

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

## PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE MIT JUGENDLICHEN

Zwischen Kindsein und Erwachsenwerden

Verfasserin

**Maria Weitgasser**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag. phil.)**

Wien, im Oktober 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Pädagogik

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer



# Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Menschen bedanken, die mich im Laufe meines Studiums und bei der Entstehung meiner Diplomarbeit auf unterschiedlichste Weise unterstützt und begleitet haben.

Ich möchte mich zunächst bei all meinen Freunden bedanken, die immer ein offenes Ohr für mich hatten und gerade in den letzten Monaten der Diplomarbeit stets ermutigende Worte fanden. Im Besonderen möchte ich ein großes Dankeschön an meine langjährigen Freundinnen Dagmar und Sonja aussprechen, die mir oft mit sehr viel Verständnis und Geduld zur Seite standen.

Weiters danke ich meinen Freunden, die ich während des Studiums kennenlernen durfte und die meine Arbeit zum Teil gegengelesen haben und mich mit ihrer konstruktiven Kritik unterstützt haben. DANKE an Sonja, Eva, Julia, Manuela, Karin und Eva.

Außerdem möchte ich mich bei meiner Mutter und meiner Schwester Stefanie bedanken, die mich finanziell unterstützt haben und mir seelisch beigestanden sind.

Ein weiterer Dank geht an Ao. Univ.-Prof. Dr. Hutterer der mir als Betreuer zur Verfügung gestanden hat und immer bereit war, über Inhalte und Unsicherheiten zu diskutieren.

Zuletzt möchte ich mich ganz herzlich bei den Psychotherapeutinnen bedanken, die sich für die Interviews zur Verfügung gestellt haben.



Ich bin nicht, was ich sein sollte,  
ich bin nicht, was ich sein werde,  
aber ich bin auch nicht mehr, was ich war.

((Graffiti))



# **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Entwicklung der Problemstellung.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Das Jugendalter .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1. Entwicklung des Selbstkonzepts aus Personenzentrierter Sicht.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2. Entstehung von Bindungsmustern – Auswirkungen auf das     Jugendalter .....</b>	<b>16</b>
2.2.1. Bindungsmuster und ihre Auswirkungen im Jugendalter .....	19
<b>2.3. Die Pubertät – biologische Entwicklung.....</b>	<b>21</b>
<b>2.4. Adoleszenz – psychosoziale Entwicklung .....</b>	<b>23</b>
<b>2.5. Entwicklungsaufgaben im Jugendalter .....</b>	<b>25</b>
2.5.1. Definition von Entwicklungsaufgaben nach Havighurst.....	25
2.5.2. Entwicklungsaufgaben eines Jugendlichen .....	27
<b>2.6. Bewältigung der Entwicklungsaufgaben.....</b>	<b>35</b>
2.6.1. Coping-Strategien von Adoleszenten .....	36
<b>2.7. Problemverhalten und Fehlanpassungen .....</b>	<b>38</b>
2.7.1. Wie drücken sich Problemverhalten und Fehlanpassung aus?.....	39
<b>2.8. Risikofaktoren bei psychischen Erkrankungen.....</b>	<b>40</b>
<b>3. Personenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1. Wie wirkt Personenzentrierte Psychotherapie bei Jugendlichen? ....</b>	<b>42</b>
3.1.1. Unspezifische Wirkfaktoren .....	43
3.1.1.1. Der Klient als Wirkfaktor .....	43
3.1.1.2. Die Therapeut-Klient-Beziehung als Wirkfaktor .....	44
3.1.1.3. Die Erwartungshaltung des Klienten als Wirkfaktor.....	45
3.1.1.4. Der Fähigkeitszuwachs bei Kindern und Jugendlichen.....	45
3.1.2. Spezifische Wirkfaktoren in der personenzentrierten Jugendpsychotherapie.....	46
<b>3.2. Der Therapeut in der Arbeit mit Jugendlichen .....</b>	<b>49</b>
3.2.1. Ziele der Personenzentrierte Jugendpsychotherapie .....	50

3.2.2. Wodurch charakterisiert sich ein „guter“ Psychotherapeut in der Arbeit mit Jugendlichen? .....	51
<b>3.3. Grundelemente der Personzentrierten Jugendpsychotherapie .....</b>	<b>53</b>
3.3.1. Der Erstkontakt – zwischen Hoffnung und Verzweiflung .....	54
3.3.2. Bezugspersonenarbeit .....	57
3.3.3. Varianten des therapeutischen Settings .....	59
<b>3.4. Die therapeutische Beziehung mit Jugendlichen .....</b>	<b>61</b>
3.4.1. Beziehungsgestaltung mit Jugendlichen.....	61
3.4.1.1. Ziele therapeutischer Beziehungsgestaltung .....	62
3.4.1.2. Abstraktionsebenen der therapeutischen Beziehung nach Höger.....	63
3.4.2. Die therapeutische Haltung in der Arbeit mit Jugendlichen .....	65
3.4.2.1. Kongruenz .....	66
3.4.2.2. Unbedingte Positive Wertschätzung.....	69
3.4.2.3. Empathisches Verstehen.....	70
3.4.3. Kreative Mittel – eine Brücke die Beziehung möglich macht.....	72
<b>4. Forschungsmethode – qualitative Forschung .....</b>	<b>74</b>
<b>4.1 Experteninterviews .....</b>	<b>74</b>
<b>4.2. Qualitative Inhaltsanalyse.....</b>	<b>76</b>
4.2.1. Theoretische Vorüberlegungen.....	77
4.2.2. Vorbereitung der Extraktion.....	77
4.2.3. Extraktion .....	78
4.2.4. Aufbereitung.....	78
4.2.5. Auswertung.....	78
<b>4.3. Beschreibung der Untersuchung.....</b>	<b>79</b>
4.3.1. Auswahl der Interviewpartnerinnen .....	79
4.3.2. Demographische Daten .....	79
4.3.3. Aus- und Weiterbildungen der Interviewpartnerinnen.....	80
<b>4.4. Interviewergebnisse .....</b>	<b>81</b>
4.4.1. Die personzentrierten Grundvariablen.....	81
4.4.1.1. Empathie.....	81
4.4.1.2. Kongruenz .....	83
4.4.1.3. Unbedingte positive Wertschätzung.....	84



4.4.2. Therapeut als Person.....	85
4.4.2.1. Persönlichkeit des Therapeuten .....	85
4.4.2.2. Theoretisches Wissen des Therapeuten .....	86
4.4.2.3. Anforderungen an den Therapeuten .....	88
4.4.2.4. Erfahrung durch eigene Kinder .....	92
4.4.3. Therapeutische Beziehung.....	92
4.4.3.1. Aufbau einer therapeutischen Beziehung .....	93
4.4.3.2. Therapeutisches Setting.....	96
4.4.3.3. Elternarbeit .....	97
4.4.4. Therapieabbruch .....	99
4.4.4.1. Der Therapeut in seiner Funktion.....	99
4.4.4.2. Der Jugendliche .....	100
4.4.4.3. Das äußere Umfeld .....	101
4.4.5. Ergänzende Bemerkungen.....	101
<b>5. Zusammenfassende Ergebnisse und Interpretation.....</b>	<b>103</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>110</b>



# 1. Entwicklung der Problemstellung

Das humanistische Konzept der Personzentrierten Psychotherapie<sup>1</sup> findet seine Anwendung in allen Altersstufen. Carl Rogers (1957) beschreibt notwendige und hinreichende Bedingungen, die ein wachstumsförderndes Klima ermöglichen und somit Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensänderung möglich machen. Dabei sind Authentizität, unbedingte positive Wertschätzung und Empathie notwendige Grundhaltungen, die der Therapeut<sup>2</sup> dem Klienten entgegenbringt.

Im Folgenden möchte ich kurz auf den therapeutischen Zugang in der klassischen Personzentrierten Erwachsenentherapie einerseits und der Spieltherapie andererseits eingehen, um daraus im Anschluss die Problemstellung, die im Zusammenhang mit dem therapeutischen Zugang der Jugendpsychotherapie auftritt, skizzieren zu können. Die Bearbeitung dieser Problemstellung soll Ziel dieser Diplomarbeit sein.

In seinen ersten Jahren als Therapeut arbeitete Rogers diagnostisch und therapeutisch mit Familien und Kindern. Stumm, Wiltschko und Keil (2003) weisen darauf hin, dass Rogers bereits in den 40iger Jahren mehrfach darlegte, „dass es vor allem die Beziehung und die Wahrnehmung der emotionalen Aspekte dieser Beziehung sind, die Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensänderungen möglich machen“ (S.187).

Bei Erwachsenen Klienten ist das therapeutische Instrument der Personzentrierten Psychotherapie die Sprache. Mit Hilfe dieser versucht der Psychotherapeut die emotionalen Aspekte der therapeutischen Beziehung anzusprechen. Bei Kindern ist die sprachliche Entwicklung, oder die Möglichkeit, sich durch das Medium der Sprache deutlich bzw. reflektierend genug auszudrücken, noch nicht ausreichend entwickelt. „Psychotherapie mit Kindern braucht andere Zugänge und Kommunikationsebenen als jene mit Jugendlichen oder Erwachsenen“ (Janisch, 2001, S.325). Virginia Axline (2002) formulierte als wesentlich für den therapeutischen Zugang mit Kindern acht Prinzipien der

---

<sup>1</sup> „Person(en)zentrierte Psychotherapie“ „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Gesprächspsychotherapie“ werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

<sup>2</sup> Ich möchte darauf hinweisen, dass die Aussagen dieser Arbeit in gleichem Maße für beide Geschlechter Gültigkeit haben. Um den Lesefluss nicht zu stören, verwende ich explizit die männliche Form.

nicht-direktiven Spieltherapie<sup>3</sup>, die sich im Wesentlichen an den von Rogers formulierten notwendigen Bedingungen orientieren.

Rogers (2001) beschreibt die Art der Erfahrungen in einer Spieltherapie als sehr ähnliche wie die Beratung von Studenten oder die Therapie mit Erwachsenen oder Eltern. Er meint dazu, dass „alles, was wir über die Definition der therapeutischen Beziehung gesagt haben, gleichermaßen auf die Spielsituation zu [trifft]. Der auffallendste Unterschied ist der, daß die Beziehung in der Spieltherapie wesentlich mehr durch Handlungen als durch Worte definiert wird“ (S.91). Demnach ist die therapeutische Beziehung im therapeutischen Setting bei Kindern und Erwachsenen im Wesentlichen als ähnlich zu beschreiben. Der Unterschied zwischen Spieltherapie und Erwachsenentherapie ist das aktivere Einbringen des Therapeuten in den Therapieprozess. Somit kann von verschiedenartigen Anforderungen an den Therapeuten und seinem therapeutischen Zugang zum jeweiligen Klienten gesprochen werden, damit ein therapeutischer Prozess für diesen förderlich und wirksam sein kann.

Betrachtet man die Gruppe der Erwachsenen und die der Kinder in Hinblick auf den jeweiligen Entwicklungsstand und das Alter im Therapieprozess, so scheint ein unterschiedlicher therapeutischer Zugang nachvollziehbar.

Im Zuge der Auseinandersetzung mit der Literatur zur Personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen war, im Verhältnis zu Themenspektren in Bezug auf Erwachsenenpsychotherapie, auffallend wenig dazu finden. Oftmals werden Jugendliche noch in diversen Überschriften von Artikeln im Zusammenhang mit Kindern angekündigt, bei der näheren Betrachtung aber weitestgehend nicht mehr erwähnt. Stattdessen richtet sich das Augenmerk vermehrt auf die Kinderpsychotherapie. Aufgrund der unterschiedlichen entwicklungspsychologischen Entwicklung kann man von einer synonymen Verwendung der Begriffe Kindern bzw. Jugendlichen aber nicht ausgehen.

Obwohl sich bereits Rogers therapeutisch mit Jugendlichen befasste und der Ansatz der Kinder/Jugendlichenpsychotherapie bereits zu Beginn des Personzentrierten Ansatzes entwickelt wurde, blieb die personzentrierte Arbeit mit Jugendlichen im Gegensatz zu

---

<sup>3</sup> In dieser Arbeit werden „Kindertherapie“, „Spieltherapie“, „Non-direktive Spieltherapie“ und „Nicht-direktive Spieltherapie“ synonym verwendet.

Erwachsenen und Kindern unterbelichtet. Betrachtet man Jugendlichen in der aktuellen personzentrierten psychotherapeutischen Literatur, so wird diese Altersgruppe nur wenig berücksichtigt. Wird der therapeutische Zugang zwischen der Altersgruppe der Erwachsenen und der der Kinder unterschieden, bekommt man wenige Einblicke und Eindrücke über einen therapeutischen Zugang speziell mit der Gruppe der Jugendlichen. Jugendliche befinden sich in der Pubertät, einer Übergangsphase zwischen Kindheit und dem endgültigen Erwachsenensein, die sie vor eine Reihe von Lebensaufgaben stellt deren Bewältigung komplex und oftmals für sie mit beträchtlichen emotionalen Problemen verbunden ist. Sie sollen beginnen „selbstverantwortlich ihr eigenes vom Elternhaus unabhängiges Leben zu planen. Diese Aufgabe müssen sie bewältigen, ohne bisher über selbständig erworbene Lebenserfahrung zu verfügen“ (Monden-Engelhard, 2002, S.32). Auf der Basis dieser Fakten bilden Jugendliche eine eigene Gruppe, die von den Erwachsenen und Kindern zu trennen ist. Aufgrund ihres Entwicklungsstandes und den damit verbundenen Aufgaben und Problemen stehen sie vor besonderen Anforderungen. Es ist deshalb auch anzunehmen, dass durch diese Anforderungen auch ein spezieller Zugang im therapeutischen Prozess notwendig ist.

Laut Monden-Engelhard (2002) benötigen Therapeuten in der Therapie mit Jugendlichen aufgrund ihrer besonderen entwicklungspsychologischen Situation eine andere therapeutische Vorgehensweise als in der Arbeit mit Kindern oder Erwachsenen. Da sich Jugendliche leichter in der Vielfalt ihrer Probleme verlieren, „was auch damit zusammenhängt, daß sich ihre Denkmuster und kognitiven Fähigkeiten noch in der Entwicklung befinden. Komplexe multidimensionale Strukturierungen und Klassifikationen überfordern sie insbesondere in sie emotional belastenden Bereichen“ (S.29). Das würde bedeuten, dass einerseits die Kinderspieltherapie keinen geeigneten Zugang mehr für Jugendliche bietet, andererseits können sie aber auch nicht analog der Gruppe der Erwachsenen behandelt werden.

Gleichzeitig stellt der Erwachsenenpsychotherapeut aufgrund seines Alters und seines Expertenwissens oftmals eine Bedrohung für den Jugendlichen dar. Monden-Engelhardt (2002) schreibt dazu: „Im Vergleich zu den Kindern lehnen Jugendliche deren bevorzugte Ausdrucksweise des Spiels zumeist vehement ab, u. a. auch weil die damit verbundenen Regressionsprozesse in Gegenwart eines Erwachsenen für sie unkontrolliert und sehr bedrohlich erscheinen“ (S.11). Die Begegnung mit dem Psychotherapeuten dürfte für viele

Jugendliche demnach oftmals als ein Wagnis angesehen werden. Weiters weist Monden-Engelhardt (2002) darauf hin, dass „der Therapeut durch sein Expertenwissen und die psychotherapeutische Situation aus der Sicht des Jugendlichen zweifellos Macht über ihn [hat]. Es gibt in seinem Erleben ein hierarchisches Gefälle in der Beziehung zum Therapeuten, das insbesondere zu Beginn größer erlebt wird als zu anderen Erwachsenen“ (S.32f). Daraus können Gefühle des Ausgeliefertseins und Unterlegenseins entstehen und das damit einhergehende Misstrauen könnte die vielen Therapieabbrüche jugendlicher Klienten erklären.

In der Kindertherapie ist das Spiel das zentrale Medium der Kommunikation zwischen dem Kind selbst und dem Therapeuten. 95% der Therapiezeit verbringen Kindern laut Horvath-Novotny (2001) mit dem Spiel. Jugendliche lehnen das Spiel vermehrt ab und benötigen somit andere, ihrer Lebensphase entsprechende, therapeutische Zugänge.

Es stellt sich die Frage, in welcher Form das therapeutische Beziehungsangebot dem Jugendlichen offeriert werden soll, damit das Gefühl der Bedrohung von Seiten des Therapeuten relativiert oder gemindert werden kann. Wie kann der Psychotherapeut dem Jugendlichen, der sich gerade in einer Phase der Identitätsfindung befindet, die Unsicherheit in ihm auslöst, dennoch eine sicherheitsgebende Stütze sein?

Welchen speziellen Anforderungen muss sich ein Jugendlichenpsychotherapeut stellen, damit er der Altersgruppe der Jugendlichen und deren sensiblen und komplexen Entwicklungsphase auch gerecht werden kann und einen therapeutischen Zugang zu ihr findet. Mit welchem „Rüstwerk“ (Reisel & Wakolbinger, 2006) muss ein Jugendlichenpsychotherapeut ausgestattet sein? Benötigt der Therapeut noch zusätzliche Qualifikationen, Fähigkeiten, Fertigkeiten oder ergänzendes Wissen? Was ist das Besondere im Umgang mit dieser Altersgruppe? Inwiefern muss der entwicklungspsychologische Aspekt in der Psychotherapie bei Jugendlichen näher berücksichtigt werden? Welches therapeutische Angebot sollte der Psychotherapeut dem Jugendlichen anbieten?

Um diese Fragen beantworten zu können ist es notwendig verschiedene Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Wo liegen die Unterschiede und Grenzen zur Erwachsenentherapie? Braucht es etwas Anderes oder Zusätzliches im therapeutischen Beziehungsangebot im

Gegensatz zu dem der Erwachsenentherapie? Wo liegen die Probleme oder Schwierigkeiten besonders in dieser Entwicklungsphase? Benötigt das Personenzentrierte Konzept nach Carl Rogers eine Modifikation für diese Altersgruppe wie es auch bei der Spieltherapie stattgefunden hat?

Rogers weißt in seinem Buch „Therapeut und Klient“ darauf hin, dass die von ihm genannten sechs Bedingungen Hypothesen sind und er nicht ausschließt, dass es darüber hinaus noch andere, noch nicht genannte Bedingungen gibt. Es ist ihm bewusst, „daß bei unterschiedlichen Personen auch unterschiedliche Arten des Helfens zum Erfolg führen können“ (Rogers 2002, S. 222). Folglich schließt er eine Erweiterung seiner Bedingungen mit unterschiedlichen Personengruppen nicht aus, sondern sieht es als wahrscheinlich an, dass unterschiedliche Menschen unterschiedliche therapeutische Zugänge benötigen.

Sieht man die Literatur zur Personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen zeigt sich vor allem in den letzten Jahrzehnten ein steigendes wissenschaftliches und praktisches Interesse an dieser Altersgruppe. Vor allem Schmidtchen (1991) und die drei Bände von Boeck-Singelmann, Ehlers, Hensel, Kemper und Monden-Engelhardt (2002, 2003) beschäftigen sich mit den neuesten Forschungen in diesem Feld.

Einige Untersuchungen in der personenzentrierten psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen zeigen, dass Jugendliche im therapeutischen Beziehungsprozess zusätzliche Angebote benötigen, damit eine erfolgreiche Therapie wahrscheinlicher wird. Remschmidt (1992) beschreibt den Therapeuten in der Therapie mit Jugendlichen beispielsweise als einen der „die Rolle eines freundschaftlichen Begleiters übernimmt“ (S.121). Durch seine Darstellung wird deutlich, dass der Therapeut in der Arbeit mit Jugendlichen zusätzlich und auf andere Weise gefordert wird, als man es aus der Kinder- oder Erwachsenentherapie kennt.

Nach diesen Ausführungen wird deutlich, dass Jugendliche wahrscheinlich einen speziellen therapeutischen Zugang benötigen, der von anderen Altersgruppen abzugrenzen ist. Die Frage ist nun, wie dieser spezielle therapeutische Zugang konkret aussieht und ob der Jugendpsychotherapeut zusätzliche Variablen für eine gelingende therapeutische Beziehung zur Verfügung stellen muss und wenn, welche das sind.

Aufgrund der häufigen Therapieabbrüche bei Jugendlichen, wird die Notwendigkeit sichtbar, sich mit diesen Fragen näher und weiter auseinanderzusetzen. Monden-Engelhardt (2002) nimmt auf etliche Forschungsergebnisse Bezug, die zeigen (Ehlers, 1990, Lehmkuhl, Lehmkuhl & Döpfner, 1992, Remschmidt, 1992, Schmidtchen & Kaatz, 1976) eine hohe Abbruchrate von Psychotherapie bei Jugendlichen. Nach Seiffge-Krenke (1986) und anderen brechen 36%-56% die Therapie ab und Richmond (1978) weist darauf hin, dass es besonders in den ersten 5-10 Sitzungen zu dieser hohen Drop-out Quote kommt (zit. n. Monden-Engelhardt 2002, S. 21; Schmidtchen 2001, S.172f).

Ausgehend von den eben genannten Zahlen, scheint im Besonderen die Anfangsphase oder, wie Swildens (1991) sie nennt, die „Prämotivationsphase“ des Therapieprozesses als eine außerordentlich schwierige und heikle Phase. In der, neben äußeren Faktoren, vor allem das Angebot der therapeutischen Beziehung und das damit einhergehende Verhalten des Therapeuten einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieverlauf hat. Dieses Wissen stellt eine hohe Anforderung an den Psychotherapeuten sowie eine Belastung für ihn dar.

Monden-Engelhardt (2002) beschreibt das Ziel der Jugendlichenpsychotherapie folgendermaßen: „Das zentrale Anliegen für Jugendliche in Psychotherapie besteht ... darin, auf dem Boden einer korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrung die Anregung von Selbstexploration, die Förderung inneren Wachstums, die Wiederherstellung des Zugangs zu den Selbstheilungskräften zu erlangen“ (S.32). Diese Formulierung des Therapieziels lässt sich im Sinne Rogers auf alle Klientengruppen übertragen. Denn Rogers (2007) geht davon aus, dass jeder Mensch unter günstigen Bedingungen seine Persönlichkeit entfalten und weiterentwickeln kann. Bei (psychischen) Störungen besteht eine Inkongruenz zwischen dem eigenen Erleben und dem Selbstbild. Werden dem Klienten nun diese von Rogers genannten notwendigen und hinreichenden Bedingungen zur Verfügung gestellt, wird davon ausgegangen, dass diese Inkongruenz aufgelöst werden kann und die Erfahrung in sein Selbstbild integriert wird.

Diese Überlegungen veranlassten mich explizit die speziellen Anforderungen an den Jugendpsychotherapeuten zu untersuchen. Meine forschungsleitende Fragestellung lautet wie folgt:



*Welche spezifischen Anforderungen stellt die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen an den Personzentrierten Psychotherapeuten? Welche Konsequenzen hat dies für die Theorie und die Praxis?*

Bei meiner Arbeit werde ich im ersten Kapitel das Jugendalter näher beleuchten. Da frühkindliche Beziehungserfahrungen auf die Persönlichkeitsentwicklung im Jugendalter Einfluss nehmen, wird zu Beginn die Selbstkonzeptentwicklung aus der Sicht des Personzentrierten Ansatzes dargestellt. Im Alltag erlernte Beziehungsmuster spiegeln sich auch in der therapeutischen Beziehung wider und sollen deshalb hier näher betrachtet werden. Weiters beabsichtige ich auf die biologische und psychosoziale Entwicklung von Jugendlichen einzugehen. Diese Entwicklung beinhaltet unter anderem die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. Welche Entwicklungsaufgaben Jugendliche zu lösen haben wird in diesem Kapitel zusammengefasst. Wie sich die Bewältigung oder das Scheitern auf das Verhalten des Jugendlichen auswirkt und durch welche Risikofaktoren dies beeinflusst wird, soll ebenfalls Inhalt dieses Kapitels sein.

Da in dieser Arbeit die Anforderungen an den Personzentrierten Jugendpsychotherapeuten untersucht werden, wird vorweg auf die Wirksamkeitsforschung in der allgemeinen Psychotherapie und im Anschluss speziell auf die Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen eingegangen. Welchen Stellenwert der Therapeut als Person in der therapeutischen Beziehung hat und welchen Anforderungen er gerecht werden muss, wird im Weiteren betrachtet. Aus diesem Kontext heraus werden die Grundelemente der Personzentrierten Jugendpsychotherapie in dieser Arbeit näher beleuchtet. Dadurch soll ein Überblick über Anforderungen an den Jugendpsychotherapeuten gegeben werden, wodurch die Unterschiede zur Erwachsenentherapie sichtbar gemacht werden sollen. Da die therapeutische Beziehung im Personzentrierten Konzept als das wesentliche Wirkelement gesehen wird, soll auch hier die Beziehungsgestaltung – mit Jugendlichen im speziellen – und die therapeutische Haltung gegenüber Jugendlichen näher betrachtet werden.

Das vierte Kapitel besteht aus einer qualitativ empirischen Untersuchung zu den Anforderungen an den Personzentrierten Jugendpsychotherapeuten. Dabei soll die Sicht der Psychotherapeuten in der Arbeit mit Jugendlichen anhand von Experteninterviews in Hinblick auf meine Fragestellung beleuchtet werden. Ich habe mich für die Methode des

Experteninterviews entschieden, da Experten Menschen sind, „die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen“ (Gläser & Laudel, 2006, S.10) und diese Art von Interviews dort verwendet werden, wo „soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen“ (S.11). Personzentrierte Psychotherapeuten in ihrer therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen stellen solche Experten dar. Da Psychotherapie als Prozess verstanden werden kann und es mein Anliegen ist eben diesen näher zu beleuchten, bietet sich jenes Experteninterview als passende Methode an, durch welches Prozesse rekonstruiert werden können. Zur Befragung wurden sechs Personzentrierte Psychotherapeutinnen herangezogen, die in ihrer therapeutischen Praxis mit Jugendlichen arbeiten. Dadurch konnten praxisnahe und fachspezifische Meinungen eingeholt werden. Die Interviews werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Im Kapitel wird erläutert, welche Schritte zu diesem Auswertungsverfahren gehören und wie diese im konkreten Fall meiner Untersuchung angewandt werden. Im Anschluss werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dargestellt.

Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung anhand des theoretischen Hintergrunds in Hinblick auf die Forschungsfrage dieser Arbeit diskutiert.

## 2. Das Jugendalter

In der vorliegenden Arbeit werden spezifische Anforderungen, die an den Personzentrierten Psychotherapeuten bei der Arbeit mit Jugendlichen gestellt werden, untersucht. Im folgenden Kapitel wird das Jugendalter näher beleuchtet, um im empirischen Teil die Untersuchung dahingehend durchführen zu können. Im ersten Abschnitt findet eine Darstellung der Selbstkonzeptentwicklung aus dem Personzentrierten Ansatz statt (2.1.). Diese Darstellung zeigt die Einflussnahme frühkindlicher Beziehungserfahrungen und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung bis ins Jugendalter. In der therapeutischen Arbeit findet eine Begegnung zwischen Psychotherapeut und Klient statt. Aufgrund der Annahme, dass Bindungsmuster, die sich aus der frühen Mutter-Kind-Beziehung entwickeln, eine Grundlage für die gesamte psychische Entwicklung darstellen und somit auch im therapeutischen Setting zum Vorschein treten, sollen jene an dieser Stelle erläutert werden (2.2.). Im nächsten Teil des Kapitels richtet sich der Blick auf das Jugendalter aus entwicklungspsychologischer Sicht. Zu Beginn soll die biologische Entwicklung im Jugendalter dargestellt werden (2.3.), da die physischen Veränderungen auf die psychosoziale Entwicklung (2.4.) Einfluss nehmen. Ziel ist es, die komplexen Entwicklungsprozesse, mit denen Jugendliche konfrontiert sind, darzustellen. Der entwicklungspsychologische Blickwinkel scheint hierfür geeignet, da er sich mit den allgemeinen Einflüssen, die den „Prozess der Entwicklung (der Veränderung) innerhalb der selbstbleibenden Persönlichkeit im Laufe der Zeit beeinflusst“ (Mönks & Knoers, 1996, S.15), auseinandersetzt. Allgemeine Einflüsse, denen jeder Jugendliche ausgesetzt ist, sind die Entwicklungsaufgaben, die es in diesem Lebensabschnitt zu bewältigen gilt (2.5.). Inwiefern es dem Jugendlichen gelingt, diese Aufgaben positiv zu bewältigen, ist von verschiedenen Faktoren abhängig (2.6.). Durch die Entwicklungsperspektive ist es möglich, „unterschiedliche wissenschaftliche und praktische Auffassungen von Normalität und Psychopathologie ... zu integrieren“ (Remschmidt, 2000, S.23). Scheitert die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, drückt sich dieses Misslingen in Problemverhalten und Fehlanpassungen aus und entsprechen gegen die gesellschaftlichen Normen. Diese Problematik wird in Kapitel 2.7. dargestellt. Blanz, Remschmidt, Schmidt und Warnke (2006) betonen, dass die psychische Entwicklung von Jugendlichen von vielen Einflussfaktoren determiniert wird und in einer psychischen Störung münden kann.

Risiken, denen Jugendliche ausgesetzt sind, wie diese verarbeitet werden und welche Auswirkungen sie auf ihr Verhalten haben können, werden in diesem Teil dargestellt (2.8.). Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Betrachtung der Entstehung der psychischen Entwicklung, die als Grundlage für die Art der Verarbeitung und des Umgangs mit Problemen gesehen werden kann. Die psychische Entwicklung eines Menschen entsteht in einer Interaktion zwischen individueller Anlage und sozialer Umgebung. Mönks und Knoers (1996) sehen die psychische Entwicklung als einen dynamischen und lebenslangen Prozess, der „fortlaufend und irreversibel“ (S.13) ist.

## **2.1. Entwicklung des Selbstkonzepts aus Personzentrierter Sicht**

Die Darstellung des Selbstkonzepts ist für die vorliegende Arbeit notwendig, da die Entwicklung des Selbst aus Personzentrierter Sichtweise auf die gesamte weitere psychische Entwicklung beachtlichen Einfluss hat (Biermann-Ratjen, 2006).

Rogers (2007) definiert das Selbst als

...organisierte, in sich geschlossene Gestalt. Diese beinhaltet die Wahrnehmungscharakteristiken des Ich, die Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und anderen und verschiedenen Lebensaspekten, einschließlich der mit diesen Erfahrungen verbundenen Werte. .... Es handelt sich um eine fließende, eine wechselnde Gestalt, um einen Prozeß, der zu jedem beliebigen Zeitpunkt eine spezifische Wesenheit ist. (S.29)

Mit dieser Darstellung beschreibt Rogers, dass die Selbstentwicklung eines Individuums von der Wahrnehmung der gemachten Erfahrungen abhängig ist. Wie das Individuum die Erlebnisse selbst empfindet, wie es zwischenmenschliche Kontakte zu anderen Individuen erlebt und welche Bedeutung es den gemachten Erfahrungen auch in anderen Lebensumständen beimisst, hat Einfluss auf die Entwicklung des Selbst. All diese Ereignisse stehen im Zusammenhang mit den dazu empfundenen Gefühlen eines Menschen. Das Selbst ist einer sich ständig veränderten Umgebung ausgeliefert und erlebt permanent neue Erfahrungen. Somit befindet es sich in einem fortwährenden Prozess und in ständigem Wachstum.

Jedes Selbst hat nach Rogers (2007) die Tendenz sich zu entwickeln. Unter günstigen Bedingungen wird die Persönlichkeitsentwicklung durch die Aktualisierungstendenz

positiv gefördert. Die ersten Lebensmonate und -jahre gelten als sehr prägend für die gesamte psychische Entwicklung, da die Grundlage für eine günstige oder ungünstige Selbstentwicklung stattfindet.

Inwiefern ein Individuum lernt, sich seines Seins und Handelns bewusst zu sein, ist abhängig von den Interaktionen mit der Umwelt und besonders von zwischenmenschlichen Erfahrungen (Rogers, 2007). Die Mutter ist für gewöhnlich im Säuglingsalter die Hauptbezugsperson für das Kind. Wie einfühlsam die Mutter auf die Empfindungen des Säuglings reagiert und wie exakt sie die Bedürfnisse ihres Kindes wahrnehmen kann, ist für die Selbstentwicklung ausschlaggebend. Erlebt das Kind in der Spiegelung seiner Bedürfnisse „häufig Widersprüche zwischen dem wahrgenommenen Selbst und der tatsächlichen organismischen Erfahrung“ (Rogers, 2007, S. 33), kann es zu keiner exakten Symbolisierung zwischen dem Gefühl und dem Erleben kommen. Dadurch entstehen Inkongruenzen. Inkongruenzen sind „ein Zustand der Spannung und inneren Konfusion“ (Rogers, 2007, S.33).

Neben der Annahme, dass die Aktualisierungstendenz und die erlebten Interaktionen mit der Umwelt die Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen, geht das Personzentrierte Konzept weiters davon aus, dass jedes Individuum das Bedürfnis nach positiver Beachtung hat. Ist die positive Beachtung einer Bezugsperson an Bedingungen geknüpft, entwickeln sich daraus Bewertungsbedingungen. Das Kind erfährt dadurch, dass ein Verhalten mehr erwünscht ist, als ein anderes. Um der Bezugsperson zu gefallen, übernimmt das Kind deren Bewertungsbedingungen und wird eine Erfahrung danach positiv oder negativ für sich bewerten. Da dieses Erlebnis vom Kind nicht nach dem eigenen organismischen Erleben beurteilt wird, entstehen erneut Inkongruenzen (Rogers, 2007). Diese Inkongruenzen finden Ausdruck im Verhalten.

Im therapeutischen Setting mit Jugendlichen ist es hilfreich sich die Frage zu stellen, in welchen Erfahrungen eine Person nicht verstanden worden und nicht unbedingt wertgeschätzt worden ist und was sie heute als eine Bedrohung für ihr Selbstkonzept erlebt bzw. was sie heute inkongruent macht (Biermann-Ratjen, 2006, S.88).

Um diese Inkongruenzen aufzulösen benötigt der Mensch günstige Bedingungen. Im Personzentrierten Ansatz charakterisieren sich diese günstigen Bedingungen durch ein

kongruentes Gegenüber, welches sich durch unbedingte positive Beachtung sowie tiefes und exaktes Einfühlen in die Erlebniswelt des Klienten auszeichnet. Dadurch wird es dem Klienten ermöglicht seine Inkongruenz richtig zu symbolisieren und somit in dessen Selbstkonzept zu integrieren und folglich kann eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung stattfinden.

Nach Biermann-Ratjen (2006) ist die Stabilität des Selbstkonzepts und die Weise, auf der es sich entwickelt, ein Abbild von Interaktionserfahrungen, die eine Person als Kind erfahren hat. Einen Einblick über daraus resultierende Bindungsmuster gibt die Bindungstheorie, die im nächsten Abschnitt erläutert werden sollen.

## **2.2. Entstehung von Bindungsmustern – Auswirkungen auf das Jugendalter**

Nach Holmes (2006) bezieht sich der allgemeine Begriff der Bindung auf die „Qualität der individuellen Bindungen“ (S.88), die auf die Bereiche „sichere“ und „unsichere“ Bindung aufgeteilt werden können. Nach Bowlby (1995) erhalten Kinder mit „sicherer“ Bindung von ihren Eltern in Stress- oder Angstsituationen einen emotionalen Rückhalt, indem meist die Mutter feinfühlig auf die Signale ihres Kindes eingeht. In „unsicheren“ Bindungen fehlt dem Kind die emotionale Stütze der Eltern entweder ganz, oder kann sich ihrer nicht immer sicher sein. Sichtbar werden die Unterschiede im jeweiligen Bindungsverhalten, welches durch eine tatsächliche oder drohende Trennung von einer Bindungsfigur ausgelöst wird. Für die Bindungstheorie ist Bindung auf eine bestimmte Figur hin bedeutsam, die von anderen Personen oder Gegenständen unterschieden wird. Bowlby betont, dass die Bindung zu einer wichtigen Bindungsfigur, meistens der Mutter, grundlegende Folgen für die „psychische Entwicklung und die Psychopathologie des ganzen Lebenszyklus“ (Holmes, 2006, S.89) hat.

In welcher Weise Bindungsbeziehungen zwischen der Mutter und dem Kind zum Ausdruck gebracht werden, haben Ainsworth et al. (1978) in einer Studie zusammengefasst. In ihren Untersuchungen wurde die Qualität der Eltern-Kind-Bindung erforscht und durch Beobachtung von Mutter-Kind-Beziehungen in drei als typisch wahrgenommene Verhaltensmuster unterteilt:

- Sicher gebundene Kinder: können sich der emotionalen Unterstützung der Eltern in Stress- und Angstsituationen sicher sein.
- Unsicher – vermeidend gebundene Kinder: erfahren durch ihre Eltern nur Ablehnung und versuchen künftig auf Zuneigung und Hilfe von anderen zu verzichten.
- Unsicher – ambivalent gebundene Kinder: können sich nie sicher sein, ob und wenn überhaupt, wann sie emotionale Unterstützung von ihren Eltern bekommen (Bowlby, 1995).

Ainsworth kommt aufgrund der Ergebnisse ihrer Beobachtungen zu dem Schluss, dass die jeweilige Bindung von der Interaktionsgeschichte im ersten Lebensjahr abhängig ist und „auf bestimmte Eigenarten der Mutter-Kind-Beziehung“ in dieser Zeit zurückzuführen ist (Dornes, 2006, S.250ff). Als die wesentlichste Kategorie nennt sie die „Feinfühligkeit“ mit welcher die Mutter auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert und eingeht. Reisel und Wakolbinger (2006) verweisen zusätzlich auf die Bedeutung der Fähigkeit der Mutter zur „Metakognition“. Damit meinen sie die Fähigkeit der Mutter zur Reflexion über sich selbst, das Kind und die Beziehung zwischen ihr und dem Kind.

Kinder mit unsicherem Bindungsverhalten haben eher Mütter, die sich wenig einfühlsam und unreflektiert in der Mutter-Kind-Beziehung zeigen. Sie reagieren auf die Bedürfnisse des Kindes oftmals verzerrt oder wenig exakt. Der Säugling ist von den Reaktionen seiner Mutter abhängig. Bei einer wenig einfühlsamen Mutter lernt er, dass sein Bedürfnis und die Reaktion der Mutter nicht übereinstimmen. Die Signale des Organismus und die Reaktion der Mutter sind konträr, dadurch entsteht eine Unsicherheit in der Mutter-Kind-Beziehung. Mütter, die empathisch auf die Bedürfnisse ihres Kindes eingehen, stillen die Bedürfnisse des Kindes häufig exakt. Es herrscht eine Übereinstimmung zwischen dem Signal des Organismus und der tatsächlichen Bedürfnisbefriedigung. Demgemäß stimmen die Wahrnehmung des Bedürfnisses und die darauf folgende Reaktion überein und das Kind kann sich in der Beziehung sicher fühlen.

Biermann-Ratjen (2006) spricht von zwei Arten von nicht feinfühligem Verhalten in Mutter-Kind-Beziehungen. Entweder die Bindungsperson reagiert nicht auf das Bindungsverhalten des Kindes, oder die Bindungsperson reagiert für das Kind so, dass es die Bindungsperson nicht einschätzen kann. Das heißt, die Bindungsperson „reagiert mal

feinfühlig und mal nicht feinfühlig“ (S.84). Die Autorin meint weiters, „eine Vielzahl von Untersuchungen belegt, dass die charakteristischen Unterschiede im Verhalten zwischen den sicher und den unsicher gebundenen Kindern mit dem Älterwerden nicht verloren gehen“ (S.86).

Frühkindliche Beziehungserfahrungen, die meist in der Mutter-Kind-Beziehung stattfinden, prägen psychische Entwicklung des Menschen. Laut Holmes (2006, S.103) werden Bindungserfahrungen als „interne Arbeitsmodelle“ gespeichert und werden als Bindungsschema von der Kindheit mit ins Erwachsenenleben mitgenommen. Bowlby (1995) spricht davon, dass Bindungen und Abhängigkeiten das ganze Leben lang aktiv bleiben, auch wenn diese auf den ersten Blick nicht so offensichtlich sind, wie bei Kleinkindern. Speziell im Zusammenhang mit Jugendlichen vermerkt Holmes (2006):

Für Jugendliche bleibt das elterliche Zuhause immer noch eine wichtige Basis, und das Bindungssystem wird in Zeiten der Bedrohung, Krankheit und Erschöpfung reaktiviert. (S.103)

Bindungserfahrungen der Kindheit aktualisieren sich in Situationen der Überforderung, Bedrohung oder Verletzlichkeit auch in der Adoleszenz. Für Jugendliche gilt es viele Entwicklungsaufgaben zu lösen, die häufig zu einer erhöhten Belastung oder Bedrohung führen. Unter solchen Umständen kommen ihre internalisierten Beziehungsmuster zum Vorschein. Die Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen und deren Bewältigung werden an späterer Stelle näher erläutert.

Aus der Betrachtung der Auswirkungen der Bindungserfahrungen wird deutlich, dass vor allem die Erfahrungen die ein Kind im Laufe seines Lebens mit der Mutter, oder einer anderen wichtigen Bezugsperson, macht, seine gesamte Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen.

Hier lassen sich meines Erachtens Parallelen zu Rogers (2007) Ausführungen erkennen. Je mehr die Mutter oder eine andere wichtige Bezugsperson die Bedürfnisse des Kindes exakt empathisch versteht, auf diese feinfühlig eingeht und darauf unbedingt wertschätzend reagiert, desto besser kann das Kind lernen, auf die eigenen inneren Bedürfnisse angemessen zu reagieren und diese als das anzuerkennen, was sie sind. Dadurch entwickelt



sich ein weitgehend kongruentes Individuum, welches sich sicher an die Mutter binden kann.

### **2.2.1. Bindungsmuster und ihre Auswirkungen im Jugendalter**

Für diese Arbeit essentiell scheinen die ungleichen Ausdrucksweisen der unterschiedlichen Bindungsmuster im Jugendalter.

Seiffge-Krenke (2004) betont die Wichtigkeit sich mit der Stabilität von Bindungsmustern bei Jugendlichen im therapeutischen Setting auseinanderzusetzen. Die Autorin unterteilt die Bindungsmuster im Jugendalter, ähnlich wie Ainsworth, in drei Gruppen:

- Sicher gebundene Jugendliche:

Bindung nimmt hier einen zentralen Stellenwert ein. Für sicher gebundene Jugendliche ist es möglich, auch ungünstige Erfahrungen mit ihren Eltern in ihre positive Grundhaltung zu integrieren und Konflikte produktiv zu lösen. In der Beziehung zu den Eltern finden sich ein hohes Vertrauen und eine hohe Autonomie. Jugendliche schätzen die Beziehung zu ihren Eltern, können sich aber auch mit der Zeit von ihnen lösen.

- Unsicher - distanziert gebundene Jugendliche:

Es existiert nur wenig Autonomie und eine geringe Verbundenheit gegenüber den Eltern, obwohl die elterliche Beziehung eine zentrale Rolle in diesem Bindungsverhalten spielt. Unsicher-distanziert gebundene Jugendliche stellen sich meist als besonders unabhängig dar. Es scheint, als wäre Bindung nicht wichtig für sie. Sie sind in frühen Bindungserfahrungen gefangen, was sich durch unangemessene Idealisierung der Eltern oder aber auch durch ständige Versuche, noch etwas von den Eltern zu bekommen, zeigt. Dies kann sich hemmend auf den Jugendlichen auswirken und ihn blockieren, Neues auszuprobieren und zu experimentieren. Unsicher-distanziert gebundene Jugendliche sind häufig im Aufbau von sexuellen Beziehungen gehemmt.

- Unsicher - verwickelt gebundene Jugendliche:

Bei unsicher-verwickelt gebundenen Jugendlichen bleibt das Bindungssystem ständig aktiviert und sie kommen nicht zur Ruhe. Auch hier zeigen die

Jugendlichen wenig Autonomie den Eltern gegenüber sowie dysfunktionalen Ärger. Übereinstimmend mit den unsicher-distanziert gebundenen Jugendlichen stecken sie in ihren frühen Bindungserfahrungen fest.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es für den therapeutischen Prozess notwendig ist, sich mit den Bindungsmustern des Jugendlichen auseinanderzusetzen, da angenommen wird, dass jedes Bindungsmuster und jedes Selbstkonzept „einen starken Einfluss auf das manifeste Verhalten und die Erwartungen haben, mit denen vor allem der sozialen Umwelt begegnet wird“ (Biermann-Ratjen, 2006, S.86).

Jugendliche begegnen ihrem Umfeld entsprechend ihrer bisher gemachten Beziehungserfahrung, die mit einer gewissen Erwartungshaltung verbunden ist. Ausgehend davon, dass Jugendliche die gleichen Erwartungshaltungen dem Psychotherapeuten gegenüber einnehmen, kann dieser im Sinne der Gesprächspsychotherapie eine korrigierende Beziehung anbieten und durch bindungsrelevante Situationen Inkongruenzen im therapeutischen Prozess auflösen. Indem die notwendigen und hinreichenden Bedingungen nach Rogers (1957) umgesetzt werden und der Personzentrierte Psychotherapeut versteht, was die Gründe der Inkongruenzen sind, können diese bewusst gemacht und die Erfahrung vollständig symbolisiert werden.

Je nachdem, welche Erfahrungen ein Jugendlicher im Beziehungskontext im Laufe seines Lebens gemacht hat, gestaltet sich die Entwicklung seiner Persönlichkeit. Vor allem in der Pubertät und Adoleszenz kommt es zu einem enormen biologischen und psychosozialen Wachstum. Ausgehend von der dargestellten Selbstentwicklung und dem Bindungsverhalten gelingt es dem Jugendlichen, seine Entwicklungsaufgaben positiv zu bewältigen oder daran zu scheitern.

Die biologische und psychosoziale Entwicklung wird im nächsten Schritt erläutert. Hierbei soll die Komplexität der Entwicklung von Jugendlichen dargestellt und die vielfältigen Hürden aufgezeigt werden, in denen es zu Überforderungen oder Bedrohungen in der psychischen Entwicklung kommen kann. Die Betrachtung dieser Themen wird im Folgenden dargestellt.

## 2.3. Die Pubertät – biologische Entwicklung

Der Begriff der Pubertät charakterisiert biologische Reifungsschritte, die den Übergang vom Kindsein zum Erwachsenwerden darstellen (Du Bois & Resch, 2005). Diese endogen gesteuerten Veränderungen des Körpers sind durch das Wirksamwerden verschiedener Hormone bestimmt. Sie sind verantwortlich für den Wachstumsschub, die Bildung der sekundären Geschlechtsmerkmale, als auch für die Bildung der inneren weiblichen und männlichen Geschlechtsorgane (Schenk-Danzinger, 2006; Renschmidt, 2000). Daraus ergibt sich ein Zusammenhang zwischen der genitalen Geschlechtsreife und dem gesamten körperlichen Wachstum. Mönks und Knoers (1996) weisen hier auf einen kausalen Zusammenhang zwischen der körperlichen und psychosozialen Entwicklung hin. Die Verknüpfung verläuft „vom Körperlichen zum Psychosozialen“. Wie der einzelne Jugendliche auf seine körperliche Entwicklung reagiert und diese verarbeitet, ist abhängig vom Jugendlichen selbst und den Einflüssen des gesamten sozialen Umfelds. Die Reaktionen aus dem Milieu auf die körperliche Entwicklung des Jugendlichen beeinflussen vor allem dessen Selbstachtung und Selbstwert und stellen somit eine große Bedeutung für die psychische Entwicklung dar (Mönks & Knoers, 1996).

Gleichzeitig entsteht nach den Autoren durch das körperliche Wachstum für das Individuum ein Widerspruch. Sein Selbstbild besteht bereits aus einem erwachsenen Körper, andererseits hat es gesellschaftlich den Erwachsenenstatus noch nicht erreicht. Diese Diskrepanz empfinden Jugendliche häufig als frustrierend und belastend. Es stellt oftmals ein großes Konfliktpotential zwischen Erwachsenen, vor allem den Eltern, und dem Jugendlichen dar.

Zugleich definiert sich der Jugendliche über sein Aussehen und entwickelt seinen Selbstwert darüber, ob die körperliche Entwicklung weitestgehend der gesellschaftlichen Norm entspricht, oder ob deutliche Abweichungen vorhanden sind (Mönks & Knoers, 1996). Dies bedeutet, dass eine einigermaßen normentsprechende Entwicklung die Selbstachtung des Jugendlichen fördert. Eine außer der Norm fallende Entwicklung kann eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung gefährden.

Zu unterscheiden gilt es nach Mönks und Knoers (1996) die ungleiche Entwicklung zwischen Mädchen und Jungen. Zum Thema der ungleichen sexuellen Reifung zwischen

den Jugendlichen gibt es deutliche Unterschiede, die in drei Gruppen zusammengefasst werden können: 1. dem Kriterium der geschlechtlichen Reife, 2. dem Beginn des sexuellen Reifwerdens und 3. der Reihenfolge der Reifungsphänomene. Dies veranschaulicht, dass Mädchen und Jungen in der gleichen Altersstufe sich nicht unbedingt zeitgleich mit denselben Themen beschäftigen, sondern diese häufig in verzögerter Form bearbeiten und sich damit auseinandersetzen. Auf weitere Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen soll hier nicht näher eingegangen werden, da diese, wenn auch in verzögerter oder unterschiedlicher Form, ähnliche Entwicklungsschritte durchlaufen.

Mit dem Einsetzen der Pubertät verändert sich nach Seiffge-Krenke (2004) die körperliche Nähe in der Beziehung zu den Eltern. Der Kontakt minimiert sich drastisch und die Wahrung der Intimsphäre stellt für Jugendliche einen besonders wichtigen Stellenwert dar. Dies ist nur eine Darstellung die deutlich macht, dass sich das Verhältnis zwischen Eltern und Jugendlichen verändert. Aufgrund der zunehmenden Autonomie des Jugendlichen, kommt es außerdem zu gehäuft auftretenden Konflikten mit den Eltern. Die natürliche Folge daraus ist das Aushandeln einer neuen Rollenverteilung im Sinne einer größeren Partnerschaftlichkeit innerhalb der Familie (Seiffge-Krenke, 2004).

Ob in der Entwicklung des Jugendlichen eher die körperlichen Veränderungen dominieren oder die psychologischen und sozialen Veränderungen diejenigen sind, die die größere Belastung bedeuten, ist nach Mewe (2000) nicht voneinander trennbar. Denn „infolge der Reflexion über die körperlichen Veränderungen ergeben sich zugleich Verhaltens- und Einstellungsänderungen, die vielfach Konflikte mit der Umgebung entstehen lassen“ (S.13) und oftmals zu Krisen führen. Die psychische Entwicklung wird von den körperlichen Veränderungen mitbestimmt. Vor allem das soziale Umfeld übt einen wesentlichen, nicht zu unterschätzenden Einfluss und Druck im Umgang mit der körperlichen Veränderung aus.

Auf die psychosoziale Einflussnahme des sozialen Umfelds auf den Jugendlichen wird im nächsten Abschnitt der Adoleszenz eingegangen.

## 2.4. Adoleszenz – psychosoziale Entwicklung

Mit dem Begriff der Adoleszenz werden Veränderungen bezeichnet, die von verschiedensten psychischen und psychosozialen Veränderungs- und Reifungsprozessen (Charlton, Käßler & Wetzel, 2003) begleitet sind und den Jugendlichen als Individuum und Gemeinschaftswesen in die Erwachsenenwelt einführen (Du Bois & Resch, 2005). Die Adoleszenz beschreiben Du Bois und Resch (2005) als einen seelischen Prozess des Übergangs von der Kindheit ins Erwachsenenalter. In diesem findet sowohl eine tief greifende affektive und kognitive Entwicklung als auch eine normative Neuorientierung statt. Diese Lebensphase beinhaltet Veränderungen im gesamten individuellen Lebensverlauf, in der Herkunftsfamilie und zugleich auf die aktuell wirksamen sozialgesellschaftlichen Einflüsse (Charlton et al., 2003).

Hierdurch wird ersichtlich, mit welchen Entwicklungs- und Lebensaufgaben Jugendliche sich konfrontiert sehen. Zum einen beinhalten diese Aufgaben Entscheidungen über ihre Zukunft und zum anderen die Entwicklung vom abhängigen Kind hin zum autonomen Erwachsenen.

Infolgedessen kommt es nach den Autoren Charlton et al. (2003) zu einer Ablösung vom Elternhaus, das Zusammensein mit Gleichaltrigen und Peer-Groups sowie sexuelle Beziehungen treten in den Vordergrund. Für den Jugendlichen stellen diese neuen Situationen eine große Herausforderung dar, da er zum ersten Mal in seinem Leben autonom sehr weitgreifende Entscheidungen, die seine Zukunft betreffen und Situationen in Eigenverantwortung meistern soll.

Derartige Situationen sind häufig neu für ihn und er kann auf keine bisherigen Erfahrungen zurückgreifen, die ihn in seinen Entscheidungen stützen könnten. Entscheidungen, welche die Zukunft des Jugendlichen betreffen, stellen durch ihre weitreichenden Konsequenzen häufig eine Überforderung für diesen dar.

Die Adoleszenz muss als ein individueller Lebensabschnitt gesehen werden, dessen Bewältigung sich in unterschiedlichster Form vollzieht und nicht mit einem bestimmten Alter abgeschlossen ist. Die Altersgruppe der Adoleszenz umfasst 11-21 Jährige und wird weiters unterteilt in die frühe Adoleszenz (11-14 Jahre), mittlere Adoleszenz (15-18 Jahre)

und die Spätadoleszenz, die Jugendliche zwischen 18–21 Jahren einschließt (Du Bois & Resch, 2005).

In der vorliegenden Arbeit widme ich mich vor allem der mittleren Adoleszenz. Diese Eingrenzung ist deshalb sinnvoll, da die Adoleszenz einen relativ langen Lebensabschnitt beinhaltet. Innerhalb dieser Altersspanne stehen unterschiedliche Themen im Vordergrund.

Schmidtchen (2002) sieht die Auseinandersetzung mit „alterstypischen Lebensvollzügen“ in dieser Phase als wichtig an. Besonders relevant sieht der Autor diese im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, da die „Erscheinungsweisen von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen entscheidend von ihren Lebenserfahrungen abhängig sind und weil positive Lebenserfahrungen die Widerstandskräfte gegen Belastungen aller Art stärken können“ (S.46). Das bedeutet, dass wie die psychischen Störungen zum Ausdruck kommen, durch jene Umstände beeinflusst werden, in denen Kinder und Jugendliche aufgewachsen sind.

Das Wissen über die bisherigen Gewohnheiten und Erfahrungen des Jugendlichen ist für den Jugendpsychotherapeuten wesentlich, um mögliche Ursachen für seine psychischen Störungen erkennen zu können und eventuelle Zusammenhänge dahingehend zu analysieren, ist es doch die Aufgabe eines Jugendpsychotherapeuten, sich mit den speziellen Entwicklungsstufen, in denen sich Jugendliche befinden und welche sie während des Prozesses des Erwachsenwerdens durchlaufen, auseinander zu setzen.

Im Folgenden soll eine Darlegung der „alterstypischen Lebensvollzüge“ stattfinden. Denn in der Entwicklungsphase vom Kind zum Erwachsenen gibt es eine Reihe von Aufgaben, die Jugendliche absolvieren müssen. Havighurst (1982) spricht von „Entwicklungsaufgaben“, die Menschen in bestimmte Lebensphasen zu lösen haben (zit. n. Schenk-Danzinger, 2006, S.45).

Der nächste Abschnitt setzt sich mit den einzelnen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter auseinander und es werden mögliche Krisen, die bei Nichtbewältigung dieser Aufgaben in diesem Zusammenhang eintreten können, beleuchtet. Diese Betrachtung ist für den Jugendpsychotherapeuten notwendig, um die Komplexität dieses Lebensabschnittes

darzulegen und hieraus im nächsten Schritt mögliche therapeutische Zugänge herauszuarbeiten.

## **2.5. Entwicklungsaufgaben im Jugendalter**

Schmidtchen (2001) beschreibt das Jugendalter als Übergangszeit zwischen dem Kindsein und dem Erwachsenenalter, in der enorm viele neue Lebensvollzüge stattfinden.

Jugendliche sind vor allem damit beschäftigt, Lösungen für ihre Entwicklungsaufgaben zu finden und diese erfolgreich zu bewältigen. Nach Schmidtchen (2001) beinhalten Entwicklungsaufgaben eine Mischung aus deskriptiven und normativen Elementen. Deskriptive Elemente meinen die Art von zu erwerbenden Verhaltensweisen. Unter normativen Elementen wird die Ausprägung eines Verhaltens und der Altersrahmen, indem diese Kompetenzen erworben werden sollen, verstanden.

Die Entwicklungsaufgaben beinhalten laut Schmidtchen (2001) insbesondere das körperliche und seelische Wohlbefinden, die Selbstentwicklung, das soziale Familienleben und den Freundeskreis, sowie freizeitleiches, schulisches und berufliches Leben.

Für Havighurst (1982) beinhalten Entwicklungsaufgaben neben der körperlichen Reifung, auch formale Operationen, Peergruppen, Identitätsentwicklung und die moralische Entwicklung. Im Folgenden wird das Verständnis von Entwicklungsaufgaben nach Havighurst (2.5.1.) eingehender betrachtet. Im Weiteren findet eine Darstellung der einzelnen Entwicklungsaufgaben (2.5.2.) im Jugendalter statt.

### **2.5.1. Definition von Entwicklungsaufgaben nach Havighurst**

Die folgende Definition von Havighurst (1982) zeigt sein Verständnis von Entwicklungsaufgaben und verweist gleichzeitig auf mögliche Konsequenzen, wenn Entwicklungsanforderungen positiv oder negativ gelöst werden können.

Havighurst (1982) definiert Entwicklungsaufgabe als:

...eine Aufgabe, die sich in einer bestimmten Lebensperiode des Individuums stellt. Ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während ein Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stößt und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt. (S.2)

Havighurst spricht davon, dass eine erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben für die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen förderlich ist und ihm hilft, ein ausgeglicheneres, in die Gesellschaft integrierteres Leben zu führen. Kommt es hingegen zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Entwicklungsanforderungen, können diese zu Störungen bei der Entwicklung des Menschen führen, die sich unter Umständen durch Unzufriedenheit äußern, bis hin zum sozial-gesellschaftlichen Ausschluss. Wie ein Individuum die Entwicklungsanforderungen für sich löst beeinflusst auch die Handhabung anderer und zukünftiger Lebensaufgaben. Somit kann gesagt werden, dass die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz eine erhebliche Bedeutung und Auswirkung auf zukünftige Lebens- und Entwicklungsphasen haben wird.

Die Betrachtung der Entwicklungs- bzw. Lebensaufgaben von Jugendlichen in der Therapie ist deshalb vonnöten, da die Entstehung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen abhängig sind von ihren bisherigen Erfahrungen. Positive Lebenserfahrungen machen nach Schmidtchen (2001) resistenter für belastende Situationen. Diese ergeben sich durch die positiven Erfahrungen in der Bewältigung des bisherigen Alltags, sowie aus der selbstständigen Lösung von Entwicklungsanforderungen. Je nachdem, wie diese Anforderungen bewältigt werden, hat dies entsprechende Auswirkungen auf die psychische Entwicklung des Jugendlichen.

Infolge unbewältigter Anforderungen der Jugendlichen kann es nach Schenk-Danzinger (2006) zu emotionalen Problemen kommen, die über Jahre hinweg anhalten können. Stellt sich ein Gefühl der Überforderung ein, kann dies in weiterer Folge zu Schwierigkeiten in Schule und/oder Beruf führen oder in familiären Problemen zum Ausdruck kommen. Andere kennzeichnende psychische Reaktionen wie depressive Verstimmungen und Selbsttötungsgedanken können sich in diesem Zusammenhang einstellen. Die Autorin nennt Trotzreaktionen, Aggressionstendenzen, Selbstaufgabe, Apathie etc. als weitere typische psychische Störungen im Jugendalter. Neben den nichtbewältigten Anforderungen steht das Unbehagen in der allgemein schwierigen Zwischenposition als Nicht-mehr-Kind und Noch-nicht-Erwachsener im Vordergrund. Dies kann vereinzelt auch zum Abgleiten in Verwahrlosung, Delinquenz und Kriminalität führen. Schenk-Danzinger (2006) betont weiters die Abhängigkeit der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben vom soziokulturellen Umfeld, denn die Dauer und die psychischen Kennzeichen der Pubertät sowie der



Adoleszenz sind sowohl abhängig von der Gesellschaftsform, als auch von der Schichtzugehörigkeit.

### **2.5.2. Entwicklungsaufgaben eines Jugendlichen**

Mit folgenden Entwicklungsaufgaben sehen sich Jugendliche nach Havighurst (1982) konfrontiert:

Der Autor weist unterschiedliche Entwicklungsaufgaben unterschiedlichen Altersgruppen zu. Er unterscheidet zwischen mittlerer Kindheit (6-12 Jahre), Adoleszenz (12-18Jahre) und frühem Erwachsenenalter (18-30Jahre). Im Folgenden werden die Aufgaben der Adoleszenz angeführt, da diese für die daliegende Arbeit im Weiteren relevant sind.

- Neue und reife Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufbauen
- Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle
- Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers
- Emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und von anderen Erwachsenen
- Vorbereitung auf Ehe und Familienleben
- Vorbereitung auf eine berufliche Karriere
- Werte und ein ethisches System erlangen, das als Leitfaden für das Verhalten dient  
– Entwicklung einer Ideologie
- Sozial verantwortliches Verhalten anstreben und erreichen

Diese angeführten Entwicklungsaufgaben sind allen Jugendlichen gemein, unabhängig von den oft großen Unterschieden der äußeren und inneren Bedingungen jedes Einzelnen in dieser Altersgruppe.

Im Folgenden werden die Entwicklungsaufgaben, mit denen sich Jugendliche konfrontiert sehen, inhaltlich näher dargestellt. Dadurch soll ein umfassendes Bild entstehen, mit welchen Anforderungen diese Jugendzeit geprägt ist und welchen Risiken Jugendliche ausgesetzt sind.

## **Ichfindung/Selbstwerdung/Identitätsfindung**

Eine zentrale Entwicklungsaufgabe im Jugendalter ist die Identitätsfindung (Schmidtchen, 2001). Die Ablösung vom Elternhaus und die „Verselbstständigung des Lebenswegs“ des Jugendlichen stehen im Vordergrund. Parallel dazu beginnt er, seine Persönlichkeit zu bewerten und neben die Reifungs- und Lernprozesse von früheren Entwicklungsphasen stellt sich die Selbststeuerung ein. Die Selbststeuerung verfolgt das Ziel der Ichfindung, Selbstwerdung (Schenk-Danzinger, 2006) oder auch Identitätsfindung. Mit diesen Begriffen ist die Gründung der Identität zu einer individuellen Persönlichkeit gemeint, mit einer vollkommen neuen persönlichen Kontur. In dieser Phase der Persönlichkeitsentwicklung bildet sich unter anderem die Fähigkeit zur Reflexion. Das bedeutet, durch das Nachdenken über die eigenen Gefühle, Strebungen und Gedanken werden auch neue kognitive und emotionale Abläufe möglich.

In der Selbstfindung beschäftigen sich Jugendliche nach Schenk-Danzinger (2006) und Schmidtchen (2001) vor allem mit der subjektiven, der wünschbaren und der zugeschriebenen Identität. Bei der subjektiven Identität setzt sich der Jugendliche mit der Frage nach „Wie bin ich?“, „Wer bin ich?“, „Wer war ich in meiner Kindheit?“ auseinander. Die wünschbare Identität strebt nach dem „Wie möchte ich sein?“, „Wer will ich in meiner Erwachsenenzeit sein?“, „Wie kann ich mein Kindheitsselbst mit meinem Jugendlichen- und zukünftigen Erwachsenen selbst verbinden?“ und die „zugeschriebene“ Identität behandelt die Frage nach „Für wen hält man mich?“

Schenk-Danzinger (2006) beschreibt, dass die Entwicklung der Identität von „außen nach innen“ (S.285) verläuft. Die Identitätsentwicklung in der Adoleszenz wird somit von äußeren Faktoren beeinflusst. Die äußere Erscheinung des Einzelnen wird zunächst kritisch betrachtet und der Jugendliche ist zu Beginn dieser Entwicklungsstufe vor allem mit seinem Aussehen beschäftigt. Der Körper wird zunehmend als Ausdruck des Selbst betrachtet. Es kann eine Gespaltenheit in der Selbstfindung entstehen. Diese äußert sich auf der einen Seite darin, dass der Jugendliche sich an ein akzeptiertes Vorbild angleicht und dabei glaubt, sein Selbst zu finden. Zum anderen kann dies zu einem Identitätsverlust führen, der aufgrund einer Überidentifikation mit diesem Ideal entsteht.

Schrittweise beginnt der Jugendliche, sich mehr in seinem Inneren auf die Suche nach der eigenen Identität zu besinnen. Es besteht ein enormes Spannungsfeld zwischen der subjektiven und wünschbaren Identität (Schenk-Danzinger, 2006).

Die Identitätsfindung verläuft als Prozess, den Marcia (1980) in vier Identitätszuständen dargestellt.

- Die *diffuse Identität* stellt die erste Phase der Identität dar. Für sie charakteristisch ist die große Unsicherheit im Zusammenhang mit Zukunftsgedanken. Der Jugendliche legt sich nicht auf Werte und Berufsfindung fest.
- Kommt es zur Festlegung auf Berufe und Werte, die von den Eltern ausgewählt wurden, spricht die Autorin von der *übernommenen Identität* (zweite Phase).
- Die dritte Phase der Identitätsentwicklung wird als *Übergangsidentität* bezeichnet, in der sich der Jugendliche gegenwärtig mit beruflichen oder auch anderen Wertfragen auseinandersetzen.
- Legt sich das Individuum auf einen Beruf oder bestimmte Werte fest, die es selbst gewählt hat, so spricht Marcia von einer *erarbeiteten Identität*. Schmidtchen (2001) spricht in diesem Zusammenhang vom Optimalziel der Selbstentwicklung.

Den Prozess der Selbstfindung sieht Schenk-Danzinger (2006) als ein ständiges Ausprobieren und Experimentieren mit der Absicht die eigene Identität zu finden. Der Selbstwert befindet sich in dieser Phase in einem eher labilen Zustand. Diese Verfassung des Selbst birgt mitunter Gefahren, die sich vor allem in Problemen und Schwierigkeiten der Jugendlichen widerspiegeln. Die Autorin verweist in diesem Zusammenhang auf die Höhe der Suizidquote und -versuche bei Jugendlichen. Sie sieht die Ursachen in gestörten Familienbeziehungen, die aber häufig auf den ersten Blick in Liebeskummer und Schulschwierigkeiten zum Ausdruck kommen.

Aufgrund der verschiedenen Identitätszustände entstehen nach Schmidtchen (2001) unterschiedliche Belastungen im Alltag des Jugendlichen. Den Zustand der diffusen Identität sieht der Autor als stärkstes Risiko. Hier besteht die größte Gefahr, dass sich Jugendliche aufgrund eines verminderten labilen Selbstwertgefühls und nicht vorhandenen Zukunftsperspektiven nur auf das Gegenwartsleben konzentrieren. Die

Zusammenschließung mit Gleichgesinnten, die ebenfalls keine Zukunftsziele oder -pläne haben und den gemeinsamen Frust vermehrt durch übermäßigen Alkoholkonsum und/oder in Form von extremer Abneigung gegenüber der Gesellschaft ausleben, birgt ein weiteres Risiko für ein gesundes psychisches Heranreifen. Diese Gruppe von Jugendlichen ist besonders gefährdet für die Entwicklung psychischer Störungen in Form von Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, aggressiv-dissozialen Verhaltensweisen, etc.

Die Identitätsentwicklung kann als die wesentlichste Entwicklungsaufgabe gesehen werden, da sie sich meiner Meinung nach allen anderen Entwicklungsaufgaben überordnet.

### **Emotionale Ablösung von den Eltern und der Familie**

Der Prozess der Selbstfindung ist eng mit der Ablösung vom Elternhaus verbunden (Schenk-Danzinger, 2006). Jugendliche folgen dem Drang, sie selbst zu sein und distanzieren sich bewusst vom elterlichen Milieu. Sie wollen sich selbst finden und möchten sich sowohl vom affektiven als auch wirtschaftlichen Einfluss der Eltern befreien (Mönks & Knoers, 1996). Wenn es den Eltern laut Schenk-Danzinger (2006) gelingt eine Balance zu schaffen, indem sie den Jugendlichen einerseits bei seiner Loslösung vom Elternhaus unterstützen und er dadurch uneingeschränkt sein eigenes zukünftiges Leben gestalten kann. Und sie ihm auf der anderen Seite noch den nötigen emotionalen Rückhalt bieten, kann es dem Jugendlichen gelingen die Entwicklungsaufgabe erfolgreich zu bewältigen. Dadurch wird dem Jugendlichen eine Sicherheit geboten, diese konfliktreiche Entwicklungsphase zu überstehen, ohne psychische Störungen, einschneidende Entgleisungen oder allzu massive Anpassungsschwierigkeiten (Schenk-Danzinger, 2006) durchmachen zu müssen. Ziel ist es, eine partnerschaftliche Beziehung aufzubauen, die den Eltern einerseits eine gewisse Verantwortung nimmt und andererseits den Jugendlichen in seinen Autonomiebestrebungen unterstützt (Schmidtchen 2001). Die Diskrepanz zwischen körperlichem Erwachsensein und sozialer Abhängigkeit vom elterlichen Milieu (Mönks & Knoers, 1996) stellt eine wesentliche Herausforderung in der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe dar.

### **Aufbau eines Wertesystems/ Moralische Entwicklung**

Kinder übernehmen Werte und Normen ihres sozialen Umfeldes, vordergründig jene der Familien. Der Verinnerlichungsprozess von Werten und Normen ist ein wesentlicher Bestandteil der Sozialisation. Jugendliche streben nach neuen Normen und Werten, um damit ihrer Soll-Identität näher zu kommen und sich gleichzeitig an die Erwachsenenwelt anzupassen. Diese Entwicklungsaufgabe beinhaltet die Übernahme von Verantwortung, Zukunftsorientierung und gleichberechtigtes, partnerschaftliches Verhalten. Der Normen- und Wertaufbau reguliert und beeinflusst wesentliche Faktoren des menschlichen Verhaltens (Schenk-Danzinger, 2006). Demnach kommt dem sozialen Umfeld, in dem der Jugendliche lebt, eine große Bedeutung für die Norm- und Werteentwicklung zu.

In ihrer Norm- und Werteentscheidung sehen sich Jugendliche häufig mit einigen Problemen konfrontiert. Sie sind gezwungen aus einem Normen- und Wertepool einer pluralistischen Gesellschaft zu wählen, in welcher auch ihre eigenen Bezugspersonen eine Wahl getroffen haben (Schenk-Danzinger, 2006). Dahingehend sind sie gezwungen, eine doppelte Entscheidung zu treffen. Sie müssen sich indirekt zwischen den Normen und Werten der Bezugspersonen als auch der Vielfalt der Normen und Werte der Gesellschaft entscheiden.

Zur Internalisierung der Normen und Werte eines Individuums kommt es über die Identifikation mit Personen, die von ihm selbst idealisiert werden. Jugendliche identifizieren sich im Alter zwischen zwölf und 16 Jahren mit Idealbildern. Vorwiegend sind dies sympathische Erwachsene, Freunde, Berühmtheiten, aber auch selbst erfundene Ideale. Diese Entwicklung führt vom primären Milieu weg, hin zu den Altersgenossen (Mönks & Knoers, 1996).

Nach diesen Beschreibungen ist erneut die Einflussnahme der näheren sozialen Umgebung auf die psychische Entwicklung des Jugendlichen erkennbar. Je nachdem welche Normen und Werte die Familie des Jugendlichen und seine nähere Umgebung leben, kann dies für seine Persönlichkeitsentwicklung förderlich sein, oder sich hemmend auf die Entwicklung auswirken.

### **Berufs- Schulwahl/ Lebenspläne/ Erwartungen**

Laut Schenk-Danzinger (2006) hat die Ausbildungs- und Berufswahl eine wesentliche Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung. Sie beschreibt diese Phase als „soziale Integration“, die durch den Eintritt und der Integration in das Berufsleben zum Ausdruck kommt und gleichzeitig die Eingliederung in die Gesellschaft der Erwachsenen bedeutet.

Diese Entwicklungsaufgabe erscheint deshalb wichtig, da sie bei positiver Bewältigung zur Steigerung des Selbstwertgefühls und zugleich zur sozialen Integration beiträgt. Jugendliche wissen häufig noch wenig über ihre Wünsche, Fähigkeiten und Fertigkeiten und werden dennoch angehalten wesentliche Entscheidungen für die eigene Zukunft zu treffen. Dieser auferlegte Druck kann zu Problemen in der Bewältigung dieser Entwicklungsphase führen, die unter anderem durch Abbrüche der Ausbildungen sichtbar werden. Die Hoffnung auf Anerkennung und die Angst vor Versagen stehen hier im Vordergrund (Schenk-Danzinger, 2006).

Durch die Abbrüche von Ausbildungen entstehen in der Folge weitere Schwierigkeiten, die sich in der Jobsuche äußern. Häufig endet diese für Jugendliche in der Armut und der Abhängigkeit vom Staat und bedeutet eine große Kränkung und psychische Belastung (Schmidtchen, 2001).

Die Autorin charakterisiert die Entscheidung zur Berufs- bzw. Schulwahl und die Vorbereitung der Ausübung als die Bedeutsamste der Jugendzeit. Diese impliziert die Gestaltung des Lebens des Jugendlichen und die bewusste Zukunftsplanung (Schenk-Danzinger, 2006).

### **Soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen**

Gleichaltrige nehmen durch die Ablösung der Familie nach Schmidtchen (2001) eine sehr bedeutungsvolle Rolle für Jugendliche ein. Sie finden in ihnen neue Bezugspersonen, die viele Ähnlichkeiten aufweisen und gehen erstmals eine intensive symmetrische Bindungsbeziehung mit ihnen ein. Die Beziehung zwischen Gleichaltrigen kennzeichnet sich durch Nähe, Zuneigung, Wertschätzung, emotionale Sicherheit und Vertrautheit. Gleichzeitig stellt sie eine neue Lebenserfahrung in der gleichförmigen „Ich-Du-Begegnung“ dar, die eine wichtige Basis für die Gestaltung von sexuellen Beziehungen

und das spätere Familienleben bildet. Die oft abgewerteten Normen und Werte der Eltern können, nach den Autoren, im Bezugssystem der Gleichaltrigen durch unterschiedliche Formen der „jugendlichen Subkulturen“, die sich aus Mode, Trends, bestimmter Sprache und Verhaltensweisen zusammensetzen, neu angenommen oder bestimmt werden. Dieser „Subkultur“ anzugehören gibt dem Jugendlichen ein Gefühl von Sicherheit und trägt einen wesentlichen Teil zur Ablösung vom Elternhaus bei.

Innerhalb der Gleichaltrigengruppe werden soziale Interaktionen und Kompetenzen weiterentwickelt. Wettbewerbe, Zusammenarbeit und Unter- und Überordnung finden statt. Vorrangig bevorzugt die Altersgruppe bis zum 16. Lebensjahr gleichgeschlechtliche Bezugspersonen. Später kommt es immer mehr zur Vermischung der Gruppen (Schenk-Danzinger, 2006). Die Autorin erwähnt zusätzlich eine Gruppe von Jugendlichen, die sozial isoliert leben und wenig bis keinen Kontakt zu Gleichaltrigen haben. Lebt ein Jugendlicher abgesondert und ohne soziale Kontakte, kann sich das negativ für seine Persönlichkeitsentwicklung auswirken und zu psychischen Störungen führen, da die Auseinandersetzung in der Gleichaltrigengruppe fehlt.

Die Gruppe und deren Normen kann für den Jugendlichen eine Gefahr bedeuten. Der Druck in einer Gruppe, eine Rolle erfüllen zu müssen, gefährdet die Identitätsbildung. Diese Zugehörigkeit kann wichtiger werden als die Entwicklung der eigenen Normenmuster (Mönks & Knoers, 1996).

Die Gleichaltrigengruppe stellt auf der einen Seite für den Jugendlichen eine Hilfe bei der Ablösung vom Elternhaus dar, aber auf der anderen Seite kann sie durch den Druck der Gruppe eine Gefahr in der Identitätsfindung bedeuten.

### **Freizeit**

Nach Mönks und Knoers (1996) manifestieren sich Entwicklungskrisen bei Jugendlichen insbesondere in der Freizeit. Die Freiheit, die freie Zeit selbständig zu gestalten, stellt für viele Jugendliche eine Herausforderung dar. Sie haben oftmals Schwierigkeiten, ihre Freizeit konstruktiv zu nützen und diese Entscheidungsfreiheit führt häufig zu einer Überforderung.

Die Freizeitgestaltung ist abhängig von den Beziehungen des Jugendlichen und gestaltet sich vielfältig. Die beliebtesten Freizeitaktivitäten sind nach Kromer (1996, zit.n. Schenk-Danzinger, 2006, S.302) bei Mädchen Aktivitäten mit Freundinnen und Freunden. Bei Jungen stehen Fernsehen und Videospiele an vorderster Stelle der Freizeitgestaltung. Bei beiden Geschlechtern nimmt Musik vor allem im Alter von 15 bis 17 Jahren einen zentralen Stellenwert ein. Fernsehen und Videospiele nehmen bei Mädchen den dritten Platz ein, bei Jungen ist dies der Sport. Durch die Art der Freizeitgestaltung lässt sich eine Individualisierung des einzelnen Jugendlichen erkennen, die wiederum zur Identitätsbildung beiträgt.

Mönks und Knoers (1996) weisen darauf hin, dass der Jugendliche durch Sport seine Individualität zum Ausdruck bringen kann. Demzufolge können sie einerseits ihre überschüssigen Energien loswerden und andererseits können sie sich mit anderen messen. Dies trägt zur Suche nach einer eigenen Identität bei.

### **Sexuelle Beziehungen**

Aufgrund der biologischen Veränderungen, der so genannten Geschlechtsreife, kommt es in der Pubertät zur psychosexuellen Entwicklung. Den ersten Geschlechtsverkehr erleben Jugendliche heutzutage im Durchschnitt mit 15 Jahren (Schenk-Danzinger, 2006). Die Autorin fasst einige Untersuchungen zusammen, deren Ergebnisse unter anderem zeigen, dass das Sexualverhalten zwischen Mädchen und Burschen im Alter von 14 bis 16 Jahren kaum mehr Unterschiede aufzeigt.

Sexuelle Erfahrungen sammeln Jugendliche vor allem im Freundeskreis. Gleichzeitig hat der Freundeskreis auch die Funktion sich bei Problemen in diesem Zusammenhang zu helfen (Schmidtchen, 2001). „Da diese Hilfe, zumindest in der frühen Phase der Sexualentwicklung, selten bei den Eltern gesucht wird, können Jugendliche Schwierigkeiten mit dem Erwerb von sexuellen Kompetenzen bekommen, die sozial isoliert leben und keinen Freundeskreis besitzen“ (S.63f). Hier betont Schmidtchen noch mal die Wichtigkeit der sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen.



## **2.6. Bewältigung der Entwicklungsaufgaben**

Ob Jugendliche die Entwicklungsaufgaben positiv bewältigen, ist nach Schenk-Danzinger (2006) von unterschiedlichsten Einflüssen abhängig. Das Ausmaß „an emotionaler Stabilität oder Instabilität, an positiven oder negativen Affekten sowie insgesamt das Gelingen der Anpassung oder deren Misslingen hängen von vielen Faktoren ab“ (S.315). Hierdurch wird ersichtlich, dass eine gewisse Stabilität des Individuums in seiner psychischen Entwicklung schon von Grund auf gegeben sein muss, damit Risiken reduziert werden können und eine normale Bewältigung der Entwicklungsaufgaben stattfinden kann. Auf Risiken, die Einfluss auf die psychische Entwicklung nehmen, wird später in dieser Arbeit noch eingegangen.

### **Elterliche Einflussnahme auf die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben**

Der Verlauf der Entwicklung wird vor allem durch den Autoritätsdruck der Familie beeinflusst. Ein Beispiel hierfür ist, inwieweit sich die Familie den Autonomiebestrebungen des Jugendlichen entgegen setzt. Die Haltung der Eltern hat in diesem Fall einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Jugendlichen (Schenk-Danzinger, 2006). Wenn es den Eltern gelingt den Jugendlichen in seiner individuellen Entwicklung zu unterstützen, wird dies einen förderlichen Beitrag zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben und großen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung des Jugendlichen haben.

### **Persönliche Einflussnahme auf die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben**

Wie Jugendliche sich ihren Aufgaben stellen und welche Strategien sie entwickeln, um sie zu bewältigen, erfolgt sehr individuell und schließt eine „aktive Mitgestaltung des Individuums an seinen eigenen Entwicklungsprozessen“ (Schenk-Danzinger, 2006, S.276) mit ein. Beeinflusst durch ihren bisherigen Lebens- und Entwicklungsweg, der soziokulturelle Einflüsse mit einbezieht, trägt der Jugendliche selbst aktiv zur Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben bei. Schenk-Danzinger (2006) bezeichnet diesen persönlichen Einsatz als den eigentlichen Motor für die Entwicklung im Jugendalter.

Die Bewältigung einer Entwicklungsaufgabe ist von der Art des Umgangs mit Belastungen abhängig, die für das Individuum entstehen. In diesem Zusammenhang spricht man von

Coping. Unter Coping versteht man eine „produktive Anpassung“ von Verhalten. Coping-Prozesse setzen ein, wenn der Jugendliche merkt, dass die Bewältigung der Aufgaben wichtig für ihn, aber zugleich eindeutig mit Problemen verbunden ist. Dadurch kommt es zu Unsicherheiten und das Gleichgewicht zwischen Person und Umwelt ist gestört.

Der Coping-Prozess besteht laut Schenk-Danzinger (2006) aus zwei Teilen, die sich nicht voneinander trennen lassen:

- Der Jugendliche versucht die Situation zu Beginn subjektiv zu beurteilen. Hierbei fließen sowohl kognitive als auch emotionale Komponenten in die Bewertung mit ein.
- Im nächsten Schritt prüft er die Möglichkeiten, die ihm zur Bewältigung der vorliegenden Situation zur Verfügung stehen. Er versucht einzuschätzen, wie wirksam diese sind und welche Konsequenzen sie für ihn hätten.

Aus diesen Prozessabläufen wird deutlich, dass sich der Jugendliche ständig in einer Phase des Experimentierens mit seinen Möglichkeiten befindet. Diese neuen und vielfältigen Möglichkeiten, sein Leben selbst zu bestimmen und mit zu beeinflussen, führen häufig zu einer Überforderung. Diese Phase ist dominiert von übermäßigem Denken, der Aneignung von fehlenden Informationen oder von neuen Erfahrungen, welche wieder zu neuen Entscheidungen führen. Bei diesem „aktiven dynamischen Prozess“ (Schenk-Danzinger, 2006, S.276) befindet sich der Jugendliche ständig in einer Phase der Entwicklung seiner Persönlichkeit.

### **2.6.1. Coping-Strategien von Adoleszenten**

Im Folgenden wird auf die Coping-Strategien von Adoleszenten nach Seiffge-Krenke (1985, zit. n. Schenk-Danzinger, 2006, S.277ff) eingegangen. Diese Darstellung bezieht sich auf eine normale Adoleszenzentwicklung und die daraus resultierende Art des Handelns.

Mädchen unterscheiden sich im Gegensatz zu Jungen vor allem dahingehend, dass sie:

- öfter offene Aussprachen suchen,
- sich mehr mit ihren Problemen beschäftigen,

- eher Hilfe, Rat, Trost, Informationen suchen,
- eher Kompromisse schließen,
- stärker dazu neigen sich abzureagieren und ihre Befindlichkeit emotionalen Ausdruck verleihen,
- eher resignieren,
- eher durch Rückzug und Verdrängen einer aktiven Bewältigung ausweichen.

Burschen hingegen tendieren eher zu,

- Sorglosigkeit,
- zum Versuch, der Problemlösung durch Alkohol- und/oder Drogenkonsum aus dem Weg zu gehen.

Gesamt gesehen ist die aktive Bemühung zur Entwicklungsbewältigung in beiden Gruppen dominierend gegenüber passiven Verhaltensweisen, wie zum Beispiel die Verdrängung, bloßes Abreagieren, Rückzug und/oder der Alkohol- und Drogenkonsum.

Im Vergleich dazu zeigen, laut Autorin, problembelastete Jugendliche ebenso die Tendenz zur aktiven Problembewältigung, scheinen aber durch die schwierigen Situationen, die vor allem im Elternhaus zu finden sind, gehemmt zu sein und neigen zu Resignation, Verdrängung, Rückzugsverhalten sowie zu furchtlosem Dampfablassen und zu Betäubungsstrategien.

Eine Überforderung in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz ist als normal zu betrachten. Jugendliche wählen für sich Coping-Strategien, die ihnen eine kompensatorische Hilfe für diese belastende Situation bieten. Inkongruenzen sind aufgrund der vielen neuen Eindrücke, Anforderungen und Erfahrungen obligatorisch. Wie Jugendliche diese Inkongruenzen für sich lösen, ist nach Rogers (2007) wiederum abhängig von ihrem bisher entwickelten Selbstbild, ihren Interaktionspartnern und ihrem sozialen Umfeld. Hat der Jugendliche ein bisher möglichst kongruentes Selbstbild entwickelt, stehen ihm förderliche Interaktionspartner zur Verfügung. Bietet ihm sein soziales Umfeld diese Bedingungen weitestgehend, wird er in seiner Persönlichkeitsentwicklung auch weiterhin keine Probleme haben. Jugendliche, denen

diese Bedingungen nicht zur Verfügung stehen, drücken ihre verstärkte Inkongruenz meist im Verhalten aus. Auf diese Inkongruenzen soll im nächsten Kapitel eingegangen.

## **2.7. Problemverhalten und Fehlanpassungen**

Für eine gesunde psychische Entwicklung ist es notwendig, dass Jugendliche ihren eigenen weitestgehend kongruenten Weg für sich finden, um ihre Entwicklungsaufgaben zu lösen. Dabei sind sie beeinflusst durch ihre biologischen Voraussetzungen, ihre soziokulturellen Erwartungen und ihre persönlichen Möglichkeiten, die wiederum stark durch die individuelle Lebensgeschichte geprägt sind (Schenk-Danzinger, 2006, S.305).

Häufig kommt es bei Jugendlichen zu Problemen, wenn die eigenen Ansprüche nicht ihren Möglichkeiten entsprechen, oder wenn ihre Ansprüche nicht mit den Erwartungen der Umwelt übereinstimmen. Daraus entwickeln sich „Rollenkonflikte, Anpassungs- und Orientierungsschwierigkeiten sowie Unsicherheit[en] mit all den damit verbundenen Reaktionen und Kompensationsversuchen“ (Schenk-Danzinger, 2006, S.267f). Klaffen die Wunsch-Identität des Jugendlichen und Normen und Werte der Gesellschaft weit auseinander, kann es zu Problemen zwischen den beiden Seiten kommen.

Silbereisen und Eyferth (1984 zit.n. Schenk-Danzinger, 2006, S.305) sehen ein Übermaß an Fremdbestimmung durch autoritäre Eingriffe oder das Einschränken der Jugendlichen in ihren Selbstregulierungsmöglichkeiten als hinderlich für positives Gelingen von Entwicklungsaufgaben. Weiters kann das Erleben von Sinnverlust (etwa durch Arbeitslosigkeit) die Entwicklung zukunftsorientierter Perspektiven verhindern. Störungen in der sozialen Interaktion und soziale Desorganisation im engeren Lebensraum sind weitere Barrieren für eine wachstumsreiche psychische Entwicklung.

Spricht man von einer gelungenen oder gescheiterten Entwicklung, so ist es nicht möglich, eine Grenze zwischen diesen zu ziehen. Die Übergänge sind immer fließend zu sehen. Es zeigen ca. 10% der Jugendlichen ein andauerndes Problemverhalten. Die restlichen Fehlverhaltensweisen werden häufig dahingehend eingesetzt, um Ansehen und Anerkennung in einer Gruppe zu erhalten (Schenk-Danzinger, 2006).

### **2.7.1. Wie drücken sich Problemverhalten und Fehlanpassung aus?**

In diesen Ausführungen beziehe ich mich auf Schenk-Danzinger (2006), die den Ausdruck von Problemverhalten wie folgt zusammenfasst.

- Depression: Alle Formen dieser emotionalen Verstimmungen treten häufiger während der Adoleszenz auf. Mädchen sind davon öfters betroffen als Burschen. Es kommt bei ihnen zu wesentlich mehr Suizidversuchen, bei Burschen aber dafür häufiger zum Suizid selbst.
- Drop-outs: Ein Teil der Jugendlichen absolviert nach der Pflichtschule keine weitere Berufsausbildung. Die Tatsache, dass sie die minimalen gesellschaftlichen Anforderungen nicht erfüllen, bedeutet eine finanzielle Unsicherheit, Arbeitslosigkeit und folglich keine gesicherte Zukunft.
- Drogen und Alkohol: Eine Möglichkeit zur Flucht bei gescheiteter Entwicklung bieten der Alkohol oder andere illegale Substanzen. Abgesehen von der Gefahr der Abhängigkeit, kann es durch den Konsum von Drogen zum Auslösen von dynamischen Prozessen führen. Diese können vorübergehende oder andauernde psychische Störungen auslösen. Dabei kommt es häufig zu Affektflachung, Kontakt- und Denkstörungen, paranoide Psychosen, Depressionen, Panikattacken und Depersonalisation.
- Suchtverhalten: Es wird zwischen substanzgebundenen Süchten und prozessgebundenen Süchten unterschieden. Substanzgebundene Süchte sind all jene, bei denen die Abhängigkeit von einer bestimmten Substanz vorliegt. Unter prozessgebundenen Süchten versteht man alle Süchte, bei denen ein bestimmter Prozess, eine bestimmte Handlung oder Interaktion zur Abhängigkeit führt (Spielen, Sexualität, Internet,...).
- Delinquenz: Zu delinquenten Verhaltensweisen neigen zu einem überdurchschnittlichen Maße Burschen. Pfeiffer und Wetzels (1999, zit. n. Schenk-Danzinger, 2006, S. 312) haben nach drei Studien Thesen zum Thema Jugendgewalt zusammengefasst. Einige für diese Arbeit wesentliche Thesen, werden hier angeführt. Ein besonderes Risiko zur Entstehung von Jugendgewalt und Delinquenz lässt sich beobachten, wenn mindestens zwei der folgenden drei Faktoren zusammentreffen: Wenn Jugendliche innerfamiliäre Gewalterfahrungen haben, wenn die Familie massiv sozial benachteiligt ist und wenn die Zukunftschancen des Jugendlichen schlecht stehen.

- Rechtsextremismus: Die Autorin spricht von Jugendlichen mit rechtsextremen Tendenzen, die ein „zweites Gesicht“ zeigen. Oftmals steht eine depressive Problematik, Verlust von Halt und Selbstwert dahinter, die durch diese gewählte Aggression überspielt wird.

Diese Zusammenfassung zeigt, wie vielfältig sich ungünstige Bedingungen im Verhalten eines Menschen äußern können. Im Anschluss soll auf Risiken eingegangen werden, die Problemverhalten weiters negativ begünstigen können.

## **2.8. Risikofaktoren bei psychischen Erkrankungen**

Individuen sind – je nach sozialem Umfeld und genetischer Herkunft – unterschiedlichen Einflüssen und Risiken ausgesetzt. Unter Risikofaktoren sind nach Blanz et al. (2006) in diesem Fall Bedingungen gemeint, die in einer Gruppe von Individuen auftreten und in der es mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zu psychischen Störungen kommt, als in einer unbelasteten Kontrollgruppe.

Die Entwicklung des Kindes kann bereits von Geburt an derartigen Risiken ausgesetzt sein oder sie treten erst innerhalb des Entwicklungsverlaufes auf. Abgesehen davon können die Auswirkungen von Risiken unmittelbar oder verzögert, beispielsweise erst in der Adoleszenz auftreten (Blanz et al., 2006). Bei Kindern und Jugendlichen hat sich die Einteilung von Risiken in individuelle, psychologische und psychosoziale Risiken durchgesetzt. Dabei wurden ihre Besonderheiten wie die Unreife ihres Zentralnervensystems, welches erst im frühen Erwachsenenalter ausreift und der hohen Abhängigkeit von ihren Bezugspersonen berücksichtigt.

An dieser Stelle werden die Kategorien von Risiken von Blanz et al. (2006) erläutert, um dadurch die Komplexität der menschlichen Entwicklung und ihren unterschiedlichen Einflüssen sichtbar zu machen. Hieraus wird ein weiteres Mal deutlich welcher Vielschichtigkeit Jugendpsychotherapeuten in ihrer Arbeit ausgesetzt sind. Die Autoren unterteilen die Gefahren der Entwicklung in drei Gruppen. Die 1) individuellen Risiken beinhalten neben den genetischen, auch die erworbenen biologischen und ökologischen Gefahren. 2) Psychische Risiken charakterisieren sich durch die Temperamentsfaktoren, die für die Entstehung von psychischen Störungen von Bedeutung sind. Bei Kindern mit

temperamentsbedingter Gehemmtheit in Form von Scheu, Furcht und Rückzugsverhalten besteht zum Beispiel eine erhöhte Gefahr, eine Störung mit sozialer Ängstlichkeit zu entwickeln. 3) Psychosoziale Faktoren stellen die letzte Risikogruppe dar. Das familiäre Umfeld bildet die größte Gruppe von psychosozialen Gefahren. Als begünstigend für psychische Störungen sind familiäre Beziehungs- und Interaktionsmuster zu nennen, wie etwa Scheidung oder Trennung, chronische Streitbeziehungen, psychische Auffälligkeiten einer Bezugsperson oder delinquentes Verhalten.

Die Übergangszeit vom Kindsein zum Erwachsensein, bietet nach Du Bois und Resch (2005) viele Risiken aber auch Chancen. Zum einen die tiefgreifenden Veränderungen in körperlicher Hinsicht, Veränderungen im Denken, Einstellungen und Haltungen, also auch Veränderungen des „Selbstbezugs“ und zum anderen vor allem in Hinblick auf soziale Rollen und Verantwortlichkeiten.

Ausgehend von der bedeutsamen Einflussnahme des sozialen Umfeldes können der Prozess der Selbstfindung, die Ablösung vom Elternhaus, die Gleichaltrigen, der neue Arbeits- oder Schulplatz, eine partnerschaftliche Beziehung oder die Freizeitgestaltung und die damit einhergehende moralische Entwicklung dem Jugendlichen für seine Persönlichkeitsentwicklung förderlich sein. Gelingt es dem Jugendlichen, möglichst viele Ressourcen für sich zu aktivieren, kann trotz einer risikoreichen Vergangenheit eine konstruktive psychische Entwicklung stattfinden. Für das therapeutische Setting wird deutlich, dass bei der Arbeit mit Jugendlichen vor allem das soziale Umfeld Einfluss auf den therapeutischen Prozess nimmt.

Im folgenden Kapitel wird die personenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen dargestellt.

### **3. Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen**

Um sich mit den spezifischen Anforderungen an den Personzentrierten Jugendtherapeuten differenzierter auseinandersetzen zu können, ist es vorweg notwendig den aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung (3.1.) in diesem Bereich näher zu beleuchten. Im therapeutischen Prozess begegnen sich Therapeut und Klient. Deshalb wird im nächsten Schritt der Therapeut als Person in der Arbeit mit Jugendlichen dargestellt (3.2.). Im Kapitel 3.3. wird auf Grundelemente der Personzentrierten Jugendpsychotherapie eingegangen. Im Konzept der Personzentrierten Psychotherapie stellt die Beziehung zwischen Therapeut und Klient einen wesentlichen Wirkfaktor im therapeutischen Prozess dar. Wie sich eine therapeutische Beziehung mit Jugendlichen umsetzen lässt, wird im Kapitel 3.4. dargelegt.

#### **3.1. Wie wirkt Personzentrierte Psychotherapie bei Jugendlichen?**

Welche Elemente im psychotherapeutischen Prozess wirksam sind, kann aus den Ergebnissen der Psychotherapieforschung zusammengefasst werden. In der Literatur zeigt sich, dass der Forschungsschwerpunkt überwiegend in der Erwachsenenpsychotherapie liegt. In den letzten Jahrzehnten allerdings steigt das Forschungsinteresse auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Auffallend wenige Studien lassen sich aber speziell für das Jugendalter finden (Boeck-Singelmann et al., 2002, 2003; Schmidtchen, 1989, 1991, 2001, 2002; Weinberger, 2008; Goetz, 2002).

Reimer, Eckert, Hautzinger und Wilke (2007) verweisen auf Forschungsergebnisse, die zeigen, dass die Wirksamkeit in der Jugendpsychotherapie ähnliche Wirkaspekte wie in der Erwachsenentherapie aufweisen. Demnach kann von ähnlichen Wirkungsphänomenen im therapeutischen Prozess in Bezug auf beide Altersgruppen ausgegangen werden.

Jeder therapeutische Prozess ist einzigartig und dadurch ein wahrscheinlich nie vollständig zu klärendes Phänomen. Dennoch wurden Wirkfaktoren zusammengefasst, die in allen therapeutischen Settings in Erscheinung treten und zu einem effektiven



Psychotherapieverlauf beitragen. Diese Wirkfaktoren möchte ich im Folgenden näher beleuchtet.

In der Literatur lassen sich unterschiedliche Gliederungen zum Thema Wirkfaktoren in der Psychotherapie finden. Ich möchte eine Gliederung in „unspezifische“ und „spezifische“ Wirkfaktoren (Huf, 1992) vornehmen. Im folgenden Unterkapitel werden die beiden Kategorien der unspezifischen (3.1.1.) und spezifischen (3.1.2.) Wirkfaktoren vorgestellt und charakterisiert, sowie die Zuordnung der einzelnen Wirkfaktoren vorgenommen. Dies geschieht in Anlehnung an Hubble, Duncan und Miller (2001), Grawe (1994) und Fröhlich-Gildhoff, Behr, Hufnagl, und von Zülów (2003a). Diese Darstellung ist insofern relevant, als dass sie die Wirkkomplexität von Psychotherapie sichtbar macht, sowie jene Phänomene beleuchtet, die über die methodenspezifischen Ansätze hinaus im therapeutischen Prozess wirksam sind. Durch die theoretische Auseinandersetzung mit förderlichen Wirkungselementen, eröffnet sich für den Psychotherapeut die Möglichkeit negativen Einflüssen in Bezug auf das therapeutische Setting entgegenzuwirken und Therapieabbrüchen vorzubeugen.

### **3.1.1. Unspezifische Wirkfaktoren**

Unspezifische Wirkfaktoren inkludieren nach Huf (1992) all jene zwischenmenschlichen Aspekte, die allen Therapeut–Klient–Beziehungen gemein sind, unabhängig von der psychotherapeutischen Methode. Sie sind also von methodenübergeordneter Relevanz. Unspezifische Wirkfaktoren nehmen einen immer höheren Stellenwert in der Psychotherapieforschung ein. Ihre Ergebnisse werden aus subjektiven Klientenaussagen gewonnen und dadurch werden analoge Kriterien für einen effektiven Therapieverlauf beschrieben, die schulenübergreifend aufzufinden sind.

In den nächsten Unterkapiteln findet eine Aufgliederung der unterschiedlichen Wirkfaktoren, unabhängig der jeweiligen Therapieschule, statt.

#### **3.1.1.1. Der Klient als Wirkfaktor**

Der Klient als Wirkfaktor beeinflusst den therapeutischen Prozess mit all jenen Elementen, die der Klient bereits in die Therapie mitbringt; wodurch sich eine Person charakterisiert und wodurch sie in ihrem alltäglichen Leben beeinflusst wird (Hubble, Duncan & Miller, 2001). Aufgrund der Tatsache, dass jeder Klient mit unterschiedlichen Problemen, einer

eigenen Lebensgeschichte, subjektiven Stressfaktoren, seinem sozialen Umfeld etc. in die Psychotherapie kommt (Asay & Lambert, 2001), meint Lambert (1992), dass dieser Faktor bis zu 40% eines effektiven psychotherapeutischen Prozesses ausmacht und somit den am stärksten Einfluss nehmenden Faktor darstellt.

Das Gelingen des Therapieverlaufs ist abhängig vom Klient selbst. Von ihm als Person beeinflusst von seinen bisherigen Lebenserfahrungen und seinem sozialen Umfeld kann er sich in einen therapeutischen Prozess einlassen und konstruktiv mitwirken, oder aber einem günstigen Therapieprozess entgegenwirken. Daraus ergibt sich, dass es von Bedeutung ist, dass es dem Psychotherapeuten gelingt sich auf die Auseinandersetzung mit den Ressourcen des Klienten zu konzentrieren.

Grawe (1994) spricht in diesem Zusammenhang von „Ressourcenaktivierung“. Der Psychotherapeut ist gefordert die positiven Potentiale, Besonderheiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten des Klienten zu sehen und dort anzuschließen. So kann der Klient im therapeutischen Prozess, sich mit seinen Stärken und positiven Seiten auseinandersetzen und diese selbst erfahren und erweitern. Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Klienten nennt Grawe (1994) als die wesentlichste Ressource im therapeutischen Verlauf.

### **3.1.1.2. Die Therapeut-Klient-Beziehung als Wirkfaktor**

Die Therapeut-Klient-Beziehung ist neben dem Klienten das wirkungsvollste Element im therapeutischen Verlauf. Lambert (1992) sieht den Beziehungsfaktor zwischen Therapeut und Klient mit 30% als den wesentlichsten Bestandteil im therapeutischen Setting.

Ein überwiegender Teil von Forschungsergebnissen über Beziehungsfaktoren, so Asay und Lambert (2001), zeigen, dass die notwendigen und ausreichenden Bedingungen für die Persönlichkeitsänderung vom Klienten identifiziert wurden. Diese vom Therapeuten durch seine Haltung erzeugten Bedingungen für den Klienten beinhalten, angemessene Empathie, positive Wertschätzung, nicht besitzergreifende Wärme und kongruentes Verhalten bzw. Echtheit. Auch Tscheulin (1982, zit. n. Huf, 1992, S.185) beschreibt eben diese von der Gesprächspsychotherapie stammenden Basisvariablen Empathie, Echtheit und Wärme insgesamt als schulenübergreifende Wirkfaktoren.

Die genannten Basisvariablen sind im Personenzentrierten Konzept von Rogers (1957) als notwendigen und hinreichenden Bedingungen verankert. Auf diese wird im Kapitel 3.1.2. der spezifischen Wirkfaktoren näher eingegangen.

Grawe (1994) geht davon aus, dass der Klient in der Beziehung zum Therapeuten seine Beziehungsprobleme real erfahren und bearbeiten kann. Diese Problematiken müssen im therapeutischen Prozess aktualisiert werden. Der Autor spricht in diesem Zusammenhang von der „Problemaktualisierung“ und meint, dass alles was im therapeutischen Prozess verändert werden soll, auch in der Therapie erlebt werden muss. Weiters zählt Grawe (1994) die „aktive Hilfe zur Problembewältigung“ als eine förderliche Form der Unterstützung von Seiten des Therapeuten im Therapieprozess. Bei Jugendlichen werden hierbei Lösungswege konkret besprochen (Fröhlich-Gildhoff, Hufnagel, und Jürgens-Jahnert (2003b).

#### **3.1.1.3. Die Erwartungshaltung des Klienten als Wirkfaktor**

Die Erwartungshaltung des Klienten an die therapeutische Behandlung hat Einfluss auf einen Behandlungsverlauf. Nach Lambert (1992) wird der Therapieverlauf durch diese Tatsache bis zu 15% beeinflusst.

Ob ein Therapieprozess gelingt, ist von der Einstellung des Klienten zur Psychotherapie selbst abhängig. Viele Jugendliche kommen nicht freiwillig in die psychotherapeutische Praxis und stehen demnach vor allem zu Beginn, dem Behandlungsverlauf negativ gegenüber. Eine negative Erwartungshaltung kann sich hemmend auf den therapeutischen Prozess auswirken. Steht der Klient der therapeutischen Behandlung hingegen positiv gegenüber, wirkt sich das förderlich auf den Therapieverlauf aus.

#### **3.1.1.4. Der Fähigkeitszuwachs bei Kindern und Jugendlichen**

Die Übertragbarkeit von Grawes (1994) Wirkfaktoren in den Kinder- und Jugendpsychotherapiebereich wurde von Fröhlich-Gildhoff, Behr, Hufnagl, und von Zülow, (2003a) überprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass die von Grawe (1994) genannten Wirkelemente aus dem Bereich der Erwachsenentherapie auch in der Altersgruppe der Jugendlichen zu finden sind. In der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen kommt nach Fröhlich-Gildhoff et al. (2003b) noch ein weiterer Wirkfaktor hinzu. Er wird als „allgemeiner Fähigkeitszuwachs“ beschrieben, welcher besagt, dass das Kind bzw. der

Jugendliche mit dem Therapeuten ein Problem (praktisch) bewältigt und zugleich real eine neue Fähigkeit erlernt.

Demnach wird der Jugendpsychotherapeut im Gegensatz zum Erwachsenentherapeuten, auf einer aktiven Handlungsebene gefordert.

Das Ziel in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen ist es, so Fröhlich-Gildhoff (2003), diese Wirkfaktoren speziell auf den jeweiligen Entwicklungsstand des Klienten sowie den aktuellen Stand des therapeutischen Prozesses anzupassen und eine stimmige Balance zu finden und sie dementsprechend gezielt umzusetzen.

Schmidtchen (2001) spricht in diesem Zusammenhang von adaptiven Interventionsentscheidungen. Beiden Autoren zu folge, ist das Personzentrierte Therapiekonzept in der Arbeit mit Jugendlichen an die spezielle Entwicklungssituation des Klienten anzugleichen.

Im nächsten Kapitel wird in Unterscheidung zu den unspezifischen auf die spezifischen Wirkmechanismen der Psychotherapie eingegangen.

### **3.1.2. Spezifische Wirkfaktoren in der personzentrierten Jugendpsychotherapie**

Hubble, Duncan und Miller (2001) begreifen die spezifischen Wirkfaktoren als die therapeutischen Methoden, der jeweiligen spezifischen Schule. Es handelt sich hierbei um die Methoden, die aus dem jeweiligen Menschenbild der Therapieschule abgeleitet sind, mit dem Ziel dem Klienten die optimale Behandlung zu bieten.

Laut Lambert (1992) ist diese spezifische Technik in der Psychotherapie zu 15% für die positive Persönlichkeitsentwicklung des Klienten verantwortlich.

Grundsätzlich lässt sich anhand von unabhängigen Studien welche Heekerens (2002) näher erläutert, die Wirksamkeit der Personzentrierten Jugendpsychotherapie als erwiesen betrachten.

Es folgt die Darstellung von Rogers Therapiekonzept, welches hier als Grundlage für die weitere Auseinandersetzung mit der Frage dienen soll: Welche spezifischen Anforderungen an den Psychotherapeuten in der Arbeit mit Jugendlichen sind in Unterscheidung zu Erwachsenentherapien gegeben?

## **Rogers Psychotherapeutisches Konzept der Persönlichkeitsveränderung**

Rogers beschreibt sechs notwendige und hinreichende Bedingungen (Rogers, 1957) für den Therapieprozess, damit eine förderliche Persönlichkeitsentwicklung stattfinden kann:

1. Zwischen Therapeut und Klient besteht ein psychologischer Kontakt.
2. Der Klient befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz.
3. Der Therapeut ist kongruent in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet unbedingte positive Wertschätzung.
5. Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten.
6. Der Klient kann zumindest im Ansatz die unbedingte positive Wertschätzung und das empathische Einfühlen des Therapeuten wahrnehmen.

Entscheidend in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, ist die zusätzliche Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Alter und Entwicklungsstand (Remschmidt, Martin & Warnke, 2006).

Rogers Theoriekonzept wurde bereits in den 40iger Jahren für die Altersgruppe der Kinder modifiziert. Axline (2002) setzte sich mit den therapeutischen Bedingungen in der Kinderpsychotherapie auseinander und verfasste acht Grundprinzipien, welche für das therapeutische Setting notwendig sind. Bis zum aktuellen Zeitpunkt gibt es auch in der Kinderpsychotherapie weitere theoretische Entwicklungen (Goetze, 1981). Diese finden hier allerdings keine Berücksichtigung, da dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

Da Jugendliche sich in einer Übergangszeit zwischen dem Kindsein und dem Erwachsenwerden befinden, ist nahe liegend, dass dieser besondere Lebensabschnitt und die damit verbundenen Bedürfnisse, Ängste und Entwicklungsherausforderungen vermuten lassen, dass Jugendliche spezielle therapeutische Zusatzvariablen benötigen, damit ein Therapieverlauf gelingen kann, oder Therapieabbrüche vermieden werden können.

Remschmidt (1997) tritt für die Abwandlung der Psychotherapiemethoden in Hinblick auf Lebensalter und Entwicklungsstand ein, damit den therapeutischen Bedürfnissen der entsprechenden Alters- und Entwicklungsstufen Folge geleistet werden kann.

Betrachtet man die Personenzentrierte Psychotherapieforschung, richtet sich der Focus der Untersuchungen immer mehr in Richtung „Zusatzvariablen“ oder Zusatzinterventionen

(Auckenthaler & Helle, 2001, S.401; Keil, 2001, S.142). Diese Tendenz lässt sich auch in der Personzentrierten Jugendpsychotherapie finden.

Dieser Umstand macht deutlich, dass die Psychotherapieforschung auf der Suche nach weiteren möglichen Wirkelementen innerhalb des Personzentrierten Ansatzes ist, mit dem Ziel Therapieabbrüchen entgegenzuwirken und eine bestmögliche therapeutische Behandlung anzubieten.

Sauer (1993) formulierte als zusätzliche Wirkfaktoren: Konkretisieren, Konfrontation, Aktivität, Selbstöffnung, innere Beteiligung und Überzeugungskraft des Therapeuten. Diese Wirkelemente haben zwar positiven Einfluss auf den Therapieerfolg, der aber laut Keil (2001) in keinem direkten Zusammenhang nachgewiesen werden konnte. Keil betont, dass die von Sauer genannten Wirkfaktoren nicht neben den Grundvariablen der Empathie, Kongruenz und unbedingter positiven Wertschätzung zu stellen sind, sondern vielmehr als Ausdruck der therapeutischen Haltung und ihrer sechs Bedingungen zu begreifen sind. Zum Beispiel Empathie, die sich in der konkreten Situation als Konfrontieren ausdrückt, da der Therapeut dem Bedürfnis des Klienten folgt.

In der Weiterentwicklung der Jugendpsychotherapieforschung lässt sich feststellen, dass Bezüge zu den neuen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie bestehen (Schmidtchen 2001; Weinberger, 2001; Behr, 2002; Hufnagl & Fröhlich-Gildhoff, 2002). Fröhlich-Gildhoff et al. (2003a) sehen die therapeutische Beziehung als die wesentlichste Wirkvariable im therapeutischen Prozess. Sie plädieren für eine differenziertere Betrachtung der Jugendlichen-Therapeut-Beziehung, welche über die drei Basisvariablen Empathie, Kongruenz, Akzeptanz hinausgeht. Diese Sichtweise vertreten neben Behr (2002) mit seinem Konzept der „Interaktionsresonanz“, auch Schmidtchen (2001, 2002) mit dem Prinzip der „prozessleitenden Hilfen“, und Monden-Engelhardt (2002) mit der selbst-direktiven Intervalltherapie.

Obwohl aus den eben beschriebenen Positionen der Versuch danach, die zusätzlichen Wirkfaktoren zu konkretisieren und greifbar zu machen, ersichtlich wird, erscheint es mir wesentlich aufzuzeigen, dass sich nachstehende Autoren folgendermaßen positionieren: Fröhlich-Gildhoff et al. (2003a) sehen die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen nicht durch Therapiemanuale beschreibbar. Demnach können nur Tendenzen und Richtungen für

den therapeutischen Verlauf beschrieben werden, die in ähnlicher Weise in allen Therapieprozessen auftreten, es geht ihnen aber nicht darum Manuale zu konzeptionieren.

Psychotherapie mit Jugendlichen ist nach Schmidtchen (1989) eine gesprächsorientierte Psychotherapie. Diese gesprächsorientierte Therapie verwendet er hier nicht im Sinne Rogers, sondern meint vielmehr alle Psychotherapieverfahren, in denen die Kommunikation zwischen dem Jugendlichen und ihrem Therapeuten im Vordergrund steht.

### **3.2. Der Therapeut in der Arbeit mit Jugendlichen**

Die Arbeit mit Jugendlichen gestaltet sich nach Schmidtchen (1989) generell schwierig und problematisch. Weiters führt der Autor aus, dass es oft Jugendlichen schwer fällt, ihre Hilflosigkeit oder Schwäche Erwachsenen gegenüber zuzugeben, sowie dass diese in der Rolle der Erwachsenen einen Konkurrenten sehen. Jugendliche vermeiden die Auseinandersetzung mit ihren Ängsten und Unsicherheiten, wodurch ein therapeutischer Zugang erschwert wird. Sie möchten kontrolliert erscheinen und zeigen aus diesem Grund eine höhere Ablehnung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung.

Im Folgenden möchte ich die Ziele, die in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen angestrebt werden, darstellen. Hierbei werden auf Seiten des Therapeuten speziell die Anforderungen des therapeutischen Setting herausgehoben.

Um sich näher mit den speziellen Anforderungen der Personzentrierten Psychotherapeuten in der Arbeit mit Jugendlichen auseinanderzusetzen, bedarf es vorerst der Auseinandersetzung mit der Frage: Welche Ziele werden im therapeutischen Setting mit Jugendlichen verfolgt (3.2.1.). Auf der Basis dieser Ziele lassen sich weitere Kriterien an die Psychotherapeuten herausdifferenzieren. Nach diese Darstellung wird in Ableitung darauf der Frage nachgegangen, was einen „guten“ Psychotherapeuten charakterisiert (3.2.2.).

### **3.2.1. Ziele der Personzentrierte Jugendpsychotherapie**

Nach Rogers (2007) sind psychische Störungen das Ergebnis von Inkongruenzen zwischen dem „wahrgenommenen Selbst und der tatsächlichen organismischen Erfahrung“ (S.33).

Ziel der Personzentrierten Psychotherapie ist es nach Schmidtchen (2001), diese abweichenden Strebungen durch korrigierende Unterstützung von Selbstprozessen und Förderung von organismischen Entwicklungsprozessen, in Harmonie zu bringen.

Übereinstimmend damit beschreibt Deegener (1990), das Nachholen von spezifischen Aspekten in der Entwicklung des Jugendlichen „und zwar von dem Zeitpunkt an, bei dem die Entwicklung im Rahmen von neurotischen und/oder Persönlichkeitsentwicklungsstörungen behindert, verformt, fixiert usw. usf. wurde“ (S.254) als therapeutisches Ziel der Jugendpsychotherapie. Der Autor stellt die Psychotherapie als korrigierendes Element von Entwicklungsdefiziten, die bereits in der Vergangenheit stattgefunden haben, dar.

Schmidtchen (1989) wiederum führt als Ziel der Jugendpsychotherapie die Unterstützung und Begleitung Jugendlicher in der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben an. Er beschreibt die Hilfestellung zur Selbstentwicklung, die Stärkung der Ich-Identität, sowie die Begleitung des Jugendlichen in der Loslösung aus der Rolle des Kindes, hin zur Eingliederung in die Rolle des Erwachsenen, als therapeutischen Arbeitsschwerpunkt. Auch die Unterstützung im Umgang mit Problemen am Arbeitsplatz, dissozialen Akten, Alkohol, Drogen, Gleichaltrigen, Beziehungen und Autoritäten, sowie in der Freizeitgestaltung und in der Vermeidung von Arbeitslosigkeit stellen nach Schmidtchen (1989) Ziele des therapeutischen Settings dar. Der Autor plädiert für ein niedriges Ausmaß an Lenkung. Vor allem „wenn es das Ziel der Therapie ist, die Kinder ihre eigenen Bedürfnisse und Gefühle entdecken und Wege zur selbständigen Bedürfnisbefriedigung und Problemlösung finden zu lassen“ (S.220f).

Demnach ist das Ziel der personzentrierten Psychotherapie, den Jugendlichen dahingehend zu begleiten, dass es ihm immer häufiger möglich wird, seine inneren und äußeren Signale, Gefühle und Bedeutungen bei sich kongruenter wahrzunehmen und sich infolge besser annehmen und somit verändern zu können.

Durch die Darstellung unterschiedlich formulierter Ziele der Jugendpsychotherapie, werden Anforderungen an den Jugendpsychotherapeuten ableitbar und beschreibbar. Einerseits nimmt er eine korrigierende Rolle ein und andererseits begleitet er den



Jugendlichen vom Kindsein ins Erwachsenenleben und hilft bei der Entwicklungsförderung. Ziel ist es, die Selbstkonzeptentwicklung des Jugendlichen zu unterstützen und ihn dahingehend zu begleiten, dass er im Stande ist in Erfahrung zu bringen was er wirklich will, wonach er strebt und wer er ist.

### **3.2.2. Wodurch charakterisiert sich ein „guter“ Psychotherapeut in der Arbeit mit Jugendlichen?**

Der Jugendpsychotherapeut wird in vielerlei Hinsicht in seiner Tätigkeit gefordert. In der Literatur lassen sich Anforderungen, denen sich Personzentrierte Jugendpsychotherapeuten ausgesetzt sind, finden und sollen im Weiteren angeführt werden.

Nach Görlitz (2004) sowie Reisel und Wakolbinger (2006) brauchen *gute* Psychotherapeuten in der Arbeit mit Kindern/Jugendlichen ein Rüstzeug, mit dem sie ausgestattet sein sollten. Sie müssen neben einem Störungs-, Methoden-, Beziehungs- und Ressourcenwissen, das sie einbringen sollten, noch anderen Anforderungen gerecht werden. Abgesehen von dem altersadäquaten Umgang mit dem Jugendlichen und den Erwachsenen (Eltern, Lehrer, Erzieher), verweisen die Autoren auf die Notwendigkeit der Fähigkeit des Psychotherapeuten sich auf die unterschiedlichen kognitiven, sozialen, emotionalen und moralischen Entwicklungsstufen der Jugendlichen einzulassen. Görlitz (2004) hebt hervor, dass es weiters zu den Aufgaben des Psychotherapeuten zählt, Bezugspersonen zu aktivieren, einzubeziehen und sie zur Mitarbeit zu motivieren. Reisel und Wakolbinger (2006) führen in diesem Kontext an, dass die Bereitschaft des Therapeuten den Blick auf die Schwierigkeiten des Jugendlichen im Zusammenhang mit seiner Familie und dessen Umfeld zu richten und Bereitschaft aufzubringen in Bezug darauf, sich mit den Eltern oder anderen wichtigen Beteiligten auseinanderzusetzen, einen wesentlichen Aspekt darstellt. Aus personzentrierter Sichtweise sind die Fähigkeit zur Empathie unabdingbar, sowie das Wissen über eigene charakteristische Reaktionen des Therapeuten sind nach Reisel und Wakolbinger (2006) essentielle Anforderungen an den Jugendtherapeuten. Zusätzlich ist, nach Görlitz (2004), die Freude an der Arbeit und an den Themen der Jugendlichen wichtig sowie die Fähigkeit des Therapeuten mit etwaigen Wünschen der Eltern und Vorstellungen darüber wie ihr Kind sein bzw. werden soll, umgehen zu können. Ein erfolgreicher Psychotherapeut charakterisiert sich in der therapeutischen Arbeit durch genügend Selbstreflexion und eine besondere Achtsamkeit in Hinblick auf die eigene Psychohygiene.

Daraus wird ersichtlich, dass der Jugendtherapeut einerseits als Erwachsener durch seine Präsenz Sicherheit geben muss. Andererseits braucht er die Fähigkeit sich in die Welt der Jugendlichen einzulassen und mitzugehen. Für Reisel und Wakolbinger (2006) ist dabei eine „sehr reife Therapeutenpersönlichkeit gefragt, die ein hohes Bewusstsein ihrer eigenen, kindlichen Anteile“ hat und diese „gezielt und dennoch spielerisch in der Beziehung zum Kind einsetzen“ (S.306) kann.

Die unterschiedlichen Entwicklungsanforderungen und -herausforderungen, denen ein Jugendlicher gegenüber steht, machen deutlich inwiefern der Therapeut in der Arbeit mit Jugendlichen besonders gefordert wird. Wie aus der allgemeinen entwicklungspsychologischen Literatur klar hervorgeht, streben Jugendliche in Richtung Autonomie und Selbstverantwortung und müssen sich demzufolge vielen Entwicklungsaufgaben stellen. Ihr soziales Umfeld verändert sich, Gleichaltrige werden wichtiger als es bisher der Fall war und die Ablösung zum Elternhaus wird Thema. Ab einem gewissen Alter spielen Jugendliche nur mehr selten. Bei jüngeren Jugendlichen schlägt Monden-Engelhardt (2002) eine „Mischung zwischen Spiel, Gestaltung und Gespräch der Selbstregulation“ (S.34) vor, die den Bedürfnissen der Jugendlichen entgegenkommt.

Du Bois und Resch (2005) sehen die Anforderungen an den Jugendtherapeut darin, dass dieser sich mit der sozialen Wirklichkeit und Erfahrungswelt der Jugendlichen auseinander zu setzen hat. Weiters führen die Autoren aus, dass für den Jugendlichen der Fokus in der Gegenwart oder (näheren) Zukunft liegt. Jugendliche wollen und können kaum in die Vergangenheit schauen. Der Therapeut ist demnach nach Ansicht der Autoren gefordert sich intensiv mit der Lebens- und Denkweise sowie dem Lebensgefühl von Jugendlichen zu befassen. Dies scheint vor allem in Hinblick darauf relevant, als dass der Veränderungsprozess in der Jugendpsychotherapie, auf unmittelbare Ereignisse zurückzuführen ist.

Jugendliche kommen oftmals mit einem nicht bewusst wahrgenommenen Leidensdruck in die Psychotherapie, welcher sich vielfach in der nichtvorhandenen Therapiemotivation ausdrückt. Daher sieht Remschmidt (1997) in der Arbeit mit Jugendlichen die Herausforderung darin, das Arbeitsbündnis aufrechtzuerhalten. Häufig fühlt sich das soziale Umfeld durch den Jugendlichen gestört und schickt ihn deshalb in Psychotherapie.

Remerschmidt (1997) erklärt sich dieses Phänomen dadurch, dass junge Menschen ihre Probleme häufig *external* verursacht verstehen und weniger *intrapsychisch* bedingt. Der Autor sieht den Therapeuten in der Arbeit mit Jugendlichen zum einen darin gefordert direkter zu verfahren, sowie darin größere Flexibilität und Aktivität in den therapeutischen Prozess einfließen zu lassen. Das Interesse des Therapeuten sollte im Verständnis der Probleme des Jugendlichen und in der Förderung der Selbstreflexion und Selbstbeobachtung, sowie der Introspektionsfähigkeit liegen.

Mit dieser Zusammenschau der Ansicht einzelner Autoren über die spezielle Herangehensweise an die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen möchte ich deutlich machen, wie Vielschichtig die Herausforderung an den Psychotherapeuten in Bezug auf seine Sensibilität und Feinfühligkeit ist. Vor allem da in der Altersgruppe der Jugendlichen die Autonomiebestrebung und das generelle Misstrauen Erwachsenen gegenüber eine große Herausforderung in der therapeutischen Arbeit darstellt.

### **3.3. Grundelemente der Personzentrierten Jugendpsychotherapie**

Der Beginn jeder Psychotherapie erscheint als wesentlichster Faktor in Hinblick darauf, ob ein therapeutischer Prozess zustande kommt, oder nicht. In der Jugendpsychotherapie sehen Weinberger und Papastefanou (2008) jene Vereinbarungen, die bereits in der ersten Stunde bzw. zum Teil schon beim Erstgespräch am Telefon vorab geklärt und besprochen werden, als ausschlaggebend für das Zustandekommen einer weiteren Therapiestunde. Vor allem der Erstkontakt nimmt nach den Autoren eine sensible Rolle zu Beginn der Therapie ein und soll im Kapitel 3.3.1. näher erläutert werden. Jugendliche suchen nur selten selbst Hilfe bei einem Psychotherapeuten und werden vorwiegend von Eltern oder Institutionen zur Psychotherapie geschickt. Da Jugendliche zumeist noch bei ihren Eltern leben und diese deshalb häufig die Finanzierung der Therapie übernehmen, ist es für den Therapeuten notwendig sich auch mit der Bezugspersonenarbeit im Rahmen der Jugendlichentherapie sowie mit der Schweigepflicht gegenüber Dritten (3.3.2.) auseinanderzusetzen. Gerade da es für Jugendliche häufig ein Problem darstellt, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen, erscheint es mir relevant anzuführen, dass die Personzentrierte Psychotherapie

unterschiedliche Settings anbietet, die es dem Jugendlichen erleichtern, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen (3.3.3.).

### **3.3.1. Der Erstkontakt – zwischen Hoffnung und Verzweiflung**

Diese erste Begegnung ist nach Weinberger und Papastefanou (2008), besonders in der Arbeit mit Jugendlichen, eine äußerst sensible Phase. Oftmals entscheidet der Jugendliche bereits in der ersten Stunde, ob er sich auf den Psychotherapeuten einlassen will oder nicht, ob er die nächste Stunde wahrnimmt, oder es bereits nach dem Erstkontakt zur Therapieverweigerung kommt.

Die Autoren führen an, dass der Erstkontakt bzw. die ersten Stunden von großer Bedeutung zu sein scheinen. In diesem Zusammenhang verweisen die Autoren Monden-Engelhardt (2002) und Schmidtchen (2001) auf Studien der Jugendpsychotherapie die zeigen, dass es bei 36%-56% der Jugendlichen innerhalb der ersten 10 Stunden zum Therapieabbruch kommt.

Demnach gehe ich davon aus, dass sich der Fokus des Jugendpsychotherapeuten auf die therapeutische Anfangsphase, nach Swildens (2001) „Prämotivationsphase“, richtet. Durch das Misstrauen der Jugendlichen, die oftmals ihre Erwartungshaltung Erwachsenen gegenüber bestätigt finden wollen, bleiben dem Psychotherapeuten nur wenige Chancen und Momente diese erste(n) Begegnung(en) im Sinne eines vertrauensvollen Kontakts zu gestalten (Monden-Engelhardt, 2002).

Ziel meiner Arbeit ist es, Möglichkeiten herauszufiltern, die relevant im Hinblick darauf sein können, Therapieabbrüchen entgegenzuwirken. Somit richtet sich mein Blick im Besonderen auf die Anfangsphase des therapeutischen Prozesses. In Anlehnung an Monden-Engelhardt (2002) und Weinberger und Papastefanou (2008) werde ich kurz auf die Prämotivationsphase eingehen.

Nach Swildens (1991) steht in der Prämotivationsphase die Klärung der Behandlungsmotivation und die Beziehungsaufnahme im Vordergrund. Ob ein therapeutischer Prozess zustande kommt, so Swildens, wird in dieser Phase entschieden, deshalb ist die absolute Echtheit des Therapeuten gefragt. Weinberger und Papastefanou (2008) betonen, dass es vor allem gelingen muss, dem Jugendlichen zu vermitteln, dass er

freiwillig entscheidet, ob er sich auf das therapeutische Setting einlassen will, oder nicht. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Prämotivationsphase nicht unbedingt nach den ersten Sitzungen abgeschlossen ist. Das Kennenlernen und Prüfen kann bei Jugendlichen weit länger andauern.

Meines Erachtens ist der Therapeut in der Prämotivationsphase dahingehend gefordert, die Signale der Jugendlichen wahrzunehmen und auf sie einzugehen, dessen Ängste und Unsicherheiten zu spüren und aufzugreifen. Durch das therapeutische Beziehungsangebot sollte es gelingen, einen Zugang zu finden und dadurch einen Vertrauensaufbau zu ermöglichen.

Axline (2002) schreibt der ersten Begegnung eine enorme Bedeutung für den weiteren Verlauf der Therapie zu.

Bei dieser ersten Kontaktaufnahme wird gewissermaßen die Bühne für die spätere Handlung aufgebaut. Der ‚Aufbau‘ wird dem Kind vor Augen geführt, nicht nur durch Worte, sondern auch durch die Art der Beziehung, die zwischen dem Therapeuten und dem Kind entsteht. (S.74)

Jugendpsychotherapeuten sind demnach nicht nur in ihren verbalen Äußerungen, die sie im Kontakt mit dem Jugendlichen wählen, gefordert, sondern auch in Bezug auf ihr nonverbales Beziehungsangebot. Erreicht der Therapeut den Jugendlichen damit und fühlt sich dieser verstanden, kann jene Therapie-Klient-Beziehung entstehen, die für den therapeutischen Prozess notwendig ist.

Jugendliche bringen häufig eine sehr geringe oder keine Motivation in die Therapie mit. Ihre deplazierten Verhaltensweisen, so begründet Monden-Engelhardt (2002), oder mögliche Störungen wollen oder können sie oft selbst nicht sehen. Häufig empfindet das Umfeld die Verhaltensweisen des Jugendlichen als störend oder belastend, weniger der Jugendliche selbst. Der niedrige Leidensdruck und die geringe Therapiemotivation, gekoppelt mit der misstrauischen Haltung Erwachsenen gegenüber, verlangt vom Psychotherapeuten, eine hohe Sensibilität im Erstkontakt mit dem Jugendlichen, damit ein therapeutischer Prozess ermöglicht werden kann.

Die Gründe und Arten wie Jugendliche den Weg zum Psychotherapeuten finden, fasst Monden-Engelhardt (2002) in drei Gruppen zusammen:

1. Jugendliche werden von Eltern, oder Institutionen (Schule, Jugendamt, Arzt, etc.) geschickt. Die häufigsten Ursachen zur Kontaktaufnahme lassen sich in dissozialen Störungen, Schulleistungs- und psychosomatischen Störungen finden.
2. Jugendliche kommen freiwillig. Die Problematiken lassen sich schwerpunktmäßig in depressiven, ängstlichen, unsicheren und isolierten Verhaltensweisen finden.
3. Jugendliche werden im Rahmen von Kriseninterventionen geschickt. Häufig nach Suizidversuchen, Drogenmissbrauch, Weglaufen, etc.

Wie es aus der vorgestellten Auflistung nach Monden-Engelhardt (2002) ersichtlich ist, kommt der Jugendliche erstmals meist nicht freiwillig in die Psychotherapie. Für Monden-Engelhardt (2002) ist es deshalb besonders wesentlich im Erstkontakt, dem Jugendlichen viel Raum zu geben und ihm die Entscheidung zu überlassen, ob er Therapie in Anspruch nehmen will und welche Inhalte er besprochen haben will. Um dem möglichen Sich-Bedroht-Fühlen der Jugendlichen entgegenzuwirken oder dieses zu minimieren, sind nach Ansicht des Autors Probesitzungen, die in einem überschaubaren Zeitraum stattfinden, möglich. Somit können sich Jugendliche und Therapeut kennen lernen und Wünsche und Ziele herausgefiltert werden.

Diagnostische Tests sieht Monden-Engelhardt (2002) in der Prämotivationsphase als kontraindiziert an, da diese folgende Aspekte auslösen können: „Gefühle des Ausgeliefertseins, der Kontrolle des Therapeuten über seine Fähigkeiten, innere Bedürfnisse der Jugendlichen, der Betonung der Hierarchie und Ungleichheit in der Beziehung“ (S.36).

Die eben erwähnten Aspekte spiegeln meines Erachtens die Unsicherheit der Jugendlichen wider. Ängste, Zweifel und die Ungewissheit im Hinblick darauf, worauf sie sich in einem therapeutischen Prozess einlassen und dass sie auf die Kompetenz eines Erwachsenen vertrauen müssen.

Verstärkt wird ihr Misstrauen aufgrund von „Vorerfahrungen und zahlreichen früheren Enttäuschungen“ (Monden-Engelhardt, 2002, S.37) Erwachsenen gegenüber. Ein „sich nicht verstanden fühlen“ (S.37) kann zum Rückzug und zum Beziehungsabbruch führen. Jugendliche lassen häufig in der „Anfangsphase keine Möglichkeit einer nachträglichen Beziehungsklärung“ (S.37) zu.

Monden-Engelhardt (2002) beschreibt die Erfahrungen, die der Jugendliche aus der Vergangenheit mitbringt, als ausschlaggebend für die Beziehungsannäherung an den Therapeuten. Auf diese Vorerfahrungen bin ich bereits im Kapitel 2.2. „Entstehungen von Beziehungsmustern – Auswirkungen auf das Jugendalter“ und dem Kapitel 3.1.1. der „unspezifischen Wirkfaktoren“ näher eingegangen. Der oft nur geringe Handlungsspielraum, der dem Jugendpsychotherapeuten zur Verfügung steht, wird hier deutlich. Denn nur durch ein authentisches Annähern, Nachfragen, Zuhören und emphatisches Verstehen ist es möglich, eine therapeutische Beziehung aufzubauen.

Bisher wurde darauf eingegangen, worauf der Psychotherapeut in der Annäherung an den Jugendlichen achten muss, damit ein therapeutischer Kontakt zu Stande kommen kann. Nun scheint mir allerdings in diesem Zusammenhang folgender Aspekt relevant: Holzer (2006) und Iseli (2006) verweisen darauf, dass Jugendliche vermehrt von ihren Eltern in die Psychotherapie geschickt werden, die Eltern meist die Finanzierung übernehmen und diese selbst oft einen schwierigen Weg zu gehen haben, es für den Therapeuten notwendig macht sich auch mit den Bedürfnissen relevanter Bezugspersonen auseinanderzusetzen. Im folgenden Unterkapitel möchte ich näher darauf eingehen.

### **3.3.2. Bezugspersonenarbeit**

Personenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen wendet sich nicht nur an den Klienten, sondern „bezieht/bindet Familienmitglieder/ bedeutsame Bezugspersonen als Personen mit besonderen Ressourcen mit ein“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S.296). Bedeutsame Bezugspersonen können als Unterstützung und als zusätzliche Kapazität dienlich sein. Das Familiensystem wird „als Ganzheit betrachtet, in dem alle Beteiligten durch ein Bedingungsgefüge in Wechselbeziehung stehen, d.h. die Person bestimmt die Bedingungen anderer“ (Reisel & Fehringer, 2002, S.344).

Dieser systemische Gedanke beschreibt die Familie als sich gegenseitig beeinflussendes und mitbestimmendes Gefüge. Bezugspersonenarbeit kann dem Psychotherapeuten einen Einblick in die Interaktionsmuster der Familie bieten. Dadurch wird es möglich, Probleme, Störungen, oder Konflikte besser zu verstehen.

Einerseits können Bezugspersonen als wichtige Ressource aktiviert werden, um dem Jugendlichen in seiner Entwicklung förderlich behilflich zu sein. Andererseits sieht bereits Rogers (1939) in der Bezugspersonenarbeit das Ziel,

den Eltern dabei zu helfen, ihre Gedanken zu klären und die Bedeutung ihrer Entscheidungen in Betracht zu ziehen... Das führt zu der Annahme, dass die Eltern ihr größeres Selbstverständnis aus der Beziehung zu dem Therapeuten auf andere Beziehungen übertragen können (Rogers, 1939, S. 197ff.; Übersetzung in Reisel, 2001).

Die Intension (Reisel & Wakolbinger, 2006; Weinberger & Papastefanou, 2008) der Elternarbeit ist es, ein Verständnis der Eltern für das Tun ihres Kindes zu erlangen und das Geschehen in der Psychotherapie besser einordnen zu können. Was zu einer einführenden und akzeptierenden Haltung der Eltern gegenüber der Entwicklung des Kindes führen soll.

Informationen bezüglich der Klienten können manchmal auch für andere wichtige Bezugspersonen im sozialen Umfeld (Lehrer, Erzieher, Helfersysteme) wertvoll sein. Ein wesentlicher Punkt ist aber, die Absprache und die Einwilligung zur Kontaktaufnahme von Seiten des mündigen Jugendlichen (Reisel & Wakolbinger, 2006).

Iseli (2006) sieht die Aufgabe der Bezugspersonenarbeit auch darin, Bezugspersonen mit Verhaltensweisen zu konfrontieren, „die für das Kind schädigende Auswirkungen haben“ (S.123). Die Jugendpsychotherapeutin ist in der Übernahme von Verantwortung gegenüber dem Jugendlichen gefragt und muss auf das Verhalten und die Einstellungen der Eltern Bezug nehmen. Der Austausch zwischen Eltern und Therapeut ist durch die personenzentrierte Haltung charakterisiert.

Denn ausgehend davon, dass Eltern im Vorfeld einer enormen Belastung im Zusammenleben mit den Jugendlichen ausgesetzt waren, betont Holzer (2006) die Wichtigkeit der Empathie und Wertschätzung gegenüber dem Erleben der Eltern. Nur dann können sie „ihr Potential im Umgang mit ihren Kindern nützen und ausschöpfen“ (S.174).

Für Remschmidt und Quatscher (1997) zählt die Zusammenarbeit mit den Eltern während des Therapieverlaufs des Jugendlichen zu den schwierigsten technischen Problemen. Aufgrund der Tatsache plädieren die Autoren für klare und eindeutige Absprache im Vorfeld, der den Kontakt zwischen Therapeuten und Eltern regeln soll. Um der



Schweigepflicht in der Arbeit mit Jugendlichen gerecht zu werden empfiehlt Monden-Engelhardt (2002) die Häufigkeit und Inhalte von Elterngesprächen im Vorfeld klar festzulegen. Des Weiteren müssen diese in Anwesenheit des Jugendlichen stattfinden.

In welchem therapeutischen Rahmen ein Setting abgehalten wird und von welchen Faktoren die Wahl des Settings abhängig ist, wird im nächsten Schritt erläutert.

### **3.3.3. Varianten des therapeutischen Settings**

In der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen stehen verschiedene Varianten des Settings zur Auswahl. Die Aufgabe des Jugendpsychotherapeuten ist es, ein für den einzelnen Jugendlichen passendes Setting zu finden. Einzel- und Gruppentherapien können sowohl ambulant als auch stationär stattfinden. Der Fokus der empirischen Untersuchung der vorliegenden Arbeit richtet sich auf ambulante Settings, die im Anschluss näher dargestellt werden sollen.

#### **Ambulante Gruppentherapie**

Die Gleichaltrigengruppe nimmt im Jugendlichenalter eine besondere Rolle ein. Dieses therapeutischen Gruppensetting kann sich vor allem förderliche auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken.

Monden-Engelhardt (2002) bezeichnet die Gruppentherapie als eine häufig genutzte Variante in der Jugendpsychotherapie, die meist aus vier bis zehn Jugendlichen bestehen und vorzugsweise von einer Frau und einem Mann geführt wird.

Durch diese therapeutische Besetzung kann das Loslösen vom Elternhaus als Bewältigung der Entwicklungsaufgabe unterstützt werden.

Janisch (2001) sieht im gruppentherapeutischen Prozess die Möglichkeit des Wachstums durch die Entwicklungs-, Spiel- und Gestaltungsmöglichkeiten die in diesem Rahmen angeboten werden. Grundsätzlich entscheiden die Jugendlichen im therapeutischen Setting über ihr Handeln und Spielen. Einlenkendes Eingreifen von therapeutischer Seite ist nur dann gerechtfertigt, wenn es zu Impulsdurchbrüchen, oder rücksichtslosen Umgangsformen kommt.

Raubold (1983) sieht in Gruppentherapien den Vorteil, dass durch die gemeinsame Auseinandersetzung und die oftmals ähnlichen Problematiken sowie den gleichzeitigen Schutz der Gruppe, Jugendliche Psychotherapie weniger bedrohlich erleben. Dadurch kann in der Gruppe ein Klima entstehen, welches nach Schmidtchen (1989) ein intensives lernen ermöglicht und sich durch Ermunterung, Trost, und Unterstützung bei Misserfolgen und an der gemeinsamen Freude über Erfolge kennzeichnet.

### **Einzeltherapie**

Weinberger und Papastefanou (2008) sehen die Entscheidung eines sinnvollen Settings abhängig vom diagnostischen Material und Probekontakten. „So kann z.B. ein männlicher Therapeut für einen Jungen sehr wichtig sein, denn nach Dührssen (1989) sind Jugendliche die einzige Altersgruppe, in denen das Geschlecht des Therapeuten einen bedeutsamen Einfluss auf die Therapie hat“ (S.90).

„Die beraterische und therapeutische Tätigkeit mit Jugendlichen erfordert auf der einen Seite Struktur und auf der anderen Seite ein sehr flexibles Setting“ (Weinberger & Papastefanou, 2008, S.93). Um dieser Balance in der therapeutischen Arbeit gerecht zu werden, hat Monden-Engelhardt (2002) das Modell der Selbst-direktiven Intervalltherapie vorgeschlagen.

### **Die „Selbst-direktive Intervalltherapie“**

Durch die Selbst-direktive Intervalltherapie können nach Monden-Engelhardt (2002) Therapieabbrüche reduziert werden. Speziell durch das individuelle Settingangebot, wird dem Jugendlichen gezeigt, dass seine Wünsche ernst genommen werden und dadurch das ernsthafte Interesse des Therapeuten an einer partnerschaftlichen Beziehung sichtbar wird. Charakteristisch für dieses Setting ist eine individuelle Sitzungsfrequenz die nötigenfalls auch Pausen oder die Verkürzung der einzelnen Sitzungen bedeuten.

Nach den Ausführungen der Grundelemente in der Personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen wurde ein Überblick über die Rahmenbedingungen des therapeutischen Settings gegeben. Janisch (2001) beschreibt die Personzentrierte Psychotherapie für Jugendliche als sehr wirkungsvoll, da die therapeutische Beziehung fortwährend Entwicklung darstellt und demzufolge in der Identitätsentwicklung, Ablösung vom Erwachsenen und in der „autonomen Lebensgestaltung“ (S.329) hilfreich ist. Im Folgenden

wird auf die Therapeut-Klient-Beziehung in der Arbeit mit Jugendlichen näher eingegangen.

### **3.4. Die therapeutische Beziehung mit Jugendlichen**

Im Personzentrierten Ansatz steht als wesentliches Wirkelement für eine erfolgreiche Therapie vor allem die Qualität der therapeutischen Beziehung im Vordergrund, die im folgenden Kapitel beleuchtet werden soll. Niebergall (1997) sieht die therapeutische Beziehung als Voraussetzung dafür, dass die Fähigkeiten und Energien des Jugendlichen „im Sinne der Selbstheilungstendenzen“ (S.125) genutzt werden können, um somit „eine größere Selbständigkeit und das Bewältigen von Problemen aus eigenen Kräften“ (S.125) erreichen zu können. Die therapeutische Beziehungsgestaltung mit Jugendlichen und das Ziel dieser Begegnung werden im Kapitel 3.4.1. näher betrachtet. Die therapeutische Haltung, die sich aus den Grundvariablen der Kongruenz, Empathie und unbedingten positiven Beachtung zusammensetzt, wird im Hinblick auf die therapeutische Jugendarbeit im Kapitel 3.4.2. bearbeitet.

#### **3.4.1. Beziehungsgestaltung mit Jugendlichen**

Rogers (1939) sieht als Basis für Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensänderung der Beziehung sowie die Wahrnehmung der emotionalen Aspekte dieser Beziehung. Personzentrierte therapeutische Beziehungsgestaltung charakterisiert sich nach Rogers (1957) durch Empathie, Kongruenz und unbedingte positive Wertschätzung. Weinberger und Papastefanou (2008) gehen auf diese von Rogers genannten Grundvariablen in Bezug auf Jugendliche näher ein, indem sie darauf verweisen, dass durch diese eine Atmosphäre geschaffen wird, die es dem Jugendlichen ermöglicht, „verleugnete und verzerrt symbolisierte Erfahrungen auftauchen zu lassen, sie zu ‚entzerren‘ und im selbstexplorativen Prozess jetzt korrekt symbolisiert ins Selbst zu integrieren“ (S.107). Somit kann die bestehende Inkongruenz zwischen dem Selbst und den Erfahrungen zunehmend aufgelöst und korrekt symbolisiert ins Selbstkonzept integriert werden. Rogers (2007) spricht vom Selbst als einer fließenden und sich verändernden Gestalt. Je kongruenter diese Gestalt ist, desto weniger Erfahrungen müssen abgewehrt werden.

Jugendliche sind nach Reisel und Fehring (2002) in ihrer Beziehungsgestaltung häufig widersprüchlich. Auf der einen Seite wehren sie sich verstanden zu werden, ehe sie breit

dazu sind. Auf der anderen Seite befinden sie sich in einem ständigen Wechsel zwischen Nähe und Distanz. Die Autoren verweisen darauf, dass gerade am Beginn des therapeutischen Kontaktes Geduld und Verständnis von Seiten des Therapeuten von großer Bedeutung sind. Jugendliche befinden sich in einer Phase der Entwicklung und hoher Instabilität. Der Therapeut betrachtet in der therapeutischen Beziehung den Jugendlichen „mit seinem einzigartigen Lösungspotential [der] ... in seiner je einzigartigen Individuallage entscheidet – bewusst oder/und unbewusst – welche Argumente/Eindrücke er für eine mögliche Lösung, für ein stimmigeres (Selbstwert)Gefühl passend findet“ (Reisel & Fehring, 2002, 347f). Rogers sieht diese Entwicklung durch die Worte von Kierkegaard charakterisiert: „Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“ (Rogers, 2004, S.167) Ziel ist es, den Jugendlichen seinen Weg und eigene Bewertungen finden zu lassen, damit er zu diesem Selbst werden kann.

Jugendliches Verhalten ist nach Axline (2002) das Ergebnis von „früheren und gegenwärtigen Erfahrungen, von Umweltfaktoren und Beziehungen“ (S.18). Diese Erfahrungen streben nach Selbstverwirklichung und wollen befriedigt werden. Das Verhalten der Jugendlichen ist laut Axline (2002) als Mechanismus zu sehen, in dem das Ich versucht, „die Vorstellung, die es von sich selbst hat, wenigstens annäherungsweise zu realisieren“ (S.18f). Diese Vorstellung vom inneren Selbst stimmt allerdings mitunter nicht mit dem Verhalten des Individuums überein. „Je stärker Verhalten und Vorstellung voneinander abweichen, desto größer die Unangepasstheit“ (Reisel & Wakolbinger, 2006, S.18f).

Im folgenden Abschnitt sollen Ziele, die in der therapeutischen Beziehung verfolgt werden, dargestellt werden (3.4.1.1.). Anschließend wird das Modell von Höger (2006), durch welches die therapeutische Beziehung differenzierter betrachtbar wird (3.4.1.2.) erläutert.

#### **3.4.1.1. Ziele therapeutischer Beziehungsgestaltung**

Ziel der therapeutischen Beziehungserfahrung in der Jugendpsychotherapie ist es nach Monden-Engelhardt (2002), „auf dem Boden einer korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrung die Anregung von Selbstexploration, die Förderung inneren Wachstums, die Wiederherstellung des Zugangs zu den Selbstheilungskräften zu erlangen“

(S.32). Dadurch wird die Diskrepanz zwischen dem Verhalten und die Vorstellung von einem Selbst minimiert.

Durch das personenzentrierte therapeutische Beziehungsangebot können nach Weinberger (2001) etliche Ziele angestrebt und erreicht werden:

- eine emotionale korrigierende Beziehungserfahrung zu machen,
- verleugnete und verdrängte Aspekte seines Erlebens wahrzunehmen und in sein Selbstbild zu integrieren,
- sich besser verstehen zu lernen,
- mit seinen Stärken und Potenzialen gesehen zu werden,
- Selbstwirksamkeit zu erleben,
- offener für neue Erfahrungen zu werden,
- alternative Verhaltensweisen auszuprobieren. (S.304)

Durch das personenzentrierte Beziehungsangebot fördert der Therapeut den Jugendlichen insofern, als dass „Mögliches und Gewünschtes in der Realität der therapeutischen Beziehung und in den alltäglichen Beziehungen“ erlebbar und überprüfbar werden und „hilft Inkongruenzen zu erspüren und ihnen Ausdruck zu geben“ (Fehring, 2006, S.182). Die neu erlebten Erfahrungen im therapeutischen Setting, werden nach Weinberger (2001) außerhalb des therapeutischen Geschehens, im realen Leben, ausprobiert und angewandt. Dadurch kann der Selbstwert des Klienten gesteigert und die positiven Selbsterfahrungen erweitert werden. Unangepasste Verhaltensweisen nehmen ab und können in den Hintergrund rücken.

Die therapeutische Beziehung lässt sich in dem Modell von Höger (2006) in vier Ebenen unterteilen. Wie der Therapeut die therapeutische Beziehung gestaltet, damit die Ziele mit dem Klienten erreicht werden können, wird im Anschluss anhand der Abstraktionsebenen nach Höger behandelt.

#### **3.4.1.2. Abstraktionsebenen der therapeutischen Beziehung nach Höger**

Höger (2006) unterteilt die therapeutische Beziehung in vier Abstraktionsebenen.

1. Die erste Ebene besteht aus der Charakterisierung von Beziehungsformen. Zum Beispiel die Therapeuten-Klienten-Beziehung im Unterschied zu anderen zwischenmenschlichen Beziehungsformen.
2. Die Ebene der Beschreibung übergreifender Merkmale einer Beziehung: Hier sind Merkmale, die in unterschiedlichen Beziehungsformen ähnlich oder unterschiedlich vorkommen, gemeint. In der therapeutischen Beziehung wären dies unter anderem die Personzentrierten Grundvariablen: Kongruenz, unbedingte positive Beachtung und empathisches Verstehen.
3. Die Ebene der Klassifikation spezifischer Verhaltensformen, die sich aus den Merkmalen der Ebene 2 konstituiert. Zum Beispiel „Fragen stellen“, „Ansprechen von Gefühlen“ und „Konfrontieren“ als therapeutische Interventionen. Die Frage danach, durch welche therapeutischen Interventionen der Therapeut die drei Grundvariablen in der Therapeut-Klient-Beziehung umsetzt, wird von Höger der Ebene 3 zugeordnet.
4. Die konkrete Ebene der Beschreibung von spezifischen Verhaltensweisen in einem bestimmten beobachteten oder registrierten therapeutischen Gespräch.

Höger (2006) fasst seine Ansichten, die sich für ihn aus diesen vier Abstraktionsebenen ergeben, über ein angemessenes therapeutisches Handeln wie folgt zusammen:

Für im klientenzentrierten Sinne angemessenes therapeutisches Handeln bestehen hinsichtlich der Verhaltenskategorien (Ebene drei) keine prinzipiellen Einschränkungen. Das konkrete Handeln des Therapeuten (Ebene vier) ist danach zu beurteilen, inwieweit darin mit Bedingungsfreier Positiver Beachtung verbundenes empathisches Verstehen zum Ausdruck kommt und ob der Patient es auch wahrnimmt. (S.135)

Finke (2004) nimmt auf Högers Einteilung Bezug, indem er darauf hinweist, dass es für Höger entscheidend ist, dass sich die therapeutische Technik aus der Realisierung der Grundvariablen herleiten lassen muss. Somit kann festgestellt werden, dass die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und deren Techniken immer klientenabhängig und immer im jeweiligen Kontext zu sehen ist. Dass also jede Intervention aus einem Bemühen um Wertschätzung, empathisches Verständnis und unbedingter positiver Beachtung heraus entsteht und dieser somit gewissermaßen untergeordnet ist. Interventionen sind demnach als Produkt der personzentrierten Haltung zu sehen und therapeutische Techniken sind als Ausdruck durch die personzentrierten Haltung zu betrachten.

Diese Darstellung von Höger eröffnet einen großen Handlungsspielraum im therapeutischen Setting. Holzer (2006) stellt die Frage: „Durch welche konkreten Interventionen ... kann welchen Klienten mit welchem Störungsbild das Beziehungsangebot von Empathie, und bedingungsfreier Wertschätzung transportiert werden?“ (S.170).

Daraus eröffnen sich mir weitere Fragen: Wie kann der Therapeut den Jugendlichen erreichen? In welcher Form bietet er das Beziehungsangebot an, damit er ihn erreicht und dieser es annehmen kann? Im folgenden Abschnitt werde ich auf diese Fragen Bezug nehmen.

### **3.4.2. Die therapeutische Haltung in der Arbeit mit Jugendlichen**

Für Rogers (2007) bedeutet die psychotherapeutische Behandlung die Förderung der vorhandenen Fähigkeiten eines „potentiell kompetenten“ Menschen. Das bedeutet ein Individuum besitzt die Fähigkeit, „sich zu leiten, zu regulieren und zu kontrollieren“ (S.55), vorausgesetzt, dass gewisse definierbare Bedingungen bestehen. Sind diese Bedingungen nicht gegeben, kommt es zu Inkongruenzen im Selbst des Individuums. Die Integration der bislang verdrängten und abgewehrten Erfahrungen und Empfindungen ins Selbstkonzept wird durch die Haltung des Therapeuten möglich, der durch seine Haltung Variablen der Empathie, unbedingten positiven Wertschätzung und Kongruenz ausdrückt und somit darum bemüht ist die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen nach Rogers zur Verfügung zu stellen.

Finke (2004) schreibt dem Therapeuten in dem Bemühen darum ein Beziehungsangebot bereit zu stellen drei Rollen zu. Erstens die empathische Haltung des Therapeuten, welcher sich in den Bezugsrahmen des Klienten hineinversetzt und sich selbst zurücknimmt. Die zweite Rolle resultiert aus dem Aspekt der Echtheit, die den Therapeuten darin fordert als Person greifbar zu sein und „sich damit dem Klienten als Dialogpartnerin gegenüber“ (Weinberger & Papastefanou, 2008, S.58) zu stellen sowie sich persönlich einzubringen. Finke beschreibt diese zwei Rollen als sich gegenseitig ergänzend und meint, dass diese je nach Klient und Situation unterschiedlich zum Vorschein kommen. Zuletzt übernimmt der Therapeut, laut Finke, noch eine Beobachterrolle, die durch sein Expertenwissen geprägt ist. Der Autor hebt weiters hervor, dass gerade in der Arbeit mit Jugendlichen am Beginn

eines therapeutischen Settings vor allem die Dialogbeziehung im Vordergrund steht und dadurch eine Ebene des Vertrauens zu schaffen. „Diese Begegnungsebene ist entscheidend dafür, ob der Jugendliche sich überhaupt auf die Therapie einlassen kann“ (Weinberger & Papastefanou, 2008, S.58).

In Anlehnung an Weinberger und Papastefanou (2008) möchte ich nun darstellen, wie die Grundvariablen Kongruenz, Empathie und unbedingte positive Beachtung in der Jugendpsychotherapie zum Ausdruck kommen können. Dies tue ich in den Unterkapitel 3.4.2.1., 3.4.2.2. und 3.4.2.3. Nach Höger befinden wir uns dabei auf Ebene 2. In jedem dieser Unterkapitel wird im Anschluss noch auf die therapeutischen Interventionen eingegangen, wodurch wir uns nach Höger auf Ebene 3 bewegen.

#### **3.4.2.1. Kongruenz**

Rogers (2002) sieht Kongruenz als die grundlegendste Einstellung des Therapeuten für eine gelingende Therapie. Dies setzt voraus, dass der Therapeut sich seinem Erleben gewahr ist und ihm seine Empfindungen zur Verfügung stehen sowie dass er diese dem Klienten mitteilt, wenn er es als angebracht empfindet.

Für Monden-Engelhardt (2002) lässt sich die „echte und klare Haltung“ (S.30) nur dann in einem partnerschaftlichen Beziehungsangebot umsetzen, wenn dieses von „echtem Interesse an der Denkweise, den Interessen, dem inneren Erleben und Lebensvorstellungen des jugendlichen Patienten geprägt ist“ (S.30). Wenn Jugendliche spüren, dass sie in der Beziehung ernst genommen werden, können sie dem Erwachsenen vertrauen und „sich in ihrer Suche nach eigenen Werten und neuen von Erwachsenen verschiedenen Formen von Welt- und Selbstbildern begleiten lassen“ (S.31). Dieses Ernstnehmen kann sich auch über den Ärger des Therapeuten oder in einem Grenzsetzen ausdrücken.

Janisch (2001) spricht vom Jugendpsychotherapeuten als freundschaftlichem Begleiter, der Verständnis für Schwierigkeiten und Probleme hat. Mit Hilfe der Reflexion eigenen von Gefühlen, durch das Kennenlernen der eigenen Wahrnehmung sowie der eigenen Schwierigkeiten findet der Jugendliche seinen Weg bzw. einen Zugang zu sich selbst. Als eine wesentliche Haltungen sieht Janisch (2001) die Kongruenz, dadurch wird im therapeutischen Prozess für den Jugendlichen ersichtlich, dass auch der Therapeut nicht



perfekt ist. Diese Tatsache kann sich förderlich auf den Therapieverlauf auswirken und trägt somit auch zur Glaubwürdigkeit des Therapeuten bei. Der Autor beschreibt den Jugendpsychotherapeuten im Vergleich zum Erwachsenentherapeuten, als aktiver im therapeutischen Geschehen. Indem der Therapeut dem Jugendlichen Fragen stellt, bietet er ihm eine aktive Gesprächshilfe an, stellt damit eine Strukturhilfe zur Verfügung und ermöglicht dadurch eine Hilfestellung zur Selbstexploration.

Durch seine reale Anwesenheit des Therapeuten wird es für den Jugendlichen möglich sich auf den therapeutischen Kontakt einzulassen (Weinberger & Papastefanou, 2008).

### **Therapeutische Interventionen**

Einleitend kann festgehalten werden, dass sich um Kongruenz im therapeutischen Setting mit Jugendlichen umzusetzen unterschiedliche Therapietechniken anbieten. Auf diese wird im Anschluss näher eingegangen.

Finke (2004) selbst zählt zu den therapeutischen Interventionen, die der Kongruenz zuzuordnen sind, die Selbsteinbringung, Beziehungsklären und Konfrontation. Diese Aufzählung wird von Weinberger und Papastefanou (2008) durch die weiteren therapeutischen Interventionen Fragen-Stellen und Impulse-Setzen ergänzt.

Ich möchte nun auf alle fünf Formen eingehen:

#### *Selbsteinbringung*

Die subjektiven Eindrücke des Therapeuten können dem Jugendlichen helfen sich in seiner inneren Erlebniswelt klarer wahrzunehmen und diese besser auszudifferenzieren. Die Selbsteinbringung des Therapeuten kann eine wichtige Strukturierungshilfe geben, wenn sie zum richtigen Zeitpunkt und in der richtigen Dosierung eingesetzt wird (Weinberger & Papastefanou, 2008).

#### *Beziehungsklärung*

Mit welchen Erwartungen und Bedürfnissen der Jugendliche in die therapeutische Beziehung geht, gibt Aufschluss über „verfestigte Wahrnehmungsstrukturen und Beziehungsschablonen.“ (Weinberger & Papastefanou, 2008, S.62). Nur durch

Beziehungsklärung können diese aufgebrochen und neue Beziehungserfahrungen ermöglicht werden.

### *Konfrontation*

In der Konfrontation wird der Widerspruch zwischen dem Selbstbild des Jugendlichen und dem Fremdbild aufgezeigt. Wichtig bei der Konfrontation sind die Dosierung und der richtige Zeitpunkt. Besonders in der Anfangsphase ist das therapeutische Setting in Hinblick darauf besonders sensibel (Weinberger & Papastefanou, 2008).

### *Fragen stellen*

Insbesondere das Fragen stellen soll zu Beginn Neugierde dem Jugendlichen gegenüber ausdrücken und der Konfrontation vorgezogen werden. Durch das Fragen stellen wirkt das therapeutische Geschehen normaler und lässt das Interesse des Therapeuten den Jugendlichen besser verstehen zu wollen spürbar werden (Weinberger & Papastefanou, 2008).

### *Impulse setzen*

Der Therapeut ist sowohl darin gefordert dem Jugendlichen gegenüber empathisches Verstehen aufzubringen, was bedeutet dass er sich „ganz auf die Sicht- und Erlebniswelt des Jugendlichen einstimmt und real als Person zugegen [ist], auch mit dem angesammelten Wissen und der Lebenserfahrung“ (Weinberger & Papastefanou, 2008, S.65), die er mitbringt; als auch darin Impulse zu setzen. Die Impulse können sich im gemeinsamen Finden von Ideen, um ein momentanes Problem des Jugendlichen zu lösen, ausdrücken. Ausschlaggebend ist, dass die Ideen und Vorschläge des Therapeuten als ein Angebot an den Jugendlichen gelten und nur wenn sie für diesen passend sind, ihre Anwendung finden. Wesentlich ist es, dem Jugendlichen keine Entscheidung abzunehmen und ihm Verantwortlichkeit zuzutrauen (Monden-Engelhardt, 2002). Auch das Finden von Ressourcen zählen Weinberger und Papastefanou (2008) zur therapeutischen Intervention des Impulse-Setzen.

### **3.4.2.2. Unbedingte Positive Wertschätzung**

Nach Rogers (2002) begegnet der Therapeut dem Klienten mit einer „warmen, entgegenkommenden, nicht besitzergreifenden Wertschätzung ohne Einschränkungen und Urteile“ (S.27).

Der Aspekt der therapeutischen Haltung kann als umgesetzt betrachtet werden, wenn es dem Therapeuten gelingt, den Jugendlichen unabhängig von seinem Verhalten zu akzeptieren. Nach Monden-Engelhardt (2002) bedeutet dies auch Provokationen und Eigenheiten im Auftreten, Kleidung und/oder der Sprache anzunehmen. Akzeptieren heißt nach Weinberger und Papastefanou (2008) nicht, dass der Therapeut das Verhalten gutheißt, aber dass „diese persönliche Bewertung der Verhaltensweise ... nichts an dem Wert der Person der Jugendlichen“ (S.67) ändert. Dies fordert vom Therapeuten häufig ein tiefes Zutrauen in die Aktualisierungstendenz, als Voraussetzung dafür, dass die unbedingte positive Beachtung gelingen kann. Durch die unbedingte positive Beachtung findet der Jugendliche die Ruhe sich jenen verzerrten und verleugneten Erfahrungen des Selbstkonzepts zu widmen, die er bislang nicht in sein Selbstkonzept integrieren konnte, und „diese immer vollständiger [zu] symbolisieren und damit die entstandene Inkongruenz aufzuheben“ (Weinberger & Papastefanou, 2008, S.68).

### **Therapeutische Interventionen**

Zu den therapeutischen Interventionen für die Realisierung der unbedingten positiven Beachtung zählen nach Finke (2004) Anerkennung, Ermutigung und Solidarisierung.

#### *Anerkennung*

Weinberger und Papastefanou (2008) meinen damit das Ansprechen von kleinsten Schritten, die der Jugendliche in Richtung Autonomie schafft.

#### *Ermutigung*

Die Ermutigung des Jugendlichen geschieht auf der Handlungsebene. Ziel ist es einen Perspektivenwechsel zu schaffen, der durch „konkretisierendes Verstehen oder durch kreative Methoden“ (Weinberger & Papastefanou, 2008, S.69) hergestellt werden kann. Der ermutigende Effekt kann durch das Bemerken und Eingehen auf kleinste gelungene Schritte verstärkt werden.

### *Solidarisierung*

Gelegentlich ist es bei Elterngesprächen, Ämtern oder anderen Institutionen notwendig Partei für den Jugendlichen zu ergreifen (Weinberger & Papastefanou, 2008).

#### **3.4.2.3. Empathisches Verstehen**

Als einführendes Verstehen begreift Rogers (2002) die Fähigkeit des Therapeuten, auf „die Erlebnisse und Gefühle des Klienten [einzugehen] und dessen persönliche Bedeutung präzise und sensibel zu erfassen“ (S.23). Der Therapeut spürt im Hier und Jetzt die ganz persönlichen Bedeutungen des Klienten, „als ob es die Welt des Therapeuten selbst wäre, wobei allerdings der ‚Als ob‘ Charakter nie verloren geht“ (S.23).

Der Therapeut in der Arbeit mit Jugendlichen ist nach Iseli (2006) dazu angehalten, seine empathische Haltung auch darin zum Ausdruck zu bringen, dass er den Fokus auf den jeweiligen Entwicklungsstand und das Lebensalter richtet. Die Entwicklungsaufgaben und –ziele liegen hier im Zentrum der Aufmerksamkeit. Der Psychotherapeut ist gefordert sich speziell in die Lebenswelten der Jugendlichen, in denen sie diese Aufgaben bewältigen müssen, einzufühlen und den Blick auf die Interessen der Jugendlichen zu richten und sich nötigenfalls Wissen anzueignen oder Informationen einzuholen.

Einführendes Verstehen dem Jugendlichen gegenüber bedeutet nach Weinberger und Papastefanou (2008) seine subjektive Wahrnehmungswelt empathisch zu erfassen. Neben dem Verstehen der Handlungen des Jugendlichen, gilt es auch die Gefühle und Empfindungen zu verstehen, die der Jugendliche bereits spürt, aber noch nicht benennen kann. Diese sind häufig non-verbal sichtbar durch Mimik, Gestik, Stimme oder auch Körperhaltung.

#### **Therapeutische Interventionen**

Nach Iseli (2006) müssen sich Psychotherapeuten darüber bewusst sein, in welcher Weise sie ein Beziehungsangebot setzen. Sie entwickeln aufgrund ihres eigenen Temperaments einen eigenen Arbeitsstil. Dieser sollte ihrer eigenen Persönlichkeit entsprechen und der Therapeut sollte sich in der Wahl der Ausdrucksformen und Techniken selbst wieder finden. Dadurch kann auch die Variable der Kongruenz umgesetzt werden. Somit wird gewährleistet, dass er die „Empathie möglichst breit ausdrücken kann, so, dass alle

Sinneskanäle“ (Iseli, 2006, S.127) des Jugendlichen damit angesprochen werden. Neben der Individualität des Klienten, spiegelt sich also auch die Persönlichkeit des Therapeuten im therapeutischen Prozess wider.

Finke (2004) nennt einführendes Wiederholen, konkretisierendes Verstehen, Selbstkonzeptbezogenes Verstehen, Organismusbezogenes Verstehen und Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontexts als Techniken, die zur Realisierung des empathischen Verstehens beitragen sollen.

#### *Einführendes Wiederholen*

Der Therapeut greift das für den Jugendlichen Bedeutungsvolle auf und zeigt ihm somit seine Aufmerksamkeit und sein Interesse. Dadurch wird die Differenzierung der verschiedenen Wahrnehmungsaspekte unterstützt sowie die Selbstexploration gefördert. Das Beachten von non-verbale Antworten oder Verhaltensweisen des Jugendlichen ist hier von besonderer Bedeutung (Weinberger & Papastefanou, 2008).

#### *Konkretisierendes Verstehen*

Beim konkretisierenden Verstehen greift der Therapeut die Situationsbezogenheit des Erlebens auf. Dies dient zur Unterstützung der Selbstexploration, da der Jugendliche dadurch in seinem Erleben bleibt und es vertieft. Das hilft dem Jugendlichen bei der genauen Differenzierung der „inneren Landkarte“ (Weinberger & Papastefanou, 2008).

#### *Selbstkonzeptbezogenes Verstehen*

Darunter versteht man, dass die Sichtweise des Jugendlichen in Bezug auf sein eigenes Selbstkonzept vom Therapeuten angesprochen wird. Dadurch werden internalisierte Normen und Werte sichtbar und es wird möglich diese zu verändern (Weinberger & Papastefanou, 2008).

#### *Organismusbezogenes Verstehen*

Der Therapeut spricht „Wünsche, Gefühle, Bedürfnisse“ an, die noch nicht in das Selbstkonzept integriert sind, sich aber „am Rande des Bewusstseins“ befinden (Weinberger & Papastefanou, 2008, S.76).

### *Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontexts*

Frühe Bindungserfahrungen beeinflussen die Gefühle und Verhaltensweisen von Personen grundlegend (s. Kap. 2) und werden in neuen Beziehungen reaktiviert. Die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen zeichnet sich nicht durch die Aufarbeitung der Kindheit aus, sondern durch die Bearbeitung der Gefühle und des Erlebens im Hier und Jetzt. Wiederholt sich ein Gefühl, das seinen Ursprung in der Vergangenheit hat, so ist das Aufgreifen dieser Gefühle im Hier und Jetzt laut Monden-Engelhardt (2002) sinnvoll, damit eine korrigierende Erfahrung möglich wird und die verzerrte Symbolisierung aufgelöst werden kann.

### **3.4.3. Kreative Mittel – eine Brücke die Beziehung möglich macht**

Im therapeutischen Prozess lassen sich auch andere Kanäle nutzen und in den therapeutischen Dialog einbringen. Durch Bilder, Skulpturen, Gedichte oder Musik, unabhängig davon, ob diese vom Jugendlichen selbst oder von anderen gestaltet wurde, soll ein „treffender Ausdruck des eigenen Erlebens“ (Janisch 2001, S.330f) gefunden werden. Wesentlich ist es nach Janischs Ansicht, dass der Jugendlichenpsychotherapeut das für sich passende und stimmige Ausdrucksmittel findet.

Die Ausführungen von Finke (2004) und Weinberger und Papastefanou (2008) machen für mich deutlich, dass Jugendliche zwar spezielle therapeutische Interventionen benötigen, damit es zu einem günstigen Therapieverlauf kommen kann. Die therapeutischen Interventionen lassen sich allerdings alle, in die von Rogers (1957) genannte therapeutische Haltung, einfügen. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass der Jugendpsychotherapeut keine zusätzlichen Variablen benötigt, um mit dem Jugendlichen eine therapeutische Beziehung gestalten zu können. Allein das Verständnis von Empathie, unbedingter positiver Wertschätzung und Kongruenz ist ein umfassenderes, insofern als dass sich diese Basisvariablen dem jeweiligen Klienten gegenüber ausdrücken.

Fröhlich-Gildhoff et al. (2003a) hingegen, sehen das Beziehungsgeschehen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als „wesentlich differenzierter und über die Realisierung der drei Basisvariablen Empathie, Kongruenz, Akzeptanz hinausgehend“ (S.198). Die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf Schmidtchen (2001), der unter *prozessleitenden Hilfen* ein differenziertes Interventionskonzept von Therapiestrategien in der Arbeit mit

Jugendlichen ausführt. In der genaueren Auseinandersetzung mit diesen Strategien werden Ähnlichkeiten zu den Betrachtungsweisen von Finke (2004) sowie Weinberger und Papastefanou (2008) sichtbar. Wobei Schmidtchen seine prozessleitende Hilfen im Gegensatz zu den eben genannten Autoren, in einem über die Grundvariablen hinausgehenden Bereich ansiedelt und diese als nicht mehr darin integrierbar betrachtet. So sind Schmidtchens Therapiestrategien als zusätzliche Aspekte zu betrachten, wohingegen Finke, Weinberger und Papastefanou ihre Beobachtungen den Grundvariablen untergeordnet und diese so als Ausdruck desselben begreifen.

Des Weiteren führen Fröhlich-Gildhoff et al. (2003a) die Interaktionsresonanz von Behr (2002) als zusätzliches Konzept in der Personzentrierten Psychotherapie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen an. Behr (2007) beschreibt den Therapeuten, der „nach dem Konzept der *Interaktionsresonanz* arbeitet“, als ein präsenten Gegenüber. „Er ist eine Realität für das Kind und will auch als reale Person wahrgenommen werden“ (S.157) und „bietet auch hier eine gute Orientierung“ (S.160). Der Therapeut als reale Person, sowie Orientierungshilfe findet sich auch in den Ausführungen von Finke (2004) sowie Weinberger und Papastefanou (2008) wieder.

Zusammenfassend lässt sich für mich feststellen, dass die jeweilige Betrachtung und Auslegung der von Rogers (1957) genannten therapeutischen Variablen ausschlaggebend dafür ist, ob die spezifischen Anforderungen an den Jugendpsychotherapeuten als etwas betrachtet wird, das sich aus den Variablen, mittels eines umfassendes Verständnis derselben, ableiten lässt, oder ob der Bedarf sowie die Bereitstellung etwas Zusätzlichem bzw. Konzepterweiterenden als notwendig erachtet wird.

## **4. Forschungsmethode – qualitative Forschung**

In den ersten Kapiteln wurden die Gegenstände „Jugendalter“ und „Personenzentrierte Jugendpsychotherapie“ als theoretische Grundlage beschrieben, die zur Beantwortung der Forschungsfrage notwendig sind. Im folgenden Kapitel wird die empirische Untersuchung, die der Frage nach den spezifischen Anforderungen an den Psychotherapeut in der Arbeit mit Jugendlichen nachgeht, dargestellt. Um die Sichtweise der Befragten und deren subjektiven Gewichtung des Themas zu erforschen, habe ich mich für das Experteninterview (4.1.) der qualitativen Sozialforschung entschieden. Als Auswertungsverfahren der Interviews dient die qualitative Inhaltsanalyse (4.2.). Im Kapitel 4.3. findet eine Beschreibung der Durchführung der Studie statt, bevor im Weiteren auf die Interviewergebnisse (4.4.) eingegangen wird.

### **4.1 Experteninterviews**

Für die Beantwortung meiner Forschungsfrage eignet sich meines Erachtens das Experteninterview am besten, da diese Art des Interviews zur Untersuchung dient, „in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen“ (Gläser & Laudel, 2006, S.10f). Daraus wird ersichtlich, dass diese Rekonstruktionen nur bestimmte Personen beschreiben können. Um möglichst weitreichende und gezielte Informationen aus einem Interview zu erhalten, ist die Auswahl der Interviewpartner ein wesentliches Element der Untersuchung. Die Personen müssen Experten auf dem zu erforschenden Gebiet sein. „Experten sind Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen und Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“ (Gläser & Laudel, 2006, S.10).

Die Wahl der Interviewpartner ist abhängig von dem jeweiligen Ziel der Untersuchung und nicht entgegengesetzt. Steht das Ziel der Forschung fest, werden die Interviewpartner ausgewählt. Diese Vorgehensweise bedeutet für den Forscher eine selektive Auswahl seiner Experten. Gewählt werden jene Personen, die aufgrund ihres Expertenwissen zur Rekonstruktion von sozialen Sachverhalten beitragen können (Gläser & Laudel, 2006).

Das Interview wird mittels Leitfaden geführt. Dadurch ist gesichert, dass alle Fragen auch in jedem Interview vorkommen und nicht vergessen oder übersehen werden. Es dient als



Gerüst, oder schriftliche Anleitung, wodurch sichergestellt werden kann, dass alle Bereiche, die zur Beantwortung des Forschungsanliegens wesentlich erscheinen, während des Interviews thematisiert werden. Die Fragen und Themen des Leitfadens werden aus der Forschungsfrage und den theoretischen Überlegungen abgeleitet. Weder die Reihenfolge noch die Formulierung der Fragen sind verbindlich. Eine flexible Handhabung des Leitfadens ist wichtig, da damit ein umfassendes Wissen des Experten erfasst werden kann (Gläser & Laudel, 2006). Folglich wird es somit möglich, dass Themengebiete auftauchen können, die im vorbereiteten Leitfaden nicht vorhanden sind. Der Leitfaden kann so gesehen, als Musterinterview betrachtet werden, welches den Kommunikationsprozess plant und das Erkenntnisinteresse in den Kontext des Gesprächspartners zu übersetzen versucht.

Experteninterviews finden vorwiegend im persönlichen Gespräch statt und werden handschriftlich protokolliert oder auf Tonband aufgenommen (Gläser & Laudel, 2006).

Für die vorliegende Forschungsarbeit wurde die Auswahl der Personenzentrierten Psychotherapeutinnen nach deren Arbeitsschwerpunkt gewählt. Ausschlaggebende Kriterien waren, dass sie sowohl mit Jugendlichen als auch mit Erwachsenen therapeutisch Tätig sind. Dieses Expertenwissen macht es möglich, differenzierte Zugänge und Anforderungen an den Psychotherapeuten in der Arbeit mit Jugendlichen im Gegensatz zu Erwachsenen auszuarbeiten und sichtbar zu machen.

Der Interviewleitfaden beinhaltet Fragen die darauf abzielten, die unterschiedlichen Sichtweisen und Zugänge von Jugendpsychotherapeuten herauszufiltern.

Die meines Erachtens wesentlichen Themengebiete, die im Interview Eingang fanden, waren nachfolgende: Die allgemeinen und wesentlichen Elemente der Jugendpsychotherapie, die therapeutische Beziehung und die Bedeutung der Variablen Echtheit, Empathie und unbedingte positive Wertschätzung in diesem Zusammenhang. Ein weiterer Themenschwerpunkt war die Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Entwicklungspsychologie und der Bindungstheorie in der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen. Ebenso die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Erwachsenentherapie wurden aufgezeigt, vor allem im Kontext mit den notwendigen und hinreichenden Bedingungen. Es wurde der Frage nach möglichen unterschiedlichen Zugängen in der therapeutischen Beziehung, im Setting, oder anderen therapeutischen Interventionen nachgegangen. Die Persönlichkeit des Therapeuten und der Therapeut als Person wurde hinterfragt. Da sich die Diplomarbeit mit den Anforderungen an den

Personenzentrierten Jugendtherapeuten auseinandersetzt wurde dem Thema Therapieabbruch bei Jugendlichen auseinandergesetzt.

Zu Beginn des Interviews wurden demographische Daten erhoben. Diese beinhalteten die Dauer der therapeutischen Tätigkeit, beruflicher Werdegang, sowie Ausbildung der Expertinnen.

Alle Experteninterviews wurden mittels eines Diktiergerätes aufgenommen und im Anschluss vollständig transkribiert. Die Interviews wurden anonymisiert und Pausen, unverständliches, sowie gleichzeitig gesprochenes wurde im Text eingearbeitet und sichtbar gemacht.

## **4.2. Qualitative Inhaltsanalyse**

Die durchgeführten und im Anschluss transkribierten Interviews erzeugen eine Fülle an Datenmaterial. Diese Texte sind das auszuwertende Rohmaterial. Ich wähle für die Auswertung der Daten die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2006). Die qualitative Inhaltsanalyse stellt eine Methode dar, die das Datenmaterial durch ein systematisches Verfahren auswertet und somit wesentliche Informationen entnommen werden. Relevante Informationen werden durch die Hilfe eines Analyserasters gesucht und Kategorien zugeordnet. Diese bereits in Kategorien zugeordneten Daten, werden relativ unabhängig vom Rohmaterial weiterbearbeitet. Diese Form der Auswertung eignet sich „hervorragend, wenn aus Texten Beschreibungen sozialer Sachverhalte entnommen werden sollen“ (Gläser & Laudel, 2006, S.44). Charakteristisch für die qualitative Inhaltsanalyse ist das Aufbauen von Kategorien bevor es zur Analyse des Textes kommt. Der Forscher muss vorher eine Einteilung nach Gruppen vornehmen, dann wird der Text nach diesen Gruppen untersucht, analysiert und zugeordnet. Im nächsten Schritt wird das entstandene Material nach Analyseeinheiten zerlegt und die Daten werden auf relevante Informationen hin untersucht. Diese gefilterten Informationen werden den Kategorien zugeordnet.

Die qualitative Inhaltsanalyse behandelt die vorliegenden auszuwertenden Texte als Datenmaterial. Es benötigt mehrere Schritte um zur endgültigen Auswertung und

Interpretation der Daten zu kommen. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte, wie bei Gläser und Laudel (2006) dargestellt.

#### **4.2.1. Theoretische Vorüberlegungen**

Die ersten theoretischen Überlegungen hatten den Fokus die Forschungsfrage beantworten zu können. Um eine Antwort auf die Frage nach den spezifischen Anforderungen an den personenzentrierten Jugendpsychotherapeuten zu erhalten, ist der Vergleich mit der Erwachsenentherapie und die einhergehenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Jugendpsychotherapie ein wesentliches Element. Dadurch kann man sich differenzierter den Anforderungen an den Jugendpsychotherapeuten nähern und Kriterien dahingehend herausarbeiten.

Aus den theoretischen Vorüberlegungen in den Kapiteln 1,2 und 3 wurden Kriterien gefunden, die als Analyseraster für die weitere Verarbeitung des Datenmaterials dienen sollen. Die gefundenen Kriterien möchte ich hier anführen: Empathie, Kongruenz, unbedingte positive Wertschätzung, Persönlichkeit des Therapeuten, Theoretisches Wissen des Therapeuten, Anforderungen an den Therapeuten, Erfahrung durch eigene Kinder, Aufbau einer therapeutischen Beziehung, Therapeutisches Setting, Elternarbeit, Therapieabbruch – der Therapeut in seiner Funktion, der Jugendliche, das äußere Umfeld und ergänzende Bemerkungen.

#### **4.2.2. Vorbereitung der Extraktion**

Nach Gläser und Laudel (2006) ist es gelegentlich notwendig Indikatoren zu bestimmen, mit welchen die Zuordnung bzw. Abgrenzung von Informationen aus dem Datenmaterial zu den bestimmten Kategorien klarer wird. Im Weiteren empfehlen die Autoren einen Textabsatz als Analyseeinheit zu sehen, damit eine sinnvolle Interpretation eines Absatzes möglich wird.

In dieser Arbeit wird das vorhandene Datenmaterial gezielt mit Blick des Analyserasters der Kategorien durchgearbeitet. Die Analyseeinheit ergibt sich aus einer Strukturierung die sich nach inhaltlichen Zusammenhängen orientiert.

### **4.2.3. Extraktion**

Das vorhandene Datenmaterial wird mithilfe des Analyserasters durchgearbeitet. Extraktion bedeutet, den „Text zu lesen und zu entscheiden, welche der in ihm enthaltenen Informationen für die Untersuchung relevant sind“ (Gläser & Laudel, 2006, S.194). Diese Informationen werden in den Kategorien eingeordnet, indem die Interviewpassage einer Datei, die den Titel der zutreffenden Kategorie enthält, zugeordnet wird. Das Kategoriensystem ist eine offene Methode, die während der Extraktion nach Gläser und Laudel (2006) nachträglich verändert werden kann und neue Kategorien gebildet werden können.

Die Extraktion ist ein entscheidender Interpretationsschritt: Um festzustellen, ob relevante Informationen in einem Text enthalten sind, müssen Sie ihn interpretieren. Auch die Zuordnung zu einer Kategorie und die verbale Beschreibung des Informationsinhaltes beruhen jeweils auf Interpretationen des Textes. Das bedeutet zugleich, dass in die Extraktion - trotz der angebbaren Regeln – die Verstehensprozesse des jeweiligen Wissenschaftlers eingehen, dass sie also individuell geprägt ist (Gläser & Laudel, 2006, S.195).

Die Auswahl und Zusammenfassung der Interviewpassagen ist immer auch von der subjektiven Wahrnehmung der Forscherin beeinflusst.

### **4.2.4. Aufbereitung**

In der Aufbereitung der Daten wird nun das erhaltene Rohmaterial weiter bearbeitet. Um den Umfang des Datenmaterials zu reduzieren, werden die Daten weiter zusammengefasst und nach inhaltlichen Gesichtspunkten strukturiert. Dabei ist wichtig, dass diese Textpassagen mit ihren Quellen zu versehen, damit gesichert werden kann, dass sie im Ursprungstext wieder gefunden werden können. Finden sich verschiedenartige Aussagen werden diese natürlich nebeneinander stehen gelassen und angeführt.

### **4.2.5. Auswertung**

Die Interviewaussagen der befragten Therapeutinnen werden im nächsten Schritt innerhalb der Kategorien weiters zusammengefasst, argumentiert und deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede dargestellt. Dadurch wird ersichtlich, wo Therapeutinnen einerseits ein kollektive Meinung haben, andererseits wird deutlich worin sie sich in ihrer Arbeitsweise und Persönlichkeit unterscheiden. Prägnante Aussagen von den Gesprächspartnerinnen wurden als Zitat angeführt. Die einzelnen Kategorien wurden übergeordneten

Überschriften zugeordnet. Die Kategorien Empathie, Kongruenz und unbedingte positive Wertschätzung wird unter die Überschrift – die personenzentrierten Grundvariablen gestellt. Des Weiteren wurden die alle Kriterien der Persönlichkeit des Therapeuten, Theoretisches Wissen des Therapeuten, Anforderungen an den Therapeuten und Erfahrungen durch eigene Kinder der Überschrift – Therapeut als Person untergeordnet. Der Therapeutischen Beziehung wurden die Kriterien Aufbau einer therapeutischen Beziehung, Therapeutisches Setting und Elternarbeit zugeordnet. Unter dem Titel Therapieabbruch lässt sich in diesem Zusammenhang auch die Kriterien der Therapeut in seiner Funktion, der Jugendliche und das äußere Umfeld finden. Abschließend bilden ergänzende Bemerkungen eine letzte Kategorie.

In der Bearbeitung der Interviews war es das Ziel, Informationen herauszufiltern, die zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen sollen.

### **4.3. Beschreibung der Untersuchung**

In diesem Unterkapitel wird die Auswahl der Interviewpartnerinnen (4.3.1.) beschrieben. Im nächsten Schritt werden die erhobenen Demographischen Daten (4.3.2.) dargestellt. Die Aus- und Weiterbildungen der Interviewpartnerinnen werden im Kapitel 4.3.3. zusammengefasst und aufgelistet.

#### **4.3.1. Auswahl der Interviewpartnerinnen**

Die Interviewpartnerinnen waren Personzentrierte Psychotherapeuten, die Erfahrung in der Arbeit mit Jugendlichen auswiesen. Ein weiteres Kriterium um als Experte geeignet zu sein, war es notwendig, dass die Personen auch mit Erwachsenen arbeiteten. Die Suche nach den Experten gestaltete sich gegen meine Erwartungen einfacher, als ich dachte. Die Kontaktaufnahme geschah in Form eines Emails, in denen bereits kurz mein Anliegen dargestellt wurde, mit dem Hinweis, dass ich mich in den nächsten Tagen telefonisch melden würde. Es konnten sechs Termine in nur drei Wochen ausgemacht und eingehalten werden.

#### **4.3.2. Demographische Daten**

Es wurden sechs Frauen zwischen 34 und 52 Jahren interviewt, welche in einem Zeitraum zwischen 4 und 30 Jahren als Therapeutinnen tätig waren. Fünf der sechs befragten Personen haben eigene Kinder.

### **4.3.3. Aus- und Weiterbildungen der Interviewpartnerinnen**

- Alle ausgewählten Expertinnen absolvierten die Ausbildung zur Personenzentrierten Psychotherapie und sind in die Liste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen.
- Zusätzliche abgeschlossene Ausbildungen oder Grundberufe die genannt wurden: Diplomierte Pädagogin, Studium der Psychologie, Studium der Sonder- und Heilpädagogik, Klinische Psychologin, Kindergartenpädagogin, eine zweite psychotherapeutische Ausbildung.
- Manche Expertinnen haben auch Zugänge und Erfahrungen in anderen therapeutischen Richtungen: katathym imaginativer Psychotherapie, Individualpsychologie, Körpertherapie.
- Alle sechs Psychotherapeutinnen haben mehrer Weiterbildungen in der Kinder- und Jugendpsychotherapie absolviert und vier davon sind auch in der Weiterbildung für Personenzentrierte Kinder- und Jugendpsychotherapie aktuell tätig.

## **4.4. Interviewergebnisse**

Im folgenden Abschnitt werden die ausgewerteten Interviewergebnisse dargestellt. Die generalisierten und zusammengefassten Aussagen werden durch direkte Zitate einzelner Therapeutinnen ergänzt und untermauert. Die Zahl neben dem Th (Therapeutin) gibt an, aus welchem Interview das jeweilige Zitat entnommen wurde. Die Zahl vor dem Th bezieht sich auf den jeweiligen Absatz im Interview.

### **4.4.1. Die personzentrierten Grundvariablen**

Im Interview wurde der Frage nachgegangen, ob Jugendliche mit den drei Grundvariablen (Empathie, Kongruenz, unbedingte positive Wertschätzung) ausreichend erreicht werden können.

Die Frage, ob Jugendliche mit den drei Grundvariablen der Empathie, Kongruenz und unbedingter positiver Wertschätzung ausreichend erreicht werden können, bejahen fünf (Th1/Th2/Th3/Th5/Th6) der sechs Interviewpartnerinnen. Wobei vier (Th2/Th3/Th5/Th6) Therapeutinnen in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass es um die Interpretation der drei Grundvariablen geht. 56)Th3: „Wenn man diese sechs Variablen gut versteht, gut auslegt, ist alles drin.“ Eine andere Therapeutin meint in diesem Zusammenhang 58)Th6: „Die ganzen drei Variablen sind durchaus flexibel betrachtbar.“ Ein Teil beschreibt das Spezielle in der Jugendpsychotherapie als etwas Zusätzliches über die Bedingungen hinausgehend. Der andere Teil sieht in den Basisvariablen das Zusätzliche bereits enthalten. Hier werden die Basisvariablen so verstanden, dass das jeweilige therapeutische Angebot an den Klienten im Sinne der Empathie, Kongruenz und unbedingter positiver Wertschätzung umgesetzt wird und deshalb es nicht als etwas Zusätzliches gesehen wird.

Im Folgenden werden die Interviewergebnisse speziell zu den Variablen der Empathie, Kongruenz und unbedingter positiver Wertschätzung angeführt.

#### **4.4.1.1. Empathie**

Fünf (Th1/Th2/Th3/Th4/Th5) der Interviewpartnerinnen betonen im Zusammenhang mit der Grundvariable Empathie in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, die eigene Jugendzeit präsent und diesen Lebensabschnitt auch gut für sich reflektiert zu haben.

Damit kann gesichert werden, dass auftauchende Gefühle beim Therapeuten nicht in den Therapieverlauf des Jugendlichen hineinwirken. Die Einfühlung in die Welt des Jugendlichen wird dadurch unterstützt. Therapeutin<sup>3</sup> beschreibt die Variable Empathie in der Arbeit mit Jugendlichen wie folgt:

22)Th3: ...Naja, ... .. ich ich hab ja in der Zwischenzeit ein bisschen ein umfassenderes Verständnis von Empathie ... irgendwie gewonnen, erworben, ja...also Empathie ist nicht nur das mitschwingen von all dem was mir ein Jugendliche sagt, sondern mit all dem was ich da sonst noch spür ... und mit krieg ja! (...) Ich muss in einem guten Kontakt mit meiner eigenen jugendlichen Zeit sein, ja. Diese lebendige Bindung zu zu meinem eigenen, ja, denn nur so kann ich dann einen Jugendlichen erreichen, ja. Und das das hab ich jetzt gemeint mit mit einer umfassenderen Empathie, ja. Ah, das ist, das was man halt so liest ja, (xxx) aber woraus es besteht ist mehr. Also ich muss, ... eine Ahnung davon haben wie es eine...das geht nur über ein ein Rückgreifen auf die eigene Zeit, ja, so so wie man auch zerrissen ist, zwischen heute gut drauf und morgen ist alles scheiße, ja. (...) Und es ist eine Empathie in alles (...) man muss also, ich muss viel mitkriegen, weil grad Jugendliche auch noch viel so anders als verbal ausdrücken.

Demnach wird das empathische Einfühlen in die Welt des Jugendlichen durch die Beziehung des Therapeuten zur eigenen Jugendzeit gestützt. Ein empathisches Verstehen umfasst somit alle verbale als auch non-verbale Reaktionen des Jugendlichen, sowie die empathische Auseinandersetzung des Therapeuten mit der eigenen Jugend. Die Anforderung an den Jugendpsychotherapeuten besteht aus der Fähigkeit der Sensibilität, um sich möglichst exakt die Welt des Jugendlichen einfühlen zu können.

28)Th4: Diese Sensibilität, ja, schafft die das, jetzt sich wirklich in diese Welt und diese Sprache einzufühlen, ja. Das hab ich bei den Kindern weniger, weil für die ist es selbstverständlich, also das ich das schaff, ja. ... Und bei den Erwachsenen ist es auch wieder ... nicht so, aber bei den Jugendlichen so diese Sensibilität na, ... irgendwie so eine Herausforderung, ja. Schafft sie es jetzt, dass sie das kapiert (lacht) obwohl sie irgendwie Erwachsen ist...

29)I: So ein Testen?

30-31)Th4: Ja, ja, so so ein unbewusstes Testen, ja. Kann ich mich der jetzt anvertrauen, weil die kapiert das nämlich eh welche Probleme ich hab ... .. oder ...



oder nicht. (...) Dann ist es genau der Weg, ... der mir irgendwie so den Zugang eröffnet. ...

Für Therapeutin<sup>3</sup> ist es im Gegensatz zu Erwachsenen bei Jugendlichen wesentlich wichtiger genau hinzuspüren und zu merken, wenn etwas nicht passt. Jugendliche<sup>26</sup>Th<sup>4</sup> „müssen spüren man ist in seiner Welt.“ Entscheidend ist diese Haltung bereits ab der ersten Stunde. <sup>34</sup>Th<sup>4</sup>: „Wenn die spüren, man ist einfach wirklich empathisch und und kongruent (...) dann geht's. ... .. Aber das muss man, das müssen sie hautnah irgendwie erleben, hab ich das Gefühl. Also wirklich... ganz hautnah spüren, ja. (...) Aber bei den Jugendlichen, die entscheiden sehr schnell ja, oder nein.“ Demnach ist für eine therapeutische Beziehung das empathische Einfühlen bereits in der ersten Stunde ausschlaggebend für den weiteren Therapieverlauf.

Die Therapeutin<sup>6</sup> spricht die Feinfühligkeit, Sensibilität und Empfindlichkeit von Jugendlichen an und verweist im Zusammenhang mit der Empathie bei Jugendlichen auf die Kongruenz. Für sie ist Empathie wichtig <sup>30</sup>Th<sup>6</sup> „in Verbindung mit der Kongruenz, weil dieses Einfühlen, wenn das nicht absolut echt ist,...also ich hab so die Erfahrung gemacht, aufgesetztes einfühlen, oder so dieses bemühen reicht meistens nicht, oder es gelingt oder es gelingt nicht.“

#### **4.4.1.2. Kongruenz**

Vier (Th<sup>2</sup>/Th<sup>3</sup>/Th<sup>4</sup>/Th<sup>6</sup>) der Gesprächspartnerinnen sehen die Grundvariable Kongruenz als die wichtigste therapeutische Haltung bei Jugendlichen an. Die Therapeutinnen sind sich einig, dass ohne Echtheit ein therapeutischer Prozess, bei Jugendlichen, sehr schnell scheitern kann, oder nicht zustande kommen würde. <sup>14</sup>Th<sup>6</sup>: „Das ist eine meiner obersten Maxime ... immer völlig ehrlich und kongruent zu bleiben.“ Echt sein, bedeutet für vier (Th<sup>2</sup>/Th<sup>3</sup>/Th<sup>5</sup>/Th<sup>6</sup>) Therapeutinnen weiters, dass sie dem Jugendlichen mehr zurückmelden und auch ihre Sorgen zu formulieren, was sie in der Erwachsenentherapie weniger oder nicht machen würden. <sup>72</sup>Th<sup>6</sup>: „Das heißt nicht, dass ich bei Erwachsenen unecht bin, aber ich glaub, dass ich Jugendlichen vielmehr zurück melde. Auch was sie, was sie bei mir auslösen.“

Im Zusammenhang mit Kongruenz wurde von Seiten der Therapeutinnen auf Grenzen des therapeutischen Settings eingegangen. Wesentlich für die therapeutische Arbeit mit

Jugendlichen sehen vier (Th1/Th2/Th3/Th5) Therapeutinnen die persönlichen Grenzen zu kennen und diese auch einzufordern und zu wahren. Achtet man nicht auf die eigenen Grenzen kann sich dies schädigend auf den Therapieverlauf auswirken, gleichzeitig stellt das Grenzsetzen auch eine wichtige Lernerfahrung für den Jugendlichen dar. Eine Therapeutin beschreibt dies folgendermaßen:

72)Th1: „Ich toleriere Therapieschädigendes Verhalten, wenn zum Beispiel jemand mich beschimpfen würde, toleriere ich das bei Erwachsenen nicht, auch bei Jugendlichen nicht, auch bei Kindern nicht, ja. (...) Ich denke, da gibt es eine Grenze und zwar deshalb, ah weil ich als Person hier auch meine Grenze habe, auch im therapeutischen Setting. (...) Also ich denk mir, dass ist auch der Respekt auch vor meiner Person, dass ich nicht mit mir umgehen lasse, wie ich es nicht möchte, wie ich mit niemanden umgehen würde. Ich glaube, dass ist eine ganze eine wichtige Lernerfahrung auch ah... ah... dieses Respekt von der anderen Person. Genauso wie ich dich respektiere, verlange ich auch, dass du mich respektierst, oder dass sie mich respektieren. Da gibt es eine Grenze. Und das würde ich durchgängig so kommunizieren, egal ob das ein Kind ist, ein Jugendlicher, oder ein Erwachsener. Weil es um Grenzen geht, die oft nicht nicht eingehalten werden.“

Um kongruent zu sein muss der Therapeut seiner Empfindungen und Gefühle gewahr sein. Therapeutin5 verweist im Zusammenhang mit Grenzen darauf hin, dass wenn man als Therapeut z.B. eine anhaltende Angst dem Jugendlichen gegenüber empfindet, sich dies negativ auf den Therapieverlauf auswirkt. Denn die Therapeutin muss

134)Th5 „eine sichere Basis bieten können und auch ein gewissen Wissen drüber haben, ...ah was was kann man da tun, was kann man als Unterstützung anbieten, was geht nicht? ... .. Sorge ausdrücken, aber nicht da, wenn man selber mit der Angst drinnen ist, das ist spürbar. (...) Aber wenn's, wenn man merkt eigentlich sitz ich die ganze Zeit eher ängstlich da und wie geht das weiter. Hm, ... ist keine gute Voraussetzung.“

#### **4.4.1.3. Unbedingte positive Wertschätzung**

Die Grundvariable der unbedingten positiven Wertschätzung mit Jugendlichen beschreiben drei (Th2/Th3/Th6) Therapeutinnen als Herausforderung in der therapeutischen Arbeit und bringt sie immer wieder an die eigenen Grenzen. Speziell wenn Verhaltensweisen gezeigt

werden, die nur schwer unbedingt positiv wertgeschätzt werden können. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, zwischen dem Verhalten des Jugendlichen und seiner Person zu unterscheiden. Bei Aggression gegenüber anderen geht es nach Therapeutin2 darum, 38)Th2: „sich halt dann irgendwie wirklich auf das zurückziehen, dass man ihn als Person annehmen kann, auch wenn man trotzdem diese spezielle Verhaltensweise von ihm irgendwie nicht wertschätzen kann.“

Therapeutin1 sieht bei der unbedingten positiven Wertschätzung die Herausforderung darin, 22)Th1 „vor allem auch zu schauen wo sind die, oder oder ...langsam dazu kommen, dass der Jugendliche zeigt, was für ihn wichtig ist.“ Gleichzeitig beschreibt sie gerade die Anfangsphase der Therapie als eine Phase des Akzeptierens im Zusammenhang mit der Freiwilligkeit der Jugendlichen sich auf einen therapeutischen Prozess einzulassen.

#### **4.4.2. Therapeut als Person**

In diesem Kapitel sind die Kategorien Persönlichkeit des Therapeuten, theoretisches Wissen, Anforderungen an den Jugendpsychotherapeuten und Erfahrungen durch eigene Kinder zugeordnet.

##### **4.4.2.1. Persönlichkeit des Therapeuten**

Im Interviewleitfaden wurde die Frage gestellt, ob die Therapeutinnen glauben, dass Jugendpsychotherapeuten spezielle Persönlichkeitseigenschaften benötigen.

Für vier (Th1/Th2/Th4/Th6) Therapeutinnen ist es entscheidend, dass man Jugendlichen mit all ihren Facetten mögen muss und aus dem Innersten gerne mit ihnen arbeiten will.

160)Th6: „Also auch wirklich und zwar wirklich und nicht nur, weil man sagt man kann mit jedem Klientel, sondern absolut aus tiefsten Herzen gern mit Jugendlichen arbeitet.“

Ein Drittel (Th2/Th3) der Therapeutinnen sprechen von einer Offenheit und einer Lebendigkeit die ein Jugendpsychotherapeut mitbringen muss und die Fähigkeit mit Begeisterung mit ihnen mitgehen zu können. Offenheit und Interessiertheit in alles was der Jugendliche in den therapeutischen Prozess bringt. Therapeutin5 sieht das Akzeptieren der Sprache des Jugendlichen als eine Persönlichkeitseigenschaft, die der Therapeut benötigt. Neben der Toleranz, die von Therapeutin4 erwähnt wird, spricht Therapeutin5 noch von der Flexibilität, dem Aushalten von Unsicherheiten beim Jugendlichen und das Wahrnehmen von Grenzen, als wesentliche Eigenschaften eines Jugendpsychotherapeuten.

92) Th5: Na ja, ...also Flexibilität natürlich, aber das ist so ein allgemeines Wort...Ich glaub, dass tut jeden Psychotherapeutin gut, aber da natürlich speziell. Dann auch ein bisschen aushalten können, die Unsicherheiten die es beim Jugendlichen gibt. (...) Und so das Vertrauen auch so entwickeln können, hoffentlich, dass sind Dinge die man einfach später machen kann. (...) oder das Ritzen natürlich, na, kommt doch recht häufig vor, sehr viele Jugendliche haben das (...) ja, das heißt eine gewisse Gelassenheit dabei haben können, sich nicht sofort aufzuregen innerlich (lacht) sie nicht auszuhalten. Andererseits aber auch das Gespür dafür haben, da ist jetzt eine Grenze, auch diese Sorge ausdrücken zu können.

93) I: Also sehen Sie sich quasi gefordert in der Flexibilität, im Aushalten...

94) Th5: Ja.

95) I: Gibt es da noch etwas?

96) Th5: Und dann aber auch im wahrnehmen, wo jetzt wirklich eine Grenze ist... und die ist natürlich auch immer meine persönliche, na. (...) Also da geht es eben auch darum, also einerseits eine Gelassenheit ah ... .. zu haben und auch ... eben so Grenzgeschichten sich gut anhören zu können, ohne einem zu großen inneren Erschrecken (lacht). Oder, um Gottes Willen was machst du denn da? Weil dann werden sie es nicht weiter erzählen. Aber andererseits auch sagen zu können, puh, aber da würde ich jetzt schon eine Grenze jetzt machen, jetzt mach ich mir Sorgen.

97) I: Die Betroffenheit zeigen?

98) Th5: Ja, ja, ja, ja. Aber nicht als, pfau, das solltest du aber nicht machen. Oder... .. sondern als Sorge artikulieren und das Gespräch dann so machen, wo wo wo siehst denn du da deine Grenzen? Wie möchtest es du denn gestalten? Das ist eigentlich das Thema, wie gestalte ich mein Leben? Ja... Das ist wahrscheinlich auch ein wichtiges Thema bei Jugendlichen, na. Was was kann ich beeinflussen, was kann ich gestalten? ... .. Darum geht es eigentlich die ganze Zeit.

Therapeutin<sup>6</sup> weist darauf hin, dass es für sie einen Unterschied macht, mit welcher jugendlichen Zielgruppe man arbeitet. 164)Th6: „Wobei ich schon sagen muss, ich rede speziell noch mal von meiner Altersgruppe, weil ich hab ja auch, mit krebserkrankten Jugendlichen auch gearbeitet, das ist noch mal was anderes. ... Also, da hab ich nicht therapeutisch gearbeitet, aber das ist, das ist was anderes, dennoch.“

#### **4.4.2.2. Theoretisches Wissen des Therapeuten**

Während des Interviews wurde die Frage nach der Bedeutung von

entwicklungspsychologischem und bindungstheoretischem Wissen in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen gestellt. Diese Fragen beantworten die Therapeutinnen in unterschiedlichster Art und Weise.

- **Entwicklungspsychologisches Wissen**

Für vier Therapeutinnen (Th1/Th2/Th4/Th6) stellt das entwicklungspsychologische Wissen ein Hintergrundwissen dar, welches für sie erst in der Reflexion in den Vordergrund rückt. Therapeutin1 sieht es 28)Th1 „als Gefahr das theoretische Wissen erst einmal dazuhaben, weil es dieses zuhören verhindert.“ Therapeutin2 fühlt sich nicht vom entwicklungspsychologischen Wissen in ihrer Arbeit bestimmt, sondern für sie 44)Th2 „kommt es eher aus dem Bauch heraus.“

Für Therapeutin5 fließt das theoretische Wissen parallel in die Therapie mit ein und sie betont, dass das Wissen über 44)Th5 „die Säuglingsphase und die Entwicklungspsychologie sehr wichtig für die ganze Psychotherapie“ ist.

Einen besonderen Stellenwert räumt Therapeutin3 der Entwicklungspsychologie ein. Sie betont die Wichtigkeit wie folgt:

34) Th3: Also ich glaub, behaupt ich, sag ich, verlang ich auch ... hohes entwicklungspsychologisches Wissen bei Menschen die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Ich muss eine Ahnung haben, was die Entwicklungsaufgaben in jedem Lebensalter sind, ja. Das müssen die Leute wissen, sonst...keine Ahnung, sonst kann ich... sonst versteh ich gar nicht wie die, was da das Thema ist, ja. Ich muss wissen was eine normale Entwicklung ist, ja, ich muss Entwicklungsabweichungen kennen, ja, ich muss eine verzögerte Entwicklung kennen, ja. Ich muss wissen wie sich das anspürt. Also ich räume dem einen hohen Stellenwert ein, ja.

35) I: Also das ist jetzt nicht nur etwas was man im Hinterkopf hat und einfließt, sondern es ist für sie präsenter.

36) Th3: Ja, präsenter wesentlicher als bei Erwachsene, ja, schon. ...

- **Bindungstheoretisches Wissen**

Vier (Th1/Th3/Th4/Th5) Therapeutinnen halten das bindungstheoretische Wissen für sehr wichtig. Drei (Th1/Th4/Th5) Gesprächspartnerinnen achten besonders zu Beginn der Therapie darauf, wie die ersten Beziehungen im Leben des Jugendlichen entstanden sind,

wie die vorgeburtliche Situation und die Lebenssituation generell war. 32)Th1 „Ich mach auch einen Anamnese am Anfang.“

Das bindungstheoretische Wissen ist für Therapeutin3 vor allem deshalb relevant, weil man als Psychotherapeut eine sichere Bindung anbieten muss. Zum einen ist es wichtig das Bindungsmuster des Jugendlichen zu kennen und zum anderen ist es äußerst bedeutend sein eigenes Bindungsmuster und Bindungsverhalten zu kennen.

Th3: (...) man merkt eh relativ schnell am Anfang, ...wie gebunden die sind. ... Ja, also es hat schon, ich mein ich, die Relevanz für mich ist, ich muss eine sichere Bindung anbieten können, ja. (...) Darum geht es ja auch, ja. Viele der Menschen die zu uns kommen haben halt keine sichere Bindung erfahren, ja. ...Und ... auf der anderen Seite, ... ah ich halte es für wichtig, dass ich mein eigenes Bindungsmuster kenne. (...) Weil nämlich, und ich sag ihnen gleich warum ich es für wichtig halte, weil nämlich mein Bindungsverhalten ja, davon abhängig ist, wie wie mein Bindungsmuster aussieht ja. Und Bindungsverhalten wird bei mir aktualisiert, wenn jemand mit Bindungswünschen an mich herankommt, ja. (xxx) ... wenn Dinge losgehen. Und wenn ich zum Beispiel ein unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten habe, ja, ah Bindungsmuster hab, dann wird mein Verhalten so sein, dass ich ... die Hilflosigkeit von Menschen nicht gut aushalten kann, ja. Und wenn mir das bewusst ist, dann kann ich dagegen steuern, ja. Wenn mit das nicht bewusst ist, werde ich irgendwie schnell abwiegeln und dem anderen schnell weiterhelfen, weil ich es nicht aushalte, dass es ihm schlecht geht ja. ... Also ich halte es nicht irrelevant zu wissen, wie es bei einem selber aussieht.

Therapeutin2 misst dem bindungstheoretischen Wissen eine ähnliche Wichtigkeit zu, wie dem entwicklungspsychologischen Wissen und meint aber, dass 46)Th2 „man sich nicht von dem irgendwie total leiten lassen“ soll, denn 48)Th2 „in der praktischen Arbeit geht es um eine Beziehungsarbeit auf gefühlsmäßiger Basis.“

#### **4.4.2.3. Anforderungen an den Therapeuten**

Eine weitere Frage des Interviewleitfadens beinhaltete, worin sich die Therapeutinnen speziell als Person gefordert sehen und welche Anforderungen ein Therapeut in die Arbeit mit Jugendlichen mitbringen muss.

Die Antworten der Fragen sind sehr breit gestreut und verdeutlichen, dass es sich um ein weites Spektrum handelt, mit welchem sich der Psychotherapeut in der Arbeit mit Jugendlichen auseinanderzusetzen hat.

Laut allen Gesprächspartnerinnen benötigt ein Jugendpsychotherapeut ein wahres Interesse an der Person des Jugendlichen und an allen Inhalten seiner Lebenswelten. Therapeutin3 meint dazu, 66)Th3: „Wenn ich nicht wirklich gern mit denen tu, ja, werde ich nie gut arbeiten können, weil die sofort spüren, wenn ich nicht wirklich gerne mit ihnen zusammen bin. ... Sofort!“

Alle sechs Therapeutinnen erwähnen im Interview, dass der Jugendpsychotherapeut in seiner Aktivität im therapeutischen Prozess gefordert ist. Diese Aktivität drückt sich im direkten Umgang mit dem Jugendlichen aus. Vier Therapeutinnen (Th2/Th3/Th5/Th6) begründen dieses Therapeutenverhalten weiters dadurch, dass es bei Jugendlichen mehr darum geht, Verantwortung zu übernehmen und der Therapeut als Person in der therapeutischen Beziehung mehr involviert und gefordert ist.

46)Th3: Man ist ein Stückelr mehr in seiner, glaub ich, in seiner Verantwortlichkeit gefordert, ja, grad wenn Eltern auslassen. ... .. ja ... .. es ist einfach noch kein gefestigtes Selbst, ja, es ist noch in Entwicklung und hat noch einige Entwicklungsaufgaben vor sich, ja.

Vier (Th1/Th2/Th3/Th5) Therapeutinnen sehen sich im therapeutischen Prozess darin gefordert, keine erzieherische Tätigkeit zu übernehmen, sondern eine therapeutische Haltung zu bewahren. Vor allem wenn es um Lebensentscheidungen von Jugendlichen geht, gilt es diese zu akzeptieren und auszuhalten, auch wenn diese einen Weg einschlagen, den man als Person nicht gut und unterstützenswert findet.

146)Th2: „Ja, das find ich, ist ganz schwierig, wenn wenn wenn so Dinge sind, ah wo es um Lebensentscheidungen quasi geht und man irgendwie einfach aus seiner eigenen Erfahrung her weiß, ...dass ist irgendwie ein Weg, der der irgendwie nicht gut ist. Also sei es jetzt was weiß ich, dass Schule abgebrochen wird, oder oder Drogengeschichten, oder so was. Und und dann irgendwie ist es oft ein bisschen schwierig nicht pädagogisch zu werden. ... Sondern trotzdem irgendwie bei dem Jugendlichen zu

bleiben und dem was ... ..ja, wo es ihn halt hinzieht im Moment und das zu versuchen das zu verstehen.

Gleichzeitig bedeutet die therapeutische Haltung bei Jugendlichen zu bewahren aber auch, dass sie im Gegensatz zur Erwachsenentherapie auch Ratschläge geben, oder Fragen beantworten (Th3/Th4/Th6). Zwei Therapeutinnen (Th5/Th6) sehen sich vor allem als Person viel mehr gefragt, als in einer Erwachsenentherapie. Therapeutin5 fühlt sich gerade am Beginn einer therapeutischen Beziehung mehr gefordert. Um einen Kontakt herstellen zu können, muss sich der Jugendpsychotherapeut überlegen, was man dem Jugendlichen konkret anbieten kann, damit sie auch etwas davon haben und es für sie möglich wird sich auf einen therapeutischen Prozess einzulassen. Therapeutin6 beschreibt ihre Wahrnehmung folgendermaßen:

56)Th6: Wenn ich mit einem Jugendlichen da sitze und sehr wertschätzend und empathisch auf das Gehörte eingehe, wird er mich irgendwann mal fragen, was mit mir los ist und wo ich bin. ... .. Also ... da kann ich mir ziemlich sicher sein, dass das kommt. ... .. Wenn es dann...also...zumindest bei Jugendlichen hab ich den Eindruck, dass die das brauchen, dass ich auch irgendwie dabei bin... das ist schwer zu erklären.

Wie die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen nach Rogers umgesetzt werden, 64)Th3 „hängt von mir auch als Person ab“. Wesentlich ist es als Therapeut 134)Th5 „eine sichere Basis bieten zu können und auch ein gewisses Wissen darüber“ zu haben. Therapeutin3 betont, dass die Umsetzung der Variablen zum Therapeuten als Person passen muss und jeder Mensch seine eigene Art hat, die Grundvariablen umzusetzen. 64)Th3: „Daher haben wir mehr oder weniger kreatives Handwerkszeug, was zu mir passt im Rucksack.“ Der Jugendpsychotherapeut muss nach Therapeutin3 gerne spielen und gerne kreativ sein und ein Wissen über Entwicklungspsychologie aufweisen können, damit ein therapeutischer Prozess erfolgreich sein kann.

Zwei Therapeutinnen (Th3/Th5) sehen vor allem das Stadium zwischen Kindsein und Erwachsensein des Jugendlichen und das ständige hin und her pendeln zwischen diesen Bereichen, als Herausforderung in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen. Einerseits die Unterstützung die der Jugendliche benötigt, in der richtigen Dosis anzubieten und



andererseits den Freiraum den er zur Autonomieentwicklung braucht und anstrebt zu geben. Die Anforderung an den Therapeuten im Setting formuliert 64)Th5 wie folgt:

„Und die Jugendlichen brauchen natürlich auch etwas anderes. Nämlich schon ernst genommen zu werden, also alle müssen ernst genommen werden, aber ... auch anerkannt zu bekommen, dass sie einerseits schon Erwachsene oder oder oder schon sehr selbständig sind, schon sehr viele Entscheidungen treffen können. Andererseits natürlich auch, ... ah ... dass man in manchen Dingen möchte man noch lieber kleiner sein, oder fühlt man sich auch überfordert. Gestehen sich ja viele nicht ein, dass sie sich auch manchmal überfordert fühlen, mit dem was sie da jetzt alles checken sollen.“

Der Jugendpsychotherapeut muss die Fähigkeit besitzen, zu spüren, wo sich der Jugendliche gerade befindet und 8)Th3 „sie eben da abzuholen, wie sie eben da grad halt drauf sind“.

Als eine weitere Herausforderung im Kontext der Jugendpsychotherapie sieht Therapeutin5 in der Frustrationstoleranz die ein Therapeut in der Jugendarbeit braucht, um auch 66)Th5 „ihre Kritik da so ernst nehme und nicht beleidigt bin.“ Weiters fühlt sie sich darin gefordert, eine gewisse Disziplin und Geduld aufzubringen und 14)Th5 „wirklich dabei zu bleiben und nicht ihnen schon die Erfahrungen vorwegzunehmen“. Gleichzeitig betont sie und auch Therapeutin6 die Wichtigkeit sich seiner eigenen Grenzen bewusst zu sein und diese zu kennen, da es sich bei Grenzüberschreitungen schädigend für den Therapieprozess auswirken kann. Therapeutin6 sieht sich eher darin gefordert, nicht zuviel Verantwortung zu übernehmen und da verstärkt eine Grenze zu ziehen.

Therapeutin4 weist aus ihrer Erfahrung auf einen Stadt – Land Unterschied in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen hin. Die Herausforderung sieht sie vor allem darin, 14) Th4 „dass man ihre Sprache trifft, (...) weil so bald man da so ein bisschen anders redet, oder abgehobener redet oder so, hat man den Zugang schon nicht mehr.“

Therapeutin1 sieht das systemische Denken als wichtige Anforderung an den Jugendpsychotherapeuten, da besonders die Jugendlichen mit Themen wie Ablösung vom Elternhaus beschäftigt sind

#### **4.4.2.4. Erfahrung durch eigene Kinder**

Alle Lebenserfahrungen die ein Therapeut in die Arbeit mitbringt, fließen in die therapeutische Arbeit mit ein. Auf die Frage, ob eigene Kinder in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen eine Rolle spielen, meinen fünf (Th1/Th2/Th3/Th4/Th5) Therapeutinnen, dass es ihrer Ansicht nach einen großen Einfluss auf ihre Arbeit hat. 116)Th1: „Ich glaube, dass es eine sehr große Rolle spielt.“ Durch die eigenen Erfahrungen aus der elterlichen Sicht, erlangt man mehr Verständnis den Jugendlichen sowie auch den Eltern gegenüber. Therapeutin3 empfindet es vor allem für die Ausbildung zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin nicht unwesentlich, entweder eigene Kinder, oder aber sehr viele Erfahrungen mit normalen gesunden Kinder und Jugendlichen gemacht zu haben, um zu wissen wie sich das anspürt. Therapeutin5 weist darauf hin, dass es etwas anderes ist 120)Th5 „wenn man es liest, als wenn man es selbst erlebt hat.“ Dennoch können nach ihrer Sicht Berufsgruppen, die mit Jugendlichen arbeiten, dies auch ganz gut nachempfinden. Um die eigenen Kinder nicht mit den Jugendlichen im therapeutischen Setting miteinander zu vergleichen, weist Therapeutin4 auf die ständige Reflexion in diesem Zusammenhang hin.

Drei (Th1/Th4/Th5) Therapeutinnen merken an, dass ihnen die Erfahrung mit ihren eigenen Kindern in ihrer therapeutischen Arbeit hilft. 16)Th1: „Und diese eigene Erfahrung mit Kindern, mit meinen eigenen Kindern, hilft mir da sehr viel. So diese unterschiedlichen Sichtweisen.“ 24)Th5: „Ein bisschen hab ich auch Erfahrung, weil ich einen Sohn habe in dem Alter.“

Therapeutin6 hat selbst keine Kinder und kann somit für sich die Frage nicht beantworten, da ihr der Vergleich fehlt.

#### **4.4.3. Therapeutische Beziehung**

Eine weitere Frage die im Interviewleitfaden behandelt wurde war, was die Therapeutinnen als besonders wichtig und entscheidend in der therapeutischen Beziehung mit Jugendlichen sehen und worauf sie besonderen Wert legen. In diesem Unterkapitel werden die Kriterien Aufbau einer therapeutischen Beziehung, therapeutisches Setting und Elternarbeit zugeordnet.

#### **4.4.3.1. Aufbau einer therapeutischen Beziehung**

Für drei Therapeutinnen (Th1/Th3/Th6) ist es besonders entscheidend in der therapeutischen Beziehung, den Jugendlichen vor allem Ernstzunehmen und eine Vertrauensbasis herzustellen. Insbesondere Therapeutin1 betont die Wichtigkeit des Ernstnehmens in der Beziehung zum Jugendlichen, ihn wirklich als Person, die er ist zu sehen und ihm als solche zuhören. 23)Th1: „Also ab diesem Zeitpunkt, wo er das Gefühl hat, dass ihm, dass ihm wer wirklich zuhört, kann es laufen oder fließen.“ In diesem Zusammenhang ist es für Therapeutin1 bedeutend, nicht in eine erzieherische Funktion zu geraten, um demzufolge keine Bedrohung und Gefahr für den Jugendlichen darzustellen und dadurch nicht die Angst zu verstärken, dass wieder ein Erwachsener ihm gegenüber sitzt, der 11)Th1 „wieder sagt, da muss es jetzt lang gehen“. Das Misstrauen des Jugendlichen, sich auf einen Erwachsenen einzulassen, ist besonders in der Anfangsphase nach Therapeutin2 und Therapeutin3 vorhanden und kann den Beziehungsaufbau mitunter verlängern.

62)Th2: Naja, also mir kommt vor, dass die Beziehung oft aufzubauen oft länger dauert, weil natürlich einmal so ein bisschen eine Scheu da ist. Da sitzt jemand Erwachsener mir gegenüber und es geht halt so ein bisschen um ein Abtasten und Abtesten sozusagen, auch ah wie ist der, was will der genau von mir? Ist der womöglich so, wie meine Lehrer, meine Eltern etc. oder krieg ich etwas anders von ihm.

Vier (Th2/Th3/Th4/Th6) Gesprächspartnerinnen beschreiben, das Jugendliche besonders zu Beginn der therapeutischen Beziehung den Therapeuten testen. Nach Therapeutin6 ist die Erwartung, die ein Jugendlicher an die Therapie mitbringt wichtig, ob ein therapeutischer Prozess gelingen kann, oder nicht. Um Unklarheiten dahingehend zu minimieren, finden es drei (Th1/Th4/Th5) Therapeutinnen bedeutend, den Jugendlichen darüber aufzuklären, was Psychotherapie ist und was sie leisten kann. Der Jugendliche, der oftmals in Psychotherapie geschickt wird, wird sich nur dann in den therapeutischen Prozess einlassen, wenn er für sich etwas Hilfreiches in den therapeutischen Sitzungen finden kann.

100)Th3: Ah, das gibt's auch, ja, aber ... .. wenn es irgendwie so so ambivalent ist, so geschickt so ...dann muss man halt auch wirklich das so nehmen wie es ist und schauen können wir miteinander. Kann ich hilfreich für dich sein, ja. Und tu wir uns

mal kennen lernen hier und schauen wir uns das mal an, ja. Also ganz offen und locker, ohne Stress ohne Druck, das ist am gescheitesten und dann schauen wir.

Das Ziel ist es, laut Therapeutin<sup>4</sup>, mit dem Jugendlichen herauszufinden, wie er von der Psychotherapie profitieren kann. Wichtig scheint in diesem Zusammenhang dem Jugendlichen sehr viel Eigenständigkeit und Autonomie darin zuzugestehen. Dennoch sieht sie sich, wie auch Therapeutin<sup>6</sup>, in ihrer Funktion als Therapeutin aktiver, indem sie auch nachfragt und Unterstützung anbietet. Nach Therapeutin<sup>3</sup> gilt es eine Balance zu finden, wo der Therapeut spüren muss, ob der Jugendliche seine Autonomie ausleben will, oder ob er einen Ratschlag braucht.

140)Th<sup>3</sup>: Das ist vielleicht auch noch mal so ein Unterschied, ah zu Erwachsenen. Ich beantworte auch Fragen und gebe auch Ratschläge, ja und wir probieren auch mal aus, ... ..wie ... sich ein Jugendlicher verhalten kann. Braucht ja kein Rollenspiel sein, aber so probieren wir es mal aus, ja, also das ist sicher mehr.

Zwei Gesprächspartnerinnen (Th<sup>1</sup>/Th<sup>3</sup>) erwähnen den Erstkontakt und das Erstgespräch als wesentliches Element, das zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung hilfreich ist. Für Therapeutin<sup>1</sup> beginnt der Erstkontakt zum Jugendlichen bereits bei der ersten Kontaktaufnahme, welcher bereits meist über das Telefon geschieht und möchte bereits zu diesem Zeitpunkt auch mit dem Jugendlichen in Kontakt treten. 66)Th<sup>1</sup>: „Dass das auf keinen Fall übern Kopf des Jugendlichen passiert, das Termin ausmachen. Das ist etwas sehr wesentliches für mich.“

Im therapeutischen Setting mit Jugendlichen wird der Therapeut auf unterschiedliche Weise gefordert. Drei (Th<sup>2</sup>/Th<sup>4</sup>/Th<sup>5</sup>) Therapeutinnen betonen, dass es entscheidend für einen gelingenden therapeutischen Prozess ist, das richtige Setting zu finden. Therapeutin<sup>3</sup> erwähnt vor allem die 100% Präsenz des Therapeuten gegenüber dem Jugendlichen. 16)Th<sup>3</sup>: „Grad bei Jugendlichen in der Anfangsphase, wenn ich da nur auf eine Kleinigkeit nicht eingehe, oder übersehe, kommen sie nicht mehr.“ In der Arbeit mit Jugendlichen betont Therapeutin<sup>6</sup> die Ehrlichkeit als wesentliches Element und beschreibt sich als toleranter, vor allem im Zusammenhang mit der Sprache die Jugendliche verwenden. Nach Therapeutin<sup>4</sup> muss der Jugendpsychotherapeut als Person spürbarer sein, welches für sie auch durch eine aktivere Körperhaltung zum Ausdruck kommt.

Jugendliche erleben häufig Erfahrungen zum ersten Mal. Deshalb ist es für Therapeutin5 sehr wesentlich, stützend im aktiven Leben zu arbeiten und sieht es für sich als Herausforderung nicht vor den Jugendlichen zu geraten und ihnen Erfahrungen vorwegzunehmen. Ihre Arbeit mit Jugendlichen beschreibt sie als „ressourcenorientierter“.

14)Th5: und da kann man jetzt auch noch nicht so von der Erfahrung, wie ist es dir denn beim letzten Mal gegangen und woran erkennst du das? Da kann man jetzt nur so stützend arbeiten in ihrem aktuellen Leben, aber man kann ihr die Erfahrung nicht vorweg nehmen, wie es sein wird wieder.

26)Th5: ...versuch ich schon auch sehr stark darauf hinzuschauen, wo geht es ihnen gut im Leben. Was ... klingt jetzt so banal, was sind die Dinge die ihnen Spaß machen im Leben? Was gibt es neben den Schulproblemen, was gibt es neben den Essproblemen, was gibt es neben dem was schwierig ist auch sonst noch? Auch natürlich um abzuschätzen, wie gut stehen sie da im Leben, wie stabil sind sie, gibt es einen Freundeskreis oder nicht? (...) Also da schau ich viel schneller was funktioniert auch in ihrem Leben, um ein Gespür dafür zu kriegen, wie groß... ... haben sie,... ...wenden sie sich an ihre Eltern in Krisensituationen oder gar nicht. Haben sie Freunde mit denen sie ihre Probleme besprechen, oder gar nicht. Das macht dann wieder etwas ganz anderes bei Gefährdungen aus, ja, als wenn sie nicht da wären. Also da bin ich schneller als bei Erwachsenen, um zu schauen, wie stehen die da in der Welt.

Alle sechs Therapeutinnen behelfen sich kreativer Mitteln. 60)Th2: „Aber nicht jetzt als eigenständige Methode, sondern eher als sozusagen Kanal, über den auch die Variablen vermittelt werden können.“ Nach Therapeutin3 muss man sein Gegenüber erreichen können und 58)Th3 „wenn ich ihn mit dem Wort nicht erreiche, muss ich mir was einfallen lassen.“ Jede Gesprächspartnerin nennt unterschiedliche Beispiele, mit welchen kreativen Mitteln sie arbeiten. Genannt werden Stofftiere, Musik, Träume, Rollenspiele, Märchen, Malen, Fotos, Ton, Steine, Muscheln, Computer und Focusing.

Das Geschlecht des Therapeuten ist besonders in der Arbeit mit Jugendlichen entscheidend. 114)Th1: „Ich glaub, dass das bei Jugendlichen wichtiger ist.“ Therapeuten dienen als Identifikationsfiguren und aufgrund der häufigen fehlenden männlichen Bezugspersonen ist es zum Beispiel für männliche Jugendliche wichtig, 100)Th6 „männliche Identifikationsfiguren zu schaffen.“

#### 4.4.3.2. Therapeutisches Setting

Über das therapeutische Setting mit Jugendlichen sind sich fünf (Th2/Th3/Th4/Th5/Th6) Therapeutinnen einig, dass dieses sehr flexibel zu gestalten ist. Die Therapeutinnen sehen die Herausforderung vor allem in der Flexibilität der Frequenz. Zum einen genügend Freiraum zu geben, um den Autonomiebestrebungen des Jugendlichen nachzukommen. Zum anderen aber einen Rahmen vorzugeben, indem Therapie stattfinden kann. Nach Therapeutin2 muss man dem Jugendlichen 22)Th2 „klar machen, dass es um sie geht und sie entscheiden ob sie kommen oder nicht.“ Therapeutin5 weist noch darauf hin, dass desto schwere die Störung des Jugendlichen, desto schwerer ist es ein Setting aufrechtzuerhalten. Alle sechs Therapeutinnen betonen die Wichtigkeit der Freiwilligkeit zur Therapie, da es ansonsten keinen Therapieerfolg geben kann bzw. es keinen Sinn macht eine Therapie zu beginnen oder fortzusetzen. Sie sind sich im weiteren darüber einig dem Jugendlichen zu Beginn der Therapie den Vorschlag zu unterbreiten, die ersten Stunden für ein Kennenlernen zu nutzen, um dann noch mal zu besprechen, ob er diese Form der Unterstützung für sich annehmen will oder nicht. Dabei ist es wichtig, dass es sich um einen überschaubaren Zeitraum für den Jugendlichen handelt. Therapeutin2 und Therapeutin3 besprechen zu Beginn, die Sitzungsfrequenz mit dem Jugendlichen an. 68) Th2: „Dass ich offen mit dem Jugendlichen mal besprich, wie möchte er es haben.“ Diese Flexibilität im Setting scheint deshalb so essentiell, da der Jugendliche das Gefühl haben soll, 74)Th2 „ok, da ist jemand, der ist da wenn ich ihn brauch, aber es ist nicht so, dass der mich in ein Schema zwingt.“

Gegenteilig spricht Therapeutin1 über die Gestaltung des Settings mit Jugendlichen.

92)Th1: „Therapie ist nicht möglich, wenn der nicht regelmäßig kommt, das ist dann auch keine Therapie. Das sag ich auch gleich beim Erstgespräch. Da gibt es ein gewisses Setting, alles andere ist keine Möglichkeit Therapie zu machen, das ist auch deren Entscheidung. (...) Setting ist ganz wichtig für mich, also das ist so das erste wo jemand bereit ist, überhaupt Therapie zu machen. Wenn er oder sie nicht bereit ist das Setting zu halten, kann das sowieso nicht. Also, das akzeptiere ich nicht.“

96) Th1: „Nein, ich glaube, dass ich damit was transportiere. Es ist für mich eine Form des Ernstnehmens. Ich nehme ernst, ich nehme mich ernst und das transportiere ich auch. Ich nehme mich und meine Termine ernst. Und ah mit meinen Terminen lasse ich nicht so umspringen. Ich nehme mir Zeit für dich, ich nehme mir Zeit für sie. Ich habe das eingeteilt und Zeit für sie reserviert und da möchte ich auch, dass das respektiert wird.“

Therapeutin1 weist noch darauf hin, dass sie zu Beginn toleranter ist. Nach den ersten fünf oder sechs Situationen wo der Jugendliche nicht kommt, oder zu spät kommt, würde sie die Therapie wahrscheinlich abbrechen. Denn 100)Th1 „zuerst muss einmal das Setting klappen, weil sonst kann ich sowieso nicht Therapie machen.“

Im Umgang mit der Verrechnung von zu spät abgesagten Terminen, sind drei (Th1/Th3/Th4) Therapeutinnen sehr strikt. Wenn sich Jugendliche nicht an die abgemachten Absageregeln halten, werden diese auch verrechnet. Therapeutin2 hingegen handhabt die Verrechnung sehr flexibel. Als erleichternd empfindet es Therapeutin6, dass ihre Arbeitsstelle die Kosten für nicht wahrgenommene Stunden übernimmt. Erscheinen Jugendliche nicht zur Therapie, versucht Therapeutin3 über SMS oder nachtelefonieren den Kontakt zum Jugendlichen herzustellen.

Das therapeutische Setting findet bei fünf (Th1/Th2/Th3/Th4/Th5) Gesprächspartnerinnen in ihrer therapeutischen Praxis statt. Drei (Th1/Th2/Th3) Therapeutinnen würden das Therapiezimmer nicht verlassen. 46)Th1 „Weil da Dinge hereinkommen, die bearbeitet werden müssen und reflektiert und ich glaub, dass es wichtig ist, das abzuschließen in einem spezifischen Umfeld.“ Therapeutin3 spricht in diesem Zusammenhang davon, dass es 122)Th3 „den therapeutischen Touch“ verlieren würde und Therapeutin2, dass es dann 110)Th2 „eher etwas pädagogisches“ hat. Zwei Therapeutinnen (Th4/Th5) schließen es für sich nicht aus auch mal mit dem Jugendlichen spazieren zu gehen, haben es aber noch nie gemacht. Nur Therapeutin6 arbeitet auch außerhalb ihrer therapeutischen Praxis.

#### **4.4.3.3. Elternarbeit**

Die Zusammenarbeit mit den Eltern wird von fünf (Th1/Th2/Th3/Th4/Th5) Therapeutinnen als schwierig beschrieben, da sie dadurch häufig in eine heikle Position gebracht werden. Einerseits ist es ihre Aufgabe dem Jugendlichen einen therapeutischen Rahmen zu bieten, der durch die Schweigepflicht gekennzeichnet ist. Andererseits glauben Eltern häufig, dass sie aufgrund ihrer Erziehungsberechtigung und ihrer zahlenden Funktion, ein Recht auf Auskünfte bezüglich ihrer Kinder haben und diese auch mitunter druckvoll einfordern. Therapeutin2 fasst das Thema Elternarbeit wie folgt zusammen:

82)Th2: Na das Problem ist, man muss die Eltern total raushalten aus der Therapie. Und das ist ... irrsinnig schwierig, ja, weil natürlich, ich mein wieder in der Institution ist net schwierig. Schwierig wird es, wenn es ums Geld geht in der freien Praxis, weil die natürlich die sind, die erstens einmal meistens den Anstoß zur Therapie geben. Zweitens die Therapie zahlen und daher glauben das Recht zu haben über alles irgendwie quasi informiert zu werden und Gespräche zu haben usw. ... Und ah, das macht es unheimlich schwierig, weil ah der Jugendliche natürlich überhaupt nicht will, dass man als Therapeutin Kontakt mit den Eltern hat. ... Und man muss da oft wirkliche Balanceakte sozusagen vollbringen, dass einerseits die Eltern nicht sagen sie streichen jetzt das Geld für die Therapien und andererseits aber dass man halt den Jugendlichen irgendwie gerecht wird.

Gemeinsame Elterngespräche handhabt Therapeutin1 je nach Bedürfnis des Jugendlichen.

68)Th1: „Ich biete es an und sage, eigentlich wäre es günstig im Abstand von zwischen 10-20 Sitzungen. Aber nur mit Einverständnis des Jugendlichen, wenn es nicht passt, dann passt es nicht.“ Allen sechs Therapeutinnen gemein ist, dass Elterngespräche immer nur in Absprache mit dem Jugendlichen und gemeinsam mit ihm geschehen. Willigt der Jugendliche dem nicht ein, wird diese Entscheidung auch akzeptiert. Im Umgang mit fordernden Eltern beschreibt eine Therapeutin folgendes:

96)Th3: Das mach ich von Anfang an, ja, also das ist die Kunst irgendwie ... ah ... ihnen es so zu vermitteln, dass sie nicht böse sind, sondern dass sie es verstehen, ja. Und ... und ganz klar zu sagen, dass es für den Jugendlichen wichtig ist hier einen Ort zu haben, ... ah wo sie wirklich sicher sein können, dass nichts nach draußen klingt, ja. Wenn zwischendurch Anrufe kommen von besorgten Eltern, wegen dem Jugendlichen, da muss man dann eh schauen. Ja, aber da wird sofort von mir dem Jugendlichen in der nächsten Stunde gesagt, du, ich wollte dir sagen, deine Mama hat angerufen, was meinst du dazu?

Zwei (Th3/Th5) Therapeutinnen erwähnen, dass sie beim ersten Treffen ein Einführungsgespräch halten, an dem die Eltern zumindest teilweise anwesend sind. Therapeutinnen3 händigt den Eltern einen Informationszettel aus, auf dem alle im Erstgespräch wichtigen Punkte zusammengefasst sind. 70)Th5: „Da müssen alle Beteiligten dieselben Informationen gleichzeitig bekommen – Eltern und Kind.“



Vier (Th1/Th2/Th3/Th5) Therapeutinnen sehen die Transparenz in der Arbeit zwischen dem Jugendlichen, Eltern und Therapeuten als wesentlich. Kontaktieren Eltern den Therapeuten, so weisen zwei der Therapeutinnen daraufhin, dies dem Jugendlichen auch zu Beginn der nächsten Stunde mitzuteilen. 72)Th5: „Sehr transparent, also da ist es ganz wichtig, dass ist da keine...nicht der Verdacht entsteht, oder oder...dass dass man da hinter dem Rücken bei Jugendlichen was macht.“

Alle sechs Therapeutinnen sprechen das Thema Verschwiegenheit bzw. Geheimnisse an. Es ist wichtig, dass Jugendliche einen Raum haben, wo nichts nach außen dringt. Therapeutin5 äußert sich wie folgt dazu:

70)Th5: ...ah sag auch gleich wie das mit den Geheimnissen ist. Das ist, ja also Inhalt der Therapie unterliegt der Verschwiegenheit, eben aber Ausnahmen sind... wo ich mir einfach Sorgen mach, wo es um Leib und Leben, oder schwere Gefährdungsbereiche geht.

#### **4.4.4. Therapieabbruch**

Im Interviewleitfaden wurde der Frage nachgegangen, wo die Therapeutinnen mögliche und ausschlaggebende Gründe für Therapieabbrüche bei Jugendlichen sehen. Motive die zum Abbruch führen können, lassen sich in drei Bereiche gruppieren: 1. der Therapeut in seiner Funktion; 2. der Jugendliche; 3. das äußere Umfeld.

##### **4.4.4.1. Der Therapeut in seiner Funktion**

Vier (Th1/Th2/Th3/Th4) Therapeutinnen sprechen davon, dass sie viele Erfahrungen einfach durch „learning by doing“ gesammelt haben und Therapeutin1 und Therapeutin3 erzählen, dass sie vor allem zu Beginn ihrer therapeutischen Tätigkeit mit Therapieabbrüchen konfrontiert waren. Nach Therapeutin3 braucht es etwas Zusätzliches, worauf im Fachspezifikum nicht eingegangen wird. 132)Th3: „Das hat schon mit Erfahrung auch zu tun und und Wissen...ja, also so...jetzt gibt es ja wirklich viel mehr Literatur und das hilft einem ja schon, sich da einzufühlen, einzustellen und sensibler zu sein.“

Zwei (Th1/Th3) Gesprächspartnerinnen führen eigene Therapieabbrüche darauf zurück, dass sie ein Gefühl, welches im Raum gestanden ist und welches sie gespürt haben, nicht angesprochen haben.

82)Th1: „Am Beginn, das war für mich zwar im Raum... ... aber nicht wirklich da. Und ich glaub, da das hätte ich ansprechen sollen. Weil ich es gespürt habe, aber nicht auf den Punkt gebracht hab. Ich glaub, das war auch dann der Punkt und auch der Grund warum er dann nicht gekommen ist.“

Wenn es nicht gelingt eine therapeutische Beziehung herzustellen, kann dies für drei Therapeutinnen (Th2/Th4/Th5) ein Grund dafür sein, dass Jugendliche nicht mehr in die Therapie kommen. Therapeutin6 meint 132)Th6: „Was ich öfters hör ist, der hat mich nicht verstanden“.

#### **4.4.4.2. Der Jugendliche**

Jugendliche leben gegenwartszentrierter, wo drei (Th4/Th5/Th6) Therapeutinnen gerade auch den Grund dafür sehen, warum therapeutische Prozesse mit dieser Altersgruppe kürzer sind, oder abgebrochen werden. Therapeutin6 beschreibt mögliche Gründe für Therapieabbrüche folgendermaßen:

120)Th6: Ich glaub, dass viele Jugendliche abbrechen, weil sie einfach im Moment kein Problem mehr haben, oder weil sie irgendwelche hingeschickt haben und sie selbst das Problem nicht sehen.

121)I: Der Leidensdruck gar nicht da ist?

122)Th6: Genau der ist nicht da. ...Und...wenn ich verliebt bin, dann interessiert es mich auch nicht, mich hinzusetzen und zu sagen, meine Mama ist so böse, oder meine Mama und mein Papa hauen sich.

Demnach ist nach Therapeutin4 und Therapeutin6 der Leidensdruck häufig nicht gegeben und Jugendliche reagieren nach Therapeutin2 impulssteuerter. Therapeutin3 sieht die Schwankungen, denen Jugendliche ausgesetzt sind, als weitere Anlässe für einen Abbruch. Oftmals fehlt nach Therapeutin6 die unmittelbare Erleichterung durch die Therapie und das sieht sie häufig als Grund für einen Therapieabbruch.

130)Th6: „Das verändert oft selten unmittelbares was in den Lebensumständen. Also wenn mein Papa mich haut und ich geh halt zu der Stunde und es geht mir dann besser, aber ich geh dann heim und ich werde wieder gehaut, dann verändert sich nichts.“

Kulturelle Unterschiede zwischen Therapeut und Jugendlichen, sieht Therapeutin6 auch als Grund, warum ein therapeutischer Kontakt schwierig oder gar unmöglich werden kann.

138)Th6: „Wir haben immer wieder Jugendliche aus zweiter Migranten, also aus zweiter Generation Migranten und da gelingt es mir überhaupt nicht. Also da hab ich den Eindruck, grad bei männlichen Jugendlichen, ... es mir überhaupt nicht gelingt...wo ich auch nicht wüsste was ich anders machen sollte, als österreichische Frau.

#### **4.4.4.3. Das äußere Umfeld**

Ob eine Therapie gelingen kann oder nicht ist nach Therapeutin5 abhängig davon, ob der Jugendliche über genug Ressourcen verfügt und 60)Th5 „auch genug Familienbackground“ zu gegen ist. Therapeutin6 spricht davon, dass es, desto schwieriger ein Klientel ist, umso schwieriger ist es auch eine therapeutische Beziehung herzustellen. Die Peergroup übt häufig einen großen Einfluss auf den Jugendlichen aus, der mitunter auch dazu führen kann, dass es zu keinem therapeutischen Prozess kommen kann.

Fünf (Th1/Th2/Th4/Th5/Th6) Therapeutinnen sehen Therapieabbrüche auch in Abhängigkeit mit den Eltern der Jugendlichen. Häufig sind Ziele und Vorstellungen der Eltern andere, als die der Jugendlichen, was wiederum dazu führen kann, dass Eltern die finanzielle Unterstützung einstellen. Ein weiteres Motiv könnte sein, dass sich Jugendliche nicht auf den Therapieprozess einlassen wollen oder können, weil sie dadurch einen Kampf mit den Eltern ausfechten, oder 84)Th5 „nicht sehen können, dass da für sie was drinnen ist, was spannendes, wo sie neugierig drauf werden können, das einmal zu probieren zumindest...(...) da müssen sie gegen das was die Eltern wollen leisten.“

#### **4.4.5. Ergänzende Bemerkungen**

Abschließend wurden die Therapeutinnen gefragt, ob sie noch etwas ergänzen anführen möchten, was im Interview bisher noch nicht erwähnt wurde und ihnen noch wichtig erscheint.

Therapeutin<sup>4</sup> erwähnt die Schwierigkeit, männliche Therapeuten und Therapeuten die mit behinderten Menschen arbeiten zu finden. Weiters empfindet sie die Zusammenarbeit mit diversen Institutionen schwierig und sieht sich in diesem Zusammenhang mit dem Thema Abgrenzung konfrontiert.

Therapeutin<sup>6</sup> weist ergänzend auf ein politisches Thema hin und klagt über die wenigen Therapieplätze, die für Jugendliche zur Verfügung stehen. Durch Therapieplätze, die über die Krankenkasse abgerechnet werden könnten, könnte es ermöglicht werden, ein Setting für Jugendliche anzubieten, welches sie auch konstant annehmen könnten.

## 5. Zusammenfassende Ergebnisse und Interpretation

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse in einem Gesamtzusammenhang zur Forschungsfrage gestellt und somit die ausgehende Fragestellung beantwortet werden. Zu diesem Zweck, möchte ich die zentrale Fragestellung meiner Untersuchung nochmals darlegen:

*Welche spezifischen Anforderungen stellt die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen an den Personzentrierten Psychotherapeuten? Welche Konsequenzen hat dies für die Theorie und die Praxis?*

Ich ging von der Annahme aus, dass Personzentrierte Psychotherapeuten in der Arbeit mit Jugendlichen unterschiedlichsten Anforderungen gerecht werden müssen. Aufgrund der spezifischen Lebensspanne kann Jugendpsychotherapie weder mit Kinderpsychotherapie, noch mit Erwachsenenpsychotherapie gleichgestellt werden. Die Literaturrecherche zeigte, dass die Weiterentwicklung von Rogers personzentrierten Ansatzes in der Arbeit mit Jugendlichen zwar stattgefunden hat, diese Altersgruppe aber häufig nur am Rande und meist im Zusammenhang mit Kinderpsychotherapie erwähnt wird. Durch die Auseinandersetzung mit einschlägiger Literatur zum Thema Jugendalter und Personzentrierte Jugendpsychotherapie war es möglich, die spezifischen Anforderungen der beruflichen Tätigkeit meiner Interviewpartnerinnen, die Personzentrierte Jugendpsychotherapeuten waren, herauszuarbeiten. Die empirische Untersuchung hatte, durch die Auswertung der Interviews, das Ziel, die spezifischen Anforderungen an den Personzentrierten Psychotherapeuten in der Arbeit mit Jugendlichen zu ergründen.

Ausgehend davon, dass Jugendliche sich in einer Übergangszeit zwischen Kindsein und Erwachsenwerden befinden und in einer enormen sowohl biologische als auch psychosozialen Entwicklung stecken, in der sie unzählige Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben, ist anzunehmen, dass sie auch im therapeutischen Setting einen Therapeuten als Gegenüber brauchen, der spezifischen Anforderungen gerecht werden muss. Rogers sieht die Beziehung zwischen Klient und Therapeut als zentrales therapeutisches Element. Fröhlich-Gildhoff et al. (2003a) sehen die therapeutische Beziehung im Zusammenhang mit Jugendlichen als über die Realisierung der drei

Grundvariablen hinausgehend. Die Autoren betonen die notwendige differenziertere Betrachtung der therapeutischen Beziehung. Hingegen sehen Finke (2004) und Weinberger und Papastefanou (2008) die spezifischen therapeutischen Interventionen in den von Rogers genannten therapeutischen Haltungen integrierbar. Die Ergebnisse der Interviews spiegeln die widersprüchlichen Haltungen der Literatur wieder. Therapeutin<sup>3</sup> meinte dazu: „Wenn man diese sechs Variablen gut versteht, gut auslegt, ist alles drin.“ Hingegen meint Therapeutin<sup>4</sup>: „Also ich glaub, dass bei den meisten nur die Basisvariablen zu wenig sind und deswegen setz ich einfach noch andere Angebote.“ Nach dieser Darstellung wird sichtbar, dass sich sowohl in der Literatur als auch die Interviewpartnerinnen darüber einig sind, dass Jugendliche etwas spezielles bzw. zusätzliches brauchen. Nur die Betrachtung und Auslegung von Rogers notwendigen und hinreichenden Bedingungen unterscheiden sich voneinander.

Bereits Rogers sah die Kongruenz als die wesentlichste Grundhaltung in der therapeutischen Beziehung. Diese Grundvariable wird vor allem in der Jugendpsychotherapie als die essentielle therapeutische Haltung beschrieben. Die Echtheit des Therapeuten scheint wesentlich für ein Zustandekommen eines therapeutischen Prozesses zu sein und äußert sich in der aktiveren Einbringung des Psychotherapeuten. Die Interviewergebnisse zeigen, dass vor allem in diesem Zusammenhang die persönlichen Grenzen des Therapeuten selbst angesprochen wurden. Der Therapeut muss 134)Th<sup>5</sup> „eine sichere Basis bieten können (...) Aber wenn’s, wenn man merkt eigentlich sitz ich die ganze Zeit eher ängstlich da und wie geht das weiter. Hm, ... keine gute Voraussetzung.“ Das bedeutet, dass es wesentlich besonders in der Jugendpsychotherapie ist, nicht nur auf die Grenzen dem Jugendlichen gegenüber zu wahren, sondern auch auf die persönlichen Grenzen zu achten. Dies kann sich zum Beispiel in der Wahl der Klienten- bzw. Störungsgruppe spiegeln. Da ein generelles Misstrauen des Jugendlichen gegenüber dem Therapeuten vorhanden ist, nimmt die Kongruenz des Therapeuten einen hohen Stellenwert ein. Therapeutin<sup>6</sup> betont dies, indem sie sagt 114)Th<sup>6</sup>: „Das ist eine meiner obersten Maxime.“ Jugendliche sind äußerst empfindsam, wenn es um das authentische Auftreten des Jugendpsychotherapeuten geht. Oftmals gibt es nur wenige Momente und Chancen mit ihnen in Kontakt zu treten und ihr Vertrauen zu gewinnen (Monden-Engelhardt, 2002). Therapeutin<sup>4</sup> beschreibt dies folgendermaßen: „Kann ich mich der jetzt wirklich anvertrauen, weil die kapiert das nämlich welche Problem ich hab.“

Im Kontext mit der Grundvariable Empathie wird in der Literatur vor allem das Einfühlen in die Lebenswelten der Jugendliche beschrieben. Als eine fast übereinstimmende Aussage der Interviews geht hervor, dass es gleichzeitig wichtig ist, die eigene Jugendzeit präsent zu haben und diesen Lebensabschnitt für sich reflektiert zu haben. Therapeutin3 spricht von einem umfassenderen Verständnis von Empathie. 22)Th3: „Empathie ist nicht nur ein Mitschwingen von all dem was mir ein Jugendlicher sagt, sondern mit all dem was ich da sonst noch spür. (...) Ich muss in einem guten Kontakt mit meiner eigenen jugendlichen Zeit sein (...) denn nur so kann ich den Jugendlichen erreichen.“ Dem Jugendlichen gegenüber ist ein höheres Ausmaß an Feinfühligkeit, Sensibilität und Empfindlichkeit in der Wahrnehmung gefragt. Um ein Verhalten eines Jugendlichen unbedingt positiv wertzuschätzen ist die Trennung von Seiten des Therapeuten, zwischen dem Verhalten der Person und der Person selbst, notwendig. Neben den Grundvariablen ist der Jugendpsychotherapeut auch in seinem dialogischen Angebot mehr gefordert als in der Erwachsenentherapie (Weinberger & Papastefanou, 2008). Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass sich die Therapeutinnen mehr als Person zeigen, um so dem Jugendlichen ein klares Gegenüber bieten zu können. Sie sind in ihrer Präsenz, Körperhaltung, Verantwortung, Offenheit, Lebendigkeit und Aktivität gefordert. Weiters erweist sich im Besonderen das Jugendalter als schwierig eine therapeutische Beziehung herzustellen. Um diesem Umstand gerecht zu werden, ist die Kreativität des Therapeuten gefragt. Wesentliches Element hierbei ist, dass es zur Persönlichkeit des Therapeuten passt, somit kann wiederum die Kongruenz gewährleistet werden. Auch die Erfahrung durch eigene Kinder ist nach den Interviewergebnissen eine Ressource, die der Jugendpsychotherapeut in den Therapieprozess einfließen lassen kann. Diese Erfahrungen helfen ihm, die Welt des Jugendlichen, als auch die Sichtweise der Eltern besser verstehen.

Die Gestaltung der Kontaktaufnahme zum Jugendlichen ist wesentlich für die weitere therapeutische Beziehung, wo der Jugendliche nicht ausgeschlossen werden darf (Weinberger & Papastefanou, 2008). 66)Th1: „Dass das auf keinen Fall überm Kopf des Jugendlichen passiert, das Termin ausmachen. Das ist etwas ganz wesentliches für mich.“ Um einen therapeutischen Zugang zu Jugendlichen zu erhalten, nimmt das Ernstnehmen des Jugendlichen einen hohen Stellenwert ein, denn dadurch können sie dem Erwachsenen vertrauen und sich von ihm begleiten lassen (Monden-Engelhardt, 2002). Therapeutin1 meint dazu: 23)Th1 „Also ab dem Zeitpunkt, wo er das Gefühl hat, dass ihm, dass ihm wer wirklich zuhört, kann es laufen oder fließen.“ Generell muss der Psychotherapeut einer

längeren Testphase standhalten, weshalb auch der Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit Jugendlichen länger dauert. Um den Jugendlichen in seiner Motivation zu unterstützen, scheint es enorm wichtig, mit dem Jugendlichen etwas für ihn hilfreiches zu finden, wodurch er das Setting für sich positiv nutzen kann. Therapeutin<sup>5</sup> beschreibt sich in ihrer therapeutischen Arbeit mit dieser Altersgruppe als ressourcenorientierter. Wie auch Weinberger und Papastefanou (2008) von kreativen Mitteln sprechen, um einen therapeutischen Zugang zum jugendlichen Klientel zu finden, beschreiben dies auch alle Gesprächspartnerinnen. 60)Th2: „Aber jetzt nicht als eigenständige Methode, sondern eher als sozusagen Kanal, über den auch die Variablen vermittelt werden können.“ Zu den kreativen Mitteln gezählt werden Stofftiere, Musik, Träume, Rollenspiele, Märchen, Malen, Fotos, Ton, Steine, Muscheln, Computer, Focusing, etc.

Im therapeutischen Setting ist der Therapeut in seiner Flexibilität gefragt. Die Herausforderung besteht darin, eine Balance zu finden, dem Jugendlichen einerseits genug Autonomie zukommen zu lassen und andererseits die nötige Stütze, Orientierung und Grenzen darzubieten. Eine passende Frequenz mit dem Jugendlichen zu finden, scheint als Kernstück eines gelingenden therapeutischen Prozesses. Monden-Engelhardt (2002) hat in diesem Zusammenhang die Selbst-direktive Intervalltherapie vorgeschlagen. Dahingehend lassen sich auch die Ergebnisse der Interviews interpretieren. Nur eine Therapeutin äußert sich gegenteilig zur Unterstützung eines flexiblen Settings. 92)Th1: „Therapie ist nicht möglich, wenn der nicht regelmäßig kommt, das ist dann auch keine Therapie.“

In der Literatur wird davon gesprochen, dass das therapeutische Setting nicht an die therapeutische Praxis gebunden ist. Signifikant sind die Ergebnisse der Interviews, wo sich eine gegenteilige Sicht zeigt. Fünf von sechs Therapeutinnen verlassen die therapeutische Praxis nicht. Die Hälfte ist der Meinung, dass eine Therapie außerhalb der Praxis nicht mehr therapeutisch, sondern 110)Th2 „eher pädagogisch sei.“. In der theoretischen Auseinandersetzung wurde von Monden-Engelhardt (2002) die Gruppentherapie als ein günstiges Setting angesprochen. Keine der Gesprächspartnerinnen erwähnte diese Form des Settings. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese in ihrer therapeutischen Praxis in Einzeltherapien arbeiten.

Ein entwicklungspsychologisches und bindungstheoretisches Wissen ist für die Arbeit mit Jugendlichen wesentlich, da sich nach Iseli (2006) der jeweilige Fokus, sich auf den



Entwicklungsstand und das jeweilige Lebensalter richtet. 34)Th3: „Ich muss eine Ahnung haben, was die Entwicklungsaufgaben in jedem Lebensalter sind (...) sonst versteh ich gar nicht wie die, was da Thema ist.“ Bindungstheoretisches Wissen ist wesentlich um den Jugendlichen in seinem Bindungsverhalten einordnen zu können. Da auch die vorgeburtliche Situation und die Lebenssituation in der der Jugendliche hineingeboren wurde entscheidend ist. Ein weiteres Ergebnis aus den Interviews zeigt auf, dass es ebenso wichtig ist, dass der Psychotherapeut sein persönliches Bindungsverhalten kennt und sich dessen bewusst ist. Denn in der therapeutischen Arbeit wird sein eigenes Bindungsverhalten reaktiviert. Um den Jugendlichen eine sichere Basis bieten zu können, ist es somit notwendig, dass der Therapeut sein Bindungsmuster kennt und wenn nötig dagegenwirken kann.

Die Identitätsentwicklung, die Ablösung vom Elternhaus sowie sexuelle Orientierung wirken in das therapeutische Setting mit ein. Der Jugendliche befindet sich in einer Lebensphase, wo er einerseits Kind ist und andererseits Erwachsener ist und das zur gleichen Zeit. Der Jugendpsychotherapeut ist in seiner Sensibilität gefordert, um diesem Zustand gerecht zu werden. Der Jugendliche möchte zum einen seine neu dazu gewonnene Autonomie ausleben, zum anderen braucht er ein Gegenüber, welches ihm als Stütze dient und Orientierung bietet. Schmidtchen (1989) beschreibt das Ziel der Therapie, den Jugendlichen dahingehend zu begleiten, seine eigenen Bedürfnisse und Gefühle zu entdecken und eigene Wege zur selbständigen Bedürfnisbefriedigung zu erlangen. Therapeutin<sup>5</sup> meint dazu, dass es viel Geduld und Disziplin vom Therapeuten abverlangt nicht vor den Jugendlichen zu geraten und ihnen damit die Erfahrungen vorwegzunehmen. Die therapeutische Haltung zu bewahren und nicht eine pädagogische Tätigkeit zu übernehmen ist entscheidend für einen gelingenden Therapieverlauf. Gleichzeitig ist der Jugendpsychotherapeut in seiner Verantwortung mehr gefragt, als in der Erwachsenentherapie, er gibt wenn notwendig auch Ratschläge, beantwortet Fragen und spricht Sorgen aus. Die Balance zu finden erfordert ein enormes Wachsam sein, was und in welcher Dosis der Jugendliche etwas benötigt.

Die Eltern- oder Bezugspersonenarbeit stellt für viele Therapeuten eine Herausforderung dar. Übereinstimmend mit der Literatur ist es für den Jugendpsychotherapeuten schwierig, eine Balance zu finden um einerseits dem Jugendlichen in seiner Funktion als Therapeut gerecht zu werden und andererseits auf die Eltern, trotz der Schweigepflicht, in ihrer

Besorgtheit ernst zu nehmen. Wichtig ist es, dem Jugendlichen als auch den Eltern zu vermitteln, dass die Entscheidung zur Psychotherapie freiwillig sein muss und diese der Jugendliche selbst zu treffen hat. Transparenz ist eine wesentliche Eigenschaft die vor allem in der Arbeit mit Jugendlichen, Eltern und Therapeuten notwendig ist.

Görlitz (2004) sieht die Freude an der Arbeit mit Jugendlichen als eine notwendige Eigenschaft an den Psychotherapeuten. Die Interviewpartnerinnen sehen es als Voraussetzung, für einen gelingenden therapeutischen Prozess, die Jugendlichen wirklich zu mögen und neugierig auf ihre Welt und ihre Lebensthemen zu sein. Gleichzeitig ist er in seiner Toleranz gefragt, wenn ihn der Jugendliche kritisiert oder konfrontiert.

Wie der Psychotherapeut die notwendigen und hinreichenden Bedingungen umsetzt, ist abhängig von seiner Persönlichkeit. Um den Jugendlichen eine authentische Beziehung anbieten zu können, muss der Therapeut einen zu ihm passenden Arbeitsstil finden, nur dann kann es zu einem günstigen Therapieverlauf kommen. 64)Th3: „Daher haben wir mehr oder weniger kreatives Handwerkszeug, was zu mir passt im Rucksack.“ Es ist somit offen in welcher Form der Therapeut einen Zugang zum Jugendlichen findet. Dieser ist hier in seiner Kreativität gefragt. Wesentlich in dieser Altersgruppe ist das Geschlecht des Therapeuten (Weinberger & Papastefanou, 2008). Die Ergebnisse zeigen eine Übereinstimmung darin, dass der Therapeut in der Identitätsentwicklung des Jugendlichen auch immer eine Identitätsfigur darstellt.

Therapieabbrüche lassen sich aus den Ergebnissen der Interviews in drei Bereiche gliedern. Zum einen stellt der Therapeut in seiner Funktion eine mögliche Ursache für einen Therapieabbruch dar. Die Untersuchungsergebnisse weisen eindeutig auf den Einfluss der Erfahrung des Therapeuten in seiner Arbeit hin. Viele Therapeutinnen sprechen von „learning by doing“ und sehen auch die theoretische Ausbildung im Fachspezifikum als zu gering an, um Jugendlichen gerecht zu werden. Die Weiterbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ist zu empfehlen. Die Interviews geben auch in diesem Zusammenhang einen Hinweis darauf, dass eine ungenügende Kongruenz und Empathie von Seiten des Therapeuten zum Therapieabbruch führen.

Der Jugendliche selbst, stellt einen weiteren Faktor für einen Therapieabbruch dar. Sie leben gegenwartszentrierter und der Leidensdruck ist oftmals durch ihr vermehrtes

Impulsgesteuertes Verhalten nicht vorhanden. Auch kulturelle Unterschiede in der therapeutischen Beziehung können zum Therapieabbruch führen.

Wie in den unspezifischen Wirkfaktoren beschrieben, stellt das soziale Umfeld einen wesentlichen Einfluss auf den therapeutischen Prozess dar. Welche Ressourcen dem Jugendlichen zur Verfügung stehen, beeinflusst einen günstigen oder ungünstigen Therapieverlauf. Fünf Gesprächspartnerinnen sehen in den Eltern einen häufigen Auslöser für Therapieabbruch. Da deren Ziele und Vorstellungen darüber, wie der Jugendliche werden soll, mit den eigenen Zielen der Jugendlichen nicht übereinstimmen und sie aus diesem Grund die finanzielle Unterstützung einstellen. Oder aber der Jugendliche kann sich nicht auf den Therapieprozess einlassen, da die Machtkämpfe mit den Eltern im Moment nicht aufzulösen sind.

Abschließend ist zu erwähnen, dass es mehr männliche Therapeuten bedürfen würde, um den Ansprüchen der Jugendlichen gerecht werden zu können. Gleichzeitig wären mehr Therapieplätze, die von Institutionen oder Krankenkassen bezahlt werden von Nöten, um Jugendlichen ein Setting bieten zu können, welches sie auch konstant annehmen können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Psychotherapeut in der Arbeit mit Jugendlichen auf sehr vielschichtige Weise gefordert wird. Die wesentlichsten Eigenschaften beziehen sich auf die Kongruenz und Empathie des Therapeuten, um eine tragfähige therapeutische Beziehung anbieten zu können. Der Psychotherapeut ist vor allem im Finden seines persönlichen und authentischen Stils gefordert. Aufgrund des, durch viele Schwankungen gekennzeichnete, schwierigen Alters von Jugendlichen ist zu beobachten, dass sich nur wenige Therapeuten mit dieser Altersgruppe zu arbeiten. Gründe dafür liegen unter anderem aber auch darin, dass zu wenige Angebote für diese Zielgruppe geboten werden, die dem Therapeuten in seiner Flexibilität unterstützen und er sich Jugendlichen und deren Bedürfnissen anpassen könnte. Diese Flexibilität im Setting können von Institutionen und Krankenkassen unterstützt werden. Eine theoretische Vertiefung in die gesamte Entwicklungspsychologie kann dazu beitragen, die unterschiedlichen Facetten von Jugendlichen besser zu verstehen und diesen gerecht zu werden.

## Literaturverzeichnis

- ASAY, T.P. & LAMBERT, M.J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In. HUBBLE, M.A., DUNCAN, B.L., MILLER, S.D. (Hrsg.). *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Band 21. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- AUCKENTHALER, A. & HELLE, M. (2001). Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Entwicklungslinien, Schwerpunkte, Ergebnisse. In. FRENZEL, P., KEIL, W., SCHMIDT, P.F. & STÖLZL, N. (Hrsg.). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas. Kapitel 14, S.393-411.
- AXLINE, V. (2002). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München, Basel: Reinhardt. 10. Auflage
- BEHR, M. (2002). Therapie als Erleben der Beziehung – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In. BOECK-SINGELMANN, C., EHLERS, B., HENSEL, T., KEMPER, F. & MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 95-122.
- BEHR, M. (2007). Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Spieltherapeutische Konzepte und Praxis eines personzentriert-interaktionellen Vorgehens. In. KRIZ, J. & SLUNECKO, Th. (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes*. Wien: UTB. S.151-164.
- BIERMANN-RATJEN, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In. ECKERT, J., BIERMANN-RATJEN, E.-M. & HÖGER, D. (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer. S.73-91.

- BLANZ, B., REMSCHMIDT, H., SCHMIDT, M.H. & WARNKE, A. (2006). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspsychologisches Lehrbuch. Stuttgart, New York: Schattauer.
- BOECK-SINGELMANN, C., EHLERS, B., HENSEL, T., KEMPER, F. & MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.) (2002). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- BOECK-SINGELMANN, C., EHLERS, B., HENSEL, T., KEMPER, F. & MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.) (2002). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- BOECK-SINGELMANN, C., EHLERS, B., HENSEL, T., KEMPER, F. & MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.) (2003). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- BOWLBY, J. (1995). Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg: Dexter.
- CHARLTON, M., KÄPPLER, C. & WETZEL, H. (2003). Einführung in die Entwicklungspsychologie. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.
- DEEGENER, G. (1990). Grundlagen der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz
- DORNES, M. (2006). Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung. Frankfurt am Main: Fischer.
- DU BOIS, R. & RESCH, F. (2005). Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. Stuttgart: Kohlhammer. S.33-52.
- DÜHRSSSEN, A. (1989). Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ein Lehrbuch für Familien- und Kindertherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- ECKERT, J., BIERMANN-RATJEN, E.-M. & HÖGER, D. (Hrsg.) (2006). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer.
- FEHRINGER, C. (2006). Ja, so ist die Jugend heute, schrecklich sind die jungen Leute. Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen. *Person*, 2, S.176-186.
- FINKE, J. (2004). Gesprächspsychotherapie. Grundlagen spezifischer Anwendungen. Stuttgart, New York: Thieme.
- FRÖHLICH-GILDHOFF, K., BEHR, M., HUFNAGL, G. & VON ZÜLOW, C. (2003a). Wirksamkeitsforschung in der Personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 4, S.197-206.
- FRÖHLICH-GILDHOFF, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen personzentrierter Psychotherapie mit Jugendlichen. In. BOECK-SINGELMANN, C., EHLERS, B., HENSEL, T., KEMPER, F. & MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S.293-326.
- FRÖHLICH-GILDHOFF, K., HUFNAGEL, G. & JÜRGENS-JAHNERT, S. (2003b). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendpsychotherapie: Die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. In. DITTRICH, R. & MICHELS, H.-P. (Hrsg.). *Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. Tübingen: DGVT.
- GLÄSER, J. & LAUDEL, G. (2006). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; UTB.
- GOETZE, H. (1981). Personzentrierte Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe.
- GOETZE, H. (2002). Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe.
- GÖRLITZ, GUDRUN (2004). Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Erlebnisorientierte Übungen und Materialien. Stuttgart: Pfeifer bei Klett-Cotta, S.11-45

- GRAWE, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen – von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. In. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 26. Jg., Heft 3, S.357-370.
- HAVIGHURST, R.J. (1982). *Developmental tasks and education*. New York: Longman
- HEEKERENS, H.-P. (2002). Wirksamkeit der personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In. BOECK-SINGELMANN, C., EHLERS, B., HENSEL, T. & MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. 2. Auflage. S.195-207.
- HÖGER, D. (2006). Klientenzentrierte Therapietheorie. In. ECKERT, J., BIERMANN-RATJEN, E.-M. & HÖGER, D. (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- HOLMES, J. (2006). John Bowlby und die Bindungstheorie. München, Basel: Reinhardt. 2. Auflage.
- HOLZER, A. (2006). Jugendliche in der Personzentrierten Psychotherapie. Eine Reflexion der Praxis. *Person*, 2, S.164-175.
- HORVATH-NOVOTNY, I. (2001). Beziehungsgestaltung in der Kindertherapie. *Sozialpädagogische Impulse*, 1, S.19-24.
- HUBBLE, M.A., DUNCAN, B.L, MILLER, S.D. (2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Band 21. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- HUF, A. (1992). *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*. Weinheim: Psychologie-Verlag-Union.

- HUFNAGL, G. & FRÖHLICH-GILDHOFF, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personenzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In. BOECK-SINGELMANN, C., EHLERS, B., HENSEL, T., KEMPER, F. & MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S.35-79.
- ISELI, C. (2006). Empathie in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Person*, 2, 118-130.
- JANISCH, W. (2001). Spezifische Settings und Zielgruppen. In. FRENZEL, P., KEIL, W., SCHMIDT, P.F. & STÖLZL, N. (Hrsg.). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas. Kapitel 11, S.324-344.
- KEIL, W. (2001). Klientenzentrierte Therapietheorie. In. FRENZEL, P., KEIL, W., SCHMIDT, P.F. & STÖLZL, N. (Hrsg.). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas. Kapitel 5, S.119-146.
- KRIZ, J. & SLUNECKO, TH. (Hrsg.) (2007). *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes*. Wien: UTB.
- LAMBERT, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In. NORCROSS, J. C. & GOLDSTEIN, M.R. (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books. S.92-129.
- MARCIA, J.E. (1980). Identity in adolescence. In. ADELSON, J. (Hrsg.). *Handbook of adolescent psychology*. New York: John Wiley & Sons. S. 159-187.
- MEWE, F. (2000). Psychische Entwicklung. In. REMSCHMIDT, H. (Hrsg.). *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*. Stuttgart, New York: Thieme. 3. Auflage. S.9-22.
- MONDEN-ENGELHARDT, C. (2002). Zur personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In. BOECK-SINGELMANN, C., EHLERS, B., HENSEL, T., KEMPER, F. &



- MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S.7-72.
- MÖNKS, F.J. & KNOERS, A.M.P. (1996). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*. München, Basel: Reinhardt.
- NIEBERGALL, G. (1997). Gesprächszentrierte Psychotherapieformen. In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.). *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart, New York: Thieme. S.120-133.
- REIMER, C., ECKERT, J., HAUTZINGER, M. & WILKE, E. (2007). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Heidelberg: Springer.
- REISEL, B. & FEHRINGER, C. (2002). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: KEIL, W. & STUMM, G. (Hrsg.). *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. Wien, New York: Springer. 335-352.
- REISEL, B. & WAKOLBINGER, C. (2006). Kinder und Jugendliche. In: ECKERT, J., BIERMANN-RATJEN, E.-M. & HÖGER, D. (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer. S.295-332.
- REISEL, B. (2001). Ein personzentriertes Entwicklungsmodell. Zum Verständnis von kindlicher Entwicklung im Personzentrierten Ansatz. In: FRENZEL, P., KEIL, W. W., SCHMID, P.F. & STÖLZL, N. (Hrsg.). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas. S.96-118.
- REMSCHMIDT, H. & QUATSCHER, K. (1997). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Unterschiede zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichentherapie. In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.) (1997). *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart, New York: Thieme. S.80-91.
- REMSCHMIDT, H. (1992). *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart: Thieme.

- REMSCHMIDT, H. (2000) (Hrsg.). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart, New York: Thieme Verlag. 3. Auflage
- REMSCHMIDT, H. (2000). Entwicklungspsychopathologie. In. REMSCHMIDT, H. (Hrsg.). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart, New York: Thieme. 3. Auflage. S.23-27.
- REMSCHMIDT, H. (Hrsg.) (1997). Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, New York: Thieme.
- REMSCHMIDT, H., MARTIN, M. & WARNKE, A. (2006). Besonderheiten der Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In. MÖLLER, H.-J. (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- ROGERS, C.R. (1939). The clinical treatment of the problem child. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C.R. (1957). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In. Rogers, C.R., Schmidt, P.F. (1991). *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Matthias-Gründwald. S.165-184.
- ROGERS, C.R. (2001). Die nicht-direktive Beratung. Frankfurt am Main: Fischer. 10. Auflage.
- ROGERS, C.R. (2002). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer. 17. Auflage.
- ROGERS, C.R. (2004). Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta. 15. Auflage
- ROGERS, C.R. (2007). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG. 3. Auflage.

- ROGERS, C.R., SCHMID, P.F. (1991). Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz: Matthias-Grünwald.
- SAUER, J. (1993). Zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie. *Psychotherapie Forum 1*, S.67-80.
- SCHENK-DANZINGER, L. (2006). Entwicklungspsychologie. Wien: ÖBVHPT. 2. Auflage.
- SCHMIDTCHEN, S. (1989). Kinderpsychotherapie: Grundlagen, Ziele, Methoden. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHMIDTCHEN, S. (1991). Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- SCHMIDTCHEN, S. (2001). Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHMIDTCHEN, S. (2002). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In. BOECK-SINGELMANN, C., EHLERS, B., HENSEL, T., KEMPER, F. & MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 153-194.
- SEIFFGE-KRENKE, I. (2004). Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- STUMM, G. & WILTSCHKO, J. & KEIL, W. (2003). Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung. Stuttgart: Pfeiffer.
- SWILDENS, H. (1991). Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG-Verlag.
- WEINBERGER S. (2005): Kindern spielend helfen. Weinheim: Juventa.

WEINBERGER, S. & PAPASTEFANOU, CH. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim, München: Juventa.

WEINBERGER, S. (2001). *Kinder spielend helfen*. Weinheim: Beltz

# ANHANG



# Interviewleitfaden

Ich schreibe meine Diplomarbeit zum Thema Personenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen. Im Zuge dieser möchte ich untersuchen, welche spezifischen Anforderungen an den Psychotherapeuten in der Arbeit mit Jugendlichen gestellt werden.

## persönliche Motivation und Ausbildung

- Wie lange arbeiten Sie bereits als Therapeutin? Seit wann mit Jugendlichen? Was war ihre Motivation mit dieser Altersgruppe zu arbeiten?
- Könnten Sie ihren beruflichen Werdegang beschreiben?
- Haben Sie für die Arbeit mit Jugendlichen eine spezielle Ausbildung oder Weiterbildung absolviert?

## Psychotherapie mit Jugendlichen

1. Was ist besonders wichtig und entscheidend in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen? Worauf legen Sie besonderen Wert?
2. Was finden Sie in der therapeutischen Beziehung mit Jugendlichen besonders wichtig? Welche Elemente?
  - Was benötigen Jugendliche vom Psychotherapeuten, wenn es um den Aufbau oder das Erhalten eines therapeutischen Kontaktes bzw. einer therapeutischen Beziehung geht?
3. Welche Bedeutung messen Sie in der therapeutischen Arbeit mit den Jugendlichen der Basisvariabel Echtheit bei? Der Empathie bei? Der unbedingten positiven Wertschätzung bei?

## Entwicklungspsychologischer/Bindungstheoretischer Aspekt

Jugendliche befinden sich in einer Übergangsphase zwischen der Kindheit und dem Erwachsenwerden. Sie haben einige Lebens- und Entwicklungsaufgaben in dieser Zeit zu meistern.

4. Welche Bedeutung hat die Entwicklungspsychologie/Bindungstheorie für die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen? Welche Elemente sind daraus besonders wichtig? Fließt sie ein, wie? (Hintergrundwissen, oder präsent vorergründiges Wissen?)
  - Können Sie dazu ein Beispiel aus ihrer Praxis nennen?

## Unterschiede und Gemeinsamkeiten zur Erwachsenentherapie

Jugendliche sind entwicklungsbedingten Inkongruenzen ausgesetzt. Ziel der Therapie ist es Inkongruenzen in den Organismus zu integrieren.

5. Wo sehen Sie konkrete Unterschiede in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen?





- ✓ Setzen Sie die therapeutischen Basisvariablen unterschiedlich um? Können Jugendliche damit ausreichend erreicht werden? Gibt es andere oder zusätzliche Variablen? Über kreative Mitteln?
  - ✓ Wie würden Sie die therapeutische Beziehung in der Arbeit mit Jugendlichen im Unterschied zu Erwachsenen beschreiben?
  - ✓ Worauf achten Sie beim therapeutischen Setting in der Arbeit mit Jugendlichen im Unterschied zu den Erwachsenen?
  - ✓ Benötigen Jugendliche vom Therapeuten als Person etwas anderes als der Erwachsene?
  - ✓ Können Sie Unterschiede in der Therapiemotivation erkennen? Könnten Sie hier ein Beispiel aus ihrer Praxis nennen?
  - ✓ Verwenden Jugendliche auch das Spiel als Ausdrucksmittel, oder vermehrt das Gespräch? Andere Ausdrucksmöglichkeiten?
  - ✓ Worauf achten Sie besonders in der Zusammenarbeit mit Bezugspersonen bei Jugendlichen?
  - ✓ Hat das Geschlecht des Therapeuten eine wichtige Rolle?
6. Wo sehen Sie konkrete Gemeinsamkeiten in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen?
- ✓ Gibt es Gemeinsamkeiten in der Umsetzung der Basisvariablen?
  - ✓ Gibt es bestimmte Verhaltensweisen die Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit nicht dulden oder akzeptieren? Gibt es Verhaltensweisen bei Jugendlichen die Sie in ihrer therapeutischen Arbeit mehr dulden oder akzeptieren als bei Erwachsenen?
  - ✓ Gibt es im therapeutischen Setting Dinge die Sie sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen gleich handhaben?

### **Erfahrung aus der Praxis**

7. Könnten Sie aus ihrer therapeutischen Erfahrung mit Jugendlichen berichten, welche speziellen therapeutischen Zugänge Sie in der Arbeit als besonders sinnvoll und wichtig finden?
8. Gibt es Besonderheiten in unterschiedlichen Phasen des therapeutischen Prozesses?

### **Therapieabbrüche**

9. Laut Literatur kommt es bei Jugendlichen sehr häufig zu Therapieabbrüchen in den ersten 5-10 Sitzungen. Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrer therapeutischen Praxis gemacht?
10. Was glauben Sie, sind die ausschlaggebenden Gründe für die Therapieabbrüche? Gibt es noch andere? Woran könnte es liegen?



11. Was glauben Sie würden Jugendliche konkret am Beginn der therapeutischen Beziehung brauchen, damit sie diese Form der Unterstützung annehmen können?
12. Wie handhaben Sie konkret Situationen in die der Jugendliche Abmachungen bzw. Termine nicht einhält bzw. die Therapie selbständig abbricht?
13. Wenn Sie an ihre Ausbildung zurückdenken, gibt es Punkte oder Bereiche wo sie sagen, die hab ich vermisst, oder das wäre hilfreich gewesen?

### **Der Psychotherapeut als Person**

14. Glauben Sie, dass Psychotherapeuten die mit Jugendlichen arbeiten, spezielle Persönlichkeitseigenschaften brauchen?
15. Wo sehen Sie sich speziell als Person besonders gefordert in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen
16. Glauben Sie, dass es in ihrer Arbeit eine Rolle spielt ob man als Therapeut selbst Kinder hat oder nicht?
17. Möchten sie abschließend noch etwas sagen das ihnen zum Thema als wichtig erscheint?



## **Zusammenfassung**

Den zentralen Aspekt dieser Arbeit bildet die Frage, welche spezifischen Anforderungen in der Arbeit mit Jugendlichen an den Personzentrierten Psychotherapeuten gestellt werden. Zur theoretischen Bearbeitung dieser Frage nehmen das Jugendalter, aus entwicklungspsychologischer und bindungstheoretischer Sicht, und die Personzentrierte Jugendpsychotherapie einen hohen Stellenwert ein. Der empirische Teil stellt die Anforderungen an den Jugendpsychotherapeuten aus der Sicht von sechs Personzentrierten Psychotherapeuten in der Arbeit mit Jugendlichen anhand von Experteninterviews dar. Den Abschluss meiner Arbeit bildet eine Interpretation und Zusammenfassung anhand der ausgewerteten Interviews.

## **Summary**

The central question of this paper is which specific demands are put on a person-centered therapist when working with adolescents.

To answer this question theoretically, it is crucial to look at adolescence in terms of developmental psychology and binding theories, as well as person-centered adolescence therapy. The empirical part of this paper deals with the demands on therapists, according to six client-centered therapists in connection with their work with adolescents. Expert interviews were used to collect this data.

The conclusion of this paper is an interpretation and summary of the evaluated interviews.



# LEBENS LAUF

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: Maria Weitgasser  
Geburtsdatum: 23.06.1979  
Geburtsort: Wien  
Eltern: Hermann Weitgasser (verstorben 1998)  
Hermine Weitgasser  
Geschwister: Martina Podhorsky (1977)  
Stefanie Weitgasser (1989)

## AUSBILDUNG

1985-1989 Volksschule, Obersulz  
1989-1993 Hauptschule, Hohenrupperdorf  
1993-1998 Bundesinstitut für Sozialpädagogik, Baden bei Wien  
10.6.1998 Reifeprüfung  
2002-2008 Studium der Pädagogik an der Universität Wien

## BERUFLICHE WEITERBILDUNGEN

2003-2005 Lehrgang zur Gestaltpädagogin, AGB  
2004-2007 Psychotherapeutisches Propädeutikum (HOPP)  
seit 12/2007 Personzentrierte Psychotherapie (APG – FORUM)

## BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

09/1998-10/2002 Zentrum für Förderpädagogik, Otto-Wagner-Spital  
seit 02/2006 KIWOZI – Neubaugasse, Jugendwohngemeinschaft

Oktober 2008