jugendlichen tun. Der:Die Therapeut:in achtet in dieser Arbeit hauptsächlich darauf, dass alle Beteiligten die Möglichkeit bekommen, ihre Bedürfnisse zu äußern, und dass die Regeln in einem Therapiesetting tatsächlich so umsetzbar sind, dass positives gemeinsames Arbeiten möglich ist. Darüber hinaus wird eine beobachtende und zurückhaltende Rolle eingenommen. Wichtig ist der Hinweis,

dass die Regeln im Verlauf jederzeit angepasst werden können! Um eine hohe Verbindlichkeit zu erreichen, sollten die Regeln gemeinsam auf **AB 1** »Therapievereinbarungen« eingetragen werden.

4.2 Psychoedukation

Ziele

- ▶ Grundlegendes Wissen über depressive Erkrankungen wird vermittelt
- ▶ Das Konzept der interpersonellen Mauer wird für alle Beteiligten verständlich verdeutlicht.
- ▶ Die individuelle Mauer wird mit den Kindern oder Jugendlichen und auch den Bezugspersonen erarbeitet.

4.2.1 Hintergrund für die Therapeut:innen

In diesem Abschnitt der Einführungsphase sollten, sofern diese bestehen, zunächst offene Fragen zu Depressionen im Allgemeinen geklärt werden. Der:Die Therapeut:in kann hier sicherstellen, dass alle Patient:innen sowie Bezugspersonen verstanden haben, was eine depressive Erkrankung ist und wie diese sich äußern kann. Ein weiteres Ziel ist es, ein individuelles Störungsmodell im Rahmen des CBASP-Rationals zu erarbeiten. Das generelle Vorgehen kann wie folgt aussehen:

- (1) Vermittlung grundsätzlicher Informationen über depressive Erkrankungen (möglicherweise auch über eine Erklärung der interpersonellen Mauer).
- (2) Erfassung der Einflussfaktoren, die bisher im Leben der Patient:in aufgetreten sind.
- (3) Zusammenfassen dieser Elemente zu einem Störungsmodell (die eigene individuelle Mauer), das von den Patient:innen nachvollzogen werden kann und die aktuelle Situation erklärt.

Grundlage der Psychoedukation und der Erarbeitung des Störungsmodells ist das Konzept der interpersonellen Mauer (Abb. 4.1, vgl. Abschn. 2.1). Dieses Konzept beschreibt die Auswirkungen von traumatisierenden Beziehungserfahrungen auf die Entwicklung einer depressiven Symptomatik mit interpersonellen Schwierigkeiten (s. auch Brakemeier & Buchholz, 2013). Die Verbindung zwischen frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen und der aktuellen Symptomatik wird herausgestellt. Die Patient:innen sollen verstehen lernen, warum sie in vielen Situationen gar nicht anders können, als sich auf die entsprechende Art und Weise zu verhalten und warum dies dazu führt, dass Probleme entstehen können. Generell



Abbildung 4.1 Das Modell der interpersonellen Mauer (nach Brakemeier et al., 2021)

sollte im Rahmen dieses Moduls besprochen werden, welche Familien- beziehungsweise Beziehungserfahrungen in den jeweiligen Familien vorliegen oder vorlagen und die Patient:innen sollten ein Konzept davon bekommen, was das für sie bedeuten könnte und wie diese Situationen mit den aktuellen Symptomen in Zusammenhang stehen.

Das Konzept der interpersonellen Mauer beschreibt, wie die Familien- beziehungsweise Beziehungserfahrungen dazu führen können, dass sich dysfunktionales interpersonelles Verhalten in den Patient:innen entwickeln kann. Vergangene oder aktuelle dysfunktionale interpersonelle Erfahrungen können dafür sorgen, dass die Patient:innen – aus Angst vor weiteren Verletzungen – Schwierigkeiten haben, sich zu öffnen und ihre Mauer zu überwinden. Diese Mauer beschreibt die Probleme von Patient:innen, mit ihrer sozialen Umwelt auf angemessene Art und Weise in Kontakt zu treten. Durch bisherige Erfahrungen konnten und können die Kinder und Jugendlichen nicht lernen, wie sie mit Bezugspersonen oder anderen Interaktionspartner:innen umgehen sollen oder deren Verhalten angemessen deuten. Diese frühe Beziehungsstörung führt dazu, dass sie häufig in Bezug auf Kontakte zu anderen Menschen oder Aktivitäten insgesamt sehr hoffnungslos, misstrauisch, hilflos und einsam sind. Bei Kindern und Jugendlichen bedeutet dies, dass sie häufig zurückgezogenes, isolierendes Verhalten zeigen und in sozialen Kontakten schnell irritabel wirken, aber auch deutlich oppositionelles Verhalten zeigen können und sich gegenüber Bezugspersonen ablehnend verhalten. Diese Verhaltensweisen zeigen sich zumeist nicht nur im familiären Rahmen. Sie treten auch in schulischen oder anderen Kontexten auf, in denen die Kinder zurückgezogen, unsicher, grüblerisch oder oppositionell und aufsässig sind (vgl. Abschn. 1.2).

Diese Verhaltensweisen führen dann zu weiteren (traumatisierenden) Beziehungserfahrungen und damit einer weiteren Verstärkung der Symptomatik. Kinder und Jugendliche mit schweren und längeren depressiven Erkrankungen erwarten zumeist nicht mehr, positive Beziehungserfahrungen mit anderen Personen zu erleben. Sie sind oft gar nicht in der Lage, wirklich wahrzunehmen, was in ihrer Umwelt geschieht und wie sie selber mit ihrem Verhalten auf andere Menschen wirken, was manchmal auch daran liegt, dass sie die anderen Personen gar nicht mehr anschauen oder das eigene Verhalten mit dem von Interaktionspartner:innen in Beziehung setzen. Auch die engen Bezugspersonen reagieren dann zumeist vor allem auf die aktuellen Verhaltensdefizite durch ebenfalls schwieriges Verhalten (z. B. feindseliges oder dominantes Verhalten; vgl. Kiesler-Kreis-Familientraining, Abschn. 5.1). Dies führt zu einem Teufelskreis, der das Problemverhalten beider Seiten nur verstärkt und beim Kind / Jugendlichen den Grundgedanken beziehungsweise die Prägung intensiviert »Egal was ich tue, es ändert doch nichts«: Es ist eine Art Mauer entstanden, die keine alternativen Reaktionen mehr zulässt und die erlernte Hilflosigkeit hervorruft (vgl. Abschn. 2.1).

In diesem Abschnitt soll dieses Rational in einem Störungsmodell für die Patient:innen und die Bezugspersonen erarbeitet werden. Die Mauer, die im Verhalten und Erleben besteht, kann so sichtbar für alle Beteiligten gemacht werden. Die Auswirkungen können sich für die Familien sehr unterschiedlich darstellen.

■ Beispiel • Mögliche Folgen der interpersonellen Mauer

Für Kinder/Jugendliche:

- ▶ Isolation
- ▶ Rückzug
- ▶ Erhöhte Wachsamkeit
- ▶ Erhöhter Stress (damit einhergehend Veränderungen im Schlaf oder im Appetit)
- ▶ Oppositionelles Verhalten
- ▶ Regelmäßige negative Reaktionen anderer Personen

Für die Bezugspersonen:

- ▶ Geringe Kommunikation von Bedürfnissen
- ▶ Erhöhter Stress
- ▶ Bedingt durch Isolation der Kinder weniger Interaktionen und somit auch weniger positive Aktivitäten beziehungsweise positive Beziehungszeit mit den Kindern
- ▶ Strenges Verhalten
- ▶ Mehr und härtere Konsequenzen
- ▶ Vernachlässigung von emotionalen Bedürfnissen
- ▶ Bestätigung des Verhaltens durch weitere oppositionelle Verhaltensweisen der Kinder

Für die Familien:

- ▶ Weniger Kommunikation
- ▶ Weniger Aktivitäten
- ▶ Streit über Kleinigkeiten
- ▶ Weniger Verlässlichkeit
- ▶ Genereller Rückzug auch von Freunden und anderen Familien

4.2.2 Durchführungshinweise zur Psychoedukation

Dieser Therapieabschnitt zur Erarbeitung der interpersonellen Mauer kann mit einer generellen Einheit zur Psychoedukation über Depressionen im Kindes- und Jugendalter beginnen. Häufig ist es so, dass sowohl die Patient:innen als auch die Bezugspersonen nach der Diagnostik zum ersten Mal mit der Diagnose einer Depression konfrontiert werden. Gemeinsam mit den Kindern oder Jugendlichen können zunächst einzelne Aspekte der Erkrankung besprochen und kontextualisiert werden. Dieser Schritt behandelt Depressionen allerdings allgemein und nicht individuell ursachenbezogen. Es wird besprochen, was eine psychische Erkrankung ist, wie häufig Kinder oder Jugendliche daran erkranken und was man dagegen unternehmen kann. Der Zugang zur Erkrankung ist allerdings auch hier sehr individuell. Die folgenden Inhalte können in der Psychoedukation mit den Kindern und Jugendlichen besprochen werden. Wichtig ist hier-

bei erneut das individuelle Anpassen auf das jeweilige Tempo der Patient:innen. In dem Kasten sind unterschiedliche altersangemessene Möglichkeiten beschrieben. Zu beachten ist, dass nicht immer jede Herangehensweise für jeden Entwicklungsstand passend ist. Die Beispiele dienen als Orientierung.

Beispiele für die Umsetzung von Psychoedukation

Altersbereich ab 10 Jahre:

- ▶ Eine psychische Erkrankung kann entstehen, wenn sich ein Mensch über eine lange Zeit große Sorgen macht oder Menschen etwas sehr Schlimmes erleben mussten. Man kann eine psychische Erkrankung nicht wirklich sehen, aber sie ist mindestens genauso ernst zu nehmen und schlimm, wie eine körperliche Erkrankung, eine Schürfwunde oder ein gebrochenes Bein.
- ▶ Eine Depression ist eine psychische Erkrankung. Wenn jemand sehr oft traurig oder ängstlich ist, kann dieser Mensch krank werden. Wenn diese Person die meiste Zeit des Tages traurig ist, kein Interesse oder keine Freude an Dingen hat, die ihm früher richtig viel Spaß gemacht haben, und oft müde und erschöpft ist, dann spricht man von einer Depression.
- ▶ Niemand ist schuld daran, dass dieser Mensch eine Depression hat! Man kann selbst nichts dafür.
- ▶ Viele Dinge spielen bei der Entstehung eine Rolle. Jedes Kind hat seine ganz persönliche Geschichte, weshalb es ihm oder ihr gerade nicht gut geht.

Altersbereich ab 13 Jahre

- ▶ Wenn sich Menschen über eine längere Zeit große Sorgen machen, traurig oder ängstlich sind oder sie etwas Schlimmes erleben mussten, können sie krank in der Seele bzw. Psyche werden. Deswegen spricht man von einer psychischen Erkrankung. Eine psychische Erkrankung ist genauso ernst zu nehmen wie beispielsweise ein gebrochenes Bein. In beiden Fällen sollte man eine Expertin / einen Experten aufsuchen. Für eine psychische Erkrankung sind Psychotherapeut:innen die Expert:innen, wie der Name schon sagt.
- ▶ Die Depression ist eine psychische Erkrankung. Sie tritt unabhängig von Alter, Geschlecht oder Herkunft auf. Depressionen können also jeden treffen und das gesamte Erleben beeinflussen. Menschen mit einer Depression leiden häufig unter trauriger Stimmung, Stimmungsschwankungen und körperlichen Symptomen, wie zum Beispiel Bauch- oder Kopfschmerzen. Generell gibt es viele unterschiedliche Merkmale, die während dieser Erkrankung auftreten können.
- ▶ In keinem Fall ist die depressive Erkrankung deine Schuld! Eine depressive Erkrankung kann nicht auf einen spezifischen Auslöser zurückgeführt werden, sondern ist auf viele unterschiedliche Dinge zurückzuführen.

Altersbereich ab 17 Jahre:

- ▶ Die Depression ist eine psychische Erkrankung. Das bedeutet, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die durch deutliche und ernstzunehmende seelische Belastungen gekennzeichnet ist. Generell kann jeder Mensch von Depressionen betroffen sein. Die Erkrankung tritt unabhängig vom Alter, dem Geschlecht oder der Herkunft von Menschen auf. Die Depression betrifft das gesamte Erleben von Betroffenen, dazu gehören sowohl psychische Probleme wie Stimmungseinbrüche oder -schwankungen, als auch körperliche Symptome.
- ▶ Eine Depression kann sich sehr unterschiedlich äußern. Es gibt viele unterschiedliche Symptome, die während dieser Erkrankung auftreten können. Liegen einige Symptome nicht vor, andere dagegen schon, kann trotzdem eine Depression diagnostiziert werden. Der wichtigste Faktor ist hierbei das individuelle Leiden der Betroffenen sowie die Beeinträchtigung im Alltag.
- ▶ Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen und Ärzte / Ärztinnen orientieren sich bei der Diagnose an bestimmten Kriterien (ICD-10 / ICD-11, Weltgesundheitsorganisation WHO), die die typischen Symptome einer Depression beschreiben. Diese Kriterien gelten sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche!

Im nächsten Schritt betrachten Therapeut:in und Patient:in gemeinsam, wie die Depression in der Familie des / der Patient:in entstehen konnte.

4.2.3 Erarbeitung der interpersonellen Mauer

In diesem Abschnitt wird das Konzept der belastenden bzw. traumatisierenden Beziehungserfahrungen und damit auch das Prinzip der interpersonellen Mauer gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen erarbeitet.

Beispielformulierungen für das Erarbeiten der interpersonellen Mauer

Altersbereich ab 10 Jahre:

- ▶ Hast du eine Vorstellung davon, was schwierige Familienerfahrungen sein könnten?
- ▶ Was meinst du, was könnte für Kinder schwierig in Familien sein? Was sind alles Dinge, die zu Hause passieren können, die schwierig sind?
- ▶ Gemeinsam allgemeine Beispiele sammeln: Streit, Ärger, strenge Regeln, Gewalt gegen Kinder, Gewalt zwischen Eltern, zwischen Geschwistern, ...

Altersbereich ab 13 Jahre:

- ▶ Heute möchte ich mit dir über schwierige Familienerfahrungen sprechen. Also Ereignisse in Familien, die für die Kinder, die dort leben, belastend oder sehr unangenehm sein können. Hast du eine Idee, welche Art von Ereignissen damit gemeint sein könnte?
- ▶ In jeder Familie kommen solche schwierigen Ereignisse also z. B. Streit vor. Fallen dir Beispiele ein?

Altersbereich ab 17 Jahre:

- ▶ Mit traumatisierenden Beziehungserfahrungen sind Situationen in Familien gemeint, die für Kinder oder Jugendliche belastend oder sehr unangenehm sein können. Generell können diese Familienerfahrungen in allen Familien vorkommen.
- ▶ Allerdings können einige Familien und damit besonders die Jugendlichen stärker betroffen sein als andere. Fallen dir eigene Beispiele für solche Familienerfahrungen ein?

Die Erarbeitung der belastenden bzw. traumatisierenden Beziehungserfahrungen dient dazu, auf das Konzept der interpersonellen Mauer hinzuarbeiten. Es wird nachgefragt und besprochen, ob die Patient:innen Gefühle von Isolation und Einsamkeit kennen. Generell wird erarbeitet, ob die Patient:innen sich etwas unter einer Mauer oder einer Barriere vorstellen können, die zwischen ihnen und der Umwelt bestehen könnte. Für einige Kinder und Jugendliche ist eine Mauer ein sehr passendes Bild für die eigene Situation und sie können sich damit sehr gut auf diese Intervention einlassen. Ist das Konzept eher schwieriger anzunehmen, können auch andere Begrifflichkeiten oder Bilder (Schutzwand, Glasglocke, etc.) verwendet werden, welche die bestehenden interaktionellen Schwierigkeiten abbilden.

Ein wichtiger Schritt ist dabei zu verdeutlichen, dass diese Mauer niemandes Schuld ist. Sie ist im Laufe der Zeit in der Familie entstanden, ohne dass das jemand wollte. Eine gemeinsame Erarbeitung der Mauer zeigt, dass sie sich aus vielen unterschiedlichen Erfahrungen zusammensetzt, die von den Kindern und Jugendlichen erlebt wurden. Anschließend an die gemeinsame Erarbeitung der Mauer wird das Ziel von CBASP@-YoungAge verdeutlicht: diese Mauer zu durchbrechen oder zu überwinden, was bedeutet, einen Weg durch die, über die oder an der Mauer vorbei zu finden, um positive Beziehungen zu anderen Personen zu ermöglichen.

In diesem Therapieabschnitt können dazu auch die Arbeitsmaterialien (z. B. **AB 2** »Die interpersonelle Mauer«) verwendet werden. Ziel ist, dass die Kinder oder Jugendlichen am Ende dieser Phase eine eigene individualisierte Mauer erstellt haben, die dann für die spätere Therapie genutzt und auch gegebenenfalls als Foto mit nach Hause genommen werden kann. Dieses Bild der eigenen interpersonellen Schwierigkeiten ermöglicht es den betroffenen Kindern und Jugendlichen, einen einfacheren Zugang zu eigenen Schwierigkeiten oder Problemen herzustellen. Zur Erarbeitung der Mauer bie-

ten sich unterschiedliche Methoden an. Die untenstehende Sammlung kann durch die Therapeut:innen kreativ ergänzt und / oder personalisiert angepasst werden. Insgesamt sollten im Rahmen der Mauer vor allem schwierige interpersonelle Situationen besprochen werden. Allerdings fällt das besonders jüngeren Kindern häufig schwer. In diesem Fall kann es hilfreich sein, erstmal alle Situationen zu sammeln, die den Patient:innen einfallen, unabhängig davon, ob es sich um interpersonelle Situationen handelt oder nicht. Dies schließt dann auch Situationen ein, in denen sich jemand einsam gefühlt hat oder sehr wütend war.

In der Arbeit mit der Mauer können diese Erfahrungen der Patient:innen besprochen werden. Häufig ist es so, dass die Mauer nicht nur negativ erlebt wird. Sie bietet auch Schutz vor weiteren negativen Erfahrungen. Es kann also herausgearbeitet werden, warum es vielleicht auch wichtig war und ist, dass es diese Mauer zwischen den Patient:innen und ihren Bezugspersonen gab und gibt. Es handelt sich um die beste Strategie, die den Kindern oder Jugendlichen zur Verfügung stand! Nun ist es die Aufgabe der Therapie, gemeinsam zu erarbeiten, welche Alternativen es zu einer interpersonellen Mauer noch geben könnte. Wichtig ist für viele Kinder und Jugendlichen die Botschaft, dass sie diesen Weg nicht alleine gehen müssen.

Methodensammlung: Interpersonelle Mauer

Arbeitsblatt 2 »Die interpersonelle Mauer«. Es enthält Mauersteine, auf denen die Patient:innen eintragen / malen, was sie aktuell von ihrer Umwelt wahrnehmen und wie andere Leute generell auf sie wirken. Das können beispielsweise die immer gleichen Anweisungen von Eltern oder Lehrer:innen sein oder negative Rückmeldungen von Gleichaltrigen.

- ▶ Die bereits besprochenen dysfunktionalen Beziehungsmuster in Familien können sich hier wiederfinden.
- ▶ Die Arbeitsblätter werden mit den Kindern und Jugendlichen sowie den Bezugspersonen in getrennten Sitzungen bearbeitet, um Konfrontation zu vermeiden.
- ▶ Im Verlauf ist auch Thema, was die Mauer für Vor- und Nachteile sowohl für die Kinder / Jugendlichen als auch die Bezugspersonen bietet. Im Sinne des Störungsmodells soll hergeleitet werden, warum die Mauer noch steht und nicht schon eingerissen oder überwunden wurde.
- ▶ Die Steine werden dann auf einem größeren Blatt zu einer Mauer zusammengebaut.

Weitere geeignete Materialien sind z. B.

- ▶ Lego®- / Duplo®-Steine auf die Bilder / Situationen geklebt werden
- ▶ Holzklötze
- ▶ Einzelne Bilder, die zu einer Mauer gelegt / an die Wand gepinnt werden

Am Ende haben alle Kinder / Jugendlichen für sich eine individuelle Mauer für die Familie erstellt. Im Verlauf wird besprochen, welche Folgen diese Mauer für das Familienleben, aber auch für die Kinder und Jugendlichen haben könnte oder im persönlichen Fall auch hatte.

Beispielformulierungen zu den Folgen der interpersonellen Mauer

Altersbereich ab 10 Jahren:

- ▶ Durch schwierige Familienerfahrungen hast du eine Mauer um dich herum aufgebaut, was ich einerseits sehr gut verstehen kann, denn hinter der Mauer fühlst du dich sicher (oder geschützt, etc.) und musst dich nicht mit ... [Bezugsperson] streiten.
- ▶ Ich würde nun gern mit dir darüber sprechen, was diese Mauer mit deinem Leben macht. Was meinst du passiert, wenn man immer so eine dicke Mauer um sich herum hat? Glaubst du, andere Kinder kennen das auch?

Altersbereich ab 13 Jahren:

- ▶ Wenn man schwierige Familienerfahrungen erlebt hat, dann baut man manchmal eine Mauer um sich herum auf. Hast du eine Idee warum das so ist? Wofür ist die Mauer da?
- ▶ Wenn du dir vorstellst, dass du in deinem Alltag immer mit einer Mauer herumläufst, die manchmal auch noch größer oder dicker werden kann, was meinst du, was das für Auswirkungen auf dein Verhalten hat? Was bemerkst du dann an dir selber? ...
- ▶ Glaubst du, diese Probleme kennen noch andere in deinem Alter?

Altersbereich ab 17 Jahren:

- ▶ Die eigene interpersonelle Mauer besteht aus den vielen schwierigen und belastenden oder vielleicht auch traumatisierenden Erfahrungen, die man gemacht hat. Diese Mauer steht für die eigene Schutzstrategie, damit solche Erfahrungen nicht noch einmal passieren.
- ▶ Es ist also erstmal sehr gut und sinnvoll so eine Schutzstrategie zu haben! Was meinst du, wie sieht deine eigene interpersonelle Mauer aus?
- ▶ Wenn man sich sehr stark schützt, kann das aber auch Nachteile haben, welche Nachteile siehst du bei dir?

4.2.4 Einbezug der Bezugspersonen

In diesem Modul sind individuelle Sitzungen mit den Bezugspersonen geplant. Diese sind allerdings weniger umfangreich als die Termine mit den Patient:innen. Zunächst werden depressive Erkrankungen in Familien besprochen. Es werden generelle Informationen vermittelt und Fragen der Bezugspersonen geklärt.

Es folgt in dieser Sitzung ein Fokus auf schwierige Familienerfahrungen und deren Auswirkungen am Beispiel der interpersonellen Mauer.

Beispielformulierungen zur Therapieeinführung mit den Bezugspersonen

- ▶ In der Sitzung heute wird es generell darum gehen, wie sich die CBASP@-YoungAge-Therapie gestaltet. Ein Hauptteil der Therapie ist das Bearbeiten schwieriger und belastender Familienerfahrungen. Haben Sie eine Idee, was damit gemeint sein könnte?
- ▶ Gemeinsam Beispiele sammeln
- ▶ Schwierige Familienerfahrungen sind Situationen, die generell schwierig oder belastend für Kinder/Jugendliche oder auch die Bezugspersonen sind. Die Gründe, warum diese Situationen entstehen, sind vielfältig und können ganz unterschiedliche Ursachen haben (Stress der Eltern, unzureichendes Wissen über angemessenes Verhalten in schwierigen Situationen, ein Umzug, Schulwechsel o. Ä.).

Auch die Bezugspersonen erarbeiten mithilfe des Arbeitsmaterials das Konzept der interpersonellen Mauer, die zwischen ihnen und ihren Kindern steht. In vielen Fällen können die Bezugspersonen das Gefühl beschreiben, dass sie nicht wissen, wie es ihrem Kind geht oder was seine Bedürfnisse sind. Sie erleben ihr Kind als abweisend und reagieren in diesen Situationen ebenfalls abweisend oder hilflos. Mit dem Bild der interpersonellen Mauer kann den Bezugspersonen verdeutlicht werden, dass sie auf der anderen Seite der Mauer stehen und deshalb ihr Kind nicht erreichen können.

Beispielformulierungen für Bezugspersonen

- ▶ Bisher haben wir die Mauer besprochen, mit der Sie jeden Tag oder häufig konfrontiert sind, wenn Sie mit Ihrem Kind zusammenleben. Was glauben Sie, bedeuten diese unterschiedlichen Verhaltensweisen? Wie könnten sie zusammenhängen?
- ▶ Wie sieht die Mauer für Ihr Kind auf der anderen Seite aus?
- ▶ Die Verhaltensweisen, die Ihr Kind zeigt, fassen wir unter dem Begriff der Depression zusammen. Hier habe ich einige Informationen über diese Erkrankung zusammengestellt. Was glauben Sie, wie viele andere Personen könnten im Altersbereich Ihres Kindes betroffen sein?

Mit den Bezugspersonen werden die Auswirkungen auf das Familienleben besprochen (Sammlung bspw. auf Flipchart). Es ist hierbei nicht nötig, mit den teilnehmenden Bezugspersonen auf persönliche Details des Familienlebens einzugehen. Fokus der Therapie sind die individuellen Beziehungserfahrungen der Patient:innen, die über die the-

rapeutischen Sitzungen hinweg verändert werden sollen. Die gegensätzlichen Beziehungserfahrungen der Eltern im Kontakt mit ihren Kindern (z. B. »Ich dringe nicht zu meinem Kind durch«, »Er/Sie ist immer so abweisend«) können so thematisiert werden, sind aber für die Umsetzung des Moduls nicht notwendig.

Wichtig ist, in diesem Modul mit den teilnehmenden Bezugspersonen einen Fokus auf die psychoedukativen Inhalte zu legen und dadurch ein Verständnis über die individuelle interpersonelle Entstehungsgeschichte der Depression zu erhalten:

Was führt dazu, dass sich Interaktionsschwierigkeiten in Familien entwickeln und wie wirkt sich die interpersonelle Mauer auf alle Beteiligten, auf die Erwachsenen sowie die Kinder, aus?

Es wird thematisiert, warum alle Beteiligten sich so verhalten, wie sie es aktuell tun, warum aber auch möglicherweise aktuell keine Alternative sowohl für die Kinder/Jugendlichen als auch deren Bezugspersonen besteht. Der:Die Therapeut:in achtet darauf, dass es zu keiner Schuldzuweisung kommt, sondern für alle deutlich wird, dass schwieriges Interaktionsverhalten für die beteiligten Personen aktuell oft alternativlos ist, aber Ziel der Therapie ist, genau dieses Interaktionsverhalten gemeinsam zu verändern.

Beispielformulierungen für Bezugspersonen

- ▶ Wir haben heute sehr viel über die schwierigen Situationen gesprochen, in die Sie und Ihr Kind häufig geraten. Das war wichtig, um genau zu verstehen, warum diese Schwierigkeiten immer wieder auftreten.
- ▶ Das Ziel der Therapie ist es, genau diese Schwierigkeiten langfristig zu verändern. Ich vermute, wenn es einen leichten und schnellen Weg gäbe, dann hätten Sie diesen bestimmt schon ausprobiert.
- ▶ Meistens ist der Weg zu dauerhaften Veränderungen etwas länger – doch wir haben gemeinsam mit Ihnen und Ihrem Kind das Ziel, wirklich langfristig etwas zu verändern!

4.3 Die Liste der prägenden Bezugspersonen

Ziele

- ▶ Prägungen/Stempel finden, die aktuell für die Patient:innen passen und Beziehungsmuster in der Familie widerspiegeln.
- ▶ Den Patient:innen Akzeptanz für ihre persönliche Mauer ermöglichen und ein besseres Verständnis dafür, warum diese da ist.
- ▶ Ein Verständnis für sich selbst und die eigenen Prägungen/Stempel entwickeln.

4.3.1 Hintergrund für die Therapeut:innen

Mit der Liste der prägenden Bezugspersonen werden nun die konkreten schwierige Beziehungen oder Beziehungserfahrungen der Kinder und Jugendlichen bearbeitet. Während es bei der Erarbeitung des Störungsmodells durch die Gestaltung der Mauer darum ging, das aktuelle Interaktionserleben der Kinder und Jugendlichen zu verdeutlichen, ist der Schwerpunkt im zweiten Schritt, dies auch für aktuelle oder vergangene Beziehungserfahrungen abzuleiten und generell die sozialen Beziehungen und Beziehungserfahrungen und weniger die konkreten verbalen Äußerungen oder einzelne Ereignisse in den Vordergrund zu stellen. Es geht insbesondere darum, die erlebten Beziehungserfahrungen auf die aktuelle Situation zu beziehen und wichtige vergangene oder aktuelle Beziehungen einzubeziehen. Diese sollten aber möglichst allgemein gehalten werden; Streitereien der letzten Tage sollen hier noch nicht nachbesprochen, sondern das generelle Beziehungsmuster mit wichtigen Bezugspersonen soll in dieser Phase dargestellt und thematisiert werden.

Ziel ist, mit den Kindern und Jugendlichen über prägende Bezugspersonen ins Gespräch zu kommen. Dies kann für die Patient:innen zunächst schwierig sein. Viele Kinder sprechen nicht gerne über negative und belastende Erlebnisse mit ihren Eltern. Daher ist es in dieser Phase besonders wichtig, dass die Übung neutral angeleitet wird. Die prägenden Beziehungen des Kindes oder Jugendlichen sollen kennengelernt werden, um zu verstehen, was diese Personen ihm oder ihr mitgegeben haben. Positive und negative Erlebnisse sind zentral und relevant. Nach der Einleitung sollte der:die Patient:in Personen nennen, die relevant in seinem / ihrem Leben sind oder waren. Es sollten ungefähr sechs bedeutsame Personen gemeinsam identifiziert werden. Somit sollte die therapeutische Haltung während dieser Übung offen, zugewandt und empathisch, allerdings auch eher strukturierend sein. Ziel ist es, Zusammenhänge zwischen den Beziehungserfahrungen mit den genannten Personen und der aktuellen Situation der Patient:innen herzustellen.

4.3.2 Einbezug der Bezugspersonen

Insgesamt steht in dieser Phase der Therapie der Einbezug der Bezugspersonen nicht im Vordergrund. Da hier der Fokus auf den Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen liegt, sollten die einzelnen Termine in einem individuellen Setting mit den Patient:innen umgesetzt werden. Dies kann es den Kindern und Jugendlichen ermöglichen, offen über Erfahrungen zu sprechen und die Therapie als geschützten Rahmen wahrzunehmen.

Mit den Bezugspersonen kann zwar besprochen werden, was in der aktuellen Phase passiert. Allerdings ist zentral, dass keine Informationen der Kinder oder Jugendlichen weitergegeben werden – es sei denn, die Kinder oder Jugendlichen erzählen selbst darüber. Die Informationen sollten allgemein bleiben und sich nicht explizit auf die prägenden Bezugspersonen beziehen. Damit finden zunächst keine gemeinsamen Termine mit allen Beteiligten statt.

4.3.3 Durchführungshinweise zur Liste der prägenden Bezugspersonen

Es werden zunächst alle wichtigen Personen identifiziert («Wer sind oder waren wichtige Personen in deinem Leben?«, «Wer war in deinem Leben bisher sehr wichtig für dich?») und diese dann gemeinsam exploriert (s. Infokasten zur Exploration). Im Anschluss an die Exploration / das »Kennenlernen« der Bezugspersonen durch den / die Therapeut:in wird die kausal theoretische Schlussfolgerung (Stempel, Prägung) aus der jeweiligen Beziehungserfahrung abgeleitet («Was hat dir diese Person in deinem Leben mitgegeben?»). Es wird ein Stempel / eine Prägung (in Einzelfällen auch mehrere) gefunden, die durch die Beziehungserfahrung mit dieser Person entstanden ist. Dieser Stempel muss nicht zwangsläufig ein negativer Stempel sein, sollte aber zu den Beziehungserfahrungen passen, die durch die Patient:innen mit diesen Personen gemacht wurden. In der Anwendung kann **AB 3** »Die Liste der prägenden Bezugspersonen« hilfreich sein.

Beispielformulierungen zur Liste der prägenden Bezugspersonen

Altersbereich ab 10 Jahren:

- ▶ Heute möchte ich dich gerne besser kennenlernen. Mich interessiert, mit wem du viel Zeit verbringst oder wer wichtig für dich ist.
- ▶ Hier sind (sechs) Karten – wenn du magst, kannst du auf jede Karte eine Person malen / einen Namen schreiben, die für dich wichtig ist. Das können Menschen aus deiner Familie oder aus der Schule oder deine Freunde sein.

Altersbereich ab 13 Jahren:

- ▶ In der Stunde heute geht es darum, dass wir uns einmal zusammen anschauen, wer in deinem Leben bisher wichtig war. Welche Personen einen großen Einfluss auf dich hatten oder haben. Dieser Einfluss kann positiv, negativ oder beides sein.
- ▶ Wichtige Personen können Freunde bzw. Freundinnen, Familienmitglieder oder aber auch jemand völlig anderes sein.

Altersbereich ab 17 Jahren:

- ▶ Heute erstellen wir deine ganz persönliche Liste der prägenden Bezugspersonen. Hast du eine Idee, was prägende Bezugspersonen sein könnten? Welche Personen fallen dir da ein?
- ▶ Prägende Bezugspersonen sind die Personen, die einen sehr wichtigen Einfluss auf dich hatten. Also Personen, die dich entweder positiv und / oder negativ beeinflusst haben. Sie haben einen Stempel auf dir hinterlassen.

Ablauf der Erarbeitung der Liste der prägenden Bezugspersonen

Schritt 1: Identifikation der unterschiedlichen Personen

Schritt 2: Exploration der wichtigsten Bezugspersonen. Hier werden Informationen zu den vier bedeutsamen Beziehungskategorien gewonnen.

(1) Nähe / Intimität

Nimmt dich [Bezugsperson] öfters in den Arm?

Fällt es dir schwer, [Bezugsperson] in den Arm zu nehmen?

(2) Emotionale Bedürftigkeit

Redet [Bezugsperson] mit dir über deine Probleme oder Sorgen?

Redest du mit [Bezugsperson] über deine Probleme oder Sorgen?

Sagst du [Bezugsperson] Bescheid, wenn es dir schlecht geht?

Fragst du [Bezugsperson], wenn du Hilfe brauchst?

(3) Fehler / Versagen

Ist es dir wichtig, vor [Bezugsperson] immer alles richtig zu machen?

Ist es OK für dich, vor [Bezugsperson] auch mal einen Fehler zu machen?

Wie reagiert [Bezugsperson], wenn du einen Fehler machst?

(4) Negativer Affekt

Bist du manchmal auf [Bezugsperson] wütend?

Ist [Bezugsperson] manchmal auf dich wütend?

Weinst du, wenn [Bezugsperson] in der Nähe ist?

Schritt 3: Ableitungen der kausal theoretischen Schlussfolgerungen, der individuellen Prägungen / Stempel der einzelnen Personen.

Wie ist / war es, mit [Bezugsperson] aufzuwachsen?

Welche Spuren hat [Bezugsperson] bei dir hinterlassen?

In welcher Weise hat [Bezugsperson] dich beeinflusst?

Welchen Stempel hat [Bezugsperson] auf dir hinterlassen?

Welche Spur hat [Bezugsperson] bei dir hinterlassen?

In der Umsetzung können die folgenden Aspekte hilfreich sein.

- ▶ Auch Personen, die aktuell ggf. nicht mehr getroffen werden oder bspw. Verstorbene (z. B. Großeltern) gehören auf die Liste. Insbesondere bei jüngeren Kindern kann es sinnvoll sein, nach diesen Menschen aktiv zu fragen. Auch Personen, die zum Zeitpunkt der Therapie kein Teil des aktiven sozialen Umfeldes mehr sind, können einen Stempel im Leben der Patient:innen hinterlassen haben.
- ▶ Diese Liste ist nicht in Stein gemeißelt – es ist jederzeit möglich, Personen hinzuzufügen oder wieder wegzunehmen und auch die Prägungen im Verlauf der Therapie zu verändern. Dies kann besonders am Anfang der Therapie entlastend für Patient:innen sein. Das Ziel ist nicht eine fertige, perfekte Liste zu verfassen, sondern dass die Therapeut:innen die Patient:innen und ihre bedeutsamen Bezugspersonen kennenlernen können.

- ▶ Besonders wichtige Haustiere können auch in die Liste eingetragen werden. Auch in diesen Fällen wird eine Prägung/ ein Stempel erarbeitet. Es ist für den späteren Verlauf der Therapie allerdings möglicherweise hilfreicher, im Verlauf konkrete Menschen benannt zu haben als Tiere oder abstrakte Gebilde (wie bspw. eine Partei oder Gott).
- ▶ Sollten sieben oder acht Personen (statt sechs) genannt werden, können alle aufgeschrieben werden – es sollten nur nicht zehn oder 20 sein. Meistens nennen Patient:innen zwischen vier und fünf Personen.
- ▶ In jedem Fall empfiehlt es sich, dass die Eltern (leiblich, Stief- / Bonuseltern, Adoptiveltern, Betreuer:in im Heim) auf der Liste eingetragen werden – ganz unabhängig davon, ob das Kinder oder der:die Jugendliche mit diesen aufgewachsen ist. Auch die Erfahrung, dass Eltern kein Teil der Kernfamilie sind, kann eine Prägung im Leben hinterlassen. Darüber hinaus sollten auch die Bezugspersonen, die an der Therapie teilnehmen, thematisiert und in die Liste integriert werden.
- ▶ Bei diesem Aufarbeitungsprozess geht es nicht um Schuld. Im Verlauf sollte für die Kinder / die Jugendlichen deutlich werden, dass jede Person unterschiedliche Gründe für ihr Verhalten hat, ohne die Absicht, dem / der Patient:in zu schaden.
- ▶ Es gibt auch positive Prägungen! Diese können auch gemalt / notiert werden und als Ressource in die Therapie integriert werden.

Die Stempel/Prägungen können daher für die Kinder und Jugendlichen sehr unterschiedlich aussehen. Sie können sich sowohl in ihrer Detailliertheit als auch Komplexität je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes unterscheiden. Beispiele für unterschiedliche Stempel/Prägungen sind hier aufgeführt:

- ▶ »Mein Vater war nie richtig für mich da und hat sich auch nicht für mich interessiert, bis heute nicht, deswegen glaube ich, dass ich anderen Leuten egal bin.«
Die Prägung würde in dem Fall lauten: »Ich bin anderen Leuten egal.«
- ▶ »Meine Klassenlehrerin ist immer sehr fies und gemein zu mir, deshalb habe ich Angst, für mich einzustehen, und widerspreche nur sehr selten.«
Die Prägung würde in dem Fall lauten: »Ich habe Angst für mich einzustehen und zu widersprechen.«
- ▶ »Weil meine Mutter so häufig geweint hat, versuche ich immer nett zu allen zu sein, um niemanden zu verletzen.«
Die Prägung würde in dem Fall lauten: »Ich darf niemanden verletzen und muss immer nett zu allen sein.«
- ▶ »Meine Schwester ist ein sehr positiver und freundlicher Mensch. Sie hat mir mitgegeben, dass ich entspannter bin.«
Die Prägung würde in dem Fall lauten: »Ich bin entspannt.«
- ▶ »Meine Mutter ist immer sehr laut und unwirsch. Sie schreit schnell rum. Ich schreie deswegen auch schnell, wenn mir etwas nicht gefällt oder ich etwas nicht mag.«
Die Prägung würde in dem Fall lauten: »Ich muss laut sein, um gehört zu werden.«
- ▶ »Ich hatte einen sehr guten Freund im Kindergarten, durch ihn habe ich gemerkt, dass es auch Menschen gibt, die mich mögen.«
Die Prägung würde in dem Fall lauten: »Ich bin wertvoll / geliebt.«

Wichtig ist, dass die Patient:innen am Ende des Moduls eine Liste erarbeitet haben, die sie aufbewahren können und auf die sie sich im Laufe der Therapie beziehen können. Bei Bedarf können sie an dieser auch weiterarbeiten.

Methodensammlung: Liste der prägenden Bezugspersonen

- ▶ Familienbrett
- ▶ Fotos der prägenden Bezugspersonen
- ▶ Personen malen / zeichnen / Namen aufschreiben
- ▶ Tiere / Figuren finden, die zu der Person und / oder der erarbeiteten Prägung passen

4.4 Übertragungshypothese

Ziele

- ▶ Es wird gemeinsam oder in der Supervision eine Übertragungshypothese (Erwartung der Patient:innen in interpersonellen Situationen) erarbeitet, die auf den erfassten Prägungen basiert

4.4.1 Hintergrund für die Therapeut:innen

Nachdem die Prägungen / die Stempel gefunden wurden, wird im zweiten Schritt die Übertragungshypothese für die prägenden Bezugspersonen erarbeitet. Da diese Bezugspersonen häufig auch Teil der Therapie sind, ist es besonders bedeutsam, die Übertragungshypothesen so zu formulieren, dass sie in der späteren therapeutischen Arbeit mit allen Beteiligten angewendet werden können. In der Arbeit mit jüngeren Kindern bietet es sich an, den Begriff der Erwartung oder Befürchtung zu verwenden. Es kann sowohl hilfreich sein, die Erwartung / Befürchtung konkret auszuformulieren, aber auch ein Symbol zu erarbeiten, das diese repräsentiert (Gesicht, Tier etc.); dies kann dann als Schablone oder Karte gebastelt werden und immer in die Sitzungen mitgebracht werden. Mit der Übertragungshypothese werden die mit der Liste der prägenden Bezugspersonen erarbeiteten Beziehungserfahrungen auf das aktuelle Verhalten und Erleben der Patient:innen bezogen. Wie wirken sich diese Prägungen auf ihr aktuelles Verhalten aus? Warum bereiten ihnen bestimmte Situationen Schwierigkeiten? Die Übertragungshypothese dient auch dazu, in der Therapie gezeigtes Verhalten zu erklären; sie wird also spezifisch für den Kontakt mit dem / der Therapeut:in formuliert. Zudem hat es sich als hilfreich erwiesen, Kompensationsstrategien der Patient:innen zu formulieren, da so die Konsequenz der Befürchtung im Hier und Jetzt herausgearbeitet werden kann (vgl. Bra-kemeier, Guhn & Normann, 2021). Eine Übertragungshypothese aus den Prägungen

herzuleiten, kann für viele der jungen Patient:innen schwierig sein. Auch vor diesem Hintergrund steht in diesem Modul die freundliche, wertschätzende aber auch unterstützend-leitende therapeutische Beziehungsgestaltung im Vordergrund.

Die allgemeine Übertragungshypothese kann nach folgendem Muster formuliert werden:

Wenn (problematisches Verhalten oder Situation für den / die Patient:in)

dann (Befürchtung, wie andere Menschen, in dem Fall der:die Therapeut:in, auf sie reagieren)

deshalb (Kompensation / Konsequenz, auf das zukünftige Verhalten bezogen)

Beispiele für mögliche Übertragungshypothesen, die hier zunächst allgemein formuliert sind (Formulierung für Therapeut:innen s. Abschn. 4.4.2)

- ▶ »Wenn ich ehrlich zu jemandem bin (d. h. offen über meine Probleme spreche), dann wird mir diese Person nicht helfen können und mich allein lassen – daher rede ich am besten nicht ehrlich mit Leuten.«
- ▶ »Wenn ich vor anderen Schwäche zeige (im Streit nachgebe / weine), dann werden andere mich ablehnen. Deshalb versuche ich, keine Schwäche zu zeigen, und werde dafür eher wütend oder schreie rum.«
»Wenn ich etwas falsch mache, werden andere Personen schlecht über mich denken und mit mir nichts zu tun haben wollen. Deshalb versuche ich, alles perfekt zu machen (z. B. viel mehr für Klassenarbeiten zu lernen als meine Freunde, immer pünktlich zu kommen).«

4.4.2 Durchführungshinweise zur Übertragungshypothese

Beispielformulierungen zur Anleitung der Übertragungshypothesen

Altersbereich ab 10 Jahren:

- ▶ Ich kenne jetzt die wichtigsten Menschen in deinem Leben. Von denen hast du mal gute und mal schlechtere Dinge gelernt. Das erleben viele Kinder so.
- ▶ Ich möchte nun mit dir zusammen schauen, was du von allen Menschen um dich herum gelernt hast. Gibt es etwas, was du erwartest oder befürchtest, wenn du mit jemandem redest oder Zeit verbringst? Kennst du die Wörter »Erwartung« oder »Befürchtung« schon? (wenn nicht, zunächst erläutern)

Altersbereich ab 13 Jahren:

- ▶ Ich möchte mir mit dir anschauen, was diese ganzen Personen und die Stempel, die sie dir mitgegeben haben, für dich im Alltag bedeuten und was das für unsere Therapie heißt. Ich möchte also nun mit dir herausfinden, mit welcher Erwartung oder Befürchtung du in unsere Therapiestunden gehst.

- ▶ Dieser Satz zeigt dann, welche Erwartungen du aufgrund deiner Erfahrungen hast und wie diese auf die Therapie wirken.
- ▶ Ich glaube, dass es auch für Verhalten, dass andere nervt oder ärgert, meistens sehr verständliche Gründe gibt – die haben wir ja schon ein bisschen durch die Stempel gemeinsam herausgefunden, nun würde ich diese sehr gerne zusammenfassen.

Altersbereich ab 17 Jahren:

- ▶ Jetzt geht es darum, die Prägungen oder Stempel, die wir schon zusammengetragen haben, auf dein Leben zu beziehen. Ich möchte herausfinden, wie sich deine bisherigen Beziehungserfahrungen auf dein Leben auswirken und bisher ausgewirkt haben. Wir benutzen dafür die sogenannte Übertragungshypothese.
- ▶ Die Übertragungshypothese ist wie eine Befürchtung, die häufig unbewusst ist, aber mit der du aufgrund deiner bisherigen Beziehungserfahrungen durchs Leben gehst. Jeder Mensch funktioniert so, auch ich. Wir tragen unsere Beziehungserfahrungen in uns, die uns mehr oder weniger bewusst führen.
- ▶ Was könntest du befürchten, dass auch zwischen uns schwierig werden könnte, wenn du deine Prägungen anschaust?

Die Übertragungshypothese kann sowohl für einen allgemeinen zwischenmenschlichen interpersonellen Kontext erarbeitet werden als auch konkret für die Interaktion zwischen Therapeut:in und Patient:in. In der Umsetzung können **AB 4** »Meine Erwartung/Befürchtung« oder **AB 5** »Meine Übertragungshypothesen« genutzt werden. Das kann für den weiteren Verlauf der Therapie hilfreich sein. Die konkrete Anwendung der Übertragungshypothese im Rahmen einer IDÜ wird durch diese spezifische Form besser möglich und für viele Kinder oder Jugendliche anschaulicher.

Beispiele für konkrete Übertragungshypothesen für die Therapie können sein:

- ▶ »Wenn ich ehrlich zu meinem / meiner Therapeut:in bin (d. h. offen über meine Probleme spreche), dann wird sie:er mir nicht helfen können und mich allein lassen – daher rede ich am besten nicht ehrlich mit ihr:ihm.«
- ▶ »Wenn ich vor meinem / meiner Therapeut:in Schwäche zeige (weine), dann wird sie:er mich ablehnen. Deshalb versuche ich, keine Schwäche zu zeigen, und werde dafür eher schnell wütend oder trotzig in der Therapie.«
- ▶ »Wenn ich etwas falsch mache, wird mein / meine Therapeut:in schlecht über mich denken und mit mir nichts zu tun haben wollen. Deshalb versuche ich, alles perfekt zu machen (z. B. alle Therapieaufgaben immer perfekt zu machen, immer pünktlich zu kommen).«

Diese Übertragungshypothesen unterscheiden sich inhaltlich nicht von den zuvor formulierten allgemeinen, sie dienen lediglich als Hilfestellung, um das schwierige oder dysfunktionale Verhalten der Patient:innen auch in der Therapie deutlich zu machen und aktiv damit umgehen zu können (vgl. Abschn. 3.2 zur KPR und der IDÜ).

4.4.3 Einbezug der Bezugspersonen

Auch in diesen Abschnitt der Therapie werden die teilnehmen Bezugspersonen zunächst nicht einbezogen. Es ist zwar möglich, die Übertragungshypothese im Laufe der Therapie mit allen Beteiligten zu besprechen. Dies erfordert selbstverständlich das Einverständnis des/der Patient:in. Die Erarbeitung kann allerdings ein schwieriger und herausfordernder Prozess sein, weshalb diese zunächst immer im individuellen Setting mit den Patient:innen erfolgen sollte.

4.5 Abschluss der Einführungsphase

Mit der Erarbeitung der Übertragungshypothese ist die Einführungsphase des CBASP@-YoungAge-Behandlungsprogramms abgeschlossen. Es ist für den Übergang in die Hauptphase zwar nicht zwingend erforderlich, eine Übertragungshypothese gemeinsam erarbeitet zu haben, es zeigt sich allerdings in der Praxis, dass diese insbesondere die Anwendung von Situationsanalysen oder IDÜs deutlich nachvollziehbarer macht. Insbesondere bei jüngeren Kindern zeigt sich in der Praxis allerdings häufig, dass diese Erarbeitung der Übertragungshypothese sehr herausfordernd sein kann. Wenn dies der Fall sein sollte, empfehlen wir, schneller in die Hauptphase überzugehen, da die Module der Situationsanalyse oder des Kielser-Kreis-Familientrainings auch ohne Übertragungshypothese durchgeführt werden können.

Zentral ist, dass die Kinder und Jugendlichen in ihrem eigenen Tempo an der Therapie teilnehmen können und dennoch alle Schritte nachvollziehbar für sie eingeführt und gestaltet werden.

5 Hauptphase

5.1 Modul: Kiesler-Kreis-Familientraining

5.2 Modul: Situationsanalyse

Die Hauptphase unterscheidet sich von der Einführungsphase insbesondere durch die weitaus offenere Struktur und den häufigen Einbezug der Bezugspersonen in das Kiesler-Kreis-Familientraining. Die Module »Situationsanalyse« und »Kiesler-Kreis-Familientraining« sorgen für viel Flexibilität im therapeutischen Prozess. Es bietet sich an, die Hauptphase zu Beginn in einer hohen Frequenz umzusetzen und dann im Verlauf die Frequenz der Termine etwas zu verringern. Dies kann Patient:innen und Bezugspersonen dazu anregen, das in der Therapie Gelernte nun auch aktiv im Alltag ein- und umzusetzen, und vergrößert den Effekt, dass positive Veränderungen zwischen Therapiesitzungen aufrechterhalten werden. Veränderungen werden so dauerhafter und nachhaltiger in den Alltag integriert. In der Hauptphase besteht neben den für CBASP@-YoungAge spezifischen Modulen auch die Möglichkeit, komorbide Symptome oder weitere behandlungsbedürftige Aspekte zu integrieren. Durch die flexiblen Gestaltungsmöglichkeiten und die nun bereits sehr stabil und tragfähig aufgebaute therapeutische Beziehung können in dieser Therapiephase unterschiedliche Themen, wie beispielsweise Schlafstörungen oder auch Geschlechtsidentitätsprobleme, zusätzlich zu den interpersonellen Schwierigkeiten bearbeitet werden.

5.1 Modul: Kiesler-Kreis-Familientraining

Ziele

- ▶ Die familiäre Interaktion wird insgesamt verbessert.
- ▶ Streitsituationen treten im Alltag weniger auf.
- ▶ Die Beteiligten lernen Verhaltens- / Gesprächsalternativen für soziale Situationen (interpersonelle Flexibilität).
- ▶ Der eigene Anteil und Einfluss auf Interaktionssituationen wird wahrgenommen und kann verändert werden.

5.1.1 Hintergrund für die Therapeut:innen

Für Kinder und Jugendliche mit Depressionen und interpersonellen Schwierigkeiten geht es häufig nicht nur darum, bestimmte soziale Fertigkeiten zu lernen und diese dann in sozialen Situationen einsetzen zu können. Noch wichtiger ist es für sie, die Erfahrung zu machen, dass sie selber auch Teil ihrer Familie/ sozialen Gruppe sind und durch ihr eigenes Verhalten etwas bewirken und verändern können, besonders auch im Verhalten der anderen. Sie sollten somit die Erfahrung machen, dass sie selbst in sozialen Situationen etwas verändern und bewirken können und eigenes Verhalten sowohl positive als auch negative Konsequenzen haben kann. Es ist also nicht egal, wie sie sich verhalten, sondern ihr Verhalten kann in vielen Situationen entscheidend für eine Veränderung der Dynamik sorgen. Um all diese Aspekte der Erkrankung zu berücksichtigen, ist es besonders wichtig, eine interpersonelle Perspektive einzunehmen. Das bedeutet, nicht nur der / die Patient:in selbst, sondern vor allem das Zusammenspiel von zwei oder mehreren Personen zu betrachten, also die Interaktion der Kinder und Jugendlichen mit ihren Bezugspersonen und die wechselseitige Wirkung aufeinander. Dieses Modul wird vor diesem Hintergrund immer in einem gemeinsamen Setting umgesetzt, da es hier um die Veränderung der tatsächlichen Interaktion zwischen den Patient:innen und ihren (ggf. auch prägenden) Bezugspersonen geht, also möglichst um das gesamte Bezugssystem.

In Abbildung 5.1 ist der Kiesler-Kreis (Kiesler, 1983) abgebildet. Dieser wurde im Kontext von CBASP@YoungAge für Kinder und Jugendliche altersentsprechend adap-

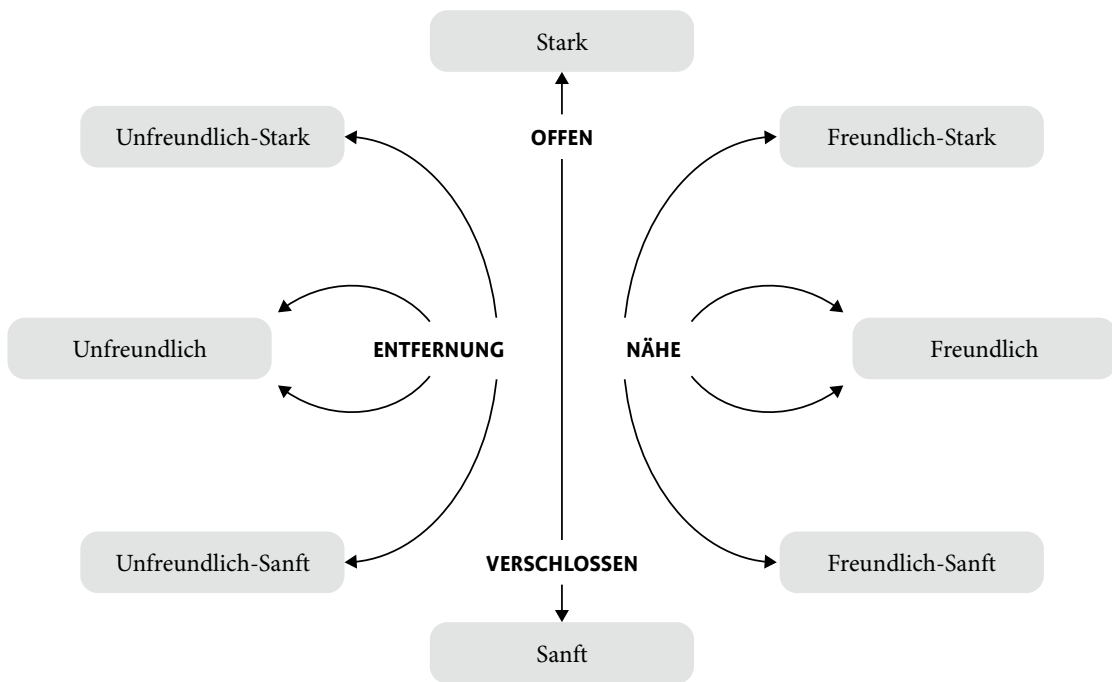


Abbildung 5.1 Kiesler-Kreis adaptiert für Kinder und Jugendliche (Dippel et al., under review; Kiesler, 1991)

tiert. Der Kiesler-Kreis ist in **AB 7** für die Familie verfügbar. Im Kreismodell sind die unterschiedlichen Positionen und Achsen des Kiesler-Kreises sichtbar. Im Kiesler-Kreis werden zunächst die acht Positionen angeführt (Stark, Freundlich-Stark, Freundlich, Freundlich-Sanft, Sanft, Unfreundlich-Sanft, Unfreundlich, Unfreundlich-Stark). Positionen, die sich ähnlich sind, stehen in diesem Modell nahe beieinander. Diese Positionen beziehen sich auf die zwei Achsen des Kiesler-Kreises (Offen–Verschlossen vs. Nähe–Entfernung). Zur Einordnung werden zunächst die Originalbegriffe von Kiesler in der deutschen Übersetzung benannt:

Dominant (Stark), Freundlich-Dominant, Freundlich, Freundlich-Submissiv, Submissiv (Sanft), Feindselig-Submissiv, Feindselig (Unfreundlich), Feindselig-Dominant.

Der Kiesler-Kreis ist damit ein interpersonelles Kreismodell (oder auch Circumplexmodell, IPC) zur Einschätzung des sogenannten Stimuluscharakters eines Menschen oder auch des Stimuluscharakters von zwei Personen (entwickelt vom amerikanischen Psychologen Kiesler, 1983). Der Stimuluscharakter meint die verdeckte emotionale, kognitive oder verhaltensbezogene Reaktion, die eine Person bei anderen Menschen hervorruft. Das Grundprinzip des Kiesler-Kreises beschreibt der Leitsatz: »Aktion erzeugt Reaktion«. Relevant sind dabei zwei Fragen:

- (1) Was löse ich bei anderen durch mein Verhalten aus bzw. wie reagieren andere auf mein Verhalten?
- (2) Was lösen andere durch ihr Verhalten bei mir aus?

Kiesler hat beobachtet, dass bestimmte Verhaltensweisen bei anderen Menschen häufig sehr ähnliche Reaktionen auslösen. Wenn einer anderen Person zum Beispiel freundlich begegnet wird, ist es wahrscheinlich, dass diese Person auch freundlich reagiert und Nähe entsteht. Diese Verhaltenstendenzen gelten sowohl in engen, vertrauten Beziehungen als auch bei Begegnungen zwischen zwei Menschen, die sich vorher kaum oder gar nicht kannten. Wenn wir herzlich und liebevoll mit jemandem umgehen, wird unser Gegenüber das eher erwidern. Wenn wir sauer, ärgerlich oder abweisend sind, müssen wir uns nicht wundern, sollte eine andere Person uns ebenso begegnen.

Theoretischer Hintergrund zum Konzept nach Kiesler (1987)

Zentrale Bestandteile sind das auf Beier & Young (1966) zurückzuführende Konzept der *Evoking Message* und die von Kiesler eingeführte *Impact Message*. Die auslösende Botschaft (*Evoking Message*) entspricht der zumeist verschlüsselten Botschaft des:der Sender:in. Neben einer Selbstdarstellung enthält sie auch eine Aufforderung an den:die Empfänger:in, sich komplementär zu verhalten. Die *Impact Message* umschreibt die kognitiven und emotionalen Erfahrungen, die als direkte Reaktion auf die *Evoking Message* in dem:der Empfänger:in hervorgerufen werden (Kiesler, 1996). Die *Evoking Message* entspricht der zumeist verschlüsselten Botschaft des:der Sender:in. Neben einer Selbstdarstellung enthält sie auch eine Aufforderung an den:die Empfänger:in, sich komplementär zu verhalten. Die *Impact Message* umschreibt die kognitiven und emotionalen Erfahrungen, die als direkte

Reaktion auf die *Evoking Message* in dem:der Empfänger:in hervorgerufen werden (Kiesler, 1996). *Impact Messages* können direkt empfundene Gefühle, Verhaltens-tendenzen oder wahrgenommene Aufforderungen sein.

Schwierigkeiten in der Interaktion entstehen dann, wenn die Botschaften der sendenden Person inkongruent sind, sich also die manifeste Botschaft (Inhalt) von der latenten Botschaft (emotionaler Appell) unterscheidet. Weiterhin können auch Probleme entstehen, wenn die Entschlüsselung der Nachricht auf Seiten des Empfängers nicht den (unbewussten) Intentionen des Senders entspricht. Die Prozesse der Dekodierung einer Nachricht auf Seiten des Senders und der Enkodierung einer Nachricht auf Seiten des Empfängers laufen dabei primär unbewusst ab, sind also zumeist automatisiert, wobei sie sich in einem Transaktionszyklus darstellen lassen (Abb. 5.2).

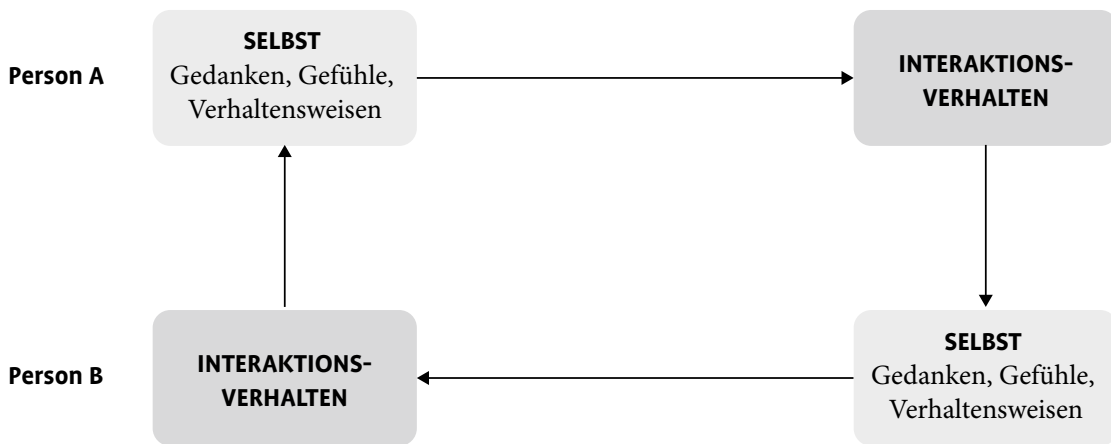


Abbildung 5.2 Der interpersonelle Transaktionszyklus (nach Wagner et. al., 1995). Das nach außen sichtbare Interaktionsverhalten einer Person wirkt sich immer auf die an der Interaktion beteiligte andere Person aus. Jede Nachricht (auch Gestik, Mimik etc.) stellt demnach eine Aufforderung an die andere Person da, sich komplementär zu verhalten. So führt hilfeschendes Verhalten beispielsweise in der Regel zu fürsorglichem und beschützendem Verhalten des Gegenübers. Diese Botschaft der sendenden Person kann Gefühle, Phantasien, Verhaltenstendenzen und Attributionen enthalten, die im Empfänger bezogen auf die Persönlichkeit des Senders entstehen.

Studien zeigen, dass Patient:innen mit Depressionen insgesamt verstärkt inkongruente Interaktionsmuster zeigen (vgl. Abschn. 1.2). Hinzu kommt ein häufig feindseliges Interaktionsverhalten (im Kiesler-Kreis für Kinder und Jugendliche: Unfreundlich). Sie sind damit eher auf den zwei Beziehungsachsen im Bereich Distanz und Verschlussenheit einzuordnen. Es kommt nach Kiesler entsprechend zu negativen interaktionellen Rückmeldungen (s. Abb. 5.2). Im Sinne des Verstärker-Verlust-Modells nach Lewinsohn (1974) ist das ein Verlust von positiven Verstärkern, der sowohl im Sinne der Entstehung als auch der Aufrechterhaltung von depressiven Erkrankungen eine Rolle spielt.

McCullough (2000) begründet in seinem ätiologischen Modell der chronischen Depressionen das interaktionelle Verhalten von betroffenen Personen unter anderem mit den negativen Erfahrungen aus der Kindheit. Es lässt sich annehmen, dass Kinder durch diese frühen Beziehungserfahrungen ein hohes Misstrauen beziehungsweise Angst gegenüber Mitmenschen entwickeln und sich in der Folge von anderen Menschen zurückziehen. Diese Erfahrungen wurden bereits im Modul Psychoedukation und Liste der prägenden Bezugspersonen (Abschn. 4.2, 4.3) genauer beschrieben. Daher ist es so wichtig, diesen Teufelskreis möglichst früh in der Entwicklungsgeschichte zu unterbrechen.

Diskriminationslernen im Kiesler-Kreis

Im Kiesler-Kreis-Training (s. auch Guhn et al., 2019) wird nun ein neuer Schwerpunkt gesetzt. Die erlebten Erfahrungen werden in dieser Phase der Therapie nicht nur exploriert, sondern aktiv bearbeitet. Das wichtigste Ziel des Kiesler-Kreis-Trainings besteht damit im Diskriminationslernen der beteiligten Personen. Neben der Diskriminationserfahrungen in den Einzelterminen, die im Rahmen der IDÜ oder der KPR mit den Indexpatient:innen stattfinden können und bei der zwischen Reaktionen der prägenden Bezugspersonen und dem / der Therapeut:in unterschieden wird, ist in diesen Sitzungen das Ziel, dass die beteiligten Personen zwischen unterschiedlichen Positionen im Kiesler-Kreis unterscheiden lernen. Sie sollen in die Lage versetzt werden, ihr eigenes Verhalten wahrzunehmen und zu reflektieren, die Wirkung zu kennen und auch ihre Fähigkeiten zu trainieren, Verhalten in schwierigen oder überraschenden Situationen ggf. anzupassen, um insgesamt die Interaktion mit anderen Personen aktiv verändern zu können. Die Besonderheit beim Kiesler-Kreis-Familientraining ist, dass auch die Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen aktiv einbezogen werden. So soll erreicht werden, dass die Betroffenen auch im häuslichen Rahmen eine spürbare Verbesserung in der Interaktion erzielen, was aufgrund des Durchbrechens eingespielter negativer Interaktionsmuster langfristige positive Effekte nach sich ziehen sollte.

Wichtig ist, dass die unterschiedlichen Positionen (= Dimensionen) für die Familien möglichst anschaulich erklärt werden. Die Therapeut:innen können Beispiele geben und Positionen auch durch kleine Rollenspiele verdeutlichen, wofür Tabelle 5.1 hilfreich ist. Zu beachten ist, dass alle teilnehmenden Personen über die Positionen diskutieren und dadurch ein zumindest ähnliches Bild von den Positionen erhalten.

Zur Orientierung für die Therapeut:innen zeigt Tabelle 5.1 wichtige Merkmale der einzelnen Positionen hinsichtlich Körpersprache, verbaler Kommunikation und beobachtbarem Verhalten, die die Positionen verdeutlichen und im Verlauf der Sitzungen durch die Therapeut:innen herangezogen werden können.

Tabelle 5.1 Unterschiedliche Positionen des Kiesler-Kreises mit Entsprechungen im interpersonellen Verhalten (modifiziert nach Guhn et al., 2019)

Position im Kiesler-Kreis	Körpersprache	Verbale Kommunikation	Verhalten
Stark	<ul style="list-style-type: none"> ▶ neutral ▶ offen ▶ selbstsicher 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ klar und deutlich ▶ laut reden ▶ selbstbewusst 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hände in die Hüften gestemmt ▶ selbstsicherer Gang ▶ zielstrebigere Gang ▶ erhobener Kopf
Freundlich-Stark	<ul style="list-style-type: none"> ▶ lächelnd ▶ längerer Blickkontakt 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ freundlich ▶ selbstsicher 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ einladend ▶ Nähe suchend ▶ zugewandt ▶ selbstsicherer Gang ▶ zielstrebigere Gang ▶ erhobener Kopf
Freundlich	<ul style="list-style-type: none"> ▶ lächelnd ▶ liebevoller Blickkontakt ▶ einladend 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ freundlich ▶ herzlich 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ körperliche Nähe (z. B. in den Arm nehmen, auf andere zugehen) ▶ zugewandt ▶ erhobener Kopf ▶ aufrechte Körperhaltung
Freundlich-Sanft	<ul style="list-style-type: none"> ▶ schüchtern lächelnd ▶ kurzer Blickkontakt ▶ Blick abwendend 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ unsicher 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ab und zu andere anschauen, darauf wartend, dass andere auf einen zukommen, ▶ Hände in den Hosentaschen ▶ wenig Gestik ▶ gebückte Körperhaltung
Sanft	<ul style="list-style-type: none"> ▶ keine Gestik ▶ Blick auf den Boden ▶ Blickkontakt 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ unsicher ▶ vermeidend 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hände in Hosentaschen ▶ gebückte Körperhaltung ▶ gesenkter Kopf/Schultern ▶ schleichender Gang

Tabelle 5.1 Unterschiedliche Positionen des Kiesler-Kreises mit Entsprechungen im interpersonellen Verhalten (modifiziert nach Guhn et al., 2019) (Fortsetzung)

Position im Kiesler-Kreis	Körpersprache	Verbale Kommunikation	Verhalten
Unfreundlich-Sanft	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stirn in Falten ▶ angespannter Mund ▶ kurzer Blickkontakt ▶ kühler und misstrauischer Blick ▶ Augen zusammengekniffen ▶ Augenrollen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ kurz angebunden ▶ knapp ▶ Schweigen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ keine Gestik ▶ gesenkter Kopf/ Schultern ▶ unsicherer Gang ▶ abgewandte Haltung ▶ Arme hinter dem Rücken ▶ langsamer Gang
Unfreundlich	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Naserümpfen ▶ Stirn in Falten ▶ angespannter Mund ▶ eisiger Blick ▶ Augen zusammengekniffen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ knappe, kurze Sätze ▶ ggf. lautes Unterbrechen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ abwehrend ▶ Arme verschränkt ▶ absolute Distanz ▶ gegen Dinge treten ▶ Dinge schubsen
Unfreundlich-Stark	<ul style="list-style-type: none"> ▶ bedrohlich ▶ Augenbrauen hochgezogen ▶ Stirn in Falten ▶ angespannter Mund ▶ Augen zusammengekniffen ▶ durchdringender Blick 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ unterbrechen ▶ laut reden ▶ ggf. schreien 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ aggressiv ▶ drohend ▶ raumeinfordernd ▶ Arme verschränkt ▶ Hände in die Hüften gestemmt ▶ erhobener Kopf

Erfassung der Kiesler-Kreis-Positionen von Eltern und Kindern

Mit dem Impact Message Inventar (IMI; Kiesler, 1987) können die verdeckten inneren Wahrnehmungen entsprechend des Kiesler-Kreises erfasst werden. Hierzu wird die empfangende Person zu ihren Gedanken und Gefühlen befragt, die die sendende Person durch ihr Verhalten in ihr ausgelöst hat. Daraus können Rückschlüsse auf den interpersonellen Verhaltensstil des:der Sender:in gezogen werden. Die aktuelle deutschsprachige Fassung für Erwachsene (Caspar et al., 2016) enthält für jede interpersonelle Position (Oktant) des Kiesler-Kreises eine Skala. Das Inventar fragt die kognitive Reaktion, die affektive Reaktion und die Verhaltenstendenz mit jeweils acht Items pro Skala ab. Aus dem Ergebnis lässt sich der charakteristische interpersonelle Stil der Zielperson einordnen (Kiesler & Schmidt, 2006). In einer Studie (Dippel et al., under review) wurde das IMI für die Anwendung im Kindes- und Jugendalter adaptiert (IMI@YA) und in einer ersten Validierungsstudie untersucht.

Der IMI@YA besteht aus insgesamt 64 Items, welche die unterschiedlichen Positionen des Kiesler-Kreises sowohl für die Wahrnehmung von Bezugspersonen als auch

ihrer Kinder erfassen. Es ergibt sich somit in der Auswertung ein Bild, welches das wahrgenommene Verhalten der Kinder aus der Perspektive der Bezugspersonen und vice versa zeigt. Der IMI@YA eignet sich somit auch zur Anwendung im Kiesler-Kreis-Familientraining.

5.1.2 Einbezug der Bezugspersonen

Für die Bezugspersonen ist es wichtig, dass sie dabei sind, wenn mit den Kindern und Jugendlichen das Konzept des Kiesler-Kreises erarbeitet wird, damit sie nachvollziehen können, wie die unterschiedlichen Positionen von den Kindern und Jugendlichen verstanden werden und sich bei ihrer eigenen Einschätzung und ihrem eigenen Verständnis der Positionen auch darauf beziehen können. Wichtig ist, dass die Familie eine gemeinsame Sprache für die Arbeit mit und im Kiesler-Kreis findet. Diese muss nicht den Bezeichnungen hier im Modell entsprechen. Wichtiger in diesem Kontext ist, dass die Positionen mit den passenden Verhaltensweisen in der Interaktion verbunden sind, und dass alle Beteiligten das Gleiche bzw. sehr Ähnliches meinen, wenn sie über eine Position im Kiesler-Kreis sprechen. Im Rahmen des Kiesler-Kreis-Familientrainings kann es auch sinnvoll sein, gegebenenfalls weitere Bezugspersonen (Großeltern, Geschwister, neue Partner:innen) in die Sitzungen einzubeziehen. Dies sollte vorher immer mit den Patient:innen und allen Beteiligten abgesprochen werden; grundsätzlich bestehen keine Einschränkungen bei der Personenanzahl. Besondere Indikation für den Geschwister-einbezug können sein:

- ▶ Häufige Konflikte zwischen den Geschwistern, die durch die Eltern nicht bemerkt/nicht reguliert werden können.
- ▶ Geschwister treten in Konflikten »als Team« gegenüber den anderen Bezugspersonen auf.

In den folgenden Abschnitten wird nun die praktische Umsetzung des Kiesler-Kreis-Familientrainings beschrieben. Dabei beginnt die Therapie mit einer Einführungsphase (Abschn. 5.1.3), an die sich das eigentliche Training anschließt (Abschn. 5.1.4), zuletzt werden einzelne Übungen vorgestellt, die personalisiert eingesetzt werden können (Abschn. 5.1.5).

5.1.3 Gemeinsame Einführung in das Kiesler-Kreis-Familientraining

Zu Beginn des Moduls »Kiesler-Kreis-Familientraining« wird der Kiesler-Kreis als Grundlage für die nachfolgenden Sitzungen mit allen teilnehmenden Personen gemeinsam erarbeitet. Dabei können die unterschiedlichen Variationen aus **AB 7** »Kiesler-Kreis-Variationen« eingesetzt werden. In den nächsten Abschnitten wird diese »Einführung in das Kiesler-Kreis-Familientraining« ausführlich beschrieben.

Schritt 1: Was ist der Kiesler-Kreis?

Ziel dieser Phase ist die Erläuterung des Kiesler-Kreises und der Bedeutung einzelner Personen sowie die Erläuterung des Nutzens und der Anwendung des Kiesler-Kreises in der Therapie.

Beispielformulierungen für die Einführung in den Kiesler-Kreis

Altersbereich ab 10 Jahren:

- ▶ Ich habe dir und deinen [Bezugspersonen] heute etwas mitgebracht, was wir benutzen können, um uns anzuschauen, welchen Eindruck ihr aufeinander und auf andere Menschen macht und auch andere Menschen auf euch.
- ▶ Gucken wir uns mal gemeinsam dieses Kreuz an. Auf der einen Seite siehst du »freundlich« und auf der anderen das Gegenteil »unfreundlich«. Oben siehst du »stark« und unten »sanft«. Weißt du, was diese Worte bedeuten?

Altersbereich ab 13 Jahren:

- ▶ Heute soll es darum gehen, wie ihr / Sie [Patient:in und Bezugspersonen] aufeinander wirkt. Also welchen Eindruck in Gesprächen oder im Alltag ihr bei den anderen Personen hinterlasst.
- ▶ Um das besser zu verstehen, kann uns dieses Schema helfen. Was kannst du auf diesem Bild erkennen? Was meinst du, was die Linien bedeuten?
- ▶ Genau auf der Linie, die von rechts nach links führt steht »freundlich« und »unfreundlich«, das bedeutet, dass Personen, die auf der einen Seite der Linie sind, sich sehr freundlich und Personen, die auf der anderen Seite der Linie sind, eher unfreundlich verhalten.
- ▶ Die Linie, die von oben nach unten geht, zeigt, wie sehr Personen die Kontrolle in einer Beziehung haben. Ob sie also eher Sachen bestimmen oder entscheiden wollen oder nicht.

Altersbereich ab 17 Jahren:

- ▶ Heute schauen wir uns gemeinsam ein Modell an, mit dem wir beschreiben können, wie wir auf andere Menschen wirken und wie andere Menschen auf uns wirken.
- ▶ Dieser sogenannte Kiesler-Kreis dient dazu, Beziehungen zwischen Menschen zu beschreiben. Das kann die Beziehung zwischen uns beiden sein, aber auch die Beziehung zwischen dir und deinen Eltern, Geschwistern, Freund:innen oder Lehrer:innen.
- ▶ Der Kreis ist so aufgebaut, dass auf der einen Achse Freundlichkeit und Unfreundlichkeit und auf der anderen Stärke und Sanftmut abgetragen ist. Wie du hier siehst, kann es auch sein, dass wir uns so verhalten, dass etwas von beiden Seiten dabei ist.

In dieser Phase ist es wichtig und hilfreich, die unterschiedlichen Positionen auf dem Kiesler-Kreis im Rollenspiel oder durch den:die Therapeut:in als Modell zu demonstrieren, also vorzumachen. Es ist sinnvoll, hier zunächst mit den unterschiedlichen (extremen) Positionen des Kiesler-Kreises zu beginnen (freundlich – unfreundlich und danach stark – sanft) und erst im Verlauf die Zwischendimension im Unterschied zu den extremen Positionen des Kiesler-Kreises darzustellen.

In Tabelle 5.2 finden sich Anregungen für Interaktionen, die sich in einer Therapie-sitzung anbieten, um den Kiesler-Kreis spielerisch und erlebnisorientiert einzuführen.

Tabelle 5.2 Spielerische Einführung des Kiesler-Kreises durch Demonstrationen/Rollenspiele bezogen auf die Positionen des Kiesler-Kreises

Position Kiesler-Kreis	Gespielte Situation: Spielangebot (für Kinder + Bezugspersonen)	Gespielte Situation: Stundenende (Jugendliche + Bezugspersonen)
Stark	»Hier wir spielen jetzt [...]! Du fängst an! Die anderen schauen erstmal zu!«	»Die Stunde ist in 10 min vorbei. Wir sollten jetzt zum Abschluss kommen.«
Freundlich-Stark	»Wir haben heute schon so viel geschafft, ich würde vorschlagen, dass wir den Rest der Zeit noch etwas spielen. Das hat das letzte Mal auch schon so viel Spaß gemacht. Ich schlage vor, dass du anfängst, okay?«	»Oh, die Sitzung ist gleich schon vorbei! Das habe ich gar nicht bemerkt, weil wieder alle so intensiv und toll dabei waren heute. Möchte noch jemand etwas loswerden oder gibt es Fragen?«
Freundlich	»Ich mag es sehr, mit dir beziehungsweise Ihnen allen dieses Spiel zu spielen. Du bist wirklich ein sehr nettes Kind und Sie alle eine nette Familie. «	»Das war eine schöne Sitzung! Ich arbeite gern mit dir und Ihnen – alle bringen sich hier gut ein. Ich mag Sie alle wirklich sehr.«
Freundlich-Sanft	»Ich würde eigentlich gern mit dir oder auch mit Ihnen spielen, aber ich traue mich kaum, dich oder Sie zu fragen.«	»Ich würde eigentlich noch gerne mit dir und auch Ihnen weiter arbeiten ... Aber ... schau mal auf die Uhr ... es tut mir leid.«
Sanft	Einfach mit einem Spiel anfangen und warten bis jemand mit einsteigt.	Sitzen und (wenn möglich) warten, bis jemand etwas sagt, neutral auf den Boden schauen
Unfreundlich-Sanft	Schnell ein Spiel holen und es aufbauen, dann die Augen verdrehen und gelangweilt damit anfangen.	genervt verhalten, auf die Uhr schauen, die Augen verdrehen, nach kurzer Zeit rausgehen

Tabelle 5.2 Spielerische Einführung des Kiesler-Kreises durch Demonstrationen / Rollenspiele bezogen auf die Positionen des Kiesler-Kreises (Fortsetzung)

Position Kiesler-Kreis	Gespielte Situation: Spielangebot (für Kinder + Bezugspersonen)	Gespielte Situation: Stundenende (Jugendliche + Bezugspersonen)
Unfreundlich	»Also, heute schaffen wir nichts mehr! Von mir aus kannst du jetzt allein das langweilige Spiel spielen, dass du letztes Mal ja unbedingt spielen wolltest. Sie können auch mitspielen. Ich habe keine Lust.«	»Die Stunde ist jetzt gleich vorbei. Das hat wirklich gar keinen Spaß gemacht, zum Glück haben wir es jetzt geschafft und ich kann in den Feierabend gehen.«
Unfreundlich-Stark	»So! Das reicht! Jetzt wird gespielt! Das hier wird gespielt, für etwas Anderes habe ich jetzt keine Nerven mehr! Alle spielen mit!«	»Das reicht – Stopp! Das nervt mich hier sehr, wir hören jetzt auf mit der Sitzung! Ich hab' auch Feierabend«

Ideen für die körpersprachlichen Aspekte (insbesondere für Kinder und Jugendliche) finden sich in Tabelle 5.1. Der:Die Therapeut:in nimmt dafür eine bestimmte Körperhaltung ein und lässt die Teilnehmenden (a) raten, um welche Position es sich handelt und (b) nachspüren, welche Reaktion / welches Gefühl etc. dies Verhalten auslöst. Auch können die Familienmitglieder gegenseitig Positionen darstellen und die anderen raten, um welche Position auf dem Kiesler-Kreis es sich handelt und jeweils darauf auch reagieren.

Bei jüngeren Kindern kann zudem auch sehr gut das unterschiedliche Bildmaterial der Arbeitsmaterialien zur Hilfe genommen werden oder sie malen Gesichter / Figuren, die für sie zu den einzelnen Positionen passen (vgl. Abb. 5.3, entnommen aus **AB 7** »Kiesler-Kreis-Variationen«). Ältere Kinder können sich nach den Demonstrationen zum Beispiel überlegen, wen sie aus Büchern oder Filmen (z. B. Harry Potter®) kennen, die oder der zu den einzelnen Positionen passen könnte. Eine weitere Möglichkeit ist, die Kinder / Jugendlichen oder auch Bezugspersonen zu fotografieren und sie einer Position im Kiesler-Kreis zuzuordnen.

Ziel dieser Phase ist, dass die Kinder und Jugendlichen ein Konzept der jeweiligen Positionen bekommen und sich etwas unter den unterschiedlichen Positionen vorstellen können. Hier sollten auch die Bezugspersonen integriert werden, sodass alle am Training beteiligten Personen ein Konzept der jeweiligen Positionen auf dem Kiesler-Kreis bekommen und auf sich selbst beziehen können. Das Vorgehen sollte dabei spielerisch und sehr offen sein. Alle Beteiligten sollen sich im Kiesler-Kreis wohlfühlen und die verschiedenen Positionen ausprobieren. Gleichzeitig ist diese Phase eine gute Gelegenheit, bei teilnehmenden Patient:innen und Bezugspersonen gegebenenfalls Hemmungen gegenüber Rollenspielen abzubauen, da diese im Folgenden noch häufig angewendet werden.

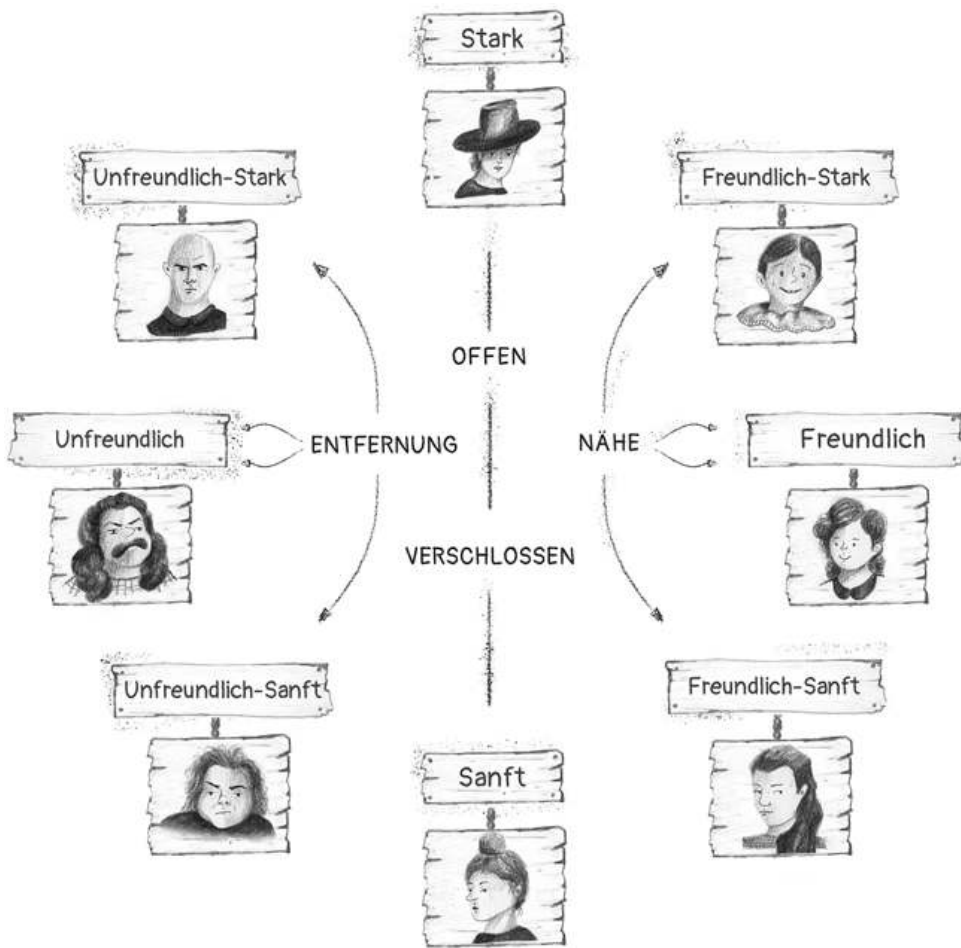


Abbildung 5.3 Illustrierter Kiesler-Kreis für Kinder und Jugendliche (vgl. **AB 7** »Kiesler-Kreis-Variationen«)

Insbesondere die folgenden Elemente sollten gemeinsam mit den Familien herausgearbeitet werden:

- ▶ Es kann zwischen verbalem und non-verbalem Verhalten unterschieden werden. Beides ist Kommunikation und beides kann sich auf unterschiedlichen Positionen im Kiesler-Kreis abspielen.
Beispiel: Auf etwas zeigen mit einem auffordernden Blick/ mit einem Lächeln.
Sagen: »Kannst du/Können Sie mir das [Gegenstand] bitte geben?«/»Ich will das haben – gib es mir!«
- ▶ Man kann nicht nicht kommunizieren. Jedes Verhalten ist Kommunikation und vermittelt eine Botschaft (Watzlawick et al., 1969). Um dies transparent zu machen, bietet es sich an, eine/n Teilnehmer:in dazu aufzufordern, eine Minute lang keine Botschaft zu vermitteln. Nach Ablauf der Minute wird mit allen Beteiligten besprochen, wie und ob das Vorhaben geklappt hat – wenn jemand eine bessere Idee hat, wie keine Botschaft vermittelt werden kann, ist diese Person für eine Minute dran. (Hinweis: Auch aus dem Raum gehen/nur auf dem Boden gucken vermittelt eine Botschaft).

Schritt 2: Zugkräfte des Kiesler-Kreises

Sind die einzelnen Positionen des Kiesler-Kreises für alle teilnehmenden Personen deutlich geworden, folgt im nächsten Schritt die Erarbeitung der Funktion der zwei Achsen (→ Zugkraft des Kiesler-Kreises). Hier kann eine sinnvolle Herangehensweise sein, die teilnehmenden Personen zu fragen, was die Demonstrationen der unterschiedlichen Positionen gerade durch den/die Therapeut:in in ihnen ausgelöst haben. Haben die Demonstrationen in einer der vorangegangenen Sitzungen stattgefunden, bietet es sich an, diese noch einmal zu wiederholen.

- ▶ »Als ich gerade nach dem Buch dort gefragt habe, welche der beiden Arten meiner Frage war für dich angenehmer?«
- ▶ »Wenn ich nochmal frage, wie sollte ich das dann machen? ... Und warum?«

Typischerweise ist es so, dass die unterschiedlichen Positionen des Kiesler-Kreises auch bestimmtes Verhalten/bestimmte Reaktionen bei den Interaktionspartner:innen auslösen. Es handelt sich einerseits um komplementäre Reaktionstendenzen auf der Achse offen-verschlossen sowie ähnliche Reaktionstendenzen auf der Achse Entfernung-Nähe. Hier eignet sich auch die Beschreibung, dass ein Verhalten – je nach Achse – eine bestimmte »Zugkraft« auf eine andere Person ausübt. Das eigene Verhalten auf einer Kiesler-Kreis-Position »zieht« die andere Person an eine bestimmte andere Stelle des Kreises (in dieser Abbildung stellen die Pfeile diese Beziehungen der Positionen dar).

Es bietet sich gegebenenfalls an, die Beispiele erneut vorzumachen und nun aber die Familien zu fragen, welche Reaktionen sie bei sich wahrnehmen. Wie wollen sie auf die unterschiedlichen Verhaltensweisen reagieren? Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die teilnehmenden Personen entgegen der erwarteten Zugrichtung auf Fragen reagieren zu lassen und dann zu besprechen, warum diese Reaktion vielleicht als unangenehm oder ungewöhnlich wahrgenommen wird (»Ich bitte Sie/dich nun, auf meine nächste Frage unfreundlich–stark zu antworten, egal auf welche Art ich die Frage stelle.«). Meistens wird bei den Übungen mit Diskussionen deutlich, dass sich als Reaktionen auf die verschiedenen Nachrichten auf den unterschiedlichen Positionen ähnliche Reaktionstendenzen bei den unterschiedlichen Personen zeigen oder ähnliche Reaktionen erwartet werden.

Nun können alle gemeinsam überlegen, was passiert, wenn das Wirken bestimmter Zugkräfte häufiger in der Interaktion passiert, beispielsweise Personen sich oft in eine bestimmte Richtung ziehen lassen. Hier bilden nun die Achsen die Prozesse ab, die in der Interaktion entstehen, wenn bestimmte Interaktionsmuster auftreten. So wirken Personen offen oder verschlossen und durch diese Kommunikation entsteht Nähe oder Entfernung zwischen Personen. Je nach Alter der teilnehmenden Kinder oder Jugendlichen kann diese Phase ggf. variiert werden, da es insbesondere für jüngere Kinder schwer sein kann, diesen Schritt nachzuvollziehen und auf Interaktion als Prozess zu blicken. Dies ist entsprechend auch kein Schritt, der für das nachfolgende Training zwingend notwendig ist. Dennoch kann diese Phase insbesondere für die teilnehmenden Bezugspersonen wichtig sein, um das eigene Verhalten auch im Verlauf besser zu erkennen.

Schritt 3: Wer steht wo im Kiesler-Kreis

In dieser Phase geht es darum herauszufinden, wo die Patient:innen und Bezugspersonen sich selber im Kiesler-Kreis einordnen. Dieser Schritt kann je nach Beziehung der Kinder / Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen schwierig sein, denn nicht immer sind alle teilnehmenden Personen bereit, sich zu öffnen und auch Schwierigkeiten preiszugeben oder einzugestehen. Auch vor diesem Hintergrund kann es sinnvoll sein, in die vorangegangenen Phasen ausreichend Zeit zu investieren, um zu erreichen, dass sich alle Beteiligten wohl und sicher im therapeutischen Setting fühlen.

Wichtig ist hier, zu verdeutlichen, dass es im Kiesler-Kreis eben genau um die Interaktion geht und darum, wie sie von anderen wahrgenommen wird. Diese Wahrnehmung muss gar nicht dem entsprechen, wie man sich selbst auf dem Kiesler-Kreis wahrnimmt. Es gibt also nicht die eine Wahrheit, wo jemand auf dem Kiesler-Kreis ist, sondern es geht darum, wie andere Personen einen in den meisten Situationen wahrnehmen. Auch für diesen Aspekt kann es relevant sein, dass die einzelnen Positionen des Kiesler-Kreises in der vorherigen Phase sowohl in ihren negativen als auch positiven Aspekten ausführlich besprochen werden. Jede Position hat in der Außenwahrnehmung Vor- und Nachteile, die die Personen zumeist auch bereits unbewusst erfahren haben. Es sollte herausgestellt werden, dass die Positionen auf dem Kiesler-Kreis variabel sind und es ein Ziel dieser Sitzungen ist, im Verändern der Positionen besser zu werden (also eine interpersonelle Flexibilität zu erreichen).

Zunächst sollte der:die Therapeut:in sich selbst auf dem Kiesler-Kreis (in der aktuellen Situation) einordnen. Weiterhin bietet es sich (besonders bei jüngeren Kindern) an, zuerst zu diskutieren, auf welcher Position sich jede:r jetzt gerade auf dem Kiesler-Kreis aufhält. Wichtig ist, vorher zu besprechen, ob andere Teilnehmer:innen ihre Meinungen / Perspektiven zur Einordnung der Familienmitglieder auch äußern dürfen, oder ob die einzelnen Personen ihre Position zunächst alleine finden wollen. Es sollte aber gerade dann, wenn auch andere Personen sich beteiligen, explizit darauf geachtet werden, dass sich die teilnehmenden Personen auch selbst positionieren und nicht nur von anderen eingeordnet werden. Da hier ggf. das erste Mal im Rahmen der Therapie in dieser Konstellation eine Selbstöffnung (auch von den / der Bezugsperson / en) vollzogen wird, ist es wichtig, etwas mehr Zeit einzuplanen.

Folgende Fragen können für die Exploration der einzelnen Personen hilfreich sein:

- ▶ »Welche Positionen aus dem Kreis kommen dir bekannt vor?«
- ▶ »Bist du häufiger auf der Position, auf der du jetzt grade bist?«
- ▶ »Erkennst du etwas aus deinem Leben wieder?«
- ▶ »Würdest du dich eher als abweisend / zurückhaltend beschreiben oder lässt du viel Nähe zu anderen Menschen zu?«
- ▶ »Wie verhältst du dich in schwierigen Situationen?«
- ▶ »Wie verhalten sich andere Menschen dir gegenüber?«
- ▶ »Verhältst du dich in der Schule anders als zu Hause? Mit deinen Freunden anders als gegenüber deinen Eltern? Im Sportverein anders als draußen auf dem Spielplatz?«

Das Ziel besteht darin, die Position(en) auf dem Kiesler-Kreis zu finden, auf denen sich der/die Patient:in oder die Bezugsperson häufig aufhalten oder die sie gut von sich kennen oder die sie in der Familie einnehmen. Wichtig ist im gemeinsamen Setting, dass alle teilnehmenden Personen sich selbst auf dem Kiesler-Kreis positionieren. Sollten die Einordnung der Positionen stark auseinander gehen (es also eine große Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung geben), kann im Verlauf darauf hingewiesen werden, dass ein Ziel des Trainings auch darin besteht, in diesen Fragen eine genauere Selbst- und Fremdwahrnehmung zu bekommen. Es ist also nicht erforderlich, dass sich alle in dieser Phase einig werden. Es geht zunächst um eine erste Selbstöffnung im Rahmen der Therapie.

■ Wichtig

Handelt es sich bei den teilnehmenden Bezugspersonen beispielsweise um Mitarbeiter:innen aus Wohngruppen, sollte nochmal deutlich gemacht werden, dass es sich in diesem Fall um eine Positionierung handelt, die relevant für die Arbeitsrolle ist.

Beurteilung des gegenseitigen Interaktionsverhaltens (IMI@YA)

Durch die Möglichkeit, das wahrgenommene Interaktionsverhalten der teilnehmenden Personen durch den IMI@YA-Fragebogen erfassen und auch abbilden zu können (Caspar et al., 2016; Dippel et al., under review), können im nächsten Schritt die Bezugspersonen und der/die Patient:in jeweils einen IMI@YA-Fragebogen ausfüllen, um das wahrgenommene Interaktionsverhalten der jeweils anderen Person zu charakterisieren. Die IMIs eignen sich je nach Zeitpunkt auch gut dafür, als CBASP-Aufgabe mit nach Hause gegeben zu werden. Mit den Familien wird dann allerdings die Absprache getroffen, dass die Ergebnisse zuhause nicht ausgetauscht werden und »geheim« bis zur nächsten Sitzung bleiben. Wichtig ist, die einzelnen Auswertungsschritte transparent darzustellen und den Patient:innen ausführlich zu erklären, wie die IMI@YA-Auswertung zu interpretieren ist. Im besten Fall werden die IMIs in einer Sitzung gemeinsam mit dem/der Therapeut:in ausgewertet.

Haben dann beide oder alle Parteien die Fragebögen ausgefüllt und mit Unterstützung der Therapeut:innen die Ergebnisse vorbereitet, geht es darum, die Interpretation gemeinsam zu besprechen. Was bedeutet das Interaktionsverhalten der Bezugspersonen für das Kind oder die Kinder und umgekehrt auch für die Eltern? Sind die Ergebnisse überraschend oder so von den unterschiedlichen Personen erwartet worden?

Die Auswertung des IMI@YA ist grafisch anschaulich darstellbar (s. Abb. 5.4). Diese grafische Auswertung *kann* mit den teilnehmenden Personen während der Sitzung besprochen werden. Am Ende der Einheit sollte sichergestellt werden, dass sowohl die Patient:innen als auch die Bezugspersonen eigenständig in der Lage sind, den IMI auszufüllen, die Auswertung zu verstehen und sich selber auf dem Kiesler-Kreis einzuordnen. *Ob der Einsatz des IMI@YA in der Therapie sinnvoll ist, hängt von der individuellen Therapiesituation ab und sollte von den Therapeut:innen sorgfältig überdacht werden.* Gerade für jüngere Kinder stellt sich das Auswertungsverfahren häufig als zu komplex

dar und auch der Mehrwert für die Bezugspersonen ist nicht immer gegeben. Es besteht über der gemeinsamen Anwendung mit den Bezugspersonen auch die Möglichkeit, dass die Therapeut:innen den IMI für einzelne Familienmitglieder regelmäßig selbst ausfüllen und dann die Ergebnisse im Verlauf darstellen und reflektieren.

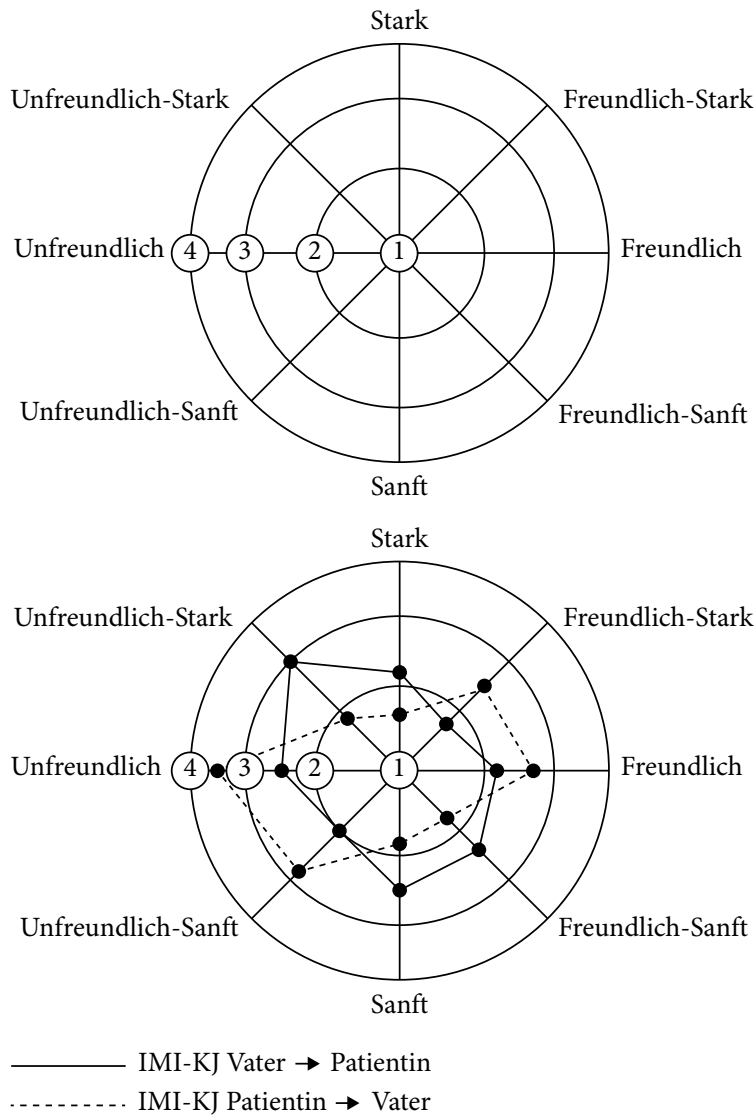


Abbildung 5.4 Beispielhaftes IMI@YA-Auswertungsschema: Die Antworten des Kiesler-Kreises werden für die einzelnen Positionen summiert und gemittelt, die so errechneten Mittelwerte werden dann für beide oder mehrere Parteien auf das oben abgebildete Kreisschema eingetragen. So kann man – wie auf dem unteren Bild zu sehen – die einzelnen Positionen in der Beziehungsdynamik darstellen. Bei mehrfachem Ausfüllen können auch Verläufe der Entwicklung der Beziehung dargestellt werden.

Schritt 4: Abschluss der Einführung

Am Ende dieser Einführungsphase sollte jede beteiligte Person eine eigene Version des Kiesler-Kreises vorliegen haben auf der ggf. Beispiele für die entsprechende Körpersprache oder Personen/Bilder eingetragen sind, die die unterschiedlichen Positionen ver-

deutlichen. Auch kann es ein »Familien-Set« der Kiesler-Kreis-Karten geben, das bei den Therapeut:innen verbleibt und dann in den nachfolgenden Sitzungen regelmäßig eingesetzt werden kann. Beispiele für diese Karten-Sets finden sich in **AB 8** »Kiesler-Kreis-Karten« oder **AB 9** »Kiesler-Kreis-Karten (blanco)«.

In dieser letzten Phase können noch Fragen geklärt, die Positionen / Achsen wiederholt und ein Ausblick auf die nun folgenden Sitzungen gegeben werden.

Beispielformulierungen für den Abschluss der Einführung

Altersbereich ab 10 Jahren:

- ▶ Hast du noch Fragen zum Kiesler-Kreis oder etwas nicht verstanden?
- ▶ Wir werden uns in den nächsten Stunden zusammen mit deinen [Bezugspersonen] noch weiter damit beschäftigen. Zum Beispiel schauen wir uns regelmäßig an, wer sich gerade wo auf dem Kiesler-Kreis aufhält.
- ▶ Außerdem wollen wir natürlich auch, dass alle hier besser verstehen können, warum ihr euch so verhaltet, wie es aktuell ist. Am Ende soll sich etwas in der Art verändern wie ihr in eurer / Ihrer Familie miteinander umgeht. Alle sollen dort auf dem Kreis sein wo sie möchten und es auch für andere Menschen angenehm ist.

Altersbereich ab 13 Jahren:

- ▶ Hast du alles verstanden oder noch Fragen? In den nächsten Stunden beschäftigen wir uns noch etwas mehr mit den unterschiedlichen Positionen auf dem Kiesler-Kreis. Am Ende soll es so sein, dass du gut erkennen kannst, wie sich die Positionen unterscheiden und welche Positionen dir in bestimmten Situationen helfen können und welche nicht.
- ▶ Deine Bezugspersonen [oder direkt ansprechen, je nach Setting] sollen auch besser verstehen, warum du dich manchmal so verhältst, wie du dich verhältst und du sollst wiederum verstehen, warum sie sich manchmal auf eine bestimmte Weise verhalten.
- ▶ Am Ende soll sich etwas in eurer Familie verändert haben, sodass ihr euch alle wohler in Interaktionen fühlt und die anderen besser versteht.

Altersbereich ab 17 Jahren:

- ▶ Hast du noch Fragen zum Kiesler-Kreis? In den nächsten Stunden werden wir uns noch intensiver mit den unterschiedlichen Positionen beschäftigen. Ich wünsche mir für dich, dass du mitentscheiden kannst, wann du dich auf welcher Position aufhältst und wann du eine Position vielleicht verlassen möchtest. Mir wäre wichtig, dass du flexibler in den unterschiedlichen Bereichen bist.
- ▶ Das Ziel des Trainings besteht darin, dass ihr euch alle besser versteht und nachvollziehen könnt, warum ihr euch so verhaltet. Ich bin mir sicher, dass sich das auf eure Konflikte positiv auswirkt.

5.1.4 Durchführungshinweise zum Kiesler-Kreis-Familientraining

Im Folgenden Abschnitt wird die praktische Umsetzung des Kiesler-Kreis-Familientrainings im weiteren Therapieverlauf im Anschluss an die Einführungsphase beschrieben. Die nachfolgenden gemeinsamen Sitzungen laufen grundsätzlich immer nach einer ähnlichen Systematik ab, sodass sich alle Teilnehmenden auch schon vor der Sitzung darauf einstellen können. Basis der Sitzungen sind allerdings individuelle Situationen, die durch die Familien eingebracht werden – diese Situationen werden dann gemeinsam bearbeitet. Die Sitzungen können zudem durch unterschiedliche Übungen und Rollenspiele variiert werden, die oft auch einen spielerischen Charakter haben, sodass bestenfalls alle teilnehmenden Personen mit Freude und Spaß die Kiesler-Kreis-Positionen »trainieren«.

Zu Beginn der Trainingssitzung erfolgt immer ein kurzes Blitzlicht:

- ▶ »Wie geht es Ihnen / euch / dir heute?«
- ▶ »Wo auf dem Kiesler-Kreis seid ihr (bist du) gerade / heute?«

Hier sind unterschiedlichste Variationen möglich, z. B.:

- ▶ Pantomimische Darstellung der aktuellen Kiesler-Kreis-Position
- ▶ Ein Symbol / Bild der aktuellen Position mitbringen / im Raum finden
- ▶ Aus den Kiesler-Kreis-Karten die entsprechende Position auswählen

Hilfreich ist, dass immer alle teilnehmenden Personen die gleiche Methode wählen, um sich so gemeinsam auf den nun folgenden Termin einzustimmen.

Im Anschluss daran können alle teilnehmenden Personen aufgefordert werden, eine Situation aus ihrem Alltag der letzten Wochen zu berichten, in der es schwierig war oder zu Problemen gekommen ist oder vielleicht auch nur eine Situation, die sie gerne noch einmal gemeinsam nachbesprechen wollen. Diese Situationen werden nicht nur durch die Bezugspersonen ausgewählt, sondern insbesondere auch durch die Kinder oder Jugendlichen bestimmt. Wichtig an der Auswahl einer passenden Situation ist, dass alle beteiligten Personen auch Teil der Sitzung und nach Möglichkeit nur wenige andere Personen Teil der Kernsituation sind, sodass im besten Fall auch der:die Therapeut:in eine Rolle übernehmen kann und dann alle wichtigen Aspekte der Situation dargestellt werden können.

Beispiele für geeignete Situationen:

- ▶ Es hat ein kurzer Streit beim Abendessen stattgefunden.
- ▶ Es kam zu einer Diskussion oder einem Streit, als die Bezugsperson bei den Hausaufgaben unterstützen wollte.
- ▶ Der:Die Patient:in ist aus der Schule gekommen und die Eltern haben gefragt, wie es war. Der:Die Patient:in hat daraufhin direkt das Zimmer verlassen ohne zu antworten.

Beispiele für ungeeignete Situationen:

- ▶ Während einer Geburtstagsfeier kam es zu Streit unter den Freunden des Kindes/ des Jugendlichen, den die Bezugspersonen schlichten wollten.
- ▶ Der:Die Patient:in hat sich auf dem Schulhof mit einem anderen Kind / Jugendlichen geprügelt.
- ▶ Der:Die Patient:in lag alleine im Zimmer und hat geweint.

Die Situationen sollen gemeinsam von allen Personen mit dem/der Therapeut:in besprochen beziehungsweise analysiert und dann im Verlauf der Sitzung auch nachgespielt werden. Zunächst ist wichtig, dass im Vorfeld der Rollenspiele alle Personen gleichberechtigt zu Wort kommen. Es sollte darauf geachtet werden, möglichst schnell mit den Rollenspielen zu beginnen, um zu vermeiden, dass die Beschreibung der konfliktbehafteten Situation wieder in einem neuen Konflikt endet. Außerdem zeigt sich, dass insbesondere Rollenspiele zu einer besonders nachhaltigen Verhaltensveränderung auch im häuslichen Setting führen können, weshalb diese in dieser Therapiephase fokussiert werden sollten.

Gerade bei jüngeren Kindern ist es wichtig, dass in den Rollenspielen immer wieder Bezug auf die Bedeutung der Positionen im Kiesler-Kreis genommen wird. Die Kinder und Jugendlichen und deren Bezugspersonen müssen sich auf der gleichen Ebene befinden, wenn über eine Position auf dem Kiesler-Kreis gesprochen wird. Das bedeutet, dass alle ein ähnliches Konzept von beispielsweise »stark« oder »freundlich« haben. Gegebenenfalls kann es sinnvoll sein, die Kiesler-Kreis-Karten, die am Anfang des Trainings erstellt wurden, heranzuziehen. Die Rollenspiele bieten auch eine gute Möglichkeit, die Liste mit Merkmalen der einzelnen Positionen immer wieder zu ergänzen.

Im ersten Schritt wird die Situation mit unterschiedlichen Personen so nachgespielt, wie sie sich tatsächlich ereignet hat. Das bedeutet, dass alle Personen die entsprechenden Rollen (inklusive der Kiesler-Kreis-Positionen) einnehmen und die Situation nachspielen. Dies kann mehrfach mit unterschiedlichen Personen wiederholt werden.

Anschließend findet eine Variation des Rollenspiels statt. Nun tauschen die Personen nicht die Rollen, sondern nur die Kiesler-Kreis-Positionen. Dies kann für den Anfang auch willkürlich passieren. Jede spielende Person kann sich beispielsweise eine andere Position aussuchen und diese umsetzen, es ist aber auch möglich, dass die Positionen durch den/ die Therapeut:in neu verteilt werden.

Alle Beteiligten sollten ein Gefühl dafür entwickeln, wie sich die unterschiedlichen Positionen des Kiesler-Kreises für sie anfühlen, wie sie sich verhalten, was dieses Verhalten bei anderen Personen auslöst und wie sich die Situation durch die Veränderung der Position ändert. Ein entscheidender Schritt dafür ist die Rückmeldung: »Wenn du dich so verhältst, löst das bei mir [Gefühl] aus«. Der:Die Therapeut:in hat in diesem Fall eine entscheidende Modellfunktion und gibt deshalb nach Möglichkeit regelmäßiges Feedback zu der Wirkung von Bezugspersonen und den Kindern oder Jugendlichen. Ziel ist, dass alle Beteiligten ein Verständnis dafür entwickeln, wie unterschiedliche Positionen im Kiesler-Kreis ihre konkrete Situation verändern können, und dass es mög-

lich ist, bestimmte Situationen auch mit anderen Positionen umzusetzen und es nicht immer nur die eine Alternative für eine Situation gibt. Darüber hinaus sollte eine offener Kommunikation innerhalb der Familie über Verhaltensweisen und deren Wirkung auf andere entstehen. Am Ende der Sitzungen wird allen aufgetragen, sich zur nächsten Sitzung eine neue Situation für ein Rollenspiel zu überlegen und diese mitzubringen.

Anregungen für Rollenspiele

- ▶ Zu Beginn der Rollenspiele werden die Situationen genau beschrieben. Wer ist Teil der Situation? Wie lange dauert die Situation an? Es wird gemeinsam ein Start und Endpunkt definiert.
- ▶ Wenn möglich, sollte eine beteiligte Person die Beobachtungsrolle einnehmen. So können die einzelnen Personen Feedback dazu bekommen, wie sie auf den unterschiedlichen Positionen des Kiesler-Kreises wirken.
- ▶ Der/Die Therapeut:in und die Kinder/Jugendlichen/Bezugspersonen können bei mehreren Durchgängen eines Rollenspiels unterschiedliche Rollen der an der Situation beteiligten Personen übernehmen (z. B. Rolle der Mutter, Rolle des Vaters, Rolle der:des Patient:in).
- ▶ Bei einem neuen Durchgang können die Rollen/Kiesler-Kreis-Positionen immer wieder getauscht und verändert werden (z. B. Stark, Freundlich, Unfreundlich-Sanft, etc.).
- ▶ Es wird festgelegt, welche Person wie im Kiesler-Kreis von den Mitspieler:innen dargestellt wird. Hierbei ist auch immer wieder ein Feedback nach den Rollenspielen entscheidend.
- ▶ Bei mehreren Durchgängen können die Kiesler-Kreis-Positionen der jeweiligen Personen verändert werden: z. B. eine in der Situation »stark« auftretende Person probiert »offenes Verhalten« aus.
- ▶ Nach jedem Rollenspiel folgt eine Reflexion von allen Beteiligten (Spielenden + Beobachtenden). Wie habe ich gewirkt/wie haben die anderen auf mich gewirkt? Wie betrachte ich nun die vergangene Situation?
- ▶ Der:Die Therapeut:in beteiligt sich an den Rollenspielen und ersetzt im Wechsel eine der Rollen, sodass die beteiligten Personen immer abwechselnd die Beobachtungsrolle einnehmen können.
- ▶ Beispiele für Reflexionsfragen:
 - Wie haben Sie sich/hast du dich selbst und die anderen Spielenden während des Rollenspiels erlebt/was haben Sie/hast du gefühlt?
 - Was hätten Sie/hättest du in dieser Situation anders machen können?
 - Was können Sie/kannst du für zukünftige Situationen mitnehmen?

■ Dialog • Beispielablauf

BzP: Gestern kam Mariana nach Hause und hat sich fürchterlich aufgeregt, das hat mich sehr geärgert.

Th: Wollen wir diese Situation heute gemeinsam besprechen? Mariana, wie findest du das?

P: Ja, können wir machen. Aber nur, wenn wir besprechen, dass Papa auch rumgeschrien hat.

BzP: Ja natürlich, ich konnte dein Geschrei nicht so stehen lassen.

Th: Ich merke gerade bei Ihnen beiden, dass Sie sehr aufgeregt werden. Wir können diese Situation sehr gern nutzen. Mariana, was würdest du sagen, wann ging diese schwierige Situation gestern für dich los?

P: Hm, eigentlich schon direkt, als ich in die Küche gekommen bin. Ich bin gerade aus der Schule nach Hause gekommen und war sehr hungrig.

BzP: Das habe ich gemerkt. Mariana hat direkt gefragt, was es zu Essen gibt, dabei war ich selber grade erst nach Hause gekommen!

Th: Verstehe. Mariana, was würdest du sagen – auf welcher Position im Kiesler-Kreis hast du dich aufgehalten, als du hungrig in die Küche gekommen bist?

P: Ich war auf jeden Fall im starken Bereich, denn ich habe ganz laut gesprochen.

Th: Okay sehr gut! Herr Pinto, wo waren Sie?

BzP: Ich war eigentlich entspannt, mein Tag war nicht so stressig. Vielleicht freundlich-sanft?

Th: Okay, das können wir ja erstmal so lassen und dann vielleicht später noch draufschauen. Wie ging die Situation denn dann weiter?

P: Ich hatte Hunger, wollte etwas essen. Also habe ich danach gefragt und dann hat sich Papa über mich lustig gemacht, das hat mich total aufgeregt!

Th: Was haben Sie denn gesagt, Herr Pinto?

BzP: Ich habe nur gesagt, dass sie ruhig bleiben soll, weil ich kein Schnellzug sei. Wenn sie es eilig habe, dann hätten wir Knäckebrot da.

P: Eben! Dabei hab' ich nur gefragt.

Th: Alles klar – ich würde vorschlagen, wir spielen das bis zu diesem Punkt mal durch. Mariana, was meinst du, kannst du deinen Papa spielen? Du wärst dann für den Start auf der Kiesler-Kreis-Position freundlich-sanft. Ich würde dann dich spielen und wäre stark. Dann könnten Sie uns beobachten, Herr Pinto.

P: Alles klar.

Th: Super! Dann kannst du direkt starten, Mariana. Herr Pinto, ich würde vorschlagen, dass Sie das Rollenspiel beenden, wenn die Situation fertig ist.

BzP: Natürlich.

[Durchführung des Rollenspiels]

BzP: So, ich glaube das war's.

Th: Vielen Dank, Herr Pinto. Mariana, wie war es für dich? Wie hast du dich und mich in diesem Rollenspiel wahrgenommen? Wie hast du dich gefühlt?

[Nachbesprechung des Rollenspiels]

Im Anschluss an diese Exploration von Mariana berichtet auch der:die Therapeut:in, wie es ihr in der Situation erging und wie sie die Patientin in der Rolle des Vaters wahrgenommen hat. Zum Schluss wird Herr Pinto gebeten, seine Eindrücke zu schildern. Im Anschluss an diese Reflexion folgt dann das nächste Rollenspiel, nun kann Herr Pinto bspw. die Position von Mariana spielen und Mariana beobachtet das Rollenspiel. Daran angeschlossen folgt der Tausch der Kiesler-Kreis-Positionen oder eine generelle Veränderung eben dieser. Es ist auch möglich, den Verlauf der oben beschriebenen Situation länger zu explorieren und damit das Rollenspiel zu verlängern.

Am Ende dieser Rollenspielphase sollen sowohl Herr Pinto als auch seine Tochter Mariana eine Möglichkeit gefunden haben, wie sie durch veränderte Kiesler-Kreis-Positionen die Situation aktiv hätten anders gestalten können. Ziel ist hierbei nicht, herauszuarbeiten, dass die beteiligten Personen in der Situation etwas »falsch« gemacht haben. Alle beteiligten Personen sollen vielmehr durch diese eher spielerischen Rollenwechsel lernen, dass ihr Verhalten Auswirkungen hat und sie selbst durch ihr Verhalten Situationen verändern können. Zudem ist durch die jeweilige Perspektivübernahme beim Spielen der Rolle anderer Personen auch ein Empathietraining enthalten.

Je nach Anzahl der teilnehmenden Personen und der Länge beziehungsweise Komplexität der Situation können pro Sitzung eine oder mehrere Situationen besprochen und durchgespielt werden.

Insbesondere für den Start des Trainings ist es hilfreich, den Familien zunächst konkrete Übungen an die Hand zu geben, mit denen die Sitzungen eröffnet werden. Auch im Verlauf bietet es sich an, die Übungen zu wiederholen, um Erkenntnisse aus den Rollenspielen zu verdeutlichen oder zu verstärken. Im Folgenden werden einige dieser Übungen beispielhaft beschrieben.

5.1.5 Weitere Übungen im Kiesler-Kreis-Familientraining

In diesem Abschnitt werden unterschiedliche Übungen beschrieben, die im Verlauf des Kiesler-Kreis-Familientrainings personalisiert und flexibel eingesetzt werden können. Die Übungen bieten sich beispielsweise an, wenn noch keine Rollenspiele umgesetzt werden können, oder aber ein personalisierter Schwerpunkt in der Familie gesetzt werden soll. Konkrete Durchführungshinweise werden in den folgenden Abschnitten gegeben.

Die folgenden Übungen können in der Durchführung durch die Therapeut:innen kreativ ergänzt, erweitert oder angepasst werden. Sie dienen als Anregung, mit den Familien gemeinsame, aktive Sitzungen zu gestalten, die die interpersonelle Flexibilität bei allen Beteiligten fördern. Weitere Anregungen für Übungen und Interventionen mit dem Kiesler-Kreis und mehreren Personen finden sich auch im Buch »Kiesler-Kreis-Training« von Guhn, Köhler & Brakemeier (2019).

Führen und Folgen

Diese Übung basiert in erster Linie auf der Achse Offen–Verschlossen des Kiesler-Kreises. Ziel ist es, die Ausprägungen dieser Achse für die beteiligten Personen direkt erleb-

bar zu machen. Insbesondere zwischen Eltern und Kindern herrschen in Teilen ungleiche Hierarchien bezogen auf diese Achse, die auch als Kontroll-Achse beschrieben wird. Durch die Übung sollen alle Personen die Erfahrung machen, wie es sich anfühlt, die Führung zu übernehmen beziehungsweise sich führen zu lassen, sich in Situationen stark oder sanft zu verhalten. Dazu werden die Familienmitglieder gebeten, sich entweder auf die Schulter zu fassen oder an die Hand zu nehmen. Die Person, welche folgt, kann dabei die Augen schließen und der führende Part führt die Person durch den Raum. Sie:Er soll in diesem Moment auf die Sicherheit der folgenden Person achten. Gegebenenfalls kann der Therapieraum auch verlassen werden und diese Übung draußen oder auf dem Flur umgesetzt werden. Es darf nicht gesprochen werden. [Nach drei Minuten wird die Übung durch den/die Therapeut:in beendet.] Im Anschluss an die Übung wird der Geführte noch mit geschlossenen Augen gebeten, zu sagen, wo sie:er glaubt, sich im Raum/Gebäude zu befinden. Im Anschluss können die Erfahrungen gegenseitig ausgetauscht werden.

- ▶ »Wie hat es sich angefühlt, den anderen zu führen?«
- ▶ »Wie hat es sich angefühlt, geführt zu werden?«
- ▶ »Kann ich für jemand anderen Verantwortung übernehmen?«
- ▶ »Kann ich mich jemandem anvertrauen?«
- ▶ »Wie vertraut ist mir die Position, Führung zu übernehmen oder mich führen zu lassen?«
- ▶ »Wie schwer beziehungsweise leicht ist mir meine Rolle gefallen?«

Im Anschluss an die Übung wird die Rolle getauscht beziehungsweise die Übung in einer anderen Personenkonstellation nochmal durchgeführt (je nachdem wie viele Bezugspersonen teilnehmen).

■ Wichtig

Nehmen mehrere Bezugspersonen teil, sollte darauf geachtet werden, dass alle miteinander die Übung umsetzen (ggf. auch unter Einbezug des/der Therapeut:in). Dadurch kann der/die Patient:in die Erfahrung machen, dass es in diesen Stunden um die gesamte Interaktionsdynamik – also das gesamte System – geht und nicht der/die Patient:in das Zentrum des Problems ist.

(Stiller) Dialog/Positionen raten

Dies ist eine kurze Übung, die sich zum Auflockern oder für den Start in die Sitzung eignet. Die teilnehmenden Personen bekommen alle durch die Therapeut:innen eine Kiesler-Kreis-Position zugestellt (Karte gegeben). Sie dürfen sich anschließend eine kurze Situation überlegen, die diese Position repräsentiert (ein spezifischer Satz/ eine Körperhaltung etc.). Um gut in die Übung starten zu können, bietet es sich an, dass der/die Therapeut:in mit einer Position einsteigt. Alle anderen müssen dann raten, um welche Position es sich handelt. Bei mehreren Personen können auch zwei teilnehmenden Personen zwei Karten gegeben werden und sie überlegen sich eine kurze Sequenz, in der die

beiden Positionen deutlich werden. Die andere Person / anderen Personen erraten dann die Kiesler-Kreis-Positionen. Diese Übung kann nonverbal oder verbal durchgeführt werden.

Spiegel-Übung

In dieser Übung stehen sich zwei der teilnehmenden Personen gegenüber. Während Person A eine selbst ausgesuchte und transparent mitgeteilte Kiesler-Kreis-Position mimisch darstellt, spiegelt Person B – ebenfalls mimisch – was er:sie auf dem Gesicht von Person A beobachtet, ist also ein Spiegel für die darstellende Person. Nach einem kurzen Austausch über den Verlauf der Übung (»Was hast du in deinem / haben Sie in Ihrem Spiegel gesehen?«) werden die Rollen getauscht. Person B fungiert also als Spiegel für Person A. Anschließend erfolgt ein kurzer Austausch unter Berücksichtigung der Feedbackregeln. Danach tauschen Person A und B die Rollen, sodass Person A spiegelt, welche Kiesler-Kreis-Position sie im Gesicht von B ablesen kann.

Variationsmöglichkeit

Person A erzählt vorher nicht, welche Kiesler-Kreis-Position sie darstellen will. Person B versucht, diese Position abzulesen, zu spiegeln und anschließend zu erraten.

Person B spiegelt den aktuellen Ausdruck von Person A und Person A beschreibt, nach welcher Kiesler-Kreis-Position das aussieht.

Insbesondere bei Variationen ist es wichtig, das Ziel vor der Übung deutlich zu machen. Es geht nicht darum, die teilnehmenden Personen bezüglich ihre Mimik zu be- oder gar verurteilen, sondern explizit darum, die verschiedenen Positionen noch intensiver zu trainieren, im Kiesler-Kreis flexibler zu werden und eine bessere Wahrnehmung für die eigene Wirkung zu bekommen, um diese dann gezielt steuern zu können. Wird die Position nicht aufgrund der Mimik erraten, kann es für den Anfang leichter sein, wenn die spielende Person noch einen passenden Satz zu ihrer entsprechenden Position sagt.

Familienfeier

Auch bei dieser Übung bekommen alle teilnehmenden Personen zu Beginn eine Kiesler-Kreis-Position durch den / die Therapeut:in zugeteilt, sie sollen sich dann entsprechend dieser verhalten (Mimik, Gestik, Körpersprache, Verhalten, verbale Kommunikation). Anschließend wird ein Auftrag an die Gruppe vergeben. Dieser Auftrag kann individuell auf die Familie / Personenanzahl abgestimmt werden. Wichtig ist, dass Interaktion miteinander zur Lösung des Auftrages unbedingt benötigt ist.

Geeignete Aufträge können sein:

- ▶ Planung einer Familienfeier beziehungsweise eines besonderen Abends (z. B. Grillabend etc.)
- ▶ Planung eines bevorstehenden Kindergeburtstags
- ▶ Planung des nächsten Urlaubs

- ▶ Eine Verwandte kommt zu Besuch und muss in der Wohnung untergebracht werden
- ▶ Die Fenster werden repariert und Handwerker:innen müssen für ein einige Tage die Zimmer der Familie nutzen.

Vor der Übung sollte mit allen Beteiligten im Detail wiederholt werden, wie sich die unterschiedlichen Positionen unterscheiden. Dann werden die Rollen (geheim) verteilt und die Rahmenbedingungen des Auftrags werden besprochen. Wichtig ist, dass vorher entweder ein Ziel, das erreicht werden soll, oder eine bestimmte Dauer des Rollenspiels festgelegt wird.

Für diese Übung gelten die gleichen Regeln wie für alle anderen Rollenspiele, die im Rahmen des Kiesler-Kreis-Familientrainings durchgeführt werden.

Die Übung eignet sich insbesondere für den Beginn des Trainings, da es hier gegebenenfalls sein kann, dass die Familien noch nicht geübt darin sind, Situationen in das Training einzubringen. Hier kann die Rollenspielsituation mit allen geübt werden, so dass die Familien sich in das Training möglicherweise leichter finden können.

In einem fortgeschrittenen Stadium des Trainings kann es sich anbieten, diese Übung in abgewandelter Form zu wiederholen, um mit den einzelnen Teilnehmenden zu trainieren, ihre Bedürfnisse gezielt zu kommunizieren. Dies ist insbesondere im familiären Kontext ein häufiger konfliktbesetzter Bereich.

Die oben beschriebene Übung wird dahingehend verändert, dass nur einer Person eine bestimmte Kiesler-Kreis-Rolle zugeteilt wird, dann wird auch dieser Person ein Auftrag erteilt. Dieser Auftrag muss in diesem Fall immer einen konkreten Wunsch an die anderen teilnehmenden Personen enthalten. Die »Zielperson« muss also in einer bestimmten Kiesler-Kreis-Rolle ihren Wunsch umsetzen. Mögliche Aufträge sind:

- ▶ »Ich möchte bei einer Freundin schlafen.«
- ▶ »Ich möchte länger draußen sein.«
- ▶ »Ich möchte viele Leute zu meinem Geburtstag einladen.«
- ▶ »Heute kommt ein Paket an, kannst du es annehmen?«
- ▶ »Kannst du auf deine kleine Schwester aufpassen?«

Das Rollenspiel wird durchgespielt. Im Anschluss wird zunächst die Person, die das Anliegen vertreten musste, gefragt, ob etwas schwierig war oder was sie gerne anders umgesetzt hätte. Dann wird mit den anderen Personen besprochen, welche Position im Kiesler-Kreis dargestellt wurde (und gegebenenfalls auch, was das Ziel beziehungsweise Anliegen war). Nun wird gesammelt, was sich an der entsprechenden Position gut und weniger gut eignet, um Anliegen durchzusetzen beziehungsweise Bedürfnisse zu äußern. Ziel der Übung ist herauszufinden, welche Positionen man auf dem Kiesler-Kreis einnehmen sollte, um seine Bedürfnisse äußern zu können und wie diese am ehesten zum Erfolg führen. Gleichzeitig geht es aber auch darum, dass die einzelnen Teilnehmenden lernen, die Kiesler-Kreis-Position zu verändern und zu unterscheiden (Diskriminationslernen).

Das Offenbaren eigener Bedürfnisse und das Formulieren von Wünschen an unser Gegenüber entspricht einem freundlich-starken Profil auf dem Kiesler-Kreis. Wichtig ist, dass im Anschluss an diese Übung noch einmal mit allen Beteiligten besprochen

wird, woran eine freundlich-starke Interaktion erkannt werden kann und ein abschließendes Rollenspiel mit dieser Position durchgeführt wird.

5.2 Modul: Situationsanalyse

Ziele

- ▶ Die Bearbeitung schwieriger Situationen, die im Leben der Patient:innen auftreten.
- ▶ Eine Vermittlung von systematischen Strategien, um eigenes Verhalten und die Reaktionen der Umwelt zu verstehen und steuern zu lernen, und um realistisch gesetzte Ziele zu erreichen
- ▶ Die Etablierung von Veränderungsmöglichkeiten in aussichtslos erscheinenden Situationen

5

5.2.1 Hintergrund für die Therapeut:innen

Die Situationsanalyse ist die zentrale Technik der klassischen CBASP-Therapie. Auch bei CBASP@YoungAge nimmt sie neben dem Kiesler-Kreis-Familientraining und möglichen personalisierten Zusatzinterventionen den größten Anteil in der Therapie ein, da die Patient:innen diese am Ende der Therapie möglichst ohne Hilfe selbstständig durchführen sollten, um Situationsanalysen als Technik auch nach der Therapie weiter anzuwenden (Brakemeier et al., 2021). Zudem legen Studien nahe, dass Patientinnen, die gute Fertigkeiten in der Anwendung der Situationsanalyse erworben haben, einen besseren Therapie Erfolg zeigen (Manber et al., 2003). Auch hier ist die Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit der Patient:innen in schwierigen Situationen mit anderen Menschen das zentrale Thema. Sie sollen unter anderem erkennen, dass sie selbst für die Veränderung schwieriger Situation verantwortlich sein können und diesen nicht hilflos ausgeliefert sind. Sie können lernen, schwierige Situationen oft bereits am Anfang anders zu gestalten, um so ein neues, verändertes Ergebnis für sich zu erzielen. Es geht somit darum, zu vermitteln, dass immer wieder ein »Neustart« in schwierigen Situationen oder auch bei erfolglosen Veränderungsversuchen möglich ist.

Bei der Situationsanalyse handelt es sich um eine strukturierte Problemlöseaufgabe beziehungsweise eine funktionale Situation-Reaktion-Konsequenz-Technik, die ihre Wurzeln in der Verhaltensanalyse hat.

Die Situationsanalyse verfolgt vier Ziele:

- (1) Genau hinschauen
- (2) Realistische Ziele setzen
- (3) Korrektes interpretieren von Situationen
- (4) Hilfreiches Verhalten einüben sowie hilfreiche Gedanken finden und in zukünftigen Situationen nutzen

Die Aufmerksamkeit des/ der Patient:in wird während der Übung auf eine zeitlich sehr klar umrissene Situation aus dem Alltag gelenkt. Dies sorgt dafür, dass ungenaues Beobachten von Situationen und verallgemeinerndes, globales und transsituationales Denken aufgelöst werden kann (»Immer passiert mir so etwas!«).

Durch das regelmäßige Umsetzen von Situationsanalysen wird es für die Patient:innen in der Therapie möglich zu lernen, welche Konsequenzen ihr Verhalten für sie und ihre Umwelt hat. Sie treten durch diesen Prozess wieder mehr mit der Umwelt – die zumeist durch die Mauer wie abgespalten erscheint – in Kontakt und nehmen zunächst durch die Rückschau auf die Situation wahr, wie ihr Verhalten das Verhalten anderer Personen bedingt beziehungsweise wie andere Personen ihr Verhalten beeinflussen. Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, die häufig nach schwierigen Situationen auftreten, können so aufgelöst werden. Dadurch soll eine höhere Selbstwirksamkeit und ein höheres Kontrollerleben der Patient:innen entstehen.

Das Vorgehen in einer Situationsanalyse ist sehr strukturiert und sollte auch so umgesetzt werden, damit die Patient:innen die Struktur verinnerlichen und selbständig umsetzen lernen. Erst wenn die grundsätzliche Struktur der Situationsanalyse, nach Möglichkeit auch in Zusammenhang mit den Arbeitsblättern, verinnerlicht wurde, kann durch Zukunftssituationsanalysen flexibler gearbeitet werden.

Zur Umsetzung der Situationsanalyse werden die oben angegebenen Arbeitsmaterialien (**AB 11** »Situationsanalyse Kinder« und **AB 12** »Situationsanalyse Jugendliche«) genutzt. Dieses Modul bildet den Kern der meisten Einzelsitzungen während der CBASP@-YoungAge-Therapie und sollte entsprechend möglichst oft durchgeführt werden, sodass eine Routine in der Durchführung etabliert wird.

5.2.2 Einbezug der Bezugspersonen

Im Gegensatz zum Kiesler-Kreis-Familientraining wird dieses Modul primär im Einzelsetting mit den Kindern und Jugendlichen umgesetzt. Bei Indikation kann jedoch auch eine Bezugsperson einbezogen werden. Mögliche Situationen können sein, dass es der explizite Wunsch des Kindes/Jugendlichen ist, dass auch die teilnehmenden Bezugspersonen die Technik der Situationsanalyse kennenlernen oder insbesondere bei Kindern im Altersbereich ab 10 während der Umsetzung Zuhause Hilfestellung leisten können.

Fällt während der wiederholten Umsetzung von Situationsanalysen auf, dass häufig ähnliche Situationen berichtet werden, bei denen die teilnehmenden Bezugspersonen beteiligt sind, bietet es sich an, diese Situationen (nach Absprache mit dem/ der Patient:in) im Kiesler-Kreis-Familientraining aufzugreifen.

5.2.3 SEW-Schema

Im jüngsten Altersbereich ist die regelmäßige Umsetzung von Situationsanalysen möglicherweise zu komplex. Das Situation-Emotion-Wunsch (SEW)-Schema (Abb. 5.5) erscheint hier als eine geeignete Möglichkeit, um schwierige Situationen im interpersonellen Bereich mit den Kindern zu bearbeiten und alternative Verhaltensweisen und Strategien für die Bearbeitung und Veränderung der Schwierigkeiten zu finden (Brake-meier et al., 2021).

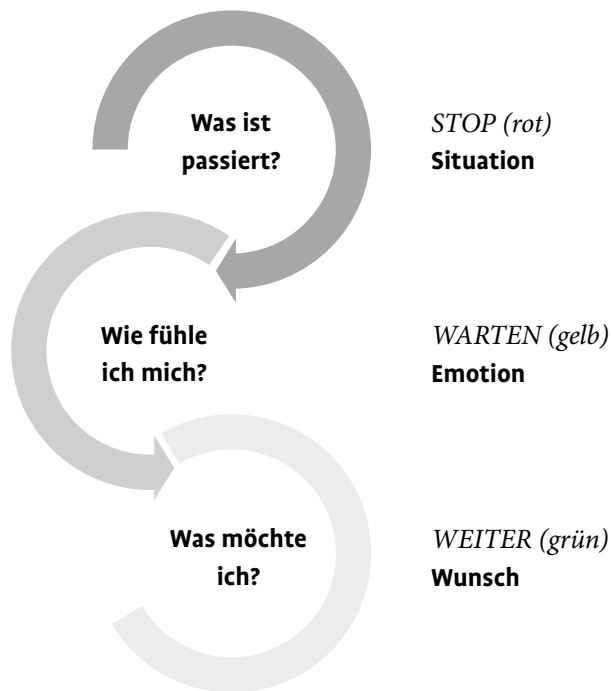


Abbildung 5.5 SEW-Schema

Das SEW-Schema (oder auch Ampelschema) dient als Training der Patient:innen zum klaren Kommunizieren von Bedürfnissen in Konflikten oder schwierigen interpersonellen Situationen. Durch das SEW-Schema sollen die Patient:innen lernen, Wünsche und Bedürfnisse direkter zu kommunizieren, was Konflikte ggf. gar nicht erst entstehen lässt. Zudem hilft das Vorgehen auch, Konflikte zu klären. Die Patient:innen lernen, sich über die Situation, ihr entsprechendes Gefühl und den eigenen Wunsch klar zu werden und diese Gefühle und Wünsche in Situationen angemessen kommunizieren zu können.

Es bietet sich an, dieses Schema Schritt für Schritt (visuell) mit den Patient:innen zu erarbeiten und dann in Sitzungen regelmäßig zu wiederholen, damit auch hier eine selbstständige Anwendung und Umsetzung im Alltag erreicht werden kann. Dazu kann **AB 10** »Ampelschema« genutzt werden. Das SEW-Schema läuft (ähnlich wie die Situationsanalyse) in unterschiedlichen Phasen ab, die Schritt für Schritt mit den Patient:innen besprochen werden können. Die drei Phasen lassen sich als Merkhilfe wie eine Ampel darstellen.

Situation (STOPP – rot). Diese erste Phase dient zum »Innehalten« in der Situation, die Kinder stoppen in einer schwierigen Situation oder am Ende und beschreiben diese zunächst. Was ist passiert? Wer hat sich wie verhalten? Wichtig ist auch hier: Die Situation sollte klar umgrenzt sein und nicht zu komplex. Das bedeutet, dass die Therapeut:innen darauf achten, dass die beschriebene Situation möglichst kurz ist, der Anfangs- und Endpunkt der Situation klar umrissen und es nicht zu viele Beteiligte gibt. Außerdem wird darauf geachtet, so neutral wie möglich zu bleiben. Ziel: Verstehen, was genau in der Situation passiert ist!

Emotion (Kurz warten! – gelb). Diese Phase ist eine Pause zwischen der Reaktionsbeschreibung und der Veränderung. Hier liegt der Fokus darauf, mit den Patient:innen herauszufinden, wie es ihnen in der eben beschriebenen Situation ging. Welches Gefühl haben sie gespürt? Hier kann je nach Kontext auf den Kiesler-Kreis zurückgegriffen oder aber auch mit Körperempfindungen gearbeitet werden. Es wird darauf geachtet, dass sich die Patient:innen auf das Gefühl konzentrieren, das durch die Situation ausgelöst wurde.

■ Wichtig

Verwendung von Ich-Sätzen zur Beschreibung der eigenen Gefühle / Empfindungen

Wunsch (Es geht weiter! – grün). In der letzten Phase liegt der Fokus auf der Veränderung der Situationen. Gemeinsam mit den Patient:innen wird erarbeitet, welche Veränderungen in der Situation wichtig gewesen wären, um ein anderes (das gewünschte) Ergebnis zu erzielen.

- ▶ Was ist mein Wunsch für diese Situation?
- ▶ Wie kommuniziere ich diesen? (Indem ich zuerst die Situation beschreibe, meine Emotion benenne und dann meinen Wunsch äußere.)

Wünsche und Bedürfnisse werden durch Ich-Sätze geäußert. Der Fokus liegt auf den Patient:innen (anders als beim Kiesler-Kreis-Familientraining). Es geht explizit nicht darum, andere Menschen zu verändern, sondern das eigene Verhalten / den eigenen Umgang mit schwierigen Situationen zu verändern.

■ Beispiel

Situation: Ich bin nach der Schule in die Küche gekommen und habe geweint. Meine Mutter hat gar nichts zu mir gesagt und einfach weiter gekocht. Ich habe mich an den Küchentisch gesetzt und leise weiter geweint.

Emotion: Ich war sowieso schon traurig, weil der Hund meiner besten Freundin gestorben ist. Das hatte ich an dem Tag erfahren. Dann wurde ich noch trauriger, weil meine Mutter sich gar nicht um mich gekümmert hat.

Wunsch: Meine Mutter soll sich um mich kümmern!

Dialog

- Th: Das kann ich verstehen. So ist die Situation gar nicht hilfreich gewesen. Deine Mutter ist ja heute nicht hier. Was kannst du denn machen, damit sie sich um dich kümmert?
- P: Mmh, ich könnte ihr sagen, dass ich mir wünsche, sie soll sich um mich kümmern!
- Th: Wunderbar – das üben wir jetzt mal:
- P: [*Rollenspiel*] Mama, ich bin so traurig. Der Hund von Lilly ist gestorben. Bitte kümmere dich jetzt mal um mich – bitte nimm mich mal in den Arm!

Im Rahmen des Moduls werden mit den Kindern zunächst solche »Ampelsituationen« erarbeitet, also Situationen, in denen das Ampelschema nachträglich angewendet werden kann. Es kann eine Verbindung hergestellt werden zwischen Situationen, die bereits im Rahmen des Kiesler-Kreis-Familientrainings oder der Erarbeitung der »Befürchtungen oder Erwartungen« oder der »Mauer« aus der Psychoedukation thematisiert worden sind. Ähnliche Situationen im aktuellen Alltag können mithilfe des Ampelschemas gemeinsam mit den Patient:innen bearbeitet werden (Hot-Spot-Situationen im Alltag, vgl. Abschn. 3.2).

Die Ampel kann in der Therapie angewendet werden, um herauszufinden, warum die Situation nicht so verlaufen ist, wie von den Patient:innen gewünscht. Im Einzelkontakt wird mit den Patient:innen neben Phase 1 (Situation) und Phase 3 (Äußern von Wünschen) ein besonderer Schwerpunkt auf Phase 2 (Emotion) gelegt: Wie geht es mir in der Situation, was habe ich gefühlt und was möchte ich eigentlich? Dies ist die Grundlage, um dann in Phase 3 Gefühle und Wünsche zu kommunizieren.

Variationsmöglichkeit

Das SEW-Schema kann auch für zukünftige Situationen angewendet werden. Hier wird bei Phase 1 festgelegt, wie die Situation wahrscheinlich stattfinden wird, bei Phase 2, welche Gefühle womöglich entstehen, und im dritten Schritt schließlich, welche Wünsche der/ die Patient:in kommunizieren möchte.

Situation: Mein Vater kommt nach Hause und fragt, welche Note ich in der Mathearbeit habe. Ich sage ihm, dass ich eine 4 habe. Er wird sauer und schreit mich an.

Emotion: Ich bekomme Angst.

Wunsch: Ich sage ihm: Papa, ich habe Angst, wenn du so sauer bist. Hör auf, mich anzuschreien.

Sofern das Schema in der Therapie bereits regelmäßig gemeinsam durchgeführt werden konnte und die Patient:innen bereits gelernt haben, es selbstständig anzuwenden, kann das SEW-Schema auch als Therapieaufgabe gegeben werden (eigenständige Umsetzung Zuhause, vgl. Abb. 5.6).

Die Patient:innen können damit das Ampelschema auch direkt in Situationen, die schwierig sind, umsetzen. Dafür werden die einzelnen Phasen direkt in der Situation umgesetzt. Dieses Vorgehen wird in Abbildung 5.6 verdeutlicht.

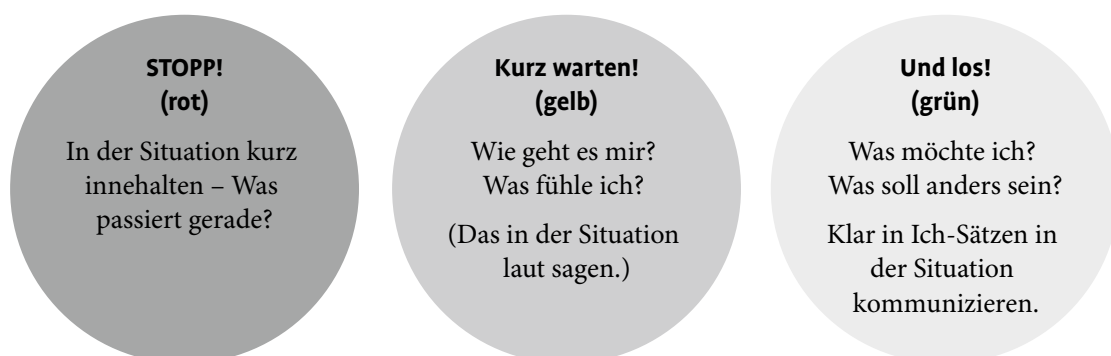


Abbildung 5.6 Erweiterung des SEW-Schemas für Kinder und Jugendliche

Es bietet sich bei diesem Schema an, die Bezugspersonen in die Therapie einzubeziehen, um das Ampelschema auch in konflikthafter oder anderen schwierigen Situationen gemeinsam anwenden zu können, wobei dies immer in Absprache mit den Patient:innen geschieht. Auch für die Bezugspersonen mag es extrem hilfreich sein, dieses SEW-Schema zu kennen und im Umgang mit dem Kind anzuwenden.

5.2.4 Einführung in die Situationsanalyse

Die Situationsanalyse kann mit Patient:innen aller CBASP-Altersbereiche umgesetzt werden, allerdings ist bei jüngeren Patient:innen (10–12 Jahre) genau zu prüfen, ob Situationsanalysen in diesem Modul eingeführt werden sollten oder die zuvor beschriebenen SEW-Ampelschemata besser geeignet sind. Arbeitsmaterialien stehen in der Situationsanalyse für zwei Altersbereiche zur Verfügung. Auch hier sollte je nach Entwicklungsstand der Patient:innen individuell entschieden werden, welche Materialien passend sind. Zur Einführung in die Situationsanalysen ist es wichtig, dass der/die Patient:in versteht, warum schwierige Situationen im Nachhinein nochmal besprochen werden müssen. Bei jüngeren Patient:innen kann es vorkommen, dass schwierige Situationen als sehr unangenehm erinnert werden und nur ungern in der Therapie davon berichtet wird. Gerade wenn es um Streit und daraus folgende Konsequenzen geht, neigen Kinder dazu, solche Situationen nicht zu berichten. Ziel ist zunächst, dass Kinder und Jugendliche verstehen, warum die Besprechung solcher Themen wichtig für nachhaltige, dauerhafte Veränderungen im Alltag ist. Um mit der Mauermetapher zu sprechen: Verstehen, warum Situationsanalysen dabei helfen, langfristig die interpersonelle Mauer zu überwinden. Sie sollen verstehen, dass keine Wertung durch die Therapeut:innen erfolgt und die Situationsanalyse das Ziel hat, zukünftige Situationen veränderungsbefähig zu machen, sodass vielleicht auch der/die Therapeut:in etwas

Neues über den/die Patient:in erfährt. Sollten die Kinder/Jugendlichen Schwierigkeiten haben, Situationen zu finden, kann der/die Therapeut:in auf Situationen aus dem Kiesler-Kreis-Familientraining zurückgreifen oder typische Situationen vorbereiten, die ersatzweise besprochen werden. In der Einführungssitzung wird eine Situationsanalyse schrittweise durchgeführt und mit den Patient:innen geübt. Es ist wichtig, in der Sitzung ausreichend Zeit zum Erarbeiten der Situationsanalyse einzuplanen.

Eine häufige Schwierigkeit besteht darin, dass bereits die Eingangsphase (Phase 1) viel Raum einnimmt und dann gegen Ende der Sitzung nicht ausreichend Zeit übrig ist, um sich auf die Lösungsphase (Phase 2) zu konzentrieren. Da dies allerdings die Phase ist, in der gemeinsam mit dem/der Patient:in die so entscheidende Veränderung von Situationen erarbeitet wird und hier konkrete Handlungsstrategien erarbeitet werden, muss zu Beginn dieses Moduls ausreichend Zeit für beide Phasen eingeplant werden.

Im Kasten finden sich für die drei Altersbereiche Beispielformulierungen, um die Situationsanalyse einzuführen.

Beispielformulierungen für den Beginn im Modul Situationsanalyse

Altersbereich ab 10 Jahren:

- ▶ Heute schauen wir uns gemeinsam eine Übung an, die wir bei unseren nächsten Treffen immer wieder nutzen werden. Die Übung heißt »Situationsanalyse«/ »Ampelschema«.
- ▶ Um die Übung anzufangen, brauche ich deine Hilfe. Du hast mir ja schon in den letzten Sitzungen berichtet, dass es manchmal schwierig für dich ist, wenn es Streit gibt oder du böse wirst oder Ärger bekommst. In dieser Übung werden wir uns solche Situationen genau anschauen und überprüfen, was schiefgelaufen ist. Ich möchte mit dir zusammen herausfinden, warum es nicht so geklappt hat, wie du wolltest, und was beim nächsten Mal anders sein sollte.
- ▶ Fällt dir eine Situation aus der letzten Woche ein, die schwierig war und die wir uns gemeinsam nochmal anschauen können?

Altersbereich ab 13 Jahren:

- ▶ Es geht nun um eine Übung, die wir in Zukunft häufiger durchführen werden. Ich habe von dir nun schon einige Situationen gehört, die in der Vergangenheit schwierig waren und in denen du dich unwohl gefühlt hast oder Streit entstanden ist. Ich möchte mir diese Situationen mit dir noch einmal genauer anschauen.
- ▶ Ich kann verstehen, wenn du das erst einmal blöd findest und dich unwohl damit fühlst, aber es geht mir darum, dass diese Situationen in der Zukunft so nicht mehr passieren und wir gemeinsam eine Möglichkeit finden, wie du damit besser umgehen kannst.
- ▶ Fällt dir eine Situation ein, die du blöd fandest oder in der du dich unwohl oder ungerecht behandelt gefühlt hast?

Altersbereich 17 Jahre:

- ▶ Mit der CBASP@YoungAge-Therapie möchte ich dir zeigen, wie es dir in schwierigen Situationen besser gehen kann und du das Gefühl hast, selber Situationen positiv beeinflussen zu können. Um das zu erreichen, benutzen wir die Situationsanalysen. Wie der Name schon sagt, analysieren wir mit dieser Übung gemeinsam schwierige Situationen und versuchen gemeinsam herauszufinden, was sich beim nächsten Mal verändern muss / was du verändern kannst!
- ▶ Ich will mit dir zusammen herausfinden, was eigentlich genau passiert ist. Warum sind die Situationen so blöd gelaufen und was hätte anders sein können? Fällt dir eine Situation ein, die wir für diese Übung nutzen können?

5.2.5 Durchführungshinweise zum Modul Situationsanalyse

Die Situationsanalyse gliedert sich nach einem Brainstorming zu geeigneten Situationen in die beiden Phasen Explorationsphase und Lösungsphase (Abb. 5.7).

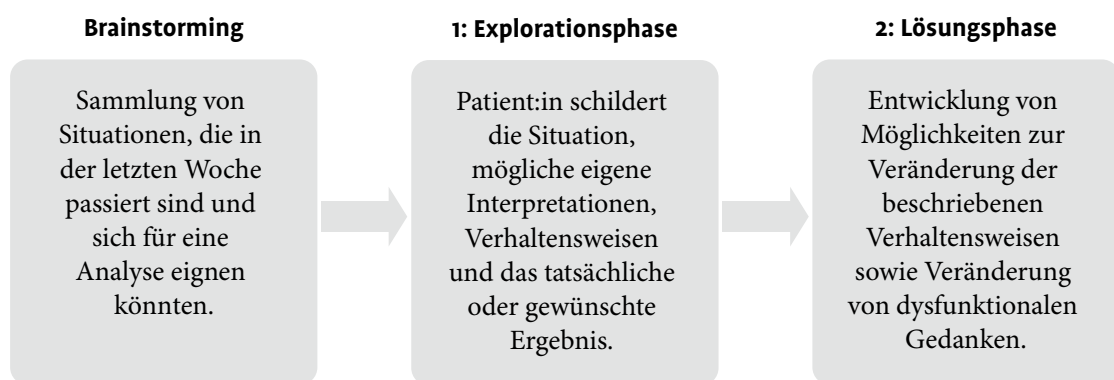


Abbildung 5.7 Ablauf der Situationsanalyse

Vorbereitung der Situationsanalyse (Brainstorming)

Für die Durchführung der Situationsanalyse werden mögliche Situationen gesammelt.

- ▶ »Sind in der letzten Woche schwierige Situationen mit anderen Personen passiert?«
- ▶ »Gab es Streit oder Konflikte in der letzten Woche?«
- ▶ »Was hat dir in der letzten Woche nicht gut gefallen, was war schwierig im Zusammenhang mit anderen Personen?«

Wichtig ist, dass das Verhalten der Personen in den genannten Situationen durch den/die Therapeut:in zunächst nicht bewertet wird. Die subjektiv erlebte Schwierigkeit der Situation und das Leid der Patient:innen wird validiert. Wenn die Situation passend ist für die Situationsanalyse, sollte diese Auswahl auch gelobt werden.

In der Situationsanalyse geht es darum, dass interpersonelle Situationen durch die Patient:innen konkret benannt und so beschrieben werden, wie diese durch die Pa-

tient:innen erlebt wurden. Die Situationen sollen durch den / die Patient:in eingebracht werden. Falls ihm / ihr jedoch keine Situationen einfallen, können auch Situationen aus dem Kiesler-Kreis-Familientraining genutzt werden (wenn auch dies nicht möglich ist, s. Kap. 7).

Da diese Vorbereitung, also Auswahl einer passenden Situation, möglicherweise für die Patient:innen herausfordernd sein kann, bietet es sich an, diese Übung in vorherigen Sitzungen bereits einzuleiten, indem als Therapieaufgabe das Sammeln von passenden Situationen aufgegeben wird. So können diese Situationen in der Therapie gemeinsam besprochen werden und eine passende für die Umsetzung einer Situationsanalyse ausgewählt werden.

Wichtige Merkmale von passenden Situationen

- ▶ Dem / Der Patient:in ist der Ausgang bzw. das Ende der Situation wichtig.
- ▶ Die Situation hat einen interpersonellen Kontext.
- ▶ Eine Veränderung in dem / der Patient:in bewirkt auch eine Veränderung in der Situation oder eine Veränderung im Erleben der Patient:innen. Es ist damit erforderlich, dass die Patient:innen entweder Teil der Situationen sind oder aber mindestens emotional in Situationen involviert sind.
- ▶ Der / Die Patient:in ist bereit, über die Situation ausführlich zu sprechen und sich mit dieser inhaltlich im Rahmen der Therapie auseinander zu setzen. Es kann sinnvoll sein, zu Beginn der Arbeit mit Situationsanalysen zunächst weniger belastende Situationen zu wählen, um sich mit der Technik vertraut zu machen.

Explorationsphase (Phase 1)

Die Explorationsphase ist eine Mikroanalyse, in der gemeinsam mit den Patient:innen ein Problemverhalten mit seinen antezedenten und konsequenten Bedingungen in einer exemplarischen spezifischen Situation durch sechs Schritte analysiert wird. Ziel ist, dass die Patient:innen im Verlauf eigenständig in der Lage sind, die Analyse durchzuführen. Dafür soll das **AB 11** »Situationsanalyse Kinder« bzw. **AB 12** »Situationsanalyse Jugendliche« zur Situationsanalyse genutzt werden. Für jüngere Kinder gibt es die Möglichkeit, die Situationen mit Figuren oder Puppen nachzuspielen oder im Rollenspiel mit den Therapeut:innen nachzustellen. Es sollte zu diesem Zeitpunkt sichergestellt werden, dass die Schritte nacheinander ablaufen, die Schritte im Vordergrund stehen, bei denen es nicht zum gewünschten Ergebnis kam, warum das so war und wie es den Kindern in den Situationen ging. Was hat dazu geführt, dass es nicht geklappt hat? Ziel ist, Motivation für eine Veränderung in der Lösungsphase zu erreichen. Zu Beginn der Therapie wird diese Frage häufig verneint. Das kann zunächst frustrierend sein, da die Patient:innen erkennen, dass sie tatsächlich nicht das erreichen, was sie wollen. Diese Erkenntnis soll jedoch auch intrinsische Motivation triggern, endlich »das Leben in die Hand zu nehmen«, also endlich Ziele umzusetzen und zum Beispiel für sich einzustehen. In die-

ser Phase der Therapie sollte genau geklärt werden, warum das EE nicht erreicht wurde, was dann zur Steigerung der intrinsischen Motivation genutzt wird (s. Beispiel unten). Die Beschäftigung mit dem negativen Ergebnis soll also den Patient:innen vor Augen führen, dass sie die Ziele nicht erreichen. Hierdurch sollen die Patient:innen nicht frustriert werden, sondern Veränderungsmotivation erreichen. Verhaltenstherapeutisch wird hier der Boden für die negative Verstärkung gelegt, da die negativen Gefühle, die hier entstehen (z. B. Wut, Ärger, Traurigkeit) durch die Rollenspiele in der Lösungsphase abgebaut werden, was dann zur Erleichterung (= negative Verstärkung) führt. Tabelle 5.3 bietet einen Überblick über den Ablauf der Situationsanalyse.

Tabelle 5.3 Ablauf der Situationsanalyse in der Explorationsphase

<p>Schritt 1: Situationsbeschreibung (»Mein Kinofilm«)</p> <p>»Was genau ist passiert?«</p> <p>Zu Beginn sollten die Patient:innen ein problematisches, interpersonelles Ereignis mit einem klar definierten Anfangs- und Endpunkt beschreiben und in Stichpunkten aufschreiben. Für Patient:innen ist es oft hilfreich, sich den Zeitabschnitt als einen Filmausschnitt vorzustellen, wobei im ersten Schritt nur genau das beschrieben werden sollte, was jemand sehen kann, der:die von außen dabei war (Patient:in als Regisseur:in). Jüngere Patient:innen können die Situation auch malen.</p>	 <p><i>Max möchte die Blume fotografieren, leider versperrt etwas die Sicht.</i></p>
<p>Schritt 2: Interpretationen (»Kopfkino«)</p> <p>»Wie war die Situation für dich? Wie hast du sie gesehen?«</p> <p>»Welche Gedanken schossen dir durch den Kopf?«</p> <p>Die Interpretationen sind die Gedanken, die dem / der Patient:in möglichst wortwörtlich »durch den Kopf schießen«. In Analogie zur Filmmetapher kann hier vom »inneren Film« beziehungsweise vom »Kopfkino« gesprochen werden. Hilfreich ist es auch, die Patient:innen darauf hinzuweisen, dass sie die Gedanken zeitlich einordnen können. Es sollen maximal drei Gedanken aufgeschrieben werden, es reicht aber auch ein zentraler Gedanke. Auch die Gedanken können von jüngeren Kindern gemalt werden oder aber gemeinsam mit dem / der Therapeut:in auf dem Arbeitsblatt notiert werden. Auf dem abgebildeten Bild kann eingetragen werden, wie das Gefühl / die Gedanken sich im Körper angefühlt haben.</p>	

Tabelle 5.3 Ablauf der Situationsanalyse in der Explorationsphase (Fortsetzung)

<p>Schritt 3: Verhalten</p> <p>»Wo würdest du dich im Kiesler-Kreis einordnen?«</p> <p>»Warst du aktiv / offen oder eher passiv / verschlossen?«</p> <p>»War Nähe zwischen dir und der anderen Person oder eher Entfernung?«</p> <p>Im Fokus steht das konkrete Verhalten des / der Patient:in. Es wird festgehalten, wie sich er:sie hinsichtlich Mimik, Gestik, Blickkontakt, Stimme, etc. verhalten hat. Um das zu erleichtern, kann in diesem Schritt auf den Kiesler-Kreis Bezug genommen werden.</p> <p>In Analogie zur Filmmetapher wird vermittelt, dass sich nun ein Scheinwerfer auf die Patient:innen richtet beziehungsweise eine Kamera sie nah heranzoomt, um genau festzuhalten, wie sie:er sich verhalten hat.</p>	 <p><i>Max ist nicht um das Hindernis herum gegangen, sondern dahinter stehen geblieben.</i></p>
<p>Schritt 4: Tatsächliches Ergebnis (TE) (Das Ende des Films)</p> <p>»Wie ist die Situation dann ausgegangen?« Nun wird das tatsächliche Ergebnis (TE) in Verhaltensbegriffen festgehalten. Ziel ist, genau zu beschreiben, wie die Situation ausgegangen ist. Was ist am Ende passiert? Wie hast sich der:die Patient:in am Ende verhalten? Als Hilfestellung kann erklärt werden, dass das TE meist der letzte Satz der Situationsbeschreibung ist, da diese rein beschreibend auf der Verhaltensebene formuliert wird.</p>	
<p>Schritt 5: Erwünschtes Ergebnis (EE)</p> <p>»Wie hättest du dich anders verhalten können?«</p> <p>»Was hättest du anders machen können, damit es dir am Ende auch besser geht?«</p> <p>In dieser Phase beschreiben die Patient:innen, wie sie sich das Ende ihres Films eigentlich vorgestellt hätten. Was wäre das erwünschte Ergebnis (EE) gewesen? Wichtig für die Situationsanalyse ist, dass dieses EE realistisch umsetzbar ist und der:die Patient:in über die erforderlichen Veränderungen verfügt. Häufig wählen Kinder und Jugendliche zuerst ein Ergebnis, das nicht in ihnen verankerbar ist, z. B. Veränderung der Umwelt als EE (z. B.: Wenn meine Mutter nicht so streng wäre, hätte ich keine Probleme.).</p>	
<p>Schritt 6: Vergleich TE mit EE</p> <p>»Hast du das erreicht, was du wolltest?«</p> <p>Schließlich wird das TE mit dem EE verglichen.</p> <p>Bei Ja: »Let's have a party!« – der Erfolg wird gefeiert!!</p> <p>Bei Nein: »Warum nicht?«</p>	

Lösungsphase (Phase 2)

An die Explorationsphase (Phase 1) schließt sich die Lösungsphase (Phase 2) an. In dieser wird der Leidensdruck der Patient:innen verringert und die Frustration aus der nicht gelungenen Situation wird aufgearbeitet. Wichtig ist, die Patient:innen nicht mit den negativen Gefühlen der Explorationsphase alleine zu lassen, sondern diese explizit zu nutzen und Alternativverhalten zu erarbeiten.

Während der Lösungsphase sollte gemeinsam festgelegt werden, wie die Patient:innen ihre persönlichen Ziele erreichen möchten. Wichtig ist, das Zielverhalten explizit und konkret zu besprechen. Hierbei kann die Scheinwerfer-Metapher genutzt werden (»Wenn jetzt der Scheinwerfer auf dich gerichtet ist – was ist dann zu sehen?«). Sollte es schwierig sein, die Verhaltensweisen konkret zu besprechen, können der Kiesler-Kreis oder auch die Kiesler-Kreis-Karten zur besseren Einordnung herangezogen werden, ggf. sogar Verhaltensweisen, die im Kiesler-Kreis-Familientraining bereits geübt werden konnten. Der Ablauf ist in Tabelle 5.4 aufgeführt.

Tabelle 5.4 Ablauf der Situationsanalyse in der Lösungsphase (Phase 2). Das Ziel der Lösungsphase ist, Möglichkeiten zu entwickeln, wie das EE zum TE werden kann.


<p>Schritt 1: Hilfreiche Gedanken (Veränderung des Kopfkinos)</p> <p>»War(en) deine(e) Gedanke(n) hilfreich, um dein neues Ziel zu erreichen?«</p> <p>»Führt dich der Gedanke zum Ziel?«</p> <p>Wenn Nein: »Was kannst du dir (innerlich) sagen, um dein Ziel zu erreichen?«, »Wie können wir den Gedanken umformulieren, damit er dich zum Ziel bringt / trägt?</p> <p>»Lass uns gemeinsam einen »Schlachtruf« oder »Mutmachsatz« finden / formulieren, der dir Mut macht, dein Verhalten zu verändern!«</p> <p>Es wird gemeinsam geprüft, ob der oder die Gedanke(n) hilfreich sind, um das neue Ziel zu erreichen. Wenn dieser Schritt zu anspruchsvoll ist, kann auch einfach nur ein »Schlachtruf« oder ein »Mutmachsatz« aufgeschrieben werden.</p> <p>Der entsprechende Mutmachsatz sollte beim anschließenden Rollenspiel genutzt werden.</p>	 A black and white illustration of a young boy with dark hair, wearing a striped shirt, looking thoughtful with his hand on his chin. Above him is a thought bubble containing a stack of stones and a flower. The stones are arranged in a pyramid shape, and the flower is to the right of the stones. The thought bubble is connected to the boy's head by a small circle.
--	--

Tabelle 5.4 Ablauf der Situationsanalyse in der Lösungsphase (Phase 2). Das Ziel der Lösungsphase ist, Möglichkeiten zu entwickeln, wie das EE zum TE werden kann. (Fortsetzung)

<p>Schritt 2: Hilfreiches Verhalten</p> <p>»War dein Verhalten hilfreich, um dein neues Ziel zu erreichen?«</p> <p>»Führte dich dein Verhalten zum Ziel?«</p> <p>»Wenn dich der Scheinwerfer jetzt gleich beim Rollenspiel (oder: das nächste Mal) anleuchtet – wie möchtest du dich dann verhalten?«</p> <p>»Was soll dann für andere sichtbar sein?«</p> <p>Nach der Beantwortung dieser Fragen folgen in der Regel die Rollenspiele (s. unten).</p>	 <p><i>Max ist nun um das Hindernis herumgegangen und konnte die Blume fotografieren!</i></p>
<p>Schritt 3: Zusammenfassung (Take-Home Message)</p> <p>»Was hast du heute gelernt?«</p> <p>»Was nimmst du mit nach Hause?«</p> <p>Zum Abschluss der Lösungsphase wird der:die Patient:in aufgefordert, sich kurz zu überlegen, was er:sie in dieser Einheit gelernt hat.</p> <p>Kann der:die Patient:in das nicht benennen, ist es hilfreich, wenn der:die Therapeut:in verschiedene kurze Take-Home Messages vorschlägt. Der:Die Patient:in kann sich dann aussuchen, welcher Satz am besten passt oder nach dieser Anregung einen eigenen formulieren.</p>	
<p>Schritt 4: Übertragung (Ich drehe einen neuen Film.)</p> <p>»Kannst du das Verhalten, das wir gerade geübt haben, auch in anderen Situationen nutzen?«</p> <p>»Hast du solche Probleme auch in anderen Situationen?«</p> <p>»Hilft dir das Gelernte auch in anderen Situationen?«</p> <p>Im letzten Schritt der Lösungsphase wird gemeinsam mit dem / der Patient:in bearbeitet, ob das erarbeitete Verhalten auch in einem anderen Film / einer anderen Situation nützlich sein könnte. Gab es vielleicht schon andere Situationen mit ähnlichen Problemen oder ähnlichen Gedanken oder Gefühlen?</p> <p>Ziel ist, dass die Patient:innen ein Gefühl bekommen, dass sie auch schwierige Situationen verändern können, und dass ihr Verhalten einen Einfluss auf die Situation haben kann (und wird!). Sie sind die Regisseur:innen des eigenen Films und jede Entscheidung, die getroffen wird, kann etwas verändern.</p>	

Wie beschrieben, sollten im Schritt 2 das veränderte Verhalten mit den Patient:innen intensiv geübt werden. Dafür gibt es verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten:

- ▶ Rollenspiele: Sollten in jedem Fall angeregt werden (drei bis vier Durchgänge). Je nach Situation und besprochenem Verhalten, kann auch der:die Therapeut:in zunächst die Rolle des/der Patient:in übernehmen. In dieser Phase können bei Bedarf auch andere Personen (z. B. teilnehmende Bezugspersonen, etc.) hinzugezogen werden, um einen verstärkten Übungseffekt zu erreichen. Ziel sollte sein, dass die Patient:innen im Verlauf sicher in ihren neuen Verhaltensweisen werden.
- ▶ Malen der veränderten Situation
- ▶ Andere Darstellung der neuen Situation (durch Figuren, Handpuppen, etc.)

Wichtig für das Erarbeiten von hilfreichen Verhalten ist:

- ▶ Ein Patient:innen-zentriertes Vorgehen! Eine Veränderung der Umwelt darf nur auf eine Veränderung erfolgen, die von dem/der Patient:in ausgeht.
- ▶ Die Lösung der Situation muss realistisch und umsetzbar sein. Kann sich der:die Patient:in zukünftig vorstellen, sich in Folgesituationen entsprechend zu verhalten? Dies sollte dann durch die Rollenspiele erprobt werden.

Die folgenden Beispiele verdeutlichen die Umsetzung:

■ Dialog • Explorationsphase der Situationsanalyse mit einer Patientin, 10 Jahre (Phase 1)

Th: So, wie besprochen kümmern wir uns heute um die Situation, die du mitgebracht hast. Magst du die Situation vielleicht hier auf dem Arbeitsblatt aufmalen, damit ich genau sehen kann, was passiert ist?

P: [*Patientin malt*]

Th: Okay, verstehe – du hast in der Küche gesessen und hast gar nichts gesagt. Wenn ich das richtig sehe, hat dein Vater dir ganz, ganz viele Fragen gestellt. Irgendwann bist du rausgegangen. Stimmt das so?

P: Ja genau, da war ich total genervt und bin dann in mein Zimmer gegangen.

Th: Oh, dann sind wir ja sogar schon beim zweiten Schritt angekommen. Schau hier, auf dem Zettel geht es nun darum, wie es dir in der Situation, die du oben gemalt hast, ging. Wie hat sich das genervt sein denn angefühlt? Wo im Körper hast du das gemerkt? Wie sieht denn dein Gesicht aus, wenn du genervt bist?

[*Patientin malt ein Gesicht auf*]

Th: Super, ich habe jetzt eine viel bessere Vorstellung davon, wie es dir ging. Das war wirklich keine angenehme Situation für dich. Was hast du denn dann gemacht? Stell dir vor, wir schneiden dich nun oben aus dem Bild aus – was würden wir dann sehen?

P: Naja, eigentlich habe ich die ganze Zeit nichts gemacht und bin dann irgendwann gegangen.

Th: Ja, so habe ich das auch verstanden, magst du das hier noch aufmalen? Dann kannst du dich später besser daran erinnern.

[Patientin malt]

Th: Als nächstes schauen wir uns das Ende der Situation nochmal an. Das tatsächliche Ende kennen wir ja schon. Wie ist die Situation denn weitergegangen?

P: Ich bin rausgegangen und hatte keine Lust mehr, in der Küche zu sein.

Th: Genau! Das tatsächliche Ende tragen wir gleich in dieses Feld ein. Was wäre denn ein Ergebnis gewesen, dass du dir gewünscht hättest.

P: Ich will, dass mein Vater merkt, wenn ich keine Lust auf ein Gespräch habe und dann einfach ruhig ist. Er soll mich nicht nerven.

Th: Also, wie hätte das dann in der Situation ausgesehen?

P: Wir hätten beide nicht geredet oder zumindest nur ganz wenig. Dann hätte ich in der Küche bleiben können.

Th: Alles klar. Leider ist dein Papa ja gerade nicht hier, sondern wir können nur dein Verhalten verändern. Wie hättest du dich denn in der Situation anders verhalten können? Wie hätte dein Vater mitbekommen können, was du dir in dieser Situation gewünscht hättest?

P: Naja, es ihm sagen vielleicht ...

Th: Ja stimmt, das wäre eine Möglichkeit. Magst du die beiden Varianten auch aufmalen? Dann können wir besser vergleichen.

[Patientin malt]

Th: Wenn du jetzt beide Varianten anschaust: Was ist der Unterschied? Ist die Situation in der Küche so ausgegangen, wie du es gewollt hast?

■ Dialog • Lösungsphase einer Situationsanalyse mit einem Patienten, 16 Jahre (Phase 2)

Th: Jetzt haben wir gerade schon festgestellt, dass die Situation mit deinem Bruder im Garten gar nicht so ausgegangen ist, wie du es dir gewünscht hättest. Anstatt, dass Ihr zusammen Fußball spielt, gab es am Ende Streit.

P: Ich habe überhaupt keine Lust mehr, mich damit zu beschäftigen, das wird eh immer wieder passieren!

Th: Ich kann gut verstehen, dass du so denkst, mag das auch an deinen Prägungen liegen?

P: Oh ja, das stimmt, das kommt ja von meinem Vater, dass ich immer denke, dass sich eh nie etwas ändern wird.

- Th: Genau, aber wir haben doch gerade schon gesehen, dass du dir ein anderes Ereignis gewünscht hättest und dich auch anders verhalten könntest. Bei deinem gewünschten Ereignis ist es so, dass du direkt am Anfang der Situation sagen willst, dass du Lust hättest, Fußball zu spielen und nicht warten willst, bis dein Bruder dies vorschlägt, oder?
- P: Ja, genau.
- Th: Weißt du noch, wie es dazu gekommen ist?
- P: Naja, ich habe halt schon am Anfang gedacht, dass er bestimmt keine Lust hat und ich gar nicht erst fragen brauche.
- Th: Was könntest du dir denn in deinem Kopf zurufen, damit du es auch schaffen kannst, dich in der Situation so zu verhalten, wie du es dir wünschst? Was brauchst du, damit du das erreichen kannst?
- P: Hm, vielleicht sowas wie: »Los jetzt, Pietro!« oder »Frag doch einfach« ... aber ich glaube nicht, dass ich das dann wirklich mache ...
- Th: Okay! Sehr gut! Wie müsstest du dein Verhalten denn verändern, damit dein Bruder auch mitbekommt, was du möchtest. Wenn du an den Kiesler-Kreis denkst – welche Position könnte dir helfen?
- P: Ich muss laut sprechen, und Augenkontakt ist vielleicht gut. Also eigentlich alles, was oben im Kreis ist.
- Th: Eher die freundliche oder unfreundliche Seite?
- P: Naja, die freundliche natürlich.
- Th: Alles klar – Pietro, ich würde das gerne mit dir nun einmal durchspielen. Ich kann sehr gut verstehen, dass du dir gerade noch nicht vorstellen kannst, dein Verhalten einfach zu üben. Deshalb üben wir es jetzt erstmal gemeinsam. Was meinst du?
[Durchführung der Übung]
- Th: Hey, das war super von dir! Ich muss sagen, dass ich mir mittlerweile sehr gut vorstellen kann, dass du dich in der Situation auch hättest anders verhalten können! Was nimmst du aus der Übung heute mit?
- P: Ich will das auf jeden Fall versuchen, vielleicht lag der Streit nicht nur an meinem Bruder.
- Th: Ich bin sehr gespannt auf das Ergebnis! Kennst du dieses Problem eigentlich noch aus anderen Situationen oder meinst du, dass du das, was wir gerade geübt haben, auch noch anders einsetzen kannst?
- P: Eigentlich in jeder Situation mit meinen Freunden. Da geht es ja oft ähnlich aus. Ich kenne das schon aus vielen Situationen.
- Th: Was meinst du, kannst du aus dem Rollenspiel denn auch in diesen Situationen anwenden?
[Fortsetzung mit weiteren Beispielen]

5.2.6 Umsetzung des Moduls

Im weiteren Verlauf der CBASP@YoungAge-Therapie nimmt dieses Modul vor allem in späteren Sitzungen viel Zeit ein. Ziel ist, dass die Patient:innen immer mehr Eigenleistung bei der Erstellung der Situationsanalyse zeigen und damit auch in den Sitzungen schneller in die Lösungsphase einschließlich der Rollenspiele übergegangen werden kann. Letztere sollte im Verlauf der Therapie zunehmend mehr Raum einnehmen, so dass weniger Thema ist, warum Situationen nicht wie gewünscht klappen und unangenehme Gefühle auslösen, sondern mehr Zeit darauf verwendet wird zu üben, wie man Situationen verändern kann. Wenn passend, kann immer ein auf Verstehen basiertes Vorgehen einfließen, indem die Therapeut:innen den Patient:innen helfen zu erkennen, dass die Gedanken häufig aus den Prägungen resultieren (s. Beispiel 2). So können die Patientinnen durch diese Validierung lernen, dass ihre Gedanken einerseits nachvollziehbar sind, andererseits sie heute aber nicht zum gewünschten Ergebnis bringen. Zudem soll ein Generalisierungsprozess angestoßen werden, der den Patient:innen hilft, in ähnlichen Situationen hilfreiches Alternativverhalten zu zeigen. Außerdem sollte im Verlauf dieses Moduls ein Schwerpunkt darauf gelegt werden, positive Situationen einzubringen, für die ggf. keine Lösungsphase notwendig ist, sodass Patient:innen die Rückmeldung erhalten, dass sie beim ersten Versuch eine Übereinstimmung von EE und TE erreichen. Dieser Erfolg wird dann gefeiert! Es kann im Verlauf sinnvoll sein, dass die Therapeut:innen solche Situationen aktiv forcieren, um auch positiven Situationen mehr Raum zu geben.

Variation: Zukunfts-Situationsanalyse

Bei der Zukunfts-Situationsanalyse handelt es sich um eine Variante der ursprünglichen Situationsanalyse. Hier werden schwierige zukünftige interpersonelle Situationen vorbereitet. Das Vorgehen entspricht in vielen Aspekten der Situationsanalyse, allerdings wird die Reihenfolge der Schritte geändert. Nach einer kurzen Beschreibung der Situation wird direkt ein Fokus auf die Lösungsphase gelegt. In der Beschreibung sollte neben dem gewünschten Ergebnis auch exploriert werden, welchen erwarteten Verlauf die Situation nehmen wird (»Mein Papa möchte mir bei den Hausaufgaben helfen, da werde ich dann wieder wütend werden und wir streiten uns bestimmt.«).

Nach dem kurzen Umschreiben, wie die zukünftige Situation wahrscheinlich verlaufen wird, sollte direkt das erwünschte Ergebnis formuliert werden (»Ich möchte meinem Vater sagen, dass ich mehr Zeit zum Nachdenken benötige und heute nicht alle Hausaufgaben schaffen werde.«).

Danach wird gemeinsam überlegt, wie sich das erwartete Ergebnis von dem erwünschten Ergebnis unterscheidet und wie die Patient:innen es schaffen können, dieses erwünschte Ergebnis zu erreichen.

Mögliche Verhaltensweisen wären hier:

- ▶ Laut und deutlich sprechen
- ▶ Hilfreiche Gedanken sammeln
- ▶ Augenkontakt
- ▶ Kiesler-Kreis-Positionen nutzen

Gemeinsam werden hilfreiche Gedanken gesammelt und ausformuliert:

»Es ist nicht schlimm, dass ich mehr Zeit brauche.«

»Mein Papa kann gar nicht wissen, was wir machen sollen.«

Abschließend soll in Rollenspielen die Situation geübt werden. Da die Vorbereitung in dieser Variante weniger Zeit in Anspruch nimmt, steht in der Sitzung deutlich mehr Zeit für die Rollenspiele zur Verfügung. Diese Zeit kann für das Variieren des Schwierigkeitsgrads und generell viele Übungsdurchläufe mit Shaping verwendet werden. Shaping bezeichnet hierbei den schrittweisen Aufbau von neuem, gewünschtem Verhalten. Das Zielverhalten wird in viele Einzelteile zerlegt, um so schrittweise trainiert und aufgebaut werden zu können.

6 Abschlussphase

- 6.1 Hintergrund für die Therapeut:innen
- 6.2 Einbezug der Bezugspersonen
- 6.3 Durchführungshinweise zur Rückfallprophylaxe

Ziele

- ▶ Es findet eine gemeinsame Rückschau auf die Therapie und bereits erreichte Ziele statt.
- ▶ Weitere Veränderungswünsche werden gemeinsam geplant.
- ▶ Es wird eine Strategieentwicklung umgesetzt, um mit zukünftigen schwierigen Interaktionssituationen umgehen zu können.

6

6.1 Hintergrund für die Therapeut:innen

Diese Phase leitet das Ende der Therapie ein. Primär geht es also in diesem Abschnitt der Therapie um eine Rückschau darauf, was bisher erreicht wurde und wie es nun weitergehen kann oder vielleicht auch schon weitergeht. Außerdem wird ein gemeinsamer Abschluss gestaltet. Die Kinder und Jugendlichen sollen erkennen, was sie aus der Therapie für neue Erkenntnisse und Kompetenzen mitnehmen, und Strategien entwickeln, wie sie diese in Erinnerung behalten können. Schließlich bereitet dieser Therapieabschnitt darauf vor, wie mit zukünftigen schwierigen Situationen umgegangen werden kann. Die Rückfallprophylaxe stellt dafür verschiedene Interventionen zur Verfügung. Die Reihenfolge ist personalisiert umsetzbar und die Sitzungsstruktur flexibel. Es empfiehlt sich, ein längeres Ausschleischschema am Ende der Therapie zu integrieren. In der Praxis zeigt sich, dass die Patient:innen sich häufig noch nicht zutrauen, die in der Therapie erlernten Verhaltensweisen und Haltungen im Alltag umzusetzen. Ein Ausschleischschema kann hierbei unterstützen. So bekommen die Patient:innen die Möglichkeit, selber Veränderungen im eigenen Verhalten und Erleben wahrzunehmen, ohne die »Sicherheitszone« der Therapie verlassen zu müssen. Die Rückfallprophylaxe ist eine Möglichkeit, die Patient:innen und Bezugspersonen auf den Abschied und auf zukünftige schwierige Situationen vorzubereiten.

6.2 Einbezug der Bezugspersonen

Die Umsetzung ist auch hinsichtlich des Einbezugs der Bezugspersonen sehr flexibel. Es kann sinnvoll sein, dass die Themen, die mit den Patient:innen im Einzelkontakt besprochen wurden, auch im Einzelkontakt für die Zukunft nachbesprochen werden. Allerdings können auch Bestandteile der Zukunftsplanung mit den Bezugspersonen thematisiert werden. An diesem Punkt der Therapie sollte die therapeutische Beziehung sehr vertrauensvoll und gefestigt sein und die Patient:innen in der Lage sein, eigene Bedürfnisse zu kommunizieren. Die Gestaltung ist somit sehr individuell.

Sofern möglich wird allerdings empfohlen, mit allen beteiligten Personen aus dem Kiesler-Kreis-Familientraining einen gemeinsamen Abschluss umzusetzen.

Ist eine Sitzung allein mit den Bezugspersonen möglich, sollten in dieser die vergangenen Termine und Lernerfahrungen der Bezugspersonen besprochen werden. Was haben sie für sich aus der Therapie mitgenommen, wo waren Schwierigkeiten und Herausforderungen und welche Veränderungen konnten sie (bei sich und in der Familie/ dem gesamten Bezugssystem) feststellen? Zukünftige schwierige Situationen werden mit den Bezugspersonen antizipiert sowie Strategien erarbeitet, wie mit diesen Situationen umgegangen werden kann. Eine hilfreiche Strategie kann sein, mit den Bezugspersonen einen Notfallplan für Krisen zu erarbeiten, der bei Bedarf angewendet werden kann. Es empfiehlt sich, hier Strategien einzubeziehen, die auch die Kinder und Jugendlichen benannt haben und als sinnvoll beschreiben.

■ Dialog

Th: Liebe Frau Singh, vielen Dank, dass Sie Zeit gefunden haben, um sich heute mit der Zeit nach der Therapie zu beschäftigen. Wichtig ist mir, dass wir heute gemeinsam einen Plan für Situationen aufstellen, die Sie bereits früher als kritische Situationen beschrieben haben. Es kann ja auch immer noch passieren, dass Sie und Ihre Tochter in so eine Situation geraten, und ich würde mir wünschen, dass Sie von nun an einen guten Plan haben, wie Sie damit umgehen können.

Frau S.: Ja, sehr gerne! Ich habe große Sorge, dass ich mal nach Hause komme und Alisa wieder so sehr weint und ich nicht weiß, was ich dann machen kann.

Th: Können Sie sich noch an die Kiesler-Kreis-Trainingssituation erinnern, in der wir eine ganz ähnliche Situation besprochen haben?

Frau S.: Ja schon, ich habe vor allem noch im Kopf, dass Alisa in mir eine unheimliche Frustration ausgelöst hat, weil sie so passiv war – und ich dann auch. Sie hat einfach nichts gemacht und ich wusste auch nicht, was ich tun kann. Daher bin ich dann erstmal spazieren gegangen.

Th: Was glauben Sie nun, was Alisa in dieser Situation brauchen könnte?

Frau S.: Ich denke, sie braucht zwar auch Zeit für sich, aber dennoch jemanden, der für sie da ist und ihr das auch zeigt. Ich glaube, beim nächsten Mal würde ich sie kurz in den Arm nehmen und dann in der Nähe bleiben und sie in Ruhe lassen. Ich weiß jetzt besser, dass sie ihr eigenes Tempo in diesen Situationen hat, sich aber auch Nähe wünscht.

Th: Sehr gut! Das ist auch meine Erinnerung an die Situation. Was halten Sie davon, wenn wir nun die ganze Situation nochmal Schritt für Schritt durchsprechen?

[Fortsetzung der Übung]

6.3 Durchführungshinweise zur Rückfallprophylaxe

Rückblick auf die Mauer. Die Therapeut:in kann mithilfe des Arbeitsmaterials einen Rückblick zum Beginn der Therapie herstellen: Die einzelnen Steine sollten nachbesprochen und es sollte geprüft werden, ob der:die Patient:in es aktuell schafft, diese Mauer zu überwinden und Dinge zu finden, die dahinter liegen. Vielleicht gibt es ja auch mittlerweile Steine, die etwas wackeln. In einigen Fällen kann es ein unrealistisches Ziel sein, die Mauer am Ende der Therapiephase vollständig überwunden zu haben. Aber auch hier sollte der Rückblick auf die Mauer ausführlich erfolgen (mögliche Metaphern: Leiter über die Mauer, klettern geübt, einzelne Steine herausgenommen, Mauer bröckelt, etc.). Haben die Patient:innen das Gefühl, dass die Mauer aktuell kein Teil ihres Lebens mehr ist, dann ist dies eine tolle Möglichkeit, sie in der Therapie symbolisch zu überschreiten oder einzureißen. Primär sollen die Patient:innen jedoch lernen, die Mauer wahrzunehmen und mit ihr umgehen lernen. In diesem Schritt erfolgt der gemeinsame Rückblick mit dem / der Therapeut:in auf die Veränderungen bzgl. der Mauer.

Beispiel 1: Einreißen der Mauer (Patientin, 11 Jahre)

■ Dialog

Th: Wir haben jetzt ja schon über den Anfang der Therapie und auch über die Mauer gesprochen, die vor dir war. Du hast deine Mauer ja auch nochmal mitgebracht – sehr gut! Wenn du sie jetzt nochmal anschaust. Wie fühlt sich das für dich an?

P: Irgendwie seltsam. Ich habe gar nicht mehr das Gefühl, dass mich die Streitigkeiten mit meinen Eltern, die ich auf die Mauer geschrieben habe, noch betreffen.

Th: Wie meinst du das?

P: Also ich weiß schon, dass wir uns teilweise immer nur noch angeschrien haben, aber, wenn ich es jetzt anschaue, dann bin ich nicht mehr wütend.

Th: Deine Wut hat sich also verändert und ist weniger geworden. Was hat sich noch verändert, wenn du deine Mauer so anschaust?

- P: Hm ... Ich habe auch weniger Angst gerade. Also, vor schlimmen Streitereien. Ich glaube nicht mehr, dass sowas immer wieder passiert.
- Th: Du meinst, dass Streit gar nicht mehr passiert?
- P: Also bestimmt werde ich nochmal in so schwierige Situationen geraten, das ist ja normal, dass das manchmal passiert. Aber ich gehe jetzt ja ganz anders damit um.
- Th: Das stimmt! Ich kann mich noch sehr gut an die Situation mit deiner Lehrerin letzte Woche erinnern, als du dich gemeldet hast und sehr direkt sagen konntest, was deine Frage ist. Das war super!
- P: Ja genau, ich glaube deshalb nicht, dass solche schlimmen Situationen nochmal passieren. Die sind früher passiert, aber jetzt nicht mehr.
- Th: Lass und nochmal zusammen auf deine Mauer schauen. Glaubst du, dass die Mauer noch da ist?
- P: Nein! Ich glaube, ich habe keine Mauer mehr um mich rum. Alle Situationen, die da stehen, spielen jetzt keine Rolle mehr.
- Th: Okay! Das ist wirklich wunderbar. Was möchtest du also mit dieser Mauer vom Beginn der Therapie machen?
- P: Hm ... Vielleicht einreißen?
- Th: Das ist eine gute Idee! So kannst du, wenn du möchtest, die Mauerstücke aufbewahren, als Erinnerung an deine Therapie und die tollen Veränderungen, die du erreicht hast.

Beispiel 2: Wackeln an Mauersteinen (Patient, 14 Jahre)

■ Dialog

- Th: Wir haben jetzt ja schon über den Anfang der Therapie und auch über die Mauer gesprochen, die vor dir war. Du hast deine Mauer ja auch nochmal mitgebracht – sehr gut! Wenn du sie jetzt nochmal anschaust, wie fühlt sich das für dich an?
- P: Ich hab' gemischte Gefühle, wenn ich mir die Steine nochmal anschau.
- Th: Das heißt, du schaust die Steine jetzt mit anderen Augen an?
- P: Ja schon. Also nicht alle, aber einige sehe ich jetzt schon anders.
- Th: Das klingt sehr gut. Welchen Stein denn zum Beispiel?
- P: Naja, diesen hier: »Meine Mutter redet beim Essen nicht mit mir«. Das ist jetzt schon seit Wochen nicht mehr der Fall gewesen.
- Th: Stimmt, daran kann ich mich erinnern, diese Situation haben wir auch im Kiesler-Kreis-Training sehr viel geübt, oder?
- P: Ja genau, ich habe das dann auch Zuhause ausprobiert und sie direkt angesprochen. Das hat gut geklappt.

- Th: Oh super! Das ist ja noch ein toller Fortschritt! Das hattest du noch gar nicht erzählt. Ich freu mich riesig. Was meinst du? Ist das noch ein Mauerstein oder kann dieser Stein vielleicht auch schon weg.
- P: Nein, der kann auf jeden Fall schon weg!
- Th: Okay, großartig! Möchtest du ihn direkt aus der Mauer streichen, damit du schon sehen kannst, welche Steine fehlen?
- P: Okay [*lächelt und schweigt kurz*]
- T: Was meinst du? Gibt es vielleicht noch mehr Steine in deiner Mauer, die wir schon rausbrechen können, weil du jetzt gut mit ihnen umgehen kannst?
- P: Ja schon, ich sehe zum Beispiel diesen hier. [*Zeigt auf einen Stein – wird analog besprochen, weitere Mauersteine folgen*]
- T: Jetzt haben wir schon so sechs Steine aus deiner Mauer rausgebrochen. Wie sieht deine Mauer jetzt aus? Wie geht es dir mit diesem neuen Bild?
- P: Ich finde, es sieht gar nicht mehr aus wie die Mauer vorher, sondern jetzt ganz anders. Man kann besser durchschauen.
- T: Ja, schau mal, hier ist schon ein richtig großes Loch entstanden, da kann man auch durchklettern, wenn man möchte.

Generelle Rückschau auf gelernte Kompetenzen. Daran anschließend kann eine allgemeine Rückschau auf die Sitzungen erfolgen. Was konnten die Patient:innen aus der Therapie mitnehmen und wie haben sie es in der letzten Zeit schon geschafft, diese Strategien anzuwenden? Ziel ist die Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten, wie Patient:innen auch in der Zukunft mit schwierigen Situationen konstruktiv umgehen können. Hier kann das Arbeitsmaterial zum Therapieende unterstützend genutzt werden. Der passende Arbeitsbogen enthält verschiedene Felder zu verschiedenen Lebensbereichen, in die eingetragen werden kann, wie die Patient:innen in dem jeweiligen Bereich bei Schwierigkeiten vorgehen können und welche Strategien konkret helfen können.

Rückblick auf die Prägungen/Stempel und die Übertragungshypothese. Am Ende der Therapie sollten die Prägungen (= die Stempel) gemeinsam mit dem / der Patient:in angeschaut werden. Da im Rahmen der durchgeführten Situationsanalysen und KPR- sowie IDÜ-Übungen immer wieder auf die Prägungen/Stempel zurückgegriffen wurde, sollten diese den Patient:innen bekannt und sie mit dem Umgang ihrer Prägungen vertraut sein. Am Ende der Therapie kann nun geprüft werden, inwiefern diese Prägungen heute noch »stimmen« oder ob sich im Laufe der Therapie bereits etwas verändert hat. Es sollte auch geprüft werden, welche Stempel/Prägungen zu Beginn sehr präsent waren und welche nun am Ende der Therapie in den Vordergrund gerückt sind. Ziel der Therapie ist nicht, alle Stempel der Patient:innen zu überschreiben, sondern einen Weg aufzuzeigen, wie diese verändert werden können. Es sind also schon tolle Nachrichten, wenn einige Stempel ein bisschen überschrieben werden konnten, d. h. nun anders von

den Patient:innen bewertet werden (s. Beispiele unten). Es kann natürlich auch vorkommen, dass Patient:innen Stempel vollständig durchstreichen und überschreiben können, was in der Therapie entsprechend gewürdigt und gefeiert werden sollte!

Beispielformulierungen für den Rückblick auf die Prägungen / Stempel und die Übertragungshypothese

Altersbereich ab 10 Jahren:

- ▶ Wir haben uns ja gerade schon deine Mauer angeschaut. Jetzt würde ich gerne das gleiche mit deinen Stempeln von unserem Therapiebeginn machen. Wir haben ja in der Therapie oft über die unterschiedlichen Stempel gesprochen. Kannst du dich erinnern?
- ▶ Kannst du sagen, wie es heute mit anderen Menschen ist? Hat sich etwas verändert?
- ▶ Wie habe ich in der Therapie auf dich reagiert? Was habe ich gemacht, als du wütend geworden bist?
- ▶ Wie verhält sich dein Lehrer, wenn du ruhig bist und nichts sagst?
- ▶ Wie ist es zurzeit mit den Stempeln von den Personen auf der Liste – hat sich da etwas verändert?
- ▶ Ich würde jetzt gerne mit dir schauen, ob die Stempel, die wir damals aufgeschrieben haben, so noch passen oder sich etwas verändert hat, also sie vielleicht blasser geworden sind und kaum mehr sichtbar?

Altersbereich ab 13 Jahren:

- ▶ Wir haben in der Therapie ja viel mit deinen Prägungen oder deinen Stempeln gearbeitet. Ich würde gerne mit dir darüber sprechen, wie du jetzt darauf schaust.
- ▶ Wir haben am Anfang der Therapie Stempel gesammelt, die andere Menschen dir mitgegeben haben. Vielleicht können wir uns nun anschauen, ob sich etwas verändert hat?
- ▶ Wie ist es heute, wenn du deiner Lehrerin oder auch mir begegnest? Kannst du sagen, was nun deine Erwartungen an mein Verhalten sind?
- ▶ Wie ist es, wenn du mit deinen Eltern zusammen bist? Hat sich etwas verändert?
- ▶ Ich würde jetzt gerne mit dir schauen, ob die Stempel, die wir damals aufgeschrieben haben, so noch passen oder sich etwas verändert hat.

Altersbereich ab 17 Jahren:

- ▶ Ich würde nun gern mit dir zum Abschluss der Therapie über deine Veränderungen in Bezug auf deine Erwartungen und Befürchtungen hinsichtlich anderer Menschen und deiner Bezugspersonen sprechen. Wir haben ja sehr viel mit der Übertragungshypothese und den Prägungen durch deine Bezugspersonen gearbeitet. Wenn du an deine Prägungen zurückdenkst, was würdest du sagen, wie sehen diese heute aus? Hat sich etwas verändert?

- ▶ Wie verhältst du dich heute, wenn du andere Menschen triffst? Gibt es Unterschiede zu früher? Wie verhalten sich deine Bezugspersonen, wenn sie dich treffen?
- ▶ Wir könnten ja mit meinem Verhalten starten. Wenn du an deine Erwartungen zurückdenkst – habe ich mich immer so verhalten, wie du es erwartest hast? Hat sich deine Erwartung vielleicht im Laufe der Zeit verändert?

Auch die Übertragungshypothese (sofern eine gemeinsam erarbeitet wurde) wird am Ende der Therapie noch einmal gemeinsam betrachtet und neu bewertet. Beispiele für mögliche Neubewertungen finden sich in Tabelle 6.1. Auch hier kann reflektiert werden, welche Rolle die Übertragungshypothese im Laufe der Therapie gespielt hat und wie wichtig oder präsent sie aktuell noch ist.

Tabelle 6.1 Beispielhafte Neubewertungen von Übertragungshypothesen

Übertragungshypothese zu Beginn der Therapie	Neubewertung in der Rückfallprophylaxe
Patientin, 16 Jahre: »Wenn ich ehrlich zu jemandem bin (d. h. offen über meine Probleme spreche), dann wird mir diese Person nicht helfen können und mich allein lassen – daher rede ich am besten nicht ehrlich mit Leuten.«	Ich kann ehrlich und offen über meine Probleme sprechen. Es gibt Personen, die mir helfen wollen.
Patient, 18 Jahre: »Wenn ich vor anderen Schwäche zeige (im Streit nachgebe / weine), dann werden andere mich ablehnen. Deshalb versuche ich, keine Schwäche zu zeigen, und werde dafür eher wütend oder schreie rum.«	Es gibt Möglichkeiten für mich, Schwäche zu zeigen, die andere Personen nicht verletzen. Ich weiß jetzt, dass nachgeben und Schwäche etwas Unterschiedliches sind.
Patient, 12 Jahre: »Wenn ich etwas falsch mache, werden andere Personen schlecht über mich denken und mit mir nichts zu tun haben wollen. Deshalb versuche ich, alles perfekt zu machen (z. B. viel mehr für Klassenarbeiten zu lernen als meine Freunde, immer pünktlich zu kommen).«	Ich darf Fehler machen. Außerdem weiß ich jetzt, dass alle Menschen Fehler machen. Nicht alle Menschen denken schlecht von mir, wenn ich einen Fehler mache.

Plan für die Zukunft

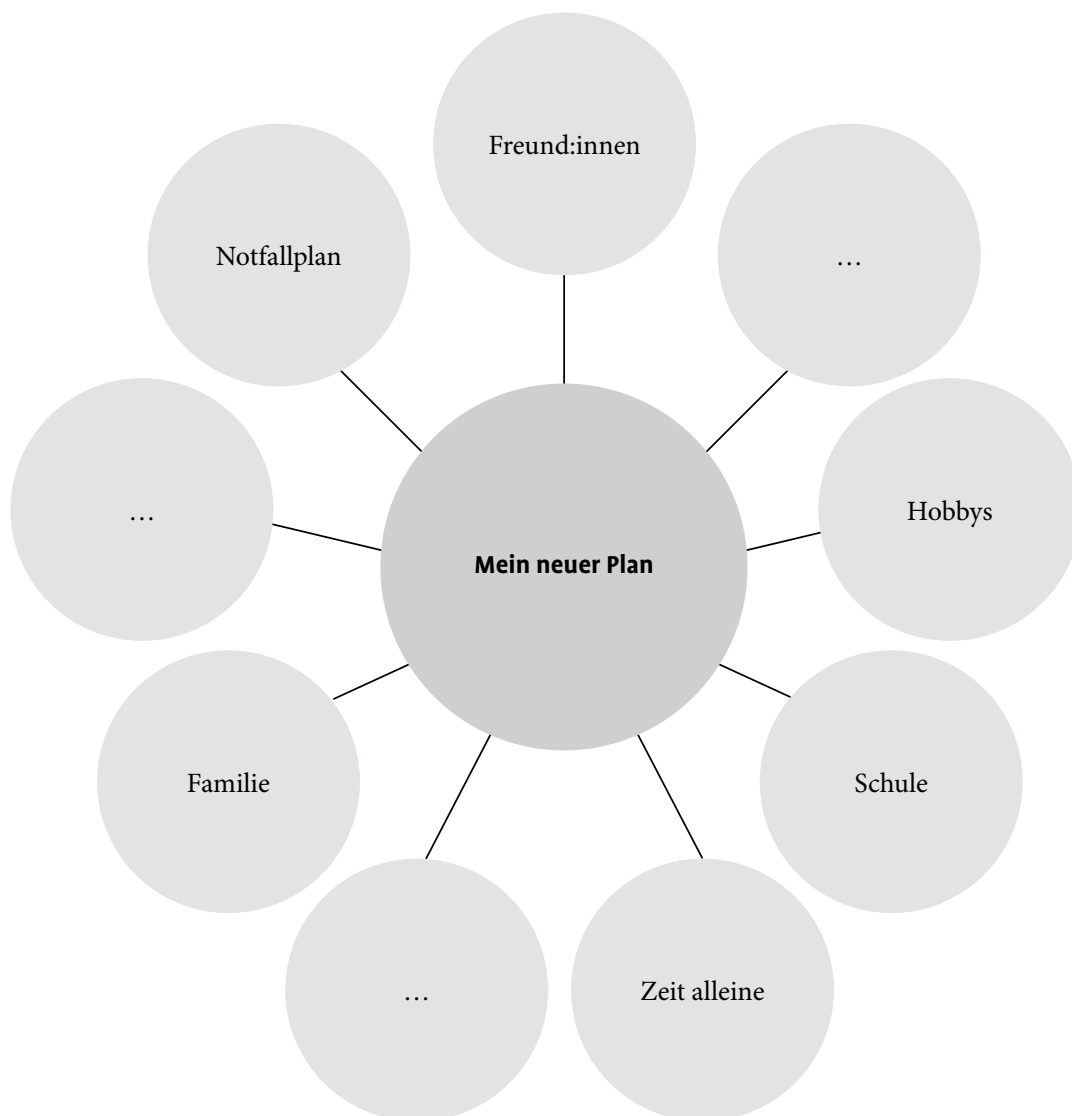


Abbildung 6.1 Überblick über Bereiche, die in der letzten Therapiephase angesprochen werden können (vgl. auch **AB 13** »Abschluss der Therapie«)

Am Ende der Rückfallprophylaxe sollte ein Plan stehen, der beispielsweise für die Bereiche in Abbildung 6.1 Strategien enthält und individuell ergänzt werden kann.

Die Strategien werden den einzelnen Bereichen zugeordnet und dann in die passenden Felder des Arbeitsblatts (**AB 13** »Abschluss der Therapie«) geschrieben. Das ist der Plan, den die Kinder und Jugendlichen mit nach Hause nehmen und bei aufkommenden Schwierigkeiten nutzen sollen.

■ Dialog

- Th: So, jetzt, da unsere CBASP@YoungAge-Therapie bald leider zu Ende ist, möchte ich dir noch etwas Hilfreiches mitgeben. Wir haben ja während der Therapie sehr viel darüber gesprochen, wie du mit Problemen umgehen kannst, die du mit anderen Leuten hast. Ich erinnere mich auch, dass in der Therapie immer mal wieder schwierige Situationen aufgetreten sind, die wir beide nicht erwartet haben, oder?
- P: Ja stimmt, ich hatte auch den Streit mit Allie letzte Woche.
- Th: Genau, solche Sachen meine ich! Es können immer wieder unerwartete Dinge passieren. Und weil wir uns ja bald nicht mehr treffen, schenke ich dir heute einen Plan. Damit du dich gut an die Therapie erinnern kannst, wenn du das brauchst. Siehst du dieses Arbeitsblatt? Das ist der Plan, den ich mit dir zusammen aufstellen möchte.
- P: Okay, klingt cool.
- Th: Wir haben hier ganz viele Bereiche, die du frei gestalten kannst. Ich habe schon drei Bereiche eingetragen, weil ich finde, dass es wichtig ist, dass du zum Beispiel für schwierige Situationen mit deinem Papa einen Plan hast.
- P: Ich würde gerne noch den Fußballverein eintragen. Da habe ich früher immer sehr oft Streit gehabt.
- Th: Das finde ich eine sehr gute Idee. Was meinst du, welches Feld passt?
- P: Ich glaube, dieses hier, das ist etwas größer. Vielleicht könnte in das kleinere Feld dann meine Oma.
- Th: Das finde ich auch eine gute Idee. Hast du gesehen, dass ich in dieses Feld hier schon die Schule eingetragen habe?
- P: Ja, habe ich, ich habe aber gar nicht so große Lust, einen Plan für die Schule zu machen. Die finde ich immer noch langweilig.
- Th: Dann würde ich vorschlagen, wir fangen direkt damit an, damit du es hinter dir hast, oder?
- P: Okay. Was gehört denn alles in den Plan?
- Th: Du könntest zum Beispiel aufschreiben, was du dir für die Zeit in der Schule vornimmst. Was kannst du dir sagen, wenn du merkst, dass es wieder zu Schwierigkeiten kommt? Kannst du dich noch daran erinnern, als du deine Lehrerin gespielt hast? Da ist dir doch etwas aufgefallen, was du in der Zukunft anders machen willst.
- P: Stimmt, ich habe gemerkt, dass ich viel lauter reden muss, weil sie dann viel weniger nachfragt und ich nicht mehr so schnell genervt bin.
- Th: Genau! Meinst du nicht, das wäre etwas, was du eintragen kannst, um dich immer daran zu erinnern, dass du es dir vorgenommen hast?

Beispiel (16 Jahre)

■ Dialog

Th: Jetzt, zum Abschluss unserer Therapie, möchte ich mit dir einen Plan aufstellen, der dir in schwierigen Situationen helfen kann, auch wenn du nicht mehr regelmäßig zur Therapie kommst. Ich habe deswegen dieses Arbeitsblatt mitgebracht. Das füllen wir jetzt gemeinsam aus und dann kannst du es zu Hause in schwierigen Situationen hervorholen.

P: Okay, ja, das können wir machen.

Th: Du siehst hier unterschiedliche Felder, in die du Lebensbereiche eintragen kannst, die für dich vielleicht immer mal wieder wichtig werden können. Oder bei denen du weißt, dass Probleme auftreten können. Welche fallen dir ein?

P: Auf jeden Fall meine Familie. Es wird bestimmt mal wieder Stress mit meiner Mutter geben.

Th: Willst du, dass deine Mutter ein eigenes Feld bekommt, oder möchtest du dir einen Plan für deine ganze Familie machen?

P: Hm, nee. Ich würde glaube ich lieber ein Feld für meine Mutter reservieren.

Th: Okay, das finde ich auch sehr sinnvoll. Was möchtest du deinem Zukunfts-Ich denn für diese Situationen mitgeben? An was willst du dich erinnern?

P: Eigentlich muss ich mich nur an die Sitzung erinnern, in der wir den Streit in unterschiedlichen Rollen nachgespielt haben. Da habe ich gemerkt, dass ich plötzlich so richtig unfreundlich und gemein geworden bin, ohne es eigentlich zu wollen. Ich glaube, darauf sollte ich in den nächsten Situationen eher achten.

Th: Ja, sehr gut, dass dir dieses Rollenspiel einfällt. Das fand ich auch extrem eindrucksvoll, weil du es dann ja geschafft hast, dich nahezu durchgängig freundlich-stark zu verhalten. Was meinst du, was du eintragen kannst, um dich auch später noch daran erinnern zu können?

P: Ich zeichne einfach den Kiesler-Kreis ein und mache einen Kringel um freundlich-stark!

[Weiter auf dem Arbeitsblatt]

Abschluss

Der letzte Teil der Rückfallprophylaxe kann entweder im Rahmen von geteilten Sitzungen oder auch einer gemeinsamen Sitzung mit allen Beteiligten stattfinden. Hier handelt es sich um den Abschluss des Kiesler-Kreis-Familientrainings. Es kann – wie auch zuvor im Training – zunächst kurz eine Situation beschrieben und in unterschiedlichen Varianten durchgespielt werden. Dann folgt eine Rückschau auf Strategien, die erfolgreich in der Therapie angewendet werden konnten und die nun auch im Alltag zur Anwendung kommen sollen.

Am Ende der Sitzung schätzen sich die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Bezugspersonen erneut auf dem IMI ein, damit Veränderungen im Interaktionsverhalten aufgezeigt werden können. Die Ergebnisse dieser Durchführung werden mit denen aus der ersten Sitzung besprochen und Veränderungen werden festgehalten. Ziel ist nicht, dass in dieser Sitzung alles gut klappt. Auch sollte der:die Therapeut:in betonen, dass es nicht das Ziel der Therapie ist, dass in Zukunft keine Konflikte in der Familie mehr vorkommen – das ist unrealistisch! Vielmehr sollen die Teilnehmenden sich nun kompetent genug fühlen, in zukünftigen Situationen angemessener mit Konflikten umgehen und gelernte Strategien anwenden zu können, um so auch schwierige Situationen positiv umwandeln zu können.

Das Ende der letzten Sitzung kann durch einen symbolischen Akt »gefeiert« werden. Den Familien wird verdeutlicht, dass sie die Therapie nun abgeschlossen haben. Vorher wird mit allen Beteiligten besprochen, wie der Abschluss der Therapie aussehen könnte. Beispielsweise kann gemeinsam Kuchen oder Eis gegessen werden oder eine Aktivität (z. B. Picknick/ Spaziergang) wird geplant.

Organisatorisches

Zum Abschluss der Therapie sollten möglichst weitere Booster-Sitzungen und Kontakte vereinbart werden, die ein weiteres Ausschleichen beziehungsweise eine Wiederauffrischung des in der Therapie Gelernten ermöglichen.

7 Mögliche Probleme im Therapieablauf

Im Therapieablauf können verschiedene Probleme auftreten. Im Folgenden beschreiben wir ausgewählte Probleme, die in der CBASP@YoungAge-Therapie aufgetaucht sind, sowie Empfehlungen zum Umgang damit.

Die Kinder und Jugendlichen bringen keine eigenen Situationen im Modul Kiesler-Kreis-Familientraining oder Situationsanalyse ein.

In diesem Fall kann eine lockere Einführungsphase in der Sitzung sinnvoll sein. Gegebenenfalls haben die Kinder und Jugendlichen schwierige Situationen nicht mehr im Kopf, da diese schon ein paar Tage her sind oder im Alltag untergehen. Interessiertes Nachfragen über generelle Aktivitäten von therapeutischer Seite kann hier hilfreich sein. Aktiv sollten die Therapeut:innen bei den Schilderungen der Kinder und Jugendliche darauf achten, immer auch die Bezugspersonen anzusprechen:

- ▶ Was hat denn dein Vater dazu gesagt?
- ▶ Waren deine Eltern da Zuhause?
- ▶ Durftest du das einfach alleine entscheiden?

Hilfreich ist auch, sich auf bereits bekannte schwierige Situationen zu beziehen:

- ▶ Wie hat es denn diese Woche mit den Hausaufgaben geklappt? Hat deine Oma dir wieder dabei geholfen?
- ▶ Hast du diese Woche wieder gemeinsam mit deinen Eltern gekocht?

Der:Die Therapeut:in kann auch Situationen ansprechen, die von den Bezugspersonen berichtet wurden, und sich die Situationen aus der Sicht des Kindes/ Jugendlichen schildern lassen. Oder der:die Therapeut:in nennt Beispiele für typische schwierige Situationen der jeweiligen Altersbereiche, in denen die Kinder/ Jugendlichen sich ggf. wiederfinden können.

- ▶ Manchmal berichten mir andere Kinder, dass es abends Streit gibt, wenn sie noch länger aufbleiben wollen. Kennst du das auch?
- ▶ Diese Woche gab es doch Zeugnisse, oder? Hast du deins deinen Eltern schon gezeigt?

Eine weitere Möglichkeit ist, durch eine gute Vorbereitung derartigen Situationen vorzubeugen. Mit dem/ der Patient:in wird vorab besprochen, welche Situationen in der nächsten Woche anstehen und bei welchen Situationen vielleicht Schwierigkeiten auftreten können. Dies bietet den Therapeut:innen die Möglichkeit, in der folgenden Sitzung aktiv nachzufragen und sich auf die bereits besprochene Situation zu beziehen.

Es kommt zu einem akuten Streit in der Familie während einer Therapiesituation.

Werden emotionale oder schwierige Situationen bearbeitet, die im familiären Rahmen aufgetreten sind, können diese Emotionen im therapeutischen Setting wieder auftreten und zu erneuten Konflikten führen. Der geschützte Rahmen der Therapie kann dazu führen, dass die Beteiligten im Verlauf offener zueinander sind und auch so im therapeutischen Kontext offene Konflikte entstehen. Dies ist per se kein Problem, kann sogar im Gegenteil häufig therapeutisch sehr konstruktiv genutzt werden, da die Konflikte direkt analysiert und bearbeitet sowie im besten Fall gelöst werden können.

Um eskalierenden Konflikten vorzubeugen, ist der Abschnitt 4.1 relevant. Die Vereinbarung von Kommunikations- und Verhaltensregeln für alle Mitglieder ist die Grundlage dafür, bei Eskalationen auf diese vereinbarten Regeln zu verweisen und einen wertschätzenden Umgang einzufordern. Es kann in einer eskalierenden Situation nötig werden, die involvierten Personen zunächst räumlich zu trennen, um zunächst eine Deeskalation herbei zu führen.

Ist die Situation beruhigt, sollte mit allen Beteiligten in einem ruhigen, wertschätzenden Rahmen die Eskalation nachbesprochen werden. Dafür können die KPR, IDÜ (vgl. Abschn. 3.2) oder auch eine kurze Einheit des Kiesler-Kreis-Familientrainings (vgl. Abschn. 5.1) genutzt werden. Wichtige Punkte für die Nachbearbeitung sind:

- ▶ Alle Beteiligten werden gleichberechtigt angehört.
- ▶ Der:Die Therapeut:in ist transparent und offen auch bzgl. der eigenen Wahrnehmung des Konflikts.
- ▶ Verhalten wird beschrieben und nicht bewertet. Hilfreich ist, das Verhalten auf dem Kiesler-Kreis einzuordnen: *Wie haben Sie wohl eben gewirkt? Wie hat die Mama gerade auf dich gewirkt?* etc.
- ▶ Es müssen nicht alle Hintergründe des Konflikts verstanden und aufgeklärt werden, sondern primär sollen alle die aktuelle Situation verstehen und Alternativen für das Verhalten aller beteiligten Personen finden.

Konflikte, die im therapeutischen Prozess auftreten, sind erwartbar und können für alle Beteiligten hilfreich sein. Die Familien können die Konflikte, die in diesem Setting auftreten, nutzen, um für Konflikte, die zukünftig im häuslichen Rahmen auftreten, vorbereitet zu sein und einen angemessenen Umgang damit zu finden. Wichtig ist, den Verlauf der Eskalation nachzubespochen und mit Beteiligung aller Personen zu klären, was hilfreich und was weniger hilfreich für eine Klärung war, um so Strategien finden zu können, die die Familien auch selber in zukünftigen, vergleichbar schwierigen Situationen anwenden.

Die Bezugspersonen verhalten sich in den Sitzungen dysfunktional den Kindern oder Jugendlichen gegenüber.

Kommt es in den Sitzungen zu eindeutig dysfunktionalem und nicht wertschätzendem Verhalten der Bezugspersonen gegenüber den Kindern oder Jugendlichen, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, damit umzugehen. Zur Vorbeugung sollten die Verhaltensregeln zu Beginn der Therapie klar und eindeutig formuliert und ausführlich mit allen Beteiligten besprochen werden.

Kommt es dennoch zu dysfunktionalem Verhalten seitens der Bezugspersonen, kann dies direkt in den Sitzungen offen kommuniziert werden.

- ▶ Herr Verma, ich merke, dass Sie sehr aufgeregt sind. Ich habe das Gefühl, dass Sie sehr wütend sind, und würde Sie bitten, einmal offen zu sagen, was Sie gerade stört. Bitte halten Sie sich dabei an unsere Verhaltensregeln.
- ▶ Ich merke, dass Sie aufgebracht sind. Ich würde Sie bitten, uns allen zu erklären, was Sie gerade so sehr ärgert.

Wird das Verhalten direkt in der Situation angesprochen, ist es wichtig, dass alle Personen miteinander vertraut sind und offen sein können. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn die meiste Zeit ein wertschätzendes Klima besteht und die Sitzungen im Regelfall positiv verlaufen.

Kommt es bei den Bezugspersonen allerdings regelmäßig zu negativen und dysfunktionalen Verhaltensweisen, die sich im Verlauf verschärfen, kann es sinnvoll sein, dieses Verhalten außerhalb der regulären gemeinsamen Sitzungen in einer individuellen oder geteilten Sitzung mit den Bezugspersonen alleine anzusprechen. Auch dafür ist die Anwendung der KPR oder Strategien aus dem Kiesler-Kreis-Training zu empfehlen. Im Sinne des DPE sollten die dysfunktionalen Verhaltensweisen der Bezugspersonen offen durch den/die Therapeut:in angesprochen und direkt kommuniziert werden. Nur so erhalten die Bezugspersonen direktes Feedback auf ihr Verhalten und können verstehen, was dies bei den Kindern und Jugendlichen auslösen kann. Wichtig ist ein konstruktives Vorgehen.

- ▶ Ich habe bemerkt, dass Sie in den letzten Sitzungen deutlich angespannter und gereizter waren und habe die Stimmung bei den Terminen als weniger freundlich wahrgenommen. Geht es Ihnen ähnlich?
- ▶ Wenn Sie an die letzte gemeinsame Sitzung zurückdenken, wo würden Sie sich im Kiesler-Kreis einordnen?
- ▶ Wie würden Sie die Aussage [...] aus der letzten Sitzung im Kiesler-Kreis einordnen?
- ▶ Was meinen Sie, wie ging es Ihrem Kind und mir in dieser Situation?

Konnte das dysfunktionale Verhalten beschrieben werden, muss im nächsten Schritt ein Weg gefunden werden, wie dieses Verhalten in zukünftigen Situationen verändert werden kann. Dafür sollten die Auswirkungen des Verhaltens auf andere Teilnehmende in den Sitzungen verdeutlicht werden. Wenn die Zeit es erlaubt, kann der:die Therapeut:in natürlich auch gemeinsam mit der Bezugsperson versuchen herauszufinden, warum sie sich so verhält. Natürlich kann der:die Therapeut:in bei Indikation auch immer der Bezugsperson eine eigene Psychotherapie empfehlen.

Zeigt sich im Verlauf der Termine, dass diese Interventionen keine Wirkung zeigen und das dysfunktionale Verhalten bestehen bleibt, sollte in jedem Fall mit der zuständigen Fallsupervision Rücksprache gehalten werden. Es ist dann weiter abzuklären, ob gegebenenfalls auch emotionale oder körperliche Gewalt im häuslichen Setting vorliegt (vgl. Abschn. 2.3).

Sitzungen fallen vermehrt aus.

Auch für den Fall, dass Sitzungen vermehrt ausfallen oder aus unterschiedlichen Gründen nicht stattfinden können, sollte vorbeugend zu Beginn der Therapie mit allen Beteiligten (vorrangig Bezugspersonen und jugendliche Patient:innen) eine Vereinbarung getroffen werden. Voraussetzung für eine erfolgreiche therapeutische Intervention ist, dass Kinder und Jugendliche sowie die Bezugspersonen regelmäßig und zuverlässig an den Terminen teilnehmen. Fallen vermehrt Sitzungen aus oder finden sie nur in großen Abständen statt, ist das ein Problem, das zügig durch den / die Therapeut:in angesprochen werden sollte. Im besten Fall findet dies im persönlichen Kontakt statt, es ist jedoch auch telefonisch möglich.

Die Bezugspersonen bzw. der:die Patient:in sollten an die Therapie und die damit eingegangenen Vereinbarungen erinnert werden; es ist zu klären, warum die Termine aktuell nicht mehr wahrgenommen werden. Das kann unterschiedliche Ursachen haben. So kann sich beispielsweise im Leben der Familie etwas verändert haben und es ist nicht mehr möglich, die Termine wahrzunehmen (bspw. Krankheit eines Familienmitglieds), oder aber in den letzten Sitzungen hat sich etwas ereignet, was die Kinder / Jugendlichen / Bezugspersonen derart irritiert oder belastet, dass sie nicht mehr teilnehmen wollen. In diesem Fall sollte der:die Therapeut:in natürlich besonders versuchen, eine Klärung herbeizuführen – möglichst im persönlichen Kontakt.

Den Patient:innen und Bezugspersonen wird therapeutisch deutlich gemacht, dass das Therapieangebot weiter besteht, aber therapeutische Hilfe nur durch regelmäßige Termine erfolgen kann. Der:Die Therapeut:in kann dafür entsprechend der DPE-Haltung die KPR und IDÜ einsetzen, um den Familien eine transparente Rückmeldung über ihr Verhalten zu geben und sie mit dem Problemverhalten empathisch zu konfrontieren. In der CBASP@YoungAge-Therapie wird gemeinsam an einem Ziel gearbeitet und das ist – unter diesen Voraussetzungen – nicht mehr möglich.

Dialog

- Th: Ich möchte etwas ansprechen, das mich in der letzten Zeit beschäftigt hat. In den letzten Wochen sind recht viele Sitzungen ausgefallen.
- P: Ja, das stimmt schon, ich hatte Ihnen ja gesagt, dass ich es oft einfach nicht geschafft habe, zu kommen. Die Schule war auch so stressig ...
- Th: Ja, das stimmt. Ich möchte trotzdem nochmal über die Situation aus der letzten Woche sprechen. Weißt du, was ich meine?
- P: Hm ja, wahrscheinlich, dass ich nicht gekommen bin ohne abzusagen.
- Th: Ja genau. Ich möchte mit dir darüber sprechen, wie es mir in dieser Situation ging. Ist das für dich in Ordnung?
- P: Ja, können Sie von mir aus machen.

- Th: Ich hatte mich auf die letzte Stunde sehr gut vorbereitet, da wir deine Übertragungshypothese besprechen wollten. Und ich hatte mich sehr darauf gefreut, weil wir schon so weit gekommen sind und ich wusste, dass wir diesen Therapieabschnitt dann gemeinsam abschließen werden.
- P: Ja ja, ich weiß und ich habe es dann versaut.
- Th: Das habe ich nicht gesagt. Ich wollte mit dir darüber sprechen, wie es mir dann ging, als du nicht zur Therapie erschienen bist. Was meinst du, wie habe ich mich gefühlt? Wenn ich jetzt daran zurückdenke, wie sehe ich dann aus?
- P: Ich vermute, Sie waren enttäuscht von mir. Sie haben sich bestimmt auch gedacht: »Gut dass er heute nicht kommt. Dann muss ich mir nicht wieder dieses Gejammer anhören und habe meine Ruhe.« Ich weiß doch, dass Sie eigentlich viel Besseres zu tun haben. Ich ...
- Th: Ich unterbreche dich nur ungerne. Aber versuch mal zu beschreiben, wie ich gerade aussehe.
- P: Naja, Sie haben die Stirn so in Falten gezogen und Ihre Schultern hängen runter.
- Th: Das stimmt. Was meinst du, welches Gefühl das ist?
- P: Das habe ich doch schon gesagt, Sie waren wütend und enttäuscht. Und sind es anscheinend jetzt immer noch.
- Th: Ich möchte dir jetzt sagen, wie ich mich gefühlt habe, als du letzte Woche nicht zu der Sitzung gekommen bist. Ich war vor allem traurig. Ich war aber nicht enttäuscht von dir. Ich merke ja, wie sehr du dich in der Therapie anstrengst. Umso trauriger bin ich dann, wenn du nicht zu dem Termin kommst. Gerade nach dem verpassten Termin letzte Woche war ich sehr traurig, dass du nicht gekommen bist. Kannst du dir vorstellen, warum?
- P: Ne, eigentlich nicht.
- Th: Für den Termin war geplant, dass wir die Übertragungshypothese besprechen und ich war gespannt auf das Ergebnis. Ich fand, dass du in den letzten Terminen schon so viele Fortschritte gemacht hast. Ich habe mich richtig darauf gefreut, weiter zu machen. Als du dann nicht gekommen bist, hat mich das traurig gemacht.
- P: Hm, okay.
- Th: Ich frage mich, ob du das erreichen wolltest? War es dein Ziel, dass ich traurig bin und auf dich warte?
- P: Nein, überhaupt nicht. Ich dachte einfach, dass es egal ist, ob ich hier bin oder nicht. Und ich dachte, dass es Ihnen am allermeisten egal ist.
- Th: Okay. Ich verstehe jetzt wirklich viel besser, warum du nicht gekommen bist und den Termin auch nicht abgesagt hast. Wenn du dachtest, es ist mir egal, dann kann ich verstehen, dass du dich so verhalten hast. Wenn du jetzt schaut, wie sehe ich nun aus?
- P: Sie sehen freundlicher aus und etwas erleichtert.

Th: Ja genau! Ich bin erleichtert, weil ich jetzt viel besser verstanden habe, warum du so oft nicht zu Terminen kommst! Dass wir so offen darüber gesprochen haben, hat mir geholfen, besser zu verstehen, was los ist.

[Ende KPR, Start IDÜ]

Th: Was meinst du, wir haben ja das letzte Mal über deine Mutter gesprochen. Hast du eine Idee, wie sie sich vielleicht in dieser Situation verhalten hätte?

P: Ihr wäre es bestimmt gar nicht aufgefallen. Sie hat eigentlich nie gemerkt, ob ich zuhause bin oder nicht.

Th: Wenn du jetzt mal zurückdenkst, wie habe ich mich denn gerade verhalten?

P: Naja, Sie wollten schon wissen, was los ist und haben immer wieder nachgefragt. Sie waren dann am Ende auch gar nicht wütend, wie ich eigentlich gedacht hatte.

Th: Stimmt! Sehr gut. Wenn du nicht zu den Terminen erscheinst, dann bin ich traurig. Ich freue mich immer, wenn du kommst, und habe Lust auf unsere Termine.

P: Hm okay, das ist schon anders ...

[Ggf. weiter mit anderen prägenden Bezugspersonen oder Verhaltensveränderung]

Bezugspersonen oder Patient:innen werden durch externe Personen geschickt und zeigen entsprechend wenig Motivation.

Dieses Problem tritt meist früh im Therapieverlauf auf. Zu Beginn der Psychotherapie sollte die Motivation aller Beteiligten verbindlich geklärt werden. Es kann durch den / die Therapeut:in nachgefragt werden, was der Auslöser für den Beginn einer Therapie gerade jetzt ist und warum Kontakt aufgenommen wurde. Besteht der Eindruck, dass die Familie durch eine externe Person geschickt wurde, sollte zu Beginn der Therapie sowie im Verlauf die Motivation geklärt werden.

Zeigt sich in diesem Kontext eine sehr geringe Motivation der Patient:innen, ist es wichtig, dass diese durch den / die Therapeut:in aufgegriffen wird. Oftmals haben sich Patient:innen hinter »ihrer« Mauer eingerichtet und bemerken Situationen, in denen diese ein Hindernis darstellt, nicht so schnell wie ihr Umfeld. Im Rahmen von CBASP@YoungAge kann auf diese Motivationsschwierigkeiten im Rahmen einer Edukation über Beziehungen eingegangen werden. Es bietet sich an, die Metapher der einsamen Insel zu verwenden (»Dort könntest du hinter der Mauer / alleine bleiben, aber hier sind so viele andere Menschen, mit denen du immer wieder Kontakt haben musst.«). Wichtig ist, validierend herauszustellen, dass viele der bisherigen Kontakte für den / die Patient:in wahrscheinlich nicht positiv waren und es daher verständlich ist, dass er:sie nur wenig Motivation zeigt, sich weiter mit Beziehungen auseinanderzusetzen (»Ich verstehe, dass du keine Lust hast, jetzt mit noch mehr Menschen zu arbeiten, da sich bisher ja auch nur selten etwas verändert hat«, »Ich weiß, dass viele der bisherigen Erfahrungen mit Menschen dir nicht gut getan haben.«).

Der Fokus liegt darauf, dass eine Veränderung möglich ist und dass in der Therapie gemeinsam herausgefunden werden kann, wie diese Veränderung erreichbar wird (»Ich

möchte gemeinsam mit dir herausfinden, ob es nicht vielleicht auch anders geht«, »Kannst du dir vorstellen, dich mit mir gemeinsam auf diesen Weg zu machen?«).

Schließlich sollte der:die Therapeut:in durch die Anwendung von vielen positiven KPR mit IDÜ direkt in der Therapie durch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung zeigen, dass positive Beziehungen möglich sind und dadurch Hoffnung und Motivation auslösen.

Patient:innen oder Bezugspersonen arbeiten nicht an den geplanten Themen des Termins, sondern bringen immer wieder Krisen in die Therapie ein.

Viele Patient:innen in der CBASP@YoungAge-Therapie erleben immer wieder belastende und herausfordernde Situationen im Alltag. Häufig ist die Therapie der einzige Ort, an dem diese Themen angemessen besprochen und auch ausgesprochen werden können. Grundsätzlich haben Krisen immer Vorrang! Nicht nur, weil möglicherweise die Sicherheit der Patient:innen geschützt werden muss (Notfallprocedere!), sondern auch, weil die Therapie selbstverständlich ein Ort ist, an dem belastende Situationen Raum haben.

Allerdings ist das Ziel der CBASP@YoungAge-Therapie eine langfristige Veränderung, die möglicherweise auch dazu führen wird, dass eben jene Krisen oder belastende Situationen weniger präsent im Alltag auftreten. Behindern nun Krisen, wie beispielsweise der akute Streit mit einer guten Freundin, die (strukturierte / geplante) therapeutische Arbeit, kann dies dazu führen, dass keine Veränderungen in der Therapie erreicht werden.

Treten Krisen während der Hauptphase der Therapie auf, sind Situationsanalysen eine sehr passende Möglichkeit, proaktiv mit Alltagskrisen umzugehen und diese auch auf Prägungen und die Übertragungshypothese der Patient:innen zu beziehen. Dabei hilft das strukturierte und zielorientierte Bearbeiten der als dramatisch und aussichtslos erlebten Situation. Außerdem wird den Patient:innen so eine Möglichkeit eröffnet, außerhalb der Therapie mit schwierigen Situationen umzugehen. Durch das Nutzen dieser Situationen im Rahmen des Situationsanalyse-Moduls werden Krisen nicht mehr als hinderlich in der Therapie betrachtet, sondern können zielorientiert genutzt werden. Ein solcher Umgang mit Krisen ist während der Therapie nicht immer möglich. Zum einen können Krisen im Leben der Patient:innen auch auftreten, wenn sich die Therapie noch in der Einführungsphase befindet und mit dem Situationsanalyse-Modul noch nicht gearbeitet wurde. Zum anderen können Krisen möglicherweise in einem gemeinsamen Termin mit den teilnehmenden Bezugspersonen angesprochen werden, sodass vielleicht kein geschützter Rahmen zum Bearbeiten besteht. Treten Krisen während der Einführungsphase auf, sollten die Therapeut:innen diese nicht ignorieren oder verbal »wegwischen«. Insbesondere diese Phase der Therapie dient dem Aufbau der Sicherheitszone. Die Patient:innen sollen die Erfahrung machen, dass sie schwierige und belastende Situationen in der Therapie ansprechen können und damit ernst genommen werden. Allerdings stellt diese Phase der Therapie häufig eine Belastung dar, weshalb sie möglichst hochfrequent und intensiv umgesetzt werden sollte, um dann in die Hauptphase der Therapie übergehen zu können. Treten also Krisen während dieser Phase der

Therapie auf, sollten diese zwar lösungsorientiert besprochen werden und Raum bekommen, allerdings sollte dann entsprechend der freundlich-dominanten (freundlich-starken) Grundhaltung der Therapeut:innen zu den eigentlich geplanten Themen der Therapie übergegangen werden. Dieses Vorgehen kann transparent mit den Patient:innen besprochen werden. Es kann sinnvoll sein, die beschriebenen Situationen zu notieren, um dann im späteren Verlauf der Therapie im Situationsanalyse-Modul wieder darauf zurückkommen zu können. Treten Krisen während eines gemeinsamen Termins mit den Bezugspersonen auf, ist es wichtig, flexibel und gelassen darauf zu reagieren. Es kann sinnvoll sein, zunächst in ein Einzelsetting zu wechseln, um die Situation zu besprechen. Wichtig ist, offen und transparent mit den Patient:innen und Bezugspersonen zu besprechen, was ein sinnvolles weiteres Vorgehen sein kann. Möglicherweise kann der Termin geteilt werden oder am Ende etwas individueller Raum geschaffen werden, um die Situation nachzubesprechen.

Krisen sind im Leben der Patient:innen oftmals keine Ausnahmen. Zumeist sind die Patient:innen im Alltag häufig mit belastenden und herausfordernden Situationen konfrontiert. Ziel der Therapie ist, den Patient:innen langfristig zu helfen und einen veränderten Umgang mit krisenhaften Situationen zu ermöglichen. Dieses übergreifende Therapieziel dürfen die Therapeut:innen im Behandlungsprozess nicht aus den Augen verlieren. Für eine dauerhafte Veränderung ist es notwendig, sich auch mit Erfahrungen, Interaktionen und Situationen außerhalb von Krisen zu beschäftigen. Darüber hinaus gilt, die Sicherheitszone der Therapie für die Patient:innen aufrecht zu erhalten und diesen mit einer wertschätzenden und wohlwollenden Grundhaltung zu begegnen. Krisen entstehen nicht, um den therapeutischen Prozess zu sabotieren, sondern sind ein Ausdruck des aktuellen Erlebens und Verhaltens der betroffenen Patient:innen. Ein Ansprechen von Krisen in der Therapie ist Ausdruck einer starken und stabilen therapeutischen Beziehung.

Umgang mit komorbiden Erkrankungen oder zusätzlich behandlungsbedürftigen Symptomen während der Therapie

Die klinische Praxis und Forschung zeigt, dass komorbide psychische Erkrankungen in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen häufig bestehen. Nach Avenevoli et al. (2015) treten insgesamt fast 74 % aller Depressionen gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen auf. Angst- und Verhaltensstörungen, wie ADHS und Substanzkonsum, sind am stärksten mit Depressionen assoziiert. Dies zeigt sich in einem drei- bis vierfach erhöhten Risiko, im Verlauf einer solchen Störung komorbide depressive Störungen zu entwickeln (Fergusson et al., 1993; Kessler et al., 2001). Die Komorbiditätsmuster unterschieden sich im Allgemeinen nicht nach Geschlecht, mit der Ausnahme, dass Mädchen mit Depressionen im Vergleich zu Jungen ein höheres Risiko für Angststörungen oder ADHS aufweisen. Angststörungen und Verhaltensauffälligkeiten sind signifikant stärker mit schweren Depressionen assoziiert als mit leichten oder mittelgradigen (Avenevoli et al., 2015). Je früher die Erkrankung beginnt, desto mehr und schwerere Komorbiditäten treten auf (Korczak & Goldstein, 2009).

Komorbiditäten oder über depressionsassoziierte Symptome hinausgehende Belastungen müssen folglich auch mit hoher Wahrscheinlichkeit in der CBASP@YoungAge-Behandlung adressiert werden. Durch den flexiblen und in der Hauptphase modularen Aufbau des Behandlungsprogramms ist dies ohne Weiteres möglich. Dafür eignet sich insbesondere die Hauptphase der Therapie. In der Hauptphase besteht eine gefestigte therapeutische Beziehung. Die Patient:innen sind mit dem therapeutischen Setting vertraut und eine Behandlungsmotivation ist vorhanden. Außerdem kennt der:die Therapeut:in durch die ausführlich Arbeit mit den Prägungen und Bezugspersonen der Patient:innen bereits mögliche Hot-Spot-Situationen der Patient:innen und kann mit diesen in der Therapie umgehen und ihnen durch die Umsetzung von KPR mit IDÜ angemessen begegnen. Dies sind gute Voraussetzungen, um auch komorbide oder weitere behandlungsbedürftige Symptome in der CBASP@YoungAge-Therapie zu adressieren. Die modulare Struktur der Hauptphase ermöglicht es zudem, zusätzliche Interventionen (bspw. zu Schlafhygiene oder Entspannung) bei Indikation flexibel und passend in den therapeutischen Prozess zu integrieren. Dabei wird darauf geachtet, dass diese zusätzlichen Interventionen der modularen Struktur des sonstigen Behandlungsprogramms entsprechen. Das heißt, dass diese etwa einen bis drei Termine umfassen sollten und in sich eine geschlossene inhaltliche Einheit darstellen, auf die im weiteren Therapieverlauf zurückgegriffen werden kann. So können zusätzliche Interventionen sehr unkompliziert zwischen Einheiten des Kiesler-Kreis-Familientrainings oder den Situationsanalysen integriert werden. Sollte sich im Behandlungsverlauf zeigen, dass diese zusätzlichen Interventionen im Rahmen des CBASP@YoungAge-Behandlungsprogramms nicht ausreichen und eine weitere störungsspezifische Behandlung der Patient:innen erforderlich ist, können diese in einer weiteren Behandlung im Anschluss an die Umsetzung von CBASP@YoungAge adressiert werden. Dies kann beispielsweise für die Behandlung von komorbiden Angsterkrankungen oder dem Vorliegen des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms sinnvoll sein. Empfohlen wird, zunächst die CBASP@YoungAge-Module der Hauptphase umzusetzen, sodass diese bereits in den Alltag der Familien transferieren konnten. Während der Hauptphase werden viele Veränderungsprozesse in den Patient:innen und ihren Familien angestoßen. Bevor weitere therapeutische Inhalte und Interventionen umgesetzt werden, sollte durch die Therapeut:innen sichergestellt werden, dass diese gut und sicher verstanden sind und auch im Alltag umgesetzt werden können. Ist dies in den Familien der Fall, können auch weitreichendere Interventionen im Kontext von CBASP@YoungAge umgesetzt werden, die dann mit einer regelmäßigen Auffrischung des Kiesler-Kreis-Familientrainings und der Situationsanalysen kombiniert werden können.

Da die Abschlussphase das Ende der gesamten Behandlung markiert und dort Erfolge gefeiert wie auch Pläne für die Zukunft geschmiedet werden, sollte dies auch erst am Ende der Therapie umgesetzt werden. Dies ist unabhängig davon, ob oder wie andere Interventionen während der Therapie umgesetzt wurden. Auch im Falle der zusätzlichen Behandlung von weiteren behandlungsbedürftigen Symptomen und Problemen im Rahmen von CBASP@YoungAge empfehlen wir, dass diese Einheit das Ende der Therapie darstellt, in dem alle erreichten Erfolge markiert und abgeschlossen werden.

Bislang existiert keine abgeschlossene Untersuchung für die Anwendung von CBASP im Kindes- und Jugendalter, weder im internationalen noch im deutschsprachigen Raum. Dieses Therapieprogramm ist aus der praktischen Notwendigkeit eines Behandlungsprogramms für eben diese junge Zielgruppe entstanden. Mit der Entwicklung des Behandlungsprogramms geht auch eine erste Prüfung der Machbarkeit und Wirksamkeit von CBASP für Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene einher. Diese Phase-1/2-Studie wird in den psychotherapeutischen Hochschulambulanzen der Universitäten Marburg, Bochum und Landau im Rahmen einer non-randomisierten, multi-zentrischen Pilotstudie umgesetzt. Die Studie wurde im Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS) registriert (Kennung DRKS00023281). Das genaue Studiendesign kann bei Dippel, In-Albon, et al. (2022) nachgelesen werden. Im November 2020 begann die Rekrutierung der Interventionsgruppe in Marburg. Die Rekrutierung der Interventionsgruppe wird voraussichtlich Anfang des Jahres 2023 und der Kontrollgruppe Ende des Jahres 2023 abgeschlossen sein. Die Post- und Follow-up-Erhebungen sind voraussichtlich bis Ende September 2024 abgeschlossen. Die finale Datenanalyse und Ergebniszusammenfassung werden weitere sechs Monate in Anspruch nehmen.

Die für die Pilotstudie in Frage kommenden Patient:innen sind zwischen zehn und 21 Jahre alt und erfüllen die Kriterien für depressive Erkrankungen nach DSM-5. Die Studie entspricht damit den in diesem Manual vorgeschlagenen Einschlusskriterien (vgl. Abschn. 2.4). Der Studieneinschluss basiert auf einem strukturellen klinischen Interview (Kinder-DIPS, Eltern- oder Kinderversion; Schneider et al., 2000). Eine teilnehmende (primäre) Bezugsperson ist in der CBASP@YoungAge-Gruppe obligatorisch, während die Teilnahme der Betreuungsperson in den beiden Treatment-as-Usual (TAU)-Gruppen optional ist. Da die Therapie in deutscher Sprache durchgeführt wird, müssen die Kinder und teilnehmenden Bezugspersonen über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Außerdem ist ein IQ-Wert von ≥ 80 bei den teilnehmenden Kindern/Jugendlichen erforderlich, damit die sie den kognitiven Interventionen folgen können. Die Hauptmesszeitpunkte der Datenerhebungen finden vor der Behandlung (T1), nach der Behandlung (T2) und nach sechs Monaten (T3) statt. Alle Erhebungen werden persönlich durchgeführt (klinisches Interview) sowie in Form von Papierfragebögen erhoben, die von den Indexpatienten und/oder ihren Betreuern bzw. Bezugspersonen ausgefüllt werden.

Primärer Endpunkt ist die Veränderung der depressiven Symptomatik von vor der Therapie (T1) zu nach der Therapie (T2) auf der Grundlage des klinischen Interviews (Kinder-DIPS, Eltern- oder Kinderversion) und des Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) sowie die generelle Machbarkeit der Intervention im ambulanten Kontext. Sekundäre Ergebnisse sind das zwischenmenschliche Verhalten zwischen Bezugspersonen

und Kindern (Impact-Message-Inventory for children and adolescents, IMI@YA), die globale Gesundheit der Bezugspersonen und teilnehmenden Kinder (KIDSCREEN; The KIDSCREEN Group Europe, 2006; Positive Mental Health Questionnaire, PMH, Lukat et al., 2016), die psychische Gesundheit der Bezugspersonen (Brief-Symptom-Inventory, BSI; Geisheim et al., 2002) und die Erziehungsqualität (Parenting Questionnaire, EFB; Naumann et al., 2010). Eine Übersicht über den Studienablauf für die Interventions- und Kontrollgruppe findet sich in Abbildung 8.1.

Ziel dieser Studie ist es, den bereits entwickelten Therapieansatz CBASP@YoungAge im Rahmen einer strukturierten Untersuchung für Kinder und Jugendliche anzuwenden, um so die Machbarkeit und Wirksamkeit im Rahmen einer klinischen Studie zu prüfen. Wir konzentrieren uns auf die Integration von Bezugspersonen und zwischenmenschlichen Beziehungen, um depressive Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage des CBASP-Behandlungsansatzes altersgerecht zu behandeln. CBASP@YoungAge wurde damit in einem naturalistischen klinischen, ambulanten Umfeld an der Philipps-Universität in Marburg eingeführt. Die Ergebnisse ermöglichen eine Einschätzung der Machbarkeit und Wirksamkeit dieses Behandlungsprogramms. Wir wollen überprüfen, ob die entwickelte modulare, interaktionsorientierte Behandlung, wie sie in diesem Buch vorgestellt wird, in einem ambulanten Behandlungssetting umgesetzt werden kann, und eine erste Schätzung der Wirksamkeit durch eine nicht-randomisierte und dennoch kontrollierte Studie erhalten.

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie sollen als Basis für eine umfassende randomisiert-kontrollierte Studie zur multizentrischen Überprüfung der Wirksamkeit und Kosteneffektivität von CBASP@YoungAge im Vergleich zu herkömmlichen Behandlungen dienen. Auf Basis der Ergebnisse dieser Pilotstudie sollen zudem weitere Zusatzmodule für komorbide behandlungsbedürftige Symptome und Störungen untersucht werden. Diese sollen in das modulare Programm aufgenommen und hinsichtlich der Wirksamkeit untersucht werden.

Aktuell werden regelmäßige studieninterne CBASP@YoungAge-Workshops sowie Studien-Supervisionen zur Schulung der Therapeut:innen sowie zur Qualitätssicherung durchgeführt. Es zeigt sich bisher ein großes Interesse von betroffenen Familien am Therapieprogramm und eine bislang sehr gute Akzeptanz bei den Studientherapeut:innen. Die flexiblen Möglichkeiten der Therapiegestaltung erscheinen für die Behandlungsoptimierung gut geeignet. Zudem konnten komplexe familiäre Belastungen durch die unterschiedlichen Module von CBASP@YoungAge bisher gut bearbeitet werden.

Diese positiven Erfahrungen bei gleichzeitigem Mangel an Behandlungsprogrammen für die jungen Patient:innen mit Depressionen sowie viele Anfragen von Kolleg:innen auf Kongressen und Workshops ermutigten uns, dieses Behandlungsmanual bereits in diesem frühen Stadium der Entwicklung und Beforschung des Ansatzes zu publizieren. Wir erhoffen uns insbesondere, dass es weitere Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit, Prädiktoren eines Ansprechens und Mediatoren der Veränderung stimuliert (vgl. auch Schlusswort).

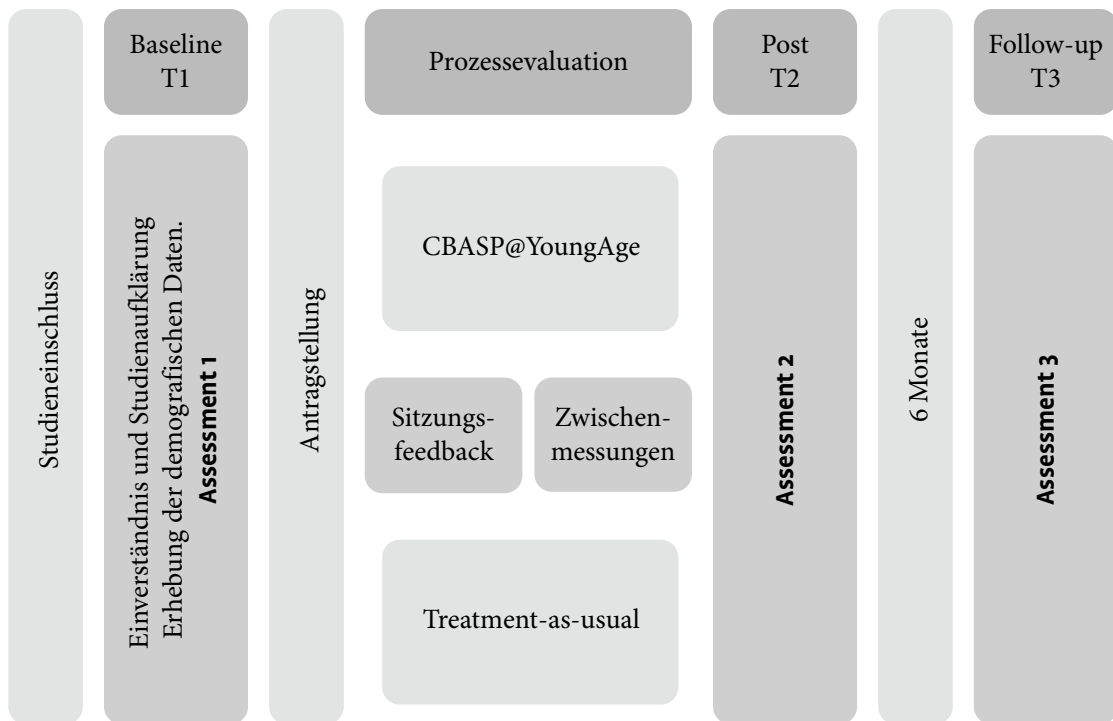


Abbildung 8.1 Studienablauf der CBASP@YoungAge-Pilotstudie

Schlusswort

Wir möchten dieses Buch mit einem kurzen Einblick in bisherige praktische, positive und herausfordernde Erfahrungen abschließen, die wir im Rahmen der CBASP@YoungAge-Pilotierung sammeln konnten. Dies stellt selbstverständlich keine Ergebnisdarstellung der Pilotstudie dar, die aktuell noch läuft (vgl. Kap. 8). Studienworkshops, Supervisionen und andere informelle Gespräche über die Studientherapien unterstreichen, wie wertvoll insbesondere die Personalisierung des Therapieprogramms in der praktischen Umsetzung bei den häufig komplex und komorbid erkrankten jungen Patient:innen zu sein scheint. Daher sollen die abschließenden Ausführungen die praktisch tätigen Leser:innen motivieren, das Programm auch tatsächlich personalisiert und flexibel einzusetzen.

Personalisierte Ergänzungsmöglichkeiten von CBASP@YoungAge

CBASP@YoungAge erweist sich durch die Personalisierungsmodule in der praktischen Umsetzung bisher als hilfreich in der Behandlung von Komorbiditäten oder Begleitsymptomen. Wir empfehlen bei der Personalisierung die Nutzung von evidenzbasierten Strategien für die entsprechenden Symptome und Erkrankungen. Beispielhaft wollen wir das mögliche Vorgehen beim Vorliegen einer zusätzlichen sozialen Phobie skizzieren: Durch den interpersonellen Fokus von CBASP@YoungAge werden viele Probleme einer komorbiden sozialen Phobie direkt adressiert. Bei der Durchführung von Situationsanalysen können beispielsweise Situationen analysiert werden, die angstbesetzte Situationen fokussieren (z. B. Angst, vor der Klasse ein Referat zu halten). Zudem können in der Behandlung durch die Hinzunahme von einem weiteren Modul auch expositions-basierte Strategien und Techniken (wie z. B. Verhaltensexperimente) integriert werden. In der Praxis wäre dabei eine Umsetzung als Modul (3–5 Termine nacheinander) oder aber auch immer wieder integriert zwischen einzelnen Kiesler-Kreis-Familientrainings denkbar. Die flexible Struktur ermöglicht es, diese komorbiden Symptome während der CBASP@YoungAge-Therapie modular zu integrieren oder auch im Anschluss zu adressieren. Auch andere komorbide Angsterkrankungen können durch vergleichbare modulare Ergänzungen von Expositionsstrategien integriert und gezielt behandelt werden.

Die folgende Liste nennt weitere komorbide psychische Erkrankungen oder Begleitsymptome mit entsprechenden personalisierten Anpassungen von CBASP und die Hinzunahme weiterer evidenzbasierter Strategien, wobei diese Aufzählung nicht vollständig ist:

► Hyperkinetische Störungen

Anpassung von CBASP@YoungAge: Insgesamt aktive Gestaltung der einzelnen Therapiephasen, z. B. durch aktives Bauen einer Mauer, Nutzung von vielen Rollenspielen während der Situationsanalysen

Ergänzende Module: Strategien zu Aufmerksamkeitsfokussierung, Steigerung des Selbstwerts

- ▶ Enuresis/ Enkopresis
Anpassung von CBASP@YoungAge: Adressieren möglicher Konflikte und Reaktionen des familiären Umfeldes im Kiesler-Kreis-Familientraining
Ergänzende Module: Toilettentraining, apparative verhaltenstherapeutische Interventionen
- ▶ Schlafstörungen
Ergänzende Module: Strategien zu Schlafhygiene und Ritualen sowie Psychoedukation zu Schlafstörungen
- ▶ Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten
Anpassung von CBASP@YoungAge: Adressieren möglicher Konflikte und Reaktionen des familiären Umfeldes im Kiesler-Kreis-Familientraining
Ergänzende (evidenzbasierte!) Module zu Skills und Regulationsstrategien

Diese Beispiele unterstreichen, dass sich viele unterschiedliche Möglichkeiten eröffnen, CBASP@YoungAge personalisiert zu nutzen und die Therapie so flexibel auf individuelle Problemstellungen und Bedürfnisse anzupassen.

Herausforderungen in der Anwendung von CBASP@YoungAge

Besonders in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bietet sich den Therapeut:innen häufig ein komplexes Bild aus unterschiedlichsten Therapiebeteiligten, die neben den Patient:innen eine zentrale Rolle spielen können und mit ihren eigenen Geschichten, Bedürfnissen, Wünschen und Anliegen auftreten. Die Arbeit in diesen komplexen Problemstellungen und Personenkonstellationen kann sehr bereichernd und lebendig sein, jedoch auch als anstrengend und aufreibend erlebt werden, denn trotz der entstehenden Dynamiken sollte in der Psychotherapie immer das Anliegen der jungen Patient:innen im Vordergrund stehen. Die Therapeut:innen befinden sich somit in einem Spannungsfeld. Dabei kann es schwerfallen, auf die individuelle junge Patientin oder den individuellen jungen Patienten zu fokussieren und dabei insgesamt den Überblick über das familiäre System zu behalten. Die Anwendung von CBASP@YoungAge fokussiert ja gerade durch den gezielten Einbezug der Bezugspersonen dieses Spannungsfeld, was Probleme und Konflikte im Therapieverlauf mit sich bringen kann. Diese Probleme sind jedoch zu erwarten und geradezu gewollt, da derartige Konflikte (auch ruptures genannt) so in der Therapie direkt bearbeitet und gelöst (repair) werden können.

Wir möchten daher an dieser Stelle Mut machen, sich diesen Herausforderungen zu stellen und auf die positiven Seiten dieser Arbeit verweisen, die in diesen komplexen Konstellationen auftreten. Immer wieder wachsen Kinder und Jugendliche, aber auch Bezugspersonen, in den Sitzungen über sich hinaus und erreichen Veränderungen im Umgang miteinander, die sich sehr nachhaltig auf das gemeinsame Zusammenleben auswirken können. Die Arbeit in CBASP@YoungAge kann nicht nur für die Patient:innen, sondern eben auch für ihr engstes Umfeld eine neue, echte und authentische Beziehungserfahrung darstellen, die eine nachhaltige Wirkung zu hinterlassen vermag.

Passend zu diesen Herausforderungen möchten wir dieses Buch nun mit den Worten von James McCullough schließen:

»What you do matters!«

Unser Handeln – als Psychotherapeut:innen, Betroffene und generell als Menschen – hat einen Einfluss, kann etwas bewirken. Insbesondere kann es auch zu positiven und heilsamen Beziehungserfahrungen führen. Wenn alle Familienmitglieder diese interpersonelle Selbstwirksamkeit verinnerlichen, können diverse Schutzmauern überwunden werden. Wir freuen uns, wenn CBASP@YoungAge einen Beitrag dazu leisten kann, die Psychotherapie für Kinder und Jugendliche zu verbessern und Therapeut:innen noch mehr Wege aufzuzeigen, mit komplexen interpersonellen Situationen in Familien umzugehen und diese in der Therapie zu behandeln.

Danksagung

Abschließend möchten wir uns bei allen Beteiligten bedanken, die einen Anteil an der Entstehung des Programms und dieses Buches hatten. Unser Dank gilt zunächst allen Psychotherapeut:innen sowie Wissenschaftler:innen, die das Konzept CBASP in den vergangenen Jahren beforscht, weiterentwickelt und verbreitet haben. Allen voran danken wir damit James McCullough, der mit der Entwicklung und Konzeptualisierung von CBASP eine Möglichkeit geschaffen hat, Patient:innen mit persistierenden Depressionen effektiv und nachhaltig zu behandeln und somit auch diese Adaption möglich gemacht hat. Die vorausgegangene Arbeit an und mit CBASP bot uns einen reichen Schatz an Wissen und Erfahrungen, auf den wir in der Konzeptualisierung dieses Programmes zurückgreifen und mit dem wir arbeiten konnten. Zudem danken wir allen Expert:innen, die während der Konzeptualisierung Anteil an den unterschiedlichen Phasen der Entwicklung hatten und uns auf vielfältige Art und Weise unterstützt haben. Zu nennen sind hier insbesondere Anne Guhn und Stephan Köhler, die einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung des IMI@YA und damit dem modifizierten Kiesler-Kreis hatten.

Wir danken Azimeh Maleki, die die begleitenden Arbeitsmaterialien passend zum CBASP@YoungAge-Programm gestaltet hat, wobei sie diese stets an den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen sowie den Rückmeldungen der Therapeut:innen orientiert hat.

Weiterhin danken wir Hanna Niemeyer, Andrea Nogueira Correia, Ronja Edelmann sowie Manuel Hesse, die im Rahmen ihrer Qualifikationsarbeiten an den Universitäten Marburg und Greifswald an der Entwicklung von CBASP@YoungAge beteiligt waren und sich immer mit höchstem Einsatz und Interesse an den unterschiedlichen Projekten eingebracht haben. Wir danken allen am CBASP@YoungAge beteiligten Lehr- und Forschungsambulanzen (Marburg, Landau und Bochum), insbesondere Silvia Schneider und Tina In-Albon sowie allen dort beteiligten Therapeut:innen und Unterstützer:innen. Weiterhin danken wir Mira Wondratschke, die als studentische Hilfskraft im Projekt seit mehreren Jahren einen konstanten Bestandteil der Evaluierung darstellt und eine große Bereicherung für das Projekt ist. Wir danken allen Therapeut:innen in Marburg,

die sich bereiterklärt haben, CBASP@YoungAge auszuprobieren und immer wieder Feedback und Rückmeldungen geben.

Abschließend gilt unser besonders herzlicher Dank allen jungen betroffenen Patient:innen und ihren Familien, die an CBASP@YoungAge teilgenommen haben und aktuell teilnehmen – Danke für euer und Ihr Vertrauen in dieses Programm und das Forschungsprojekt!

Anhang

Literatur

Hinweise zum Arbeitsmaterial

Sachwortverzeichnis

Literatur

- Adkins, D. E., Wang, V., Dupre, M. E., van den Oord, E. J. C. G. & Elder, G. H. (2009). Structure and Stress: Trajectories of Depressive Symptoms across Adolescence and Young Adulthood. *Social Forces*, 88(1), 31–60. <https://doi.org/10.1353/SOF.0.0238>
- Allen, J. P., Insabella, G., Porter, M. R., Smith, F. D., Land, D. & Phillips, N. (2006). A Social-Interactional Model of the Development of Depressive Symptoms in Adolescence, 74(1), 55–65.
- Allen, N. B., Kuppens, P. & Sheeber, L. B. (2012). Heart rate responses to parental behavior in depressed adolescents. *Biological Psychology*, 90(1), 80–87. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCHO.2012.02.013>
- Alloy, L. B., Abramson, L., Tashman, N. A., Berrebbi, D. S., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Crossfield, A. & Morocco, A. (2001). Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 397–423. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2009.01.007>
- Alto, M., Handley, E., Rogosch, F., Cicchetti, D. & Toth, S. (2018). Maternal relationship quality and peer social acceptance as mediators between child maltreatment and adolescent depressive symptoms: Gender differences. *Journal of Adolescence*, 63, 19–28. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2017.12.004>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Angold, A. & Costello, E. J. (2009). The epidemiology of depression in children and adolescents. In I. Goodyer (Ed.), *The Depressed Child and Adolescent* (Cambridge Child and Adolescents Psychiatry, pp. 143–178). Cambridge: Cambridge University Press., <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543821.007>
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M. & Merikangas, K. R. (2015). Major Depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37–44. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2014.10.010>
- Babore, A., Trumello, C., Candelori, C., Paciello, M. & Cerniglia, L. (2016). Depressive Symptoms, Self-Esteem and Perceived Parent-Child Relationship in Early Adolescence. *Frontiers in Psychology*, 7, 982. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00982>
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V. et al. (2013). Adolescent sub-threshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670–677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- Bandura, A. (1985). Model of Causality in Social Learning Theory. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.). *Cognition and Psychotherapy* (pp. 81–99). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7562-3_3
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J. & Cooper, A. B. (2004). A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics*, 112(2), 119–131. <https://doi.org/10.1542/peds.112.2.e119>
- Beier, E. G., & Young, M. D. (1966). *The silent language of psychotherapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315134925>
- Bertha, E. A. & Balazs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(10), 589–603. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0411-0>

- Bilsky, S. A., Cole, D. A., Dukewich, T. L., Martin, N. C., Sinclair, K. R. et al. (2013). Does supportive parenting mitigate the longitudinal effects of peer victimization on depressive thoughts and symptoms in children? *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 406–419. <https://doi.org/10.1037/A0032501>
- Bird, T., Tarsia, M. & Schwannauer, M. (2018). Interpersonal styles in major and chronic depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 239, 93–101. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.05.057>
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J. et al. (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427–1439. <https://doi.org/10.1097/00004583-199611000-00011>
- Boustani, M. M., Regan, J. & Stanick, C. (2020). Modular CBT for Youth: Principles and Guides. In R. D. Friedberg & B. Nakamura (Eds.), *Cognitive Behavioral Therapy in Youth: Tradition and Innovation*. (Neuro-metho). Humana. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-1-0716-0700-8_12
- Brakemeier, E.-L. & Buchholz, A. (2013). *Die Mauer überwinden: Wege aus der chronischen Depression*. Weinheim: Beltz.
- Brakemeier, E.-L., Guhn, A. & Normann, C. (2021). *Praxisbuch CBASP. Behandlung chronischer Depression und Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie (2. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.
- Brakemeier, E.-L. & Normann, C. (2012). *Praxisbuch CBASP. Behandlung chronischer Depressionen*. Weinheim: Beltz.
- Brakemeier, E.-L., Radtke, M., Engel, V., Zimmermann, J., Tuschen-Caffier, B. et al. (2015). Overcoming Treatment Resistance in Chronic Depression: A Pilot Study on Outcome and Feasibility of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy as an Inpatient Treatment Program. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 51–56. <https://doi.org/10.1159/000369586>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.2006.01615.X>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (n.d.). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, Version 3.1.2022* [Zugriff: 01.02.2023]. DOI: 10.6101/AZQ/000498. www.leitlinien.de/depression.
- Carlson, G. A. (2000). The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 61, 3–8. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00283-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00283-4)
- Carlson, G. A. & Cantwell, D. P. (1980). A Survey of Depressive Symptoms, Syndrome and Disorder in a Child Psychiatric Population. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 21, 19–25.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153–213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Caspar, F., Berger, T., Fingerle, H. & Werner, M. (2016). Das deutsche IMI. *Psychotherapie im Dialog*, 17(04), 1–10. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105981>
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W. et al. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386–389. <https://doi.org/10.1126/science.1083968>
- Chang, C. W., Yuan, R. & Chen, J. K. (2018). Social support and depression among Chinese adolescents: The mediating roles of self-esteem and self-efficacy. *Children and Youth Services Review*, 88, 128–134. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.001>
- Chen, M., Johnston, C., Sheeber, L. B. & Leve, C. (2009). Parent and adolescent depressive symptoms: The role of parental attributions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(1), 119–130. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9264-2>
- Chi, X., Becker, B., Yu, Q., Hossain, M. M., Lin, J. et al. (2020). Persistence and remission of depressive symptoms and psycho-social

- correlates in Chinese early adolescents. *BMC Psychiatry* 2020 20:1, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12888-020-02808-5>
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L. & Weisz, J. R. (2005). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 141–156. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.05.002>
- Cohen, Z. D., Delgadillo, J. & DeRubeis, R. (2021). Personalized treatment approaches. In M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7th ed, pp 673–703.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cole, D. A., Martin, N. C., Sterba, S. K., Sinclair-McBride, K., Roeder, K. M. et al. (2014). Peer victimization (and harsh parenting) as developmental correlates of cognitive reactivity, a diathesis for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 336–349. <https://doi.org/10.1037/A0036489>
- Cole, D. A., Sinclair-McBride, K. R., Zelkowitz, R., Bilsk, S. A., Roeder, K. & Spinelli, T. (2016). Peer Victimization and Harsh Parenting Predict Cognitive Diatheses for Depression in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 668–680. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1004679>
- Constantino, M. J., Laws, H. B., Arnow, B. A., Klein, D. N., Rothbaum, B. O. & Manber, R. (2012). The relation between changes in patients' interpersonal impact messages and outcome in treatment for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 354–364. <https://doi.org/10.1037/a0028351>
- Copeland, W. E., Alaie, I., Jonsson, U. & Shannah, L. (2020). Associations of Childhood and Adolescent Depression With Adult Psychiatric and Functional Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 60(5), 604–611. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.895>
- Costello, E. J., Erkanli, A. & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263–1271. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x>
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837–844. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.60.8.837>
- Crowe, M., Ward, N., Dunnachie, B. & Roberts, M. (2006). Characteristics of adolescent depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 10–18. <https://doi.org/10.1111/J.1447-0349.2006.00399.X>
- Crowell, S. E., Baucom, B. R., Yaptangco, M., Bride, D., Hsiao, R. et al. (2014). Emotion dysregulation and dyadic conflict in depressed and typical adolescents: Evaluating concordance across psychophysiological and observational measures. *Biological Psychology*, 98(1), 50–58. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCHO.2014.02.009>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H. et al. (2021). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01884-6>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A. et al. (2020). Psychotherapy for Depression across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- Dekker, M. C., Ferdinand, R. F., Lang, N. D. J. Van, Bongers, I. L., Ende, J. Van Der, & Verhulst, F. C. (2007). Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 657–666. <https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.2007.01742.X>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. & Remschmidt, H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Dippel, N., In-Albon, T., Schneider, S., Christiansen, H. & Brakemeier, E.-L. (2022). Investigating the feasibility and effectiveness of a modular treatment program for children and adolescents with depression and interpersonal

- problems: study protocol of a quasi-experimental pilot feasibility trial (CBASP@Young-Age). *Pilot and Feasibility Studies*, 8(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s40814-022-01091-3>
- Dippel, N., Szota, K., Cuijpers, P., Christiansen, H. & Brakemeier, E.-L. (2022). Family involvement in psychotherapy for depression in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 00, 1–24. <https://doi.org/10.1111/PAPT.12392>
- Dippel, N., Zimmermann, J., Brakemeier, E.-L. & Christiansen, H. (under review). Capturing impact messages in parent – child interactions: Adaption and Validation of the Impact-Message-Inventory [under review]. *European Journal of Psychological Assessment*.
- DiSalvo, C. A. & McCullough, J. P. (2002). Treating a Chronically Depressed Adolescent Female Using the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: A Case Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 32:4, 32(4), 273–280. <https://doi.org/10.1023/A:1020572826900>
- Donohue, M. R., Whalen, D. J., Gilbert, K. E., Hennefield, L., Barch, D. M. & Luby, J. L. (2019). Preschool Depression: a Diagnostic Reality. *Current Psychiatry Reports* 21 (12), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1102-4>
- Eckshtain, D., Kuppens, S., Ugueto, A., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. et al. (2020). Meta-Analysis: 13-Year Follow-up of Psychotherapy Effects on Youth Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 59(1), 45–63. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.002>
- Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., Kivimäki, M., Hintsanen, M. et al. (2012). Socioeconomic status and the development of depressive symptoms from childhood to adulthood: A longitudinal analysis across 27 years of follow-up in the Young Finns study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 923–929. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2011.12.017>
- Evans, S. C., Weisz, J. R., Carvalho, A. C., Garibaldi, P. M., Bearman, S. K. & Chorpita, B. F. (2020). Effects of standard and modular psychotherapies in the treatment of youth with severe irritability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 255–268. <https://doi.org/10.1037/ccp0000456> M4 - Citavi
- Eyre, O., Hughes, R. A., Thapar, A. K., Leibenluft, E., Stringaris, A. et al. (2019). Childhood neurodevelopmental difficulties and risk of adolescent depression: the role of irritability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(8), 866–874. <https://doi.org/10.1111/JCPP.13053>
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 335–342. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.107.036079>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lynskey, M. T. (1993). Prevalence and Comorbidity of DSM-III-R Diagnoses in a Birth Cohort of 15-Year-Olds. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1127–1134. <https://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00004>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M. & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold Depression in Adolescence and Mental Health Outcomes in Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66–72.
- Ferro, M. A., Gorter, J. W. & Boyle, M. H. (2015). Trajectories of depressive symptoms during the transition to young adulthood: The role of chronic illness. *Journal of Affective Disorders*, 174, 594–601. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2014.12.014>
- Finan, L. J., Ohannessian, C. M. C. & Gordon, M. S. (2018). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to emerging adulthood: The influence of parents, peers, and siblings. *Developmental Psychology*, 54(8), 1555–1567. <https://doi.org/10.1037/dev0000543>
- Fletcher, J. (2013). Adolescent Depression and Adult Labor Market Outcomes. *Southern Economic Journal*, 80(1), 26–49. <https://doi.org/10.4284/0038-4038-2011.193>
- Foster, S. & Mohler-Kuo, M. (2018). Treating a broader range of depressed adolescents with combined therapy. *Journal of Affective Disorders*, 241, 417–424. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.027>

- Franko, D. L., Striegel-Moore, R. H., Thompson, D., Schreiber, G. B. & Daniels, S. R. (2005). Does adolescent depression predict obesity in black and white young adult women? *Psychological Medicine*, 35(10), 1505–1513. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005386>
- Franz, A. O. & McKinney, C. (2018). Parental and Child Psychopathology: Moderated Mediation by Gender and Parent-Child Relationship Quality. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(6), 843–852. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0801-0>
- Furukawa, T. A. A., Efthimiou, O., Weitz, E. S. S., Cipriani, A., Keller, M. B. B. et al. (2018). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, drug, or their combination for persistent depressive disorder: Personalizing the treatment choice using individual participant data network meta-regression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 140–153. <https://doi.org/10.1159/000489227>
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T. & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603–611. <https://doi.org/10.1006/JADO.2002.0507>
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B. & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48(1), 28–36. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.48.1.28>
- Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B. et al. (2017). Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 21(12). <https://doi.org/10.3310/hta21120>
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1998). Consequences of depression during adolescence: Marital status and marital functioning in early adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 686–690. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.4.686>
- Greiner, W. (2019). Kinder- und Jugendreport 2019 – Ängste und Depressionen bei Schulkindern in Sachsen-Anhalt. DAK Gesundheit. <https://www.dak.de/dak/download/fohlen-2180452.pdf>
- Groen, G. & Petermann, F. (2005). Depressive Störungen im Jugendalter: Verlauf und klinische Prädiktoren der Persistenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(1), 10–18. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.34.1.10>
- Guhn, A., Köhler, S. & Brakemeier, E.-L. (2019). Kiesler-Kreis-Training. Weinheim: Beltz.
- Guhn, A., Köhler, S. & Klein, J. P. (2022). CBASP – eine evidenzbasierte und praxisorientierte Einführung. *PSYCH Up2date*, 16(04), 341–361. <https://doi.org/10.1055/a-1442-7454>
- Gutman, L. M. & Eccles, J. S. (2007). Stage-environment fit during adolescence: Trajectories of family relations and adolescent outcomes. *Developmental Psychology*, 43(2), 522–537. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.2.522>
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Angell, K. E., Silva, P. A. & McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128–140. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.128>
- Harmon, S. L., Price, M. A., Corteselli, K. A., Lee, E. H., Metz, K. et al. (2021). Evaluating a Modular Approach to Therapy for Children With Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems (MATCH) in School-Based Mental Health Care: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 12, 639493. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.639493>
- Hoffmann, F., Petermann, F., Glaeske, G. & Bachmann, C. J. (2012). Prevalence and comorbidities of adolescent depression in Germany. An analysis of Health Insurance Data. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(6), 399–404. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000199>
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E. & Group, K. S. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale

- Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57, 807–819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C. & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression — A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.025>
- Horowitz, L. M., Wilson, K. R., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M. J. & Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: A revised circumplex model. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 67–86. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1001_4
- Hughes, E. K. & Gullone, E. (2010). Discrepancies between adolescent, mother, and father reports of adolescent internalizing symptom levels and their association with parent symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 978–995. <https://doi.org/10.1002/JCLP.20695>
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A. & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 47–55. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.09.006>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)*. Zugriff am: 26.11.2022
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L. et al. (2000). A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *The New England Journal of Medicine*, 342(20), 282–290. <https://doi.org/10.1056/NEJM200005183422001>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S. & Ries Merikangas, K. (2001). Mood Disorders in Children and Adolescents: An Epidemiologic Perspective. *Society of Biological Psychiatry*, 49(1), 1002–1014. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.04.007>
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90(3), 185–214. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.90.3.185>
- Kiesler, D. J. (1987). *IMI manual for the impact message inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Kiesler, D. J. (1991). Interpersonal Methods of Assessment and Diagnosis. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Pergamon general psychology series*, Vol. 162. *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 438–468). Oxford: Pergamon Press.
- Kiesler, D. J. (1996). *Wiley series in clinical psychology and personality. Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. John Wiley & Sons.
- Kiesler, D. J., & Schmidt, J. A. (2011). *The Impact Message Inventory - Circumplex (IMI-C) Manual Manual, Instrument, Scoring Guide, and Worksheets*.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H. L., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709–717.
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H. et al. (2009). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy and Brief Supportive Psychotherapy for Augmentation of Antidepressant Nonresponse in Chronic Depression: The RE-VAMP Trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(11), 1178–1188. <https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2009.144>
- Köhler, S., Chrysanthou, S., Guhn, A. & Sterzer, P. (2019). Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. *Depression and Anxiety*, 36(1), 18–30. <https://doi.org/10.1002/da.22835>
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Leybman, M. J. & Hope, N. (2013). Recalled peer

- relationship experiences and current levels of self-criticism and self-reassurance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(1), 33–51. <https://doi.org/10.1111/J.2044-8341.2011.02044.X>
- Korczak, D. J. & Goldstein, B. I. (2009). Childhood Onset Major Depressive Disorder: Course of Illness and Psychiatric Comorbidity in a Community Sample. *Journal of Pediatrics*, 155(1), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.01.061>
- Krause, K. R., Midgley, N., Edbrooke-Childs, J. & Wolpert, M. (2020). A comprehensive mapping of outcomes following psychotherapy for adolescent depression: The perspectives of young people, their parents and therapists. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1, 1–13. <https://doi.org/10.1007/S00787-020-01648-8>
- Kuppens, P., Sheeber, L. B., Yap, M. B. H., Whittle, S., Simmons, J. G. & Allen, N. B. (2012). Emotional inertia prospectively predicts the onset of depressive disorder in adolescence. *Emotion*, 12(2), 283–289.
- Lack, C. W. & Green, A. L. (2009). Mood Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(1), 13–25. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.04.007>
- Lau, J. Y. F. & Eley, T. C. (2008). New Behavioral Genetic Approaches to Depression in Childhood 124 and Adolescence. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 124–148). New York: The Guilford Press.
- LeMoult, J., Humphreys, K. L., Tracy, A., Hoffmeister, J. A., Ip, E. & Gotlib, I. H. (2020). Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(7), 842–855. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.011>
- LeMoult, J., Ordaz, S. J., Kircanski, K., Singh, M. K. & Gotlib, I. H. (2015). Predicting first onset of depression in young girls: Interaction of diurnal cortisol and negative life events. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(4), 850–859. <https://doi.org/10.1037/ABN0000087>
- Lewinsohn, P. M., Shankman, S. A., Gau, J. M. & Klein, D. N. (2004). The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychological Medicine*, 34(4), 613–622. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001466>
- Lewis, A. J., Kremer, P., Douglas, K., Toumbourou, J. W., Hameed, M. A. et al. (2015). Gender differences in adolescent depression: Differential female susceptibility to stressors affecting family functioning. *Australian Journal of Psychology*, 67(3), 131–139. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12086>
- Liang, J., Li, J., Wu, R., Li, J., Qian, S. et al. (2020). Effectiveness comparisons of various psychosocial therapies for children and adolescents with depression: a Bayesian network meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020 30:5, 30(5), 685–697. <https://doi.org/10.1007/S00787-020-01492-W>
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H. & Wittchen, H.-U. (2002). Parental Major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorders in Offspring. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 365. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.365>
- Luby, J. L., Belden, A. C., Pautsch, J., Si, X. & Spitznagel, E. (2009). The clinical significance of preschool depression: Impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *Journal of Affective Disorders*, 112(1–3), 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.026>
- Lucassen, M. F. G., Stasiak, K., Crengle, S., Weisz, J. R., Frampton, C. M. A. et al. (2015). Modular Approach to Therapy for Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems in outpatient child and adolescent mental health services in New Zealand: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0982-9>
- Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W. M. & Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>
- Lyon, A. R., Ludwig, K., Romano, E., Koltracht, J., vander Stoep, A. et al. (2014). Using Modular Psychotherapy in School Mental Health: Provider Perspectives on Intervention-Setting Fit. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(6), 890–901. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.843460>

- Manber, R., Arnow, B., Blasey, C., Vivian, D., McCullough, J. P. et al. (2003). Patient's therapeutic skill acquisition and response to psychotherapy, alone or in combination with medication. *Psychological Medicine*, 33(4), 693–702. <https://doi.org/10.1017/S0033291703007608>
- Mann, M. J., Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D. & Smith, M. L. (2014). The Impact of Negative Life Events on Young Adolescents. *RMLE Online: Research in Middle Level Education*, 38(2), 1–13. <https://doi.org/10.1080/19404476.2014.11462115>
- Marchette, L. K. & Weisz, J. R. (2017). Practitioner Review: Empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(9), 970–984. <https://doi.org/10.1111/JCPP.12747>
- Masi, G., Favilla, L. & Mucci, M. (1998). Depressive disorder in children and adolescents. *European Journal of Paediatric Neurology*, 2(6), 287–295. [https://doi.org/10.1016/S1090-3798\(98\)80003-2](https://doi.org/10.1016/S1090-3798(98)80003-2)
- Mazza, J. J., Fleming, C. B., Abbott, R. D., Haggerty, K. P. & Catalano, R. F. (2010). Identifying Trajectories of Adolescents' Depressive Phenomena: An Examination of Early Risk Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(6), 579–593. <https://doi.org/10.1016/j.cor tex.2009.08.003>. Predictive
- McCullough, J. P. (1984). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy: an interactional treatment approach for dysthymic disorder. *Psychiatry*, 47(3), 234–250.
- McCullough, J. P. (2000). Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration* (13, 3–4) 241–263. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.13.3-4.241>
- McCullough, J. P. (2006). *Treating Chronic Depression with Disciplined Personal Involvement: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-31066-4>
- McCullough, J. P. (2010). CBASP, the Third Wave and the treatment of chronic depression. *Journal of European Psychotherapy*, 9(1), 169–190.
- McCullough, J. P. (2021). Characteristics of the Optimal Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) Therapist Role. *Frontiers in Psychiatry*, 11(January), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.609954>
- McCullough, J. P., Schramm, E. & Penberthy, J. K. (2015). *CBASP as a Distinctive Treatment for Persistent Depressive Disorder*. London: Routledge.
- McLaughlin, A. E., Campbell, F. A., Pungello, E. P. & Skinner, M. (2007). Depressive symptoms in young adults: The influences of the early home environment and early educational child care. *Child Development*, 78(3), 746–756. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01030.x>
- McLeod, B. D., Weisz, J. R. & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 986–1003. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2007.03.001>
- Méndez, J., Sánchez-Hernández, Ó., Garber, J., Espada, J. P. & Orgilés, M. (2021). Psychological Treatments for Depression in Adolescents: More Than Three Decades Later. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4600. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18094600>
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S. et al., (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2010.05.017>
- Mezulis, A. H., Shibley, J. & Abramson, L. Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental Psychology*, 42(6), 1012–1025. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.6.1012>
- Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T. & Schramm, E. (2015). A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of

- psychotherapy for chronically depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 951–963. <https://doi.org/10.1037/ccp0000042>
- Midgley, N., Parkinson, S., Holmes, J., Stapley, E., Eatough, V. & Target, M. (2015). Beyond a diagnosis: The experience of depression among clinically-referred adolescents. *Journal of Adolescence*, 44, 269–279. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2015.08.007>
- Midgley, N., Mortimer, R., Cirasola, A., Batra, P. & Kennedy, E. (2021). The Evidence-Base for Psychodynamic Psychotherapy With Children and Adolescents: A Narrative Synthesis. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.662671>
- Mojtabai, R., Olfson, M. & Han, B. (2016). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*, 138(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S. & Essex, M. J. (2002). Temperamental Vulnerability and Negative Parenting as Interacting Predictors of Child Adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 461–471. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00461.x>
- Mueller, C. & Orvaschel, H. (1997). The failure of «adult» interventions with adolescent depression: What does it mean for theory, research and practice? *Journal of Affective Disorders*, 44(2–3), 203–215. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00040-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00040-2)
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D. & Weissmann, M. M. (2004). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents – PsycNET* (2nd ed.). New York: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2004-19242-000>
- Mullarkey, M. C., Marchetti, I. & Beevers, C. G. (2018). Using Network Analysis to Identify Central Symptoms of Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(4), 656–668. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437735>
- Mychailyszyn, M. P. & Elson, D. M. (2018). Working through the blues: A meta-analysis on Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *Children and Youth Services Review*, 87, 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.02.011>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Depression in children and young people. Quality standard 48*. National Institute for Health and Clinical Excellence, September 2013, 312–317. <https://doi.org/10.4324/9781003083139-48>
- Naumann, S., Bertram, H., Kuschel, A., Heinrichs, N., Hahlweg, K. & Döpfner, M. (2010). Der Erziehungsfragebogen (EFB) Ein Fragebogen zur Erfassung elterlicher Verhaltens-tendenzen in schwierigen Erziehungssituationen. *Diagnostica*, 56(3), 144–157. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000018>
- Negt, P., Brakemeier, E. L., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S. & Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*, 6(8). <https://doi.org/10.1002/BRB3.486>
- Nelson, B. W., Byrne, M. L., Sheeber, L. B. & Allen, N. B. (2017). Does Context Matter? A Multi-Method Assessment of Affect in Adolescent Depression Across Multiple Affective Interaction Contexts: *Clinical Psychological Science*, 5(2), 239–258. <https://doi.org/10.1177/2167702616680061>
- Orchard, F., Pass, L., Marshall, T. & Reynolds, S. (2017). Clinical characteristics of adolescents referred for treatment of depressive disorders. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(2), 61–68. <https://doi.org/10.1111/camh.12178>
- Ormel, J., Raven, D., Van Oort, F., Hartman, C. A., Reijneveld, S. A. et al. (2021). Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, 45, 345–360. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001469>
- Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M. et al. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, 57, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>
- Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche. Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 159(10), 985–994. <https://doi.org/10.1007/s00112-011-2474-7>

- Piaget, J. (1976). Piaget's Theory. In B. Inhelder, H. H. Chipman & C. Zwingmann (Eds.), *Piaget and His School. A Reader in Developmental Psychology* (pp. 11–23). Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-46323-5_2
- Pinquart, M. (2017). Associations of Parenting Dimensions and Styles with Internalizing Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Marriage and Family Review* (53, 7), 613–640. <https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761>
- Puig-Antich, J. & Weston, B. (1983). The Diagnosis and Treatment of Major Depressive Disorder in Childhood. *Annual Review of Medicine*, 34(1), 231–245. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.34.020183.001311>
- Racine, N., Cooke, J. E., Eirich, R., Korczak, D. J., McArthur, B. & Madigan, S. (2020). Child and adolescent mental illness during COVID-19: A rapid review. *Psychiatry Research*, 292, 113307. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113307>
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 871–878. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3121.2006.00685.x>
- Rawana, J. S. & Morgan, A. S. (2014). Trajectories of Depressive Symptoms from Adolescence to Young Adulthood: The Role of Self-esteem and Body-Related Predictors. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(4), 597–611. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9995-4>
- Rice, F., Harold, G. & Thapar, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 65–79. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00004>
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R. et al. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243, 175–181. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.09.015>
- Rie, H. E. (1966). Depression in Childhood: A Survey of Some Pertinent Contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5(4), 653–685. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61960-9](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61960-9)
- Rief, W., Bleichhardt, G., Dannehl, K., Euteneuer, F. & Wambach, K. (2018). Comparing the efficacy of CBASP with two versions of CBT for depression in a routine care center: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3). <https://doi.org/10.1159/000487893>
- Rognli, E. W., Waraan, L., Czajkowski, N. O., Solbakken, O. A. & Aalberg, M. (2020). Conflict with parents in adolescent depression. *Child Psychiatry and Human Development*, 51(3), 442–452. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00955-0>
- Rottenberg, J. (2005). Mood and Emotion in Major Depression: Current Directions in Psychological Science, 14(3), 167–170. <https://doi.org/10.1111/J.0963-7214.2005.00354.X>
- Saveanu, R. V. & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *The Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51–71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>
- Sawyer, M. G., Pfeiffer, S. & Spence, S. H. (2009). Life events, coping and depressive symptoms among young adolescents: A one-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 117(1–2), 48–54. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2008.12.013>
- Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (2000). Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS). Heidelberg: Springer.
- Schramm, E., Kriston, L., Elsaesser, M., Fangmeier, T., Meister, R. et al. (2019). Two-Year Follow-Up after Treatment with the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Supportive Psychotherapy for Early-Onset Chronic Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(3), 154–164. <https://doi.org/10.1159/000500189>
- Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K. et al. (2017). Effect of disorder-specific vs nonspecific psychotherapy for chronic depression: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 233–242. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3880>

- Schramm, E., Zobel, I., Dykiererek, P., Kech, S., Brakemeier, E.-L. et al. (2011). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: A randomized pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 109–116. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2010.08.003>
- Schramm, E., Zobel, I., Schoepf, D., Fangmeier, T., Schnell, K. et al. (2015). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Escitalopram in Chronic Major Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(4), 227–240. <https://doi.org/10.1159/000381957>
- Schwartz, O. S., Dudgeon, P., Sheeber, L. B., Yap, M. B. H., Simmons, J. G. & Allen, N. B. (2012). Parental behaviors during family interactions predict changes in depression and anxiety symptoms during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 59–71. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9542-2>
- Schwartz, O. S., Sheeber, L. B., Dudgeon, P. & Allen, N. B. (2012). Emotion socialization within the family environment and adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 447–453. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.002>
- Seiffge-Krenke, I. & Kollmar, F. (1998). Discrepancies between Mothers' and Fathers' Perceptions of Sons' and Daughters' Problem Behaviour: A Longitudinal Analysis of Parent-Adolescent Agreement on Internalising and Externalising Problem Behaviour. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(5), 687–697. <https://doi.org/10.1017/S0021963098002492>
- Seligman, M. E. P., Kaslow, N. J., Alloy, L. B., Peterson, C., Tanenbaum, R. L. & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 235–238. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.93.2.235>
- Sheeber, L. B., Allen, N. B., Davis, B. & Sorensen, E. (2000). Regulation of Negative Affect During Mother-Child Problem-Solving Interactions: Adolescent Depressive Status and Family Processes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(5), 467–479. <https://doi.org/10.1023/A:1005135706799>
- Sheeber, L. B., Allen, N. B., Leve, C., Davis, B., Shortt, J. W. & Katz, L. F. (2009). Dynamics of affective experience and behavior in depressed adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(11), 1419–1427. <https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.2009.02148.X>
- Sheeber, L. B., Kuppens, P., Shortt, J. W., Katz, L. F., Davis, B. & Allen, N. B. (2012). Depression is associated with the escalation of adolescents' dysphoric behavior during interactions with parents. *Emotion*, 12(5), 913–918. <https://doi.org/10.1037/a0025784>
- Sijtsema, J. J., Oldehinkel, A. J., Veenstra, R., Verhulst, F. C. & Ormel, J. (2014). Effects of structural and dynamic family characteristics on the development of depressive and aggressive problems during adolescence The TRAILS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 499–513. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0474-y>
- Spielmanns, G. I., Pasek, L. F. & Mcfall, J. P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 642–654. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.06.001>
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Oppen, P. van et al. (2011). Positive and negative life events and personality traits in predicting course of depression and anxiety. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 462–473. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2011.01753.X>
- Stallard, P. (2013). Adapting cognitive behaviour therapy for children and adolescents. In P. Graham & S. Reynolds (Eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* Cambridge Child and Adolescent Psychiatry, pp. 22–33). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139344456.005
- Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J. & Bätzing, J. (2019). Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland*, 1(15), 1–30. <https://doi.org/10.20364/VA-18.07>

- Stringaris, A., Maughan, B., Copeland, W. S., Costello, E. J. & Angold, A. (2013). Irritable Mood as a Symptom of Depression in Youth: Prevalence, Developmental, and Clinical Correlates in the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 831–840. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2013.05.017>
- Struck, N., Gärtner, T., Kircher, T. & Brakemeier, E.-L. (2021). Social Cognition and Interpersonal Problems in Persistent Depressive Disorder vs. Episodic Depression: The Role of Childhood Maltreatment. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.608795>
- Sun, M., Rith-Najarian, L. R., Williamson, T. J. & Chorpita, B. F. (2019). Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-Up Effects for Internalizing Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48, 269–283. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1443459>
- The KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Toth, S. L., Handley, E. D., Manly, J. T., Sturm, R., Adams, T. R. et al. (2020). The moderating role of child maltreatment in treatment efficacy for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(10), 1351–1365. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00682-z> M4 - Citavi
- Twenge, J. M. & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 578–588. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.4.578>
- Uchida, M., Hirshfeld-Becker, D., DiSalvo, M., Rosenbaum, J., Henin, A. et al. (2021). Further Evidence that Subsyndromal Manifestations of Depression in Childhood Predict the Subsequent Development of Major Depression. A replication study in a 10 Year Longitudinal Assessed Sample. *Journal of Affective Disorders*, 287, 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.030>
- Vance, A. & Winther, J. (2021). Irritability, Depressed Mood, Inattention and Spatial Working Memory in Children and Adolescents with Major Depressive Disorder With/Without Persistent Depressive Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 52, 800–807. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01061-x>
- Varley, C. K. (2006). Treating Depression in Children and Adolescents What Options Now ? *CNS Drugs*, 20(1), 1–13.
- von Lucadou, A. & Schramm, E. (2018). Interpersonelle Psychotherapie bei affektiven Störungen. *PSYCH Update*, 12(01), 39–54. <https://doi.org/10.1055/s-0043-106080>
- Wartberg, L., Kriston, L. & Thomasius, R. (2018). Depressive Symptoms in Adolescents: Prevalence and Associated Psychosocial Features in a Representative Sample. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(33–34), 549. <https://doi.org/10.3238/ARZTEBL.2018.0549>
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E. C. & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment: Preliminary report. *The Journal of Pediatrics*, 83(6), 1065–1072. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(73\)80552-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(73)80552-9)
- Weiss, B. & Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology*, 15(2), 403–430. <https://doi.org/10.1017/S0954579403000221>
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J. et al. (2012). Testing Standard and Modular Designs for Psychotherapy Treating Depression, Anxiety, and Conduct Problems in Youth. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274–282. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M. et al. (2017). What Five Decades of Research Tells Us About the Effects of Youth Psychological Therapy: A Multilevel Meta-Analysis and Implications for Science and Practice. *American Psycho-*

- logist, 72(2), 79–117. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/a0040360>
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M. et al. (2019). Are Psychotherapies for Young People Growing Stronger? Tracking Trends Over Time for Youth Anxiety, Depression, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Conduct Problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 216–237. <https://doi.org/10.1177/1745691618805436>
- Weisz, J. R., Mccarty, C. A. & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 132–149. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.132>
- Wesselhoeft, R., Heiervang, E. R., Kragh-Sørensen, P., Juul Sørensen, M., Bilenberg, N. et al. (2016). Major depressive disorder and subthreshold depression in prepubertal children from the Danish National Birth Cohort. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 65–76. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.06.012>
- Wesselhöft, R. T. (2016). Childhood Depressive Disorders. *Danish Medical Journal*, 63(10).
- Whalen, D. J., Sylvester, C. M. & Luby, J. L. (2017). Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 503–522. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.006>
- Whitaker, R. (2005). Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. *Ethical Human Sciences and Services*, 7(1), 23–35. <https://doi.org/10.1891/1523-150X.7.1.23>
- Wiersma, J. E., van Schaik, D. J. F., Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L. et al. (2014). The Effectiveness of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(5), 263–269. <https://doi.org/10.1159/000360795>
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28(1), 109–126. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005928>
- World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.
- World Health Organisation. (2022). Factsheet: Child maltreatment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. Zugriff am: 26.11.2022
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). Adolescent mental health in the European Region: factsheet for World Mental Health Day 2018. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345907>
- Yap, M. B. H., Morgan, A. J., Cairns, K., Jorm, A. F., Hetrick, S. E. & Merry, S. (2016). Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clinical Psychology Review*, 50, 138–158. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2016.10.003>
- Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., del Giovane, C., Furukawa, T. A. A. et al. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 581–601. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30137-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1)

Hinweise zum Arbeitsmaterial

Die Materialien sollen Ihnen Hilfe in der praktischen Arbeit sein. Sie stehen Ihnen mit dem E-Book inside als PDF zum Download zur Verfügung. Den Download-Code und eine ausführliche Anleitung, wie Sie sich das E-Book herunterladen können, finden Sie ganz vorne im Buch.

Nachfolgend finden Sie eine Übersicht über alle im Buch erwähnten Materialien.

Übersicht Arbeitsmaterial

AB 1 Therapievereinbarungen

Auf diesem Arbeitsblatt können Absprachen oder Regeln, die zu Beginn der Therapie gemeinsam mit den Patient:innen und/ oder ihren Bezugspersonen besprochen werden, festgehalten werden. Das Arbeitsblatt dient dabei einer Übersicht der vereinbarten Punkte und kann als Erinnerung genutzt werden.

AB 2 Die interpersonelle Mauer

Mit diesem Arbeitsblatt können interpersonelle Erfahrungen der Patient:innen beschrieben und als Mauer visualisiert werden. Aktuelle oder vergangene Erfahrungen werden durch die Patient:innen eingetragen oder gemalt. Die Arbeit erfolgt hierbei in der Regel ohne die Bezugspersonen.

AB 3 Die Liste der prägenden Bezugspersonen

Durch dieses Arbeitsblatt können prägende Bezugspersonen gemalt oder zu beschrieben werden. Die Durchführung erfolgt in der Regel ohne Einbezug der Bezugspersonen, ist aber in der Gestaltung auch flexibel. Es können sowohl die Prägungen als auch nur Bilder oder Namen auf dem Arbeitsblatt eingetragen werden.

AB 4 Meine Erwartung/ Befürchtung

Durch die Übertragungshypothese bzw. Übertragungshypothesen werden die erarbeiteten Beziehungserfahrungen (vgl. AB »Liste der prägenden Bezugspersonen«) auf das aktuelle Verhalten und Erleben der Patient:innen bezogen. Es werden Erwartungen bzw. Befürchtungen formuliert, wie Menschen auf die Patient:innen reagieren. Dieses Arbeitsblatt bietet eine Möglichkeit der Dokumentation der erarbeiteten Übertragungshypothesen.

AB 5 Meine Übertragungshypothesen

Auch auf diesem Arbeitsblatt kann die Übertragungshypothese dokumentiert werden. Welches Arbeitsblatt verwendet wird, orientiert sich an den Begrifflichkeiten aus der Therapie.

AB 6 Interpersonelle Diskriminationsübung

Die Interpersonelle Diskriminationsübung wird in Situationen eingesetzt, in denen die Übertragungshypothesen oder Prägungen der Patient:innen in der Therapie auftreten. Mit diesem Arbeitsblatt können die Antworten der strukturierten Fragen festgehalten

werden. IDÜs werden in der Regel mit den Patient:innen umgesetzt. Das Arbeitsblatt steht für unterschiedliche Altersgruppen zur Verfügung.

AB 7 Kiesler-Kreis-Variationen

Der Kiesler-Kreis steht in unterschiedlichen Variationen für die Arbeit mit den Patient:innen und Bezugspersonen zur Verfügung. Der Kiesler-Kreis kann so als Grundlage für die nachfolgenden Sitzungen mit allen teilnehmenden Personen gemeinsam erarbeitet werden.

AB 8 Kiesler-Kreis-Karten

Die Kiesler-Kreis-Karten können in den unterschiedlichen Übungen und Rollenspielen der Therapie eingesetzt werden. Sie beschreiben die Positionen des Kiesler-Kreises genauer und bieten die Möglichkeit, Rollen bei Kiesler-Kreis-Übungen zu verteilen. Die Karten werden ausgeschnitten und in den Therapiesitzungen genutzt.

AB 9 Kiesler-Kreis-Karten (blanco)

Auch die blanco Kiesler-Kreis-Karten erfüllen diesen Zweck. Auf diesen Karten können die Teilnehmenden der Therapie selbst erarbeitete Ausdrücke oder Verhaltensweisen der unterschiedlichen Kiesler-Kreis-Positionen eintragen und sie in der Therapie oder auch zu Hause nutzen.

AB 10 Ampelschema

Das Ampelschema (auch SEW-Schema genannt) dient als Anwendungsmöglichkeit der Situationsanalyse für jüngere Patient:innen. Dieses Arbeitsblatt kann immer wieder bei der Anwendung des Ampelschemas mit den Patient:innen eingesetzt werden, um Erkenntnisse aus der Übung festzuhalten.

AB 11 Situationsanalyse Kinder

Dieses Arbeitsblatt wird zur Durchführung und Dokumentation der Situationsanalyse für Kinder genutzt. Sämtliche wichtige Schritte einschließlich der Beschreibung und Kriterien sind hier festgehalten. Im Verlauf der Therapie kann es den Patient:innen auch mit nach Hause gegeben werden, um Situationsanalysen selbstständig vorzubereiten und durchführen zu können.

AB 12 Situationsanalyse Jugendliche

Dieses Arbeitsblatt wird zur Durchführung und Dokumentation der Situationsanalyse für Jugendliche genutzt. Sämtliche wichtige Schritte einschließlich der Beschreibung und Kriterien sind hier festgehalten. Im Verlauf der Therapie kann es den Patient:innen auch mit nach Hause gegeben werden, um Situationsanalysen selbstständig vorzubereiten und durchführen zu können.

AB 13 Abschluss der Therapie

Auf diesem Arbeitsblatt, welches den Therapieabschluss begleitet, können die Patient:innen Ziele oder Wünsche notieren. Zielsetzung des Arbeitsblattes ist es zudem, für schwierige Situationen aus der Vergangenheit nun die in der Therapie erarbeiteten Veränderungen zu reflektieren und festzuhalten. Diese können auf dem Arbeitsblatt eingetragen und den Patient:innen mit nach Hause gegeben werden.

Sachwortverzeichnis

A

Abschied 128
Abschlussphase 45, 127
Ampelschema 111
Anamnese 43
Anschlussbehandlung 41
Ausschleichschema 127

B

Befürchtung 80
Bezugspersonen 38, 40, 46,
73, 76, 139

C

Circumplexmodell 86

D

Diagnose 43
Diskriminationslernen 88
DSM-5 18

E

Effektstärken 29
Einführungsphase 45, 62
Erwartung 80
Evoking Message 86
Explorationsphase 117

F

Frequenz 64
frühe traumatisierende
Beziehungserfahrungen 32

G

Generalisierung 125
Geschwister 91

H

Hauptphase 45, 84
Hot-Spot-Situationen 53

I

ICD-10 17
IMI@YA 90
IMI@YA Auswertungsschema
99
Impact Message 86
Impact Message Inventar 90
Interaktionsverhalten 98

Interpersonelle Diskrimina-
tionsübung (IDÜ) 52, 57
interpersonelle Flexibilität 97
interpersonelle Mauer 66, 67,
72
interpersoneller Stil 90
interpersonelle Schwierigkei-
ten 21, 35, 40
– Auswirkungen 22
interpersonelles Verhalten 21
Irritabilität 21

K

kausal theoretische Schlussfol-
gerung 77
Kiesler-Kreis 85, 92
– einordnen 97
– Zugkräfte 96
Kiesler-Kreis-Familientraining
101
– Übungen 105
Kindesmisshandlung 32
komorbide Störungsbilder 41
Komorbiditäten 45, 145
Kontingente Persönliche
Reaktion (KPR) 52, 53
– negative 54
– positive 54
Koordinationsmodule 37
Krisen 144

L

Lösungsphase 120

M

Mikroanalyse 117
Module 37
Modulreihenfolge 46
Motivation 143
multifaktorielles Bedingungs-
modell 23

N

Notfallplan 128

P

Personalisierung 36
Prägung 35, 75, 77, 79, 131

Prävalenzraten 15
Psychoedukation 66
psychosoziale Schutzfaktoren
27

R

Reizbarkeit 21
Rollenspiele 102
Rückfallprophylaxe 129

S

Schlafstörungen 84
Schweigepflicht 65
Selbstöffnung 98
Shaping 126
Sicherheitszone 49
Situation – Emotion – Wunsch
(SEW)-Schema 111
Situationsanalyse 109
– Ampelschema 111
– Explorationsphase 117
– Lösungsphase 120
– Ziele 109
soziales Empathiedefizit 32
Stempel 77
Stimuluscharakter 86
Störungsmodell 32, 66, 67
Streit 139
Symptomatik 21

T

therapeutische Haltung 48
therapieschädigendes
Verhalten 54
Therapievereinbarung 65

U

Übertragungshypothese 35,
45, 80, 131

V

Verhaltensregeln 64, 65
Verstärker-Verlust-Modell 87

W

Wohngruppen 46

Tierisch starke Übungen zur Emotionsregulation

Mit Geparden Grenzen setzen, Krokodilstränen auf den Grund gehen und mit Glühwürmchen achtsam werden? Auf Expedition quer durch die Gefühlswelt erwerben und verbessern Kinder Kompetenzen im Umgang mit ihren Emotionen.

Emotionsregulation zu üben und zu erleben, kann ganz schön herausfordernd sein. Die 99 Übungskarten mit Beispielen aus der Natur und Tierwelt bieten Kindern und Jugendlichen hierfür einen spannenden Einstieg und neue Lösungsmöglichkeiten. Und mit der optionalen Rahmengeschichte, die die Übungen in ein kleines Abenteuer einbettet, fällt es noch ein bisschen leichter: Denn Esel Timo hat die spannende Gefühle-Expedition bereits gemeistert, kann davon erzählen und Mut machen.



Marny Münnich

Expedition Esel

99 Übungen zum Entdecken der eigenen Gefühlswelt

Kartenset für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Mit 24-seitigem Booklet in stabiler Box, Kartenformat 9,8 x 14,3 cm.

2022.

GTIN 4019172101084

Wege und Ziele finden!

Geradeaus – nein, hier rechts – oder doch lieber linksrum? Hier geh ich lang!

Psychotherapeut*innen, Pädagog*innen und andere Fachleute arbeiten mit Kindern und Jugendlichen mit vielen verschiedenen Lebensläufen und -situationen zusammen. Die Arbeit an der eigenen Biografie, dem Lebensweg und den eigenen Zielen – all das sind dabei wichtige Aufgaben im therapeutischen Prozess. Mit dem Lebenswegelespiel gelingt es spielerisch und leicht, über die unterschiedlichsten Themen ins Gespräch zu kommen:

- ▶ Was ist mein größter Lebenstraum?
- ▶ Was ist schon mal so richtig schief gegangen?
- ▶ Worauf bin ich total stolz?
- ▶ Was möchte ich nach der Schule am liebsten machen?
- ▶ Wovor habe ich Angst?

Die Spieler und Spielerinnen sollen angeregt werden, über Erfahrungen, Erlebnisse, Assoziationen und Emotionen nachzudenken und das eigene Verhalten in Bezug auf den Lebensweg zu reflektieren. So gelingt es, Wahlmöglichkeiten im individuellen Handeln zu erkennen, neue Wege zu erproben und sich für zukünftige Aufgaben und Ziele zu wappnen.

- ▶ Mit Spielbrett aus 72 Wegekarten
- ▶ Für Einzel- und Gruppensetting geeignet
- ▶ Einsetzbar in Psychotherapie, Beratung, ambulanten und stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Trauergruppen, Schulberatung u.v.m.



Melanie Gräßer •

Eike Hovermann jun.

Hier geh ich lang - Das Lebenswegelespiel

Therapiespiel für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

Mit Spielplan aus 72 Wegekarten in stabiler Box

2022

GTIN 4019172100841

Die passende Lösung finden

Jugendlichen erscheinen ihre Probleme teils so verfestigt oder auch wenig greifbar, dass sie das Gefühl haben, trotz viel Mühe zu keiner Lösung zu kommen.

Was ist konkret das Problem? Und was ist eigentlich das Ziel? Welche Schritte sind hierfür nötig? Was tun bei Blockaden?

Gebündelt in acht Modulen auf Basis eines Problemlösetrainings begleiten die Karten in Psychotherapie und Beratung auf kreative Art. Wirksame therapeutische Techniken wie Reframing, Ressourcenaktivierung und Externalisierung unterstützen den Lösungsprozess. Metaphern, Humor und Impact-Techniken sowie für Jugendliche ansprechende Bilder ermöglichen eine erlebnisorientierte und damit effektive therapeutische Arbeit. Geeignet für Jugendliche von ca. 12–18 Jahren.

Aus dem Inhalt

Definition des Problems • Zielfindung • Selbstwirksamkeit stärken und Ressourcen aktivieren • Entscheidungsschwierigkeiten meistern • Barrieren erkennen und überwinden • Dysfunktionale Kognitionen bearbeiten und Versagensängste verringern • Aus der Resignation herausfinden • Sich selbst für Erfolge bestärken



Felicitas Bergmann
Kreatives Problemlösen mit Jugendlichen

Kartenset mit 75 Karten in hochwertiger Klappkassette, mit 32-seitigem Booklet.

Kartenformat 16,5 x 24 cm.

2021.

GTIN 4019172100216

Kleine Superhelden

»Sich selbst zu lieben ist der Beginn einer lebenslangen Romanze« – sagte bereits Oscar Wilde. Für die gesunde psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen kann die Bedeutung eines stabilen Selbstwerts nicht hoch genug geschätzt werden. In der Psychotherapie und klinisch-psychologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen nimmt die Arbeit am Selbstwert daher schulenübergreifend und störungsunabhängig eine zentrale Rolle ein.

Das Therapie-Tools-Buch trägt diverse Techniken zusammen, welche einerseits auf die primäre und sekundäre Prävention von Selbstwertproblemen abzielen, andererseits aber auch Ansätze zur Therapie bei bereits bestehenden Beeinträchtigungen des Selbstwerts bieten. Attraktiv gestaltete Materialien für Kinder, Jugendliche und Eltern laden zur Mitarbeit ein.

Aus dem Inhalt

Anamnese und Psychoedukation • Elternberatung und Familienarbeit • Den Selbstwert stärken • Stärkung assoziierter Fähigkeiten • Pubertät, Sexualität, Gender • Schule und Leistung • Soziale Online-Netzwerke • Psychische Störungen • Chronische Erkrankungen • Kinder psychisch kranker Eltern



Anna Felnhofer • Claudia Klier •
Stéphanie Galliez

Therapie-Tools Selbstwert bei Kindern und Jugendlichen

Mit E-Book inside und
Arbeitsmaterial

2022. 249 Seiten. Broschiert.

ISBN 978-3-621-28916-0

ISBN 978-3-621-28917-7 (PDF)

Mit kreativen Methoden die eigenen Werte herausfinden

Die Monster im Boot da sein lassen, sich nicht mit eingerollten Socken verkämpfen, auf der Gefühlswelle surfen und dem eigenen Verstand mit Humor begegnen: Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) zeichnet sich insbesondere durch die Arbeit mit Metaphern, erlebnisorientierten Methoden und einer intensiven Beziehungsgestaltung aus. Durch den Einsatz von kreativen Methoden ist sie ideal für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen geeignet.

ACT hat das Ziel, die psychische Flexibilität zu erweitern. Eine Grundannahme ist, dass schwierige und unangenehme Erfahrungen, ebenso wie schwierige und unangenehme Gedanken, Erinnerungen, Körperempfindungen und Gefühle, Teil unseres Lebens sind. Psychisches Leid entsteht, wenn wir unser Verhalten darauf ausrichten, dieses innere Erleben zu kontrollieren. Auch bei Kindern und Jugendlichen sind solche Prozesse zu beobachten.

Das Therapie-Tools orientiert sich an den sechs Kernprozessen des Hexaflex-Modells – jeweils zugeschnitten auf die Altersbereiche der Kinder und Jugendlichen sowie für die Elternarbeit. Enthalten sind eine Vielzahl von erlebnisorientierten Übungen und Metaphern auf über 100 Arbeits- und Informationsblättern.

Aus dem Inhalt

Kontakt mit dem gegenwärtigen Augenblick
• Akzeptanz • Defusion • Werte • Engagiertes Handeln • Selbst-als-Kontext • Elternarbeit • Fallkonzepte



Tanja Cordshagen-Fischer
Jens-Eckart Fischer
**Therapie-Tools Akzeptanz- und
Commitmenttherapie (ACT) mit
Kindern und Jugendlichen**

Mit E-Book inside und
Arbeitsmaterial
2022. 308 Seiten. Broschiert.
ISBN 978-3-621-28820-0
ISBN 978-3-621-28821-7 (PDF)

Arbeitsblätter

- AB 1 Therapievereinbarungen
- AB 2 Die interpersonelle Mauer
- AB 3 Die Liste der prägenden Bezugspersonen
- AB 4 Meine Erwartung / Befürchtung
- AB 5 Meine Übertragungshypothesen
- AB 6 Interpersonelle Diskriminationsübung
- AB 7 Kiesler-Kreis-Variationen
- AB 8 Kiesler-Kreis-Karten
- AB 9 Kiesler-Kreis-Karten (blanco)
- AB 10 Ampelschema
- AB 11 Situationsanalyse Kinder
- AB 12 Situationsanalyse Jugendliche
- AB 13 Abschluss der Therapie



CBASP@
YoungAge

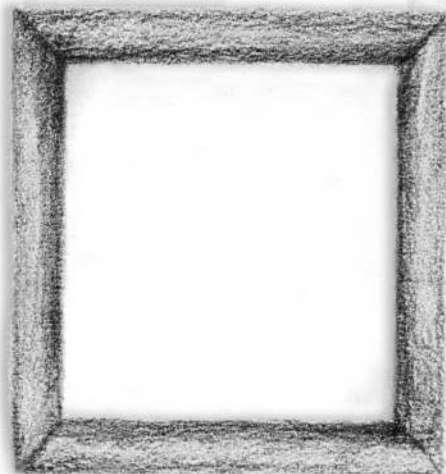
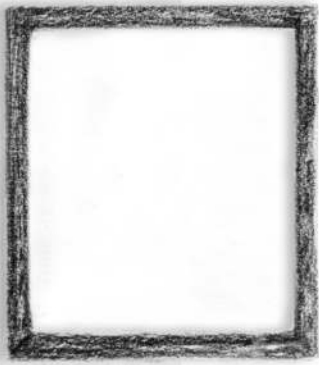
AB 2 Die interpersonelle Mauer

In die Steine kannst du Situationen malen oder schreiben, die dir einfallen:

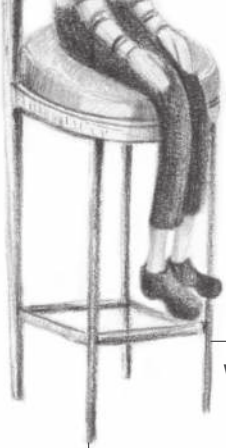


Ich habe um mich herum eine Mauer gebaut. Immer wieder sind Sachen passiert, die wie ein neuer Mauerstein waren.

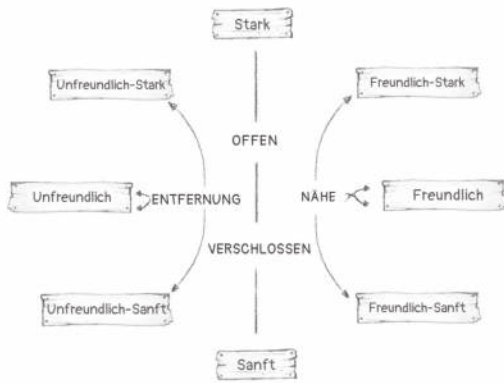
AB 3 Die Liste der prägenden Bezugspersonen



AB 6 Interpersonelle Diskriminationsübung (1/3)



Wie habe ich mich gerade in der Therapie verhalten?



Wie hat meine Therapeut:in reagiert?



Wie hätte (präg. Bezugsperson) reagiert?

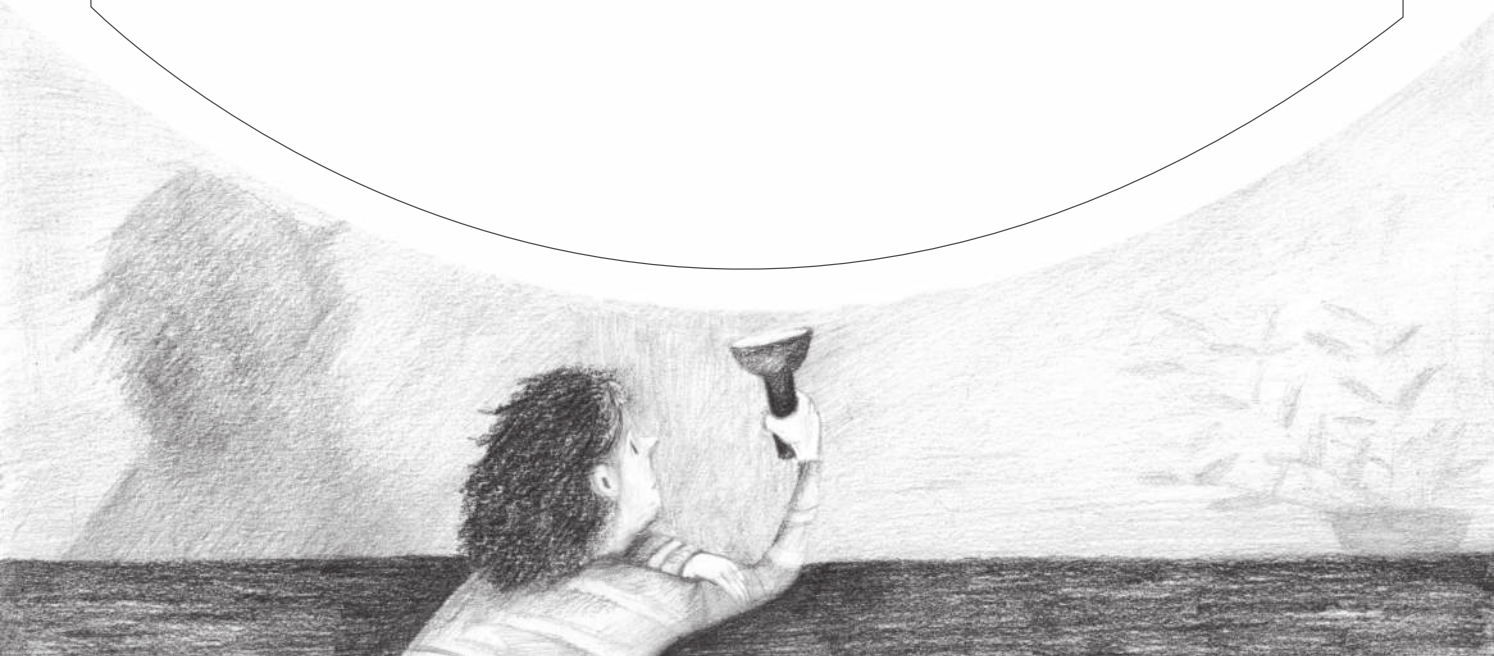


Was ist der Unterschied?

Meine Therapeut:in...

Meine Bezugsperson...

Was bedeutet es für mich, wenn (meine Therapeut:in) anders reagiert als meine früheren oder jetzigen wichtigen Personen? Wie fühlt sich das an?



Ab 6 Interpersonelle Diskriminationsübung (3/3)

Kurze Beschreibung der Situation:

1

Was war mein Verhalten gerade in der Therapie?

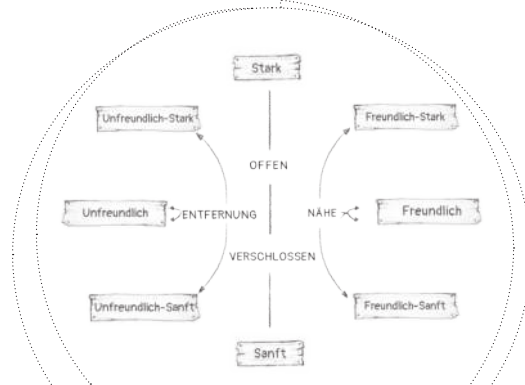
2

Wie hat meine Therapeut:in auf mich reagiert ?

-
-
-
-
-
-
-
-

Wie hätten in einer vergleichbaren Situation meine engen Bezugspersonen reagiert?

-
-
-
-
-
-
-

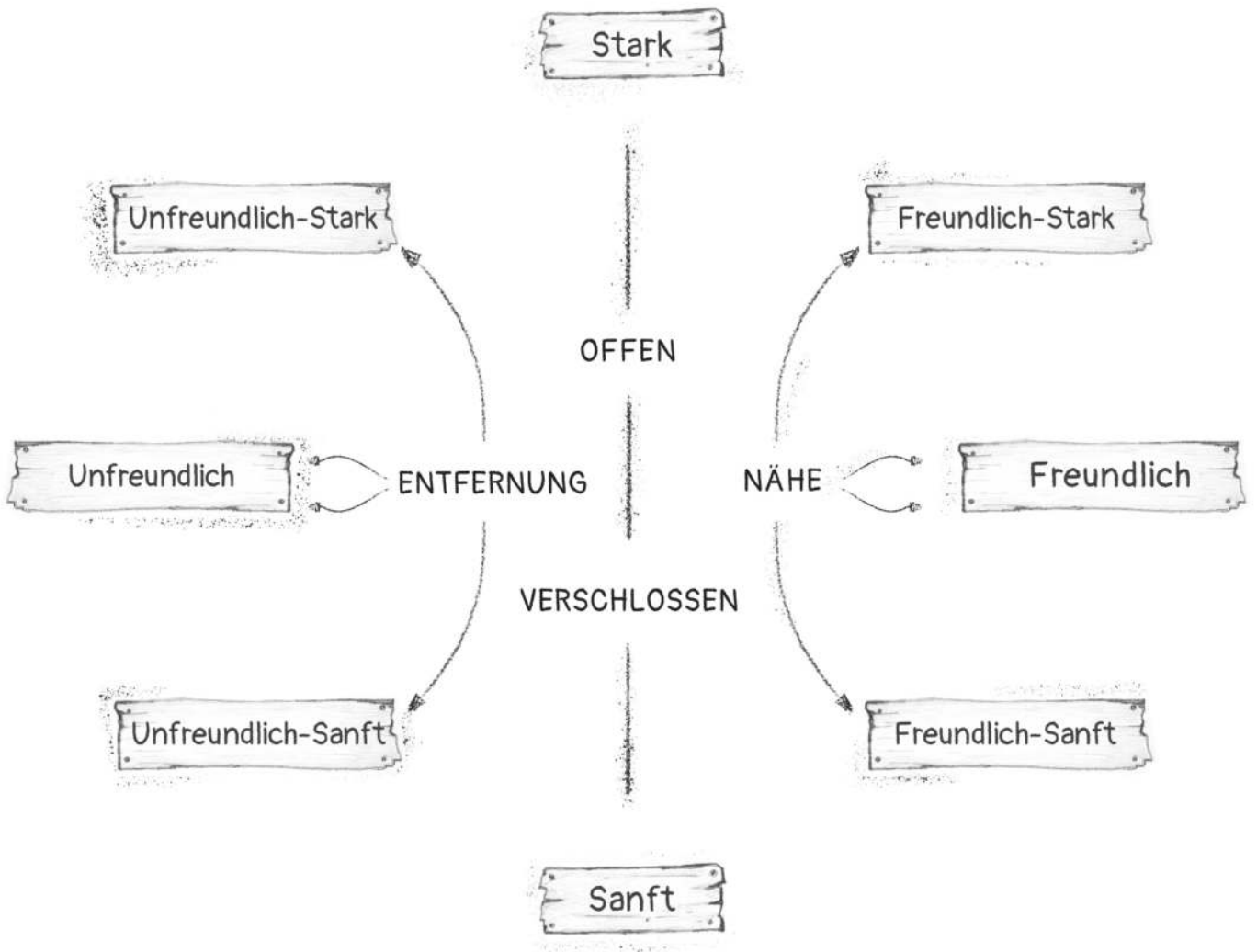


3 Welche Unterschiede bestehen zwischen der Reaktion von (meiner Therapeut:in) und (prägenden Bezugsperson/en)?

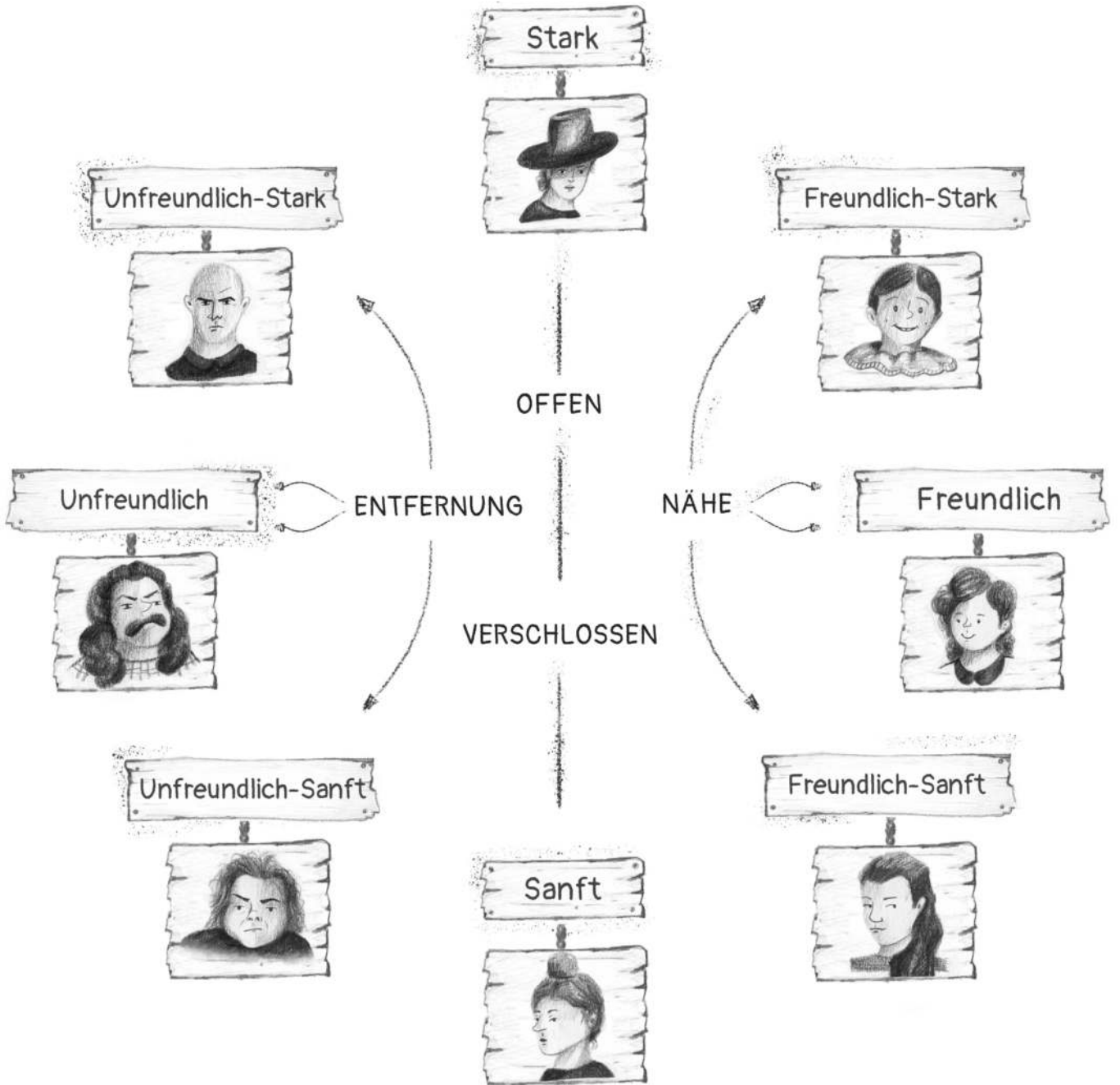
4 ... und was bedeutet das für mich? Wie fühlt sich das an?



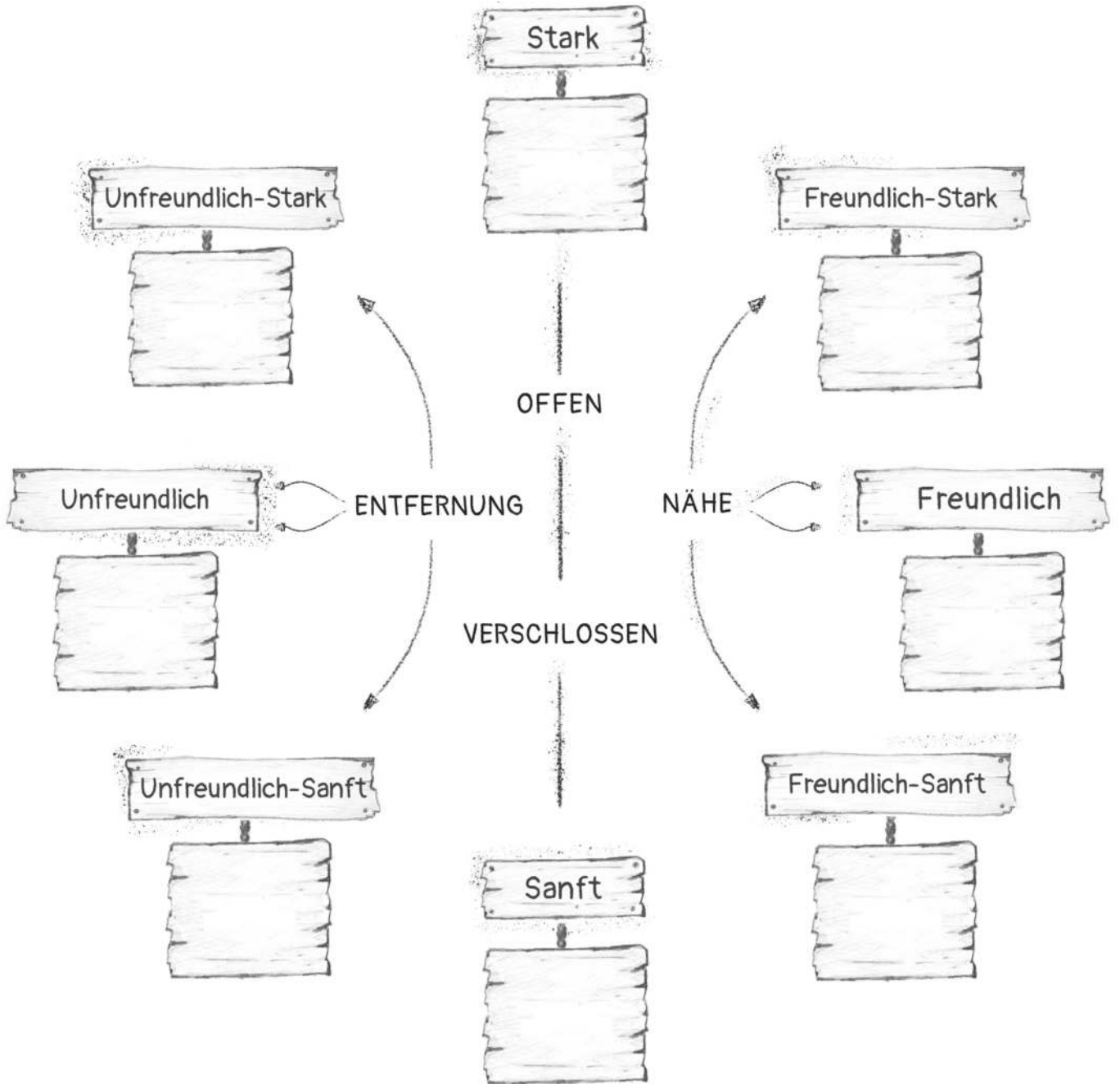
AB 7 Kiesler-Kreis-Variationen



Ab 8 Kiesler-Kreis-Karten



AB 9 Kiesler-Kreis-Karten (blanco)



Unfreundlich-Sanft



- Stirn in Falten
- Angespannter Mund

Unfreundlich-Sanft



- Wenig Bewegung

Unfreundlich-Sanft



- Kurzer Blickkontakt
- Kühler & misstrauischer Blick
- Augen zusammengekniffen
- Augenrollend



Unfreundlich



- Naserümpfend
- Stirn in Falten
- Angespannter Mund

Unfreundlich



- Abwehrend
- Arme verschränkt

Unfreundlich



- Eisiger Blick
- Augen zusammengekniffen
- Augen verdrehendgenger Blick



Unfreundlich-Stark



- Bedrohlich
- Augenbrauen hochgezogen
- Stirn in Falten

Unfreundlich-Stark



- Aggressiv
- Drohend
- Arme verschränkt

Unfreundlich-Stark



- Augen zusammengekniffen
- Durchdringender Blick



Freundlich



- Freundlich
- Herzlich
- Lächelnd

Freundlich



- Körperliche Nähe
- Einladend
- Zugewandt

Freundlich



- Liebevoller Blickkontakt



Freundlich-Sanft



- Unsicher
- Schüchtern lächelnd

Freundlich-Sanft



- Arme hinter dem Rücken
- Hände in den Hosentaschen
- Wenig Bewegung

Freundlich-Sanft



- Kurzer Blickkontakt
- Blick abwendend
- Heraufschauen zum anderen



Sanft



- Unsicher

Sanft



- Hände in den Hosentaschen
- Wenig Bewegung

Sanft



- Blick auf den Boden
- Blickkontakt vermeidend



Stark



- Neutral
- Offen

Stark



- Hände in die Hüften gestemmt

Stark



- Langer Blickkontakt



Freundlich-Stark



- Freundlich
- Selbstsicher
- Lächelnd

Freundlich-Stark



- Nähe suchend
- Einladend
- Zugewandt

Freundlich-Stark

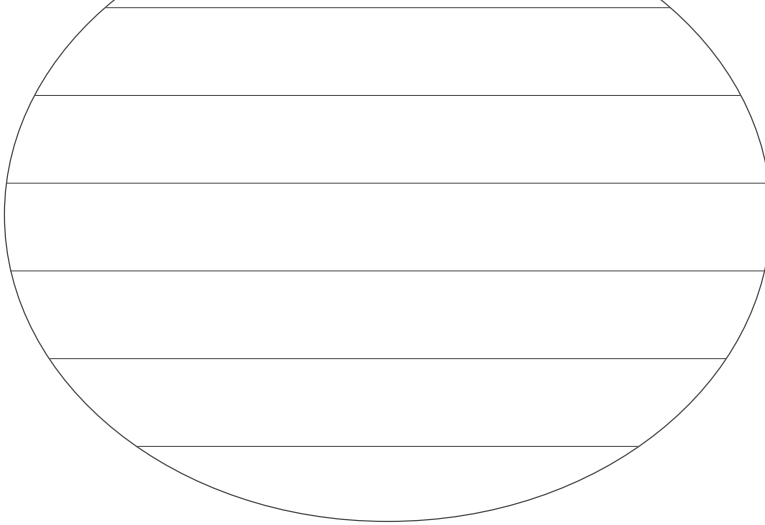


- Langer Blickkontakt



Stopp!

Was passiert gerade?



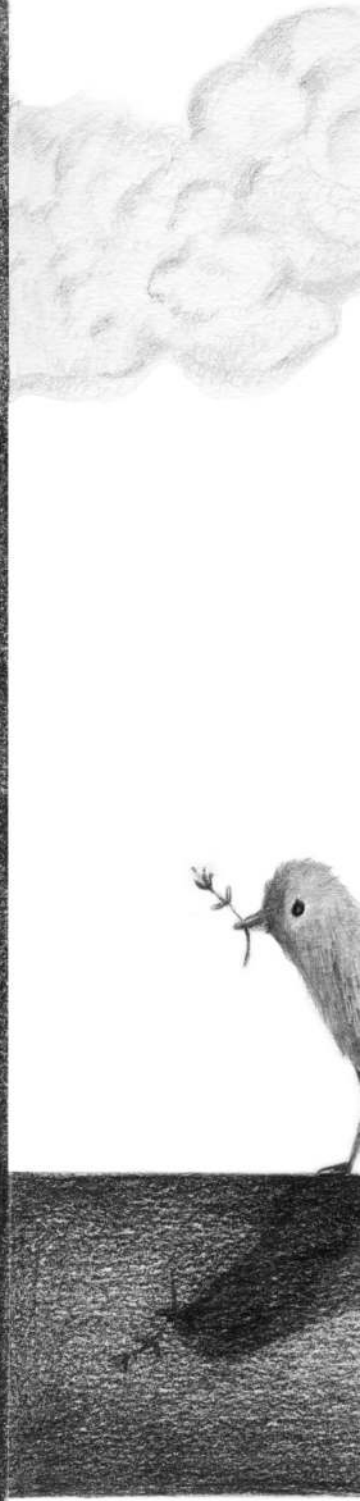
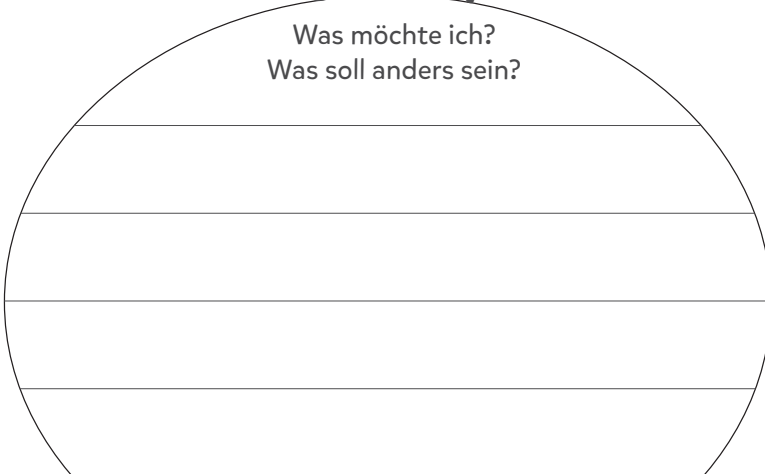
Kurz warten!

Wie geht es mir?
Was fühle ich?



Und los!

Was möchte ich?
Was soll anders sein?

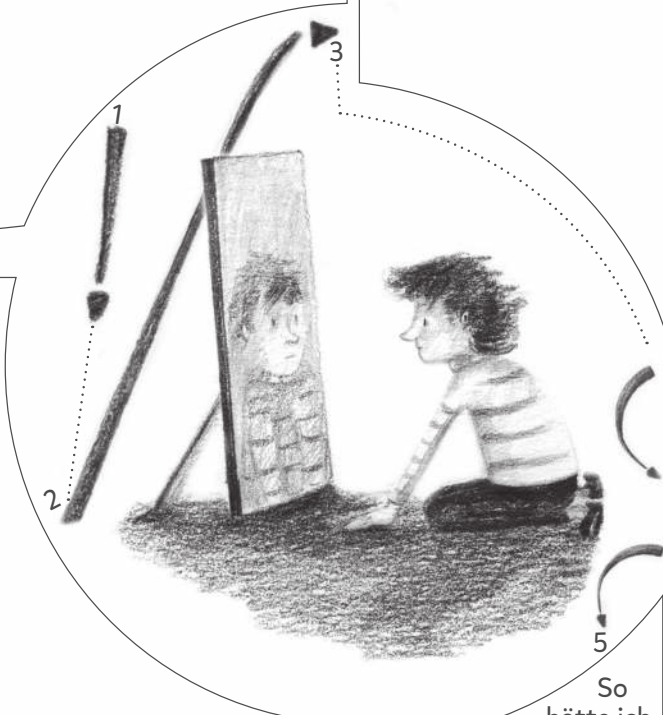


AB 11 Situationsanalyse Kinder (1/2)

Das ist passiert:

Das habe ich gemacht:

So geht es mir, wenn ich daran denke:



Das ist danach passiert:

So hätte ich es mir gewünscht:

• Hat es so geklappt, wie ich es mir vorgestellt habe?

JA!
 NEIN!

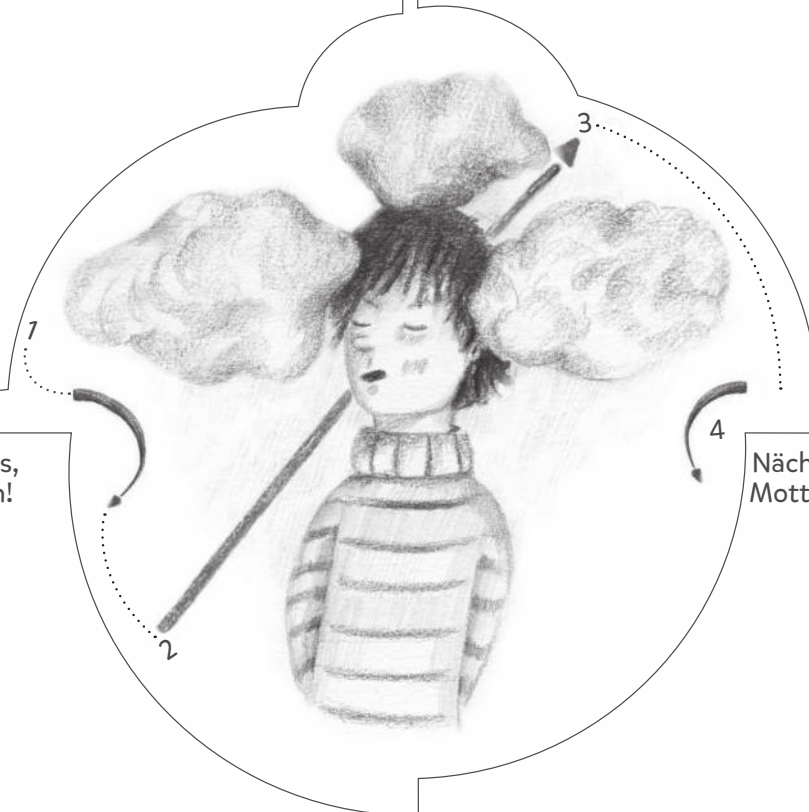
(Weiter gehts...)



AB 11 Situationsanalyse Kinder (2/2)

Was ist WIRKLICH passiert?

Das habe ich gelernt:



Jetzt probiere ich aus,
es anders zu machen!

Nächstes Mal ist mein
Motto:

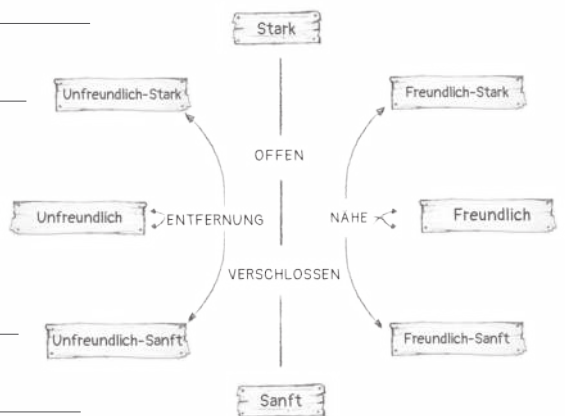
AB 12 Situationsanalyse Jugendliche (1/3)



Was ist in dieser Situation passiert?

Wie hast du die Situation wahrgenommen?

Beschreibe, was Du in der Situation genau getan hast.

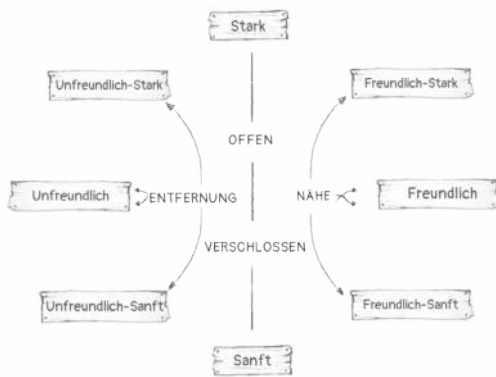


Lösung!



Wie hat sich dein Blick auf die Situation nun verändert?

Nun probiere ich mein Wunschverhalten aus!



• Das kann ich mir selbst in der Situation zurufen:

Zusammenfassung:



AB 13 Abschluss der Therapie



Mein neuer Plan:

