



# Prozessfokussierte Weiterbildung in transtheoretischer Kinder- und Jugendpsychotherapie

Ein Leitfaden für die Weiterbildung des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

IAP Institut für Angewandte Psychologie

Zentrum für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Herzlichen Dank an Prof. Dr. Marcel Schär Gmelch.

Er hat vor mehr als 11 Jahren den theoretischen Grundstein zu dieser Weiterbildung gelegt und ist uns bei der Ausarbeitung dieses Konzepts mit fachlicher Expertise und kollegialer Hilfe zur Seite gestanden.

In Gedenken an Dr. Célia Steinlin-Danielsson.

Sie hat mit grossem Engagement und Fachwissen diese Weiterbildung aufgebaut und weiterentwickelt. Leider wurde es ihr verwehrt, uns bei der Ausformulierung ihrer Gedanken zur Seite zu stehen. Ihr sei dieser Leitfaden gewidmet.

Zürich, September 2023

lic. phil. Ukaegbu Okere & Andrea Kramer, MSc

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung Prozessfokussierung im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie .....</b>	<b>6</b>
<b>Prozess I Prozesse im Patient:innensystem.....</b>	<b>8</b>
Grundlegende Modelle zur Erklärung von psychischen Störungen .....	8
Kernprozesse menschlichen Erlebens und Verhaltens .....	11
Informationsverarbeitungsprozesse .....	11
Transaktionale systemische Modelle der psychologischen Entwicklung.....	14
Emotionsregulationsprozesse .....	15
Selbstaktualisierungs- und Konsistenzregulationsprozesse.....	17
Transtheoretisches Modell des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie .....	18
Ebene der Lebenserfahrungen .....	18
Ebene der Grundbedürfnisse .....	19
Ebene der Schemata.....	23
Ebene der Verarbeitungsprozesse .....	24
Ebene des Verhaltens und dessen Bedingungen .....	25
Fallkonzeption und psychiatrische Klassifikation psychischer Störungen.....	26
<b>Prozess II Prozesse in der Psychotherapie.....</b>	<b>29</b>
Transtheoretische Psychotherapie.....	29
Wirksamkeitsforschung und Wirkfaktoren .....	30
Allgemeine Wirkfaktoren .....	30
Spezifische Wirkfaktoren.....	31
Integration der Wirkfaktoren im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie .....	32
<b>Prozess III Prozesse in der Therapeutenperson .....</b>	<b>36</b>
Kompetenzen (Fähigkeiten, Wissen und Fertigkeiten) .....	36
Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie.....	37
Förderung von personalen Fähigkeiten im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie.....	40
Achtsamkeitspraxis.....	42
Analytische Kompetenzen.....	42
Selbstreflexion und Rückmeldung.....	43
Deliberate Practice .....	44
<b>Zusammenfassung Grundannahmen des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie .....</b>	<b>46</b>
<b>Literatur.....</b>	<b>47</b>
<b>Anhang: Arbeitsblatt für die Fallkonzeption im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie.....</b>	<b>53</b>

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Das Prozessmodell des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie (in Anlehnung an Orlinsky et al., 2004) .....	6
Abbildung 2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (vgl. Reinecker, 2015).....	9
Abbildung 3 Die automatischen und die absichtsvollen Prozesse der Dual-Prozess-Theorie (in Anlehnung an Epstein, 2014; Pennycook, 2018; Strack & Deutsch, 2004).....	13
Abbildung 4 Transtheoretisches Modell der Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von psychischen Störungen (in Anlehnung an Kanfer & Saslow, 1965; Epstein, 1973, 1994, 2014; Grawe, 1998, 2004; Sachse et al., 2009; Greenberg, 2011) .....	19
Abbildung 5 Die vier Grundbedürfnisse (nach Steinebach & Schär Gmelch, 2015).....	20
Abbildung 6 Externale und internale Konflikte (in Anlehnung an Grawe, 2005) .....	22
Abbildung 7 Der diagnostische Prozess (in Anlehnung an Döpfner et al., 2008).....	26
Abbildung 8 Das kontextuelle Modell (nach Wampold & Imel, 2015).....	30
Abbildung 9 Verfahrensübergreifende Veränderungsprinzipien im Therapieverlauf (in Anlehnung an Grawe, 2005 & Goldfried, 2019) integriert mit dem Störungsmodell des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie .....	33
Abbildung 10 Kursmodule des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie (Stand: September 2023) ...	38
Abbildung 11 Förderung der persönlichen Entwicklung als Psychotherapeut:in im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie .....	41
Abbildung 12 Umsetzung des Konzepts «Deliberate Practice» im Rahmen des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie .....	45

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Anwendung spezifischer Techniken und Strategien auf verschiedenen Ebenen des transtheoretischen Störungsmodells des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie und Zusammenhang mit den allgemeinen Wirkfaktoren (in Anlehnung an Pfammatter & Tschacher, 2016; Lutz & Rief, 2022) .....	34
Tabelle 2 Persönliche Fähigkeiten bzw. Talente, psychotherapiebezogenes Wissen und psychotherapeutische Basisfertigkeiten (vgl. Rief, Schramm & Strauss, 2021) .....	37
Tabelle 3 Ebenen therapeutischer Kompetenzen und didaktische Methoden zur Begleitung der therapeutischen Entwicklung bei den Teilnehmenden des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie (in Anlehnung an Weck, 2017) .....	40
Tabelle 4 Therapeutische Kompetenzskalen im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie (in Anlehnung an Hill & Castonguay, 2017; Chow & Miller, 2015; Wampold et al., 2017; Rief, Schramm & Strauss, 2021; Koddebusch & Hermann, 2018) .....	43

## Einleitung Prozessfokussierung im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

«Lernen ohne zu denken, ist eitel, denken, ohne zu lernen, ist gefährlich.» Konfuzius

Der transtheoretische Ansatz des Masterstudiengangs Kinder- und Jugendpsychotherapie befähigt Psychotherapeut:innen, evidenzgestützte und im Einzelfall effektive Strategien und -techniken aus unterschiedlichen therapeutischen Verfahren und Schulen im klinischen Alltag je nach Behandlungsetting und Phase der Behandlung, Störungsbild und/oder spezifische Konstellationen und Bedürfnisse des Patient:innensystems adäquat anzuwenden. Teilnehmende werden im Laufe des Studiengangs unterrichtet, gefördert und begleitet, eine eigenständige und flexibel handelnde psychotherapeutische Persönlichkeit zu entwickeln.

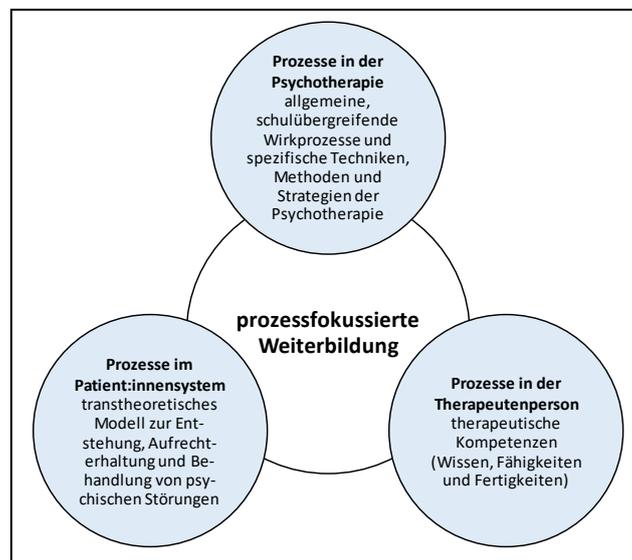


Abbildung 1 Das Prozessmodell des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie (in Anlehnung an Orlinsky et al., 2004)

Verfahrensübergreifende Psychotherapie ist in der alltäglichen Psychotherapiepraxis weit verbreitet. Forschungsbefunde seit 35 Jahren zeigen, dass Psychotherapeut:innen im klinischen Alltag je nach Bedürfnis des Patient:innensystems therapeutische Strategien und Techniken aus verschiedenen Therapierichtungen anwenden und sich mit mehr als einer Therapieschule identifizieren (Cook et al., 2010; Wogan & Norcross, 1985). Inzwischen bestehen international zahlreiche Bemühungen, transtheoretische bzw. verfahrensübergreifende Ansätze zu konzipieren und zu erforschen (Hofmann & Hayes, 2019; Caspar et al., 2021; Herpertz & Schramm, 2022). Diese berufen sich auf zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen zu therapeutischen Veränderungsprozessen, die eine grosse Bandbreite an Mechanismen und psychologischen Prozessen, allgemeinen Wirkmechanismen und wirksamen spezifischen Therapietechniken empirisch validieren (Crits-Christoph & Gibbons, 2021; Kazantzis et al., 2018; Wampold et al., 2019). Gleichzeitig orientieren sich diese Ansätze weg von der traditionellen Sichtweise, einen passenden Behandlungsansatz einzig aufgrund einer kategorialen Diagnose zu empfehlen (Castonguay et al., 2017). Des Weiteren sind die klinischen Rahmenmodelle dieser neuen Ansätze transdiagnostisch konzipiert (Rief & Strauss, 2018). Psychische Störungen gelten nicht

mehr als vermeintliche abgeschlossene Krankheitseinheit, sondern als ein Element des multidimensionalen Erklärungsmodells (Lutz & Rief, 2022).

Der Anspruch verfahrensspezifische Denkmuster, methodische Varianten, Strategien und Techniken zu integrieren kann nur durch eine klare Ausrichtung auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen, zu den allgemeinen und spezifischen Wirkmechanismen der Psychotherapie sowie zu therapeutischen Handlungs- und Interaktionskompetenzen der Psychotherapeutenperson abgesichert werden. Diese drei Prozesse stecken einen klinischen Bezugsrahmen ab, an dem sich der MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie orientiert. Der Studiengang gilt in diesem Sinne als prozessfokussiert.

Ein Prozess wird als eine sich über eine gewisse Zeit erstreckender Vorgang definiert, bei dem etwas entsteht oder abläuft. In einer Psychotherapie lassen sich nach Orlinsky et al. (2004) drei Prozesse unterscheiden, die selbstverständlich in enger Interaktion zueinanderstehen und sich gegenseitig bedingen und beeinflussen (Pfammatter & Tschacher, 2015):

- I. Prozesse im Patient:innensystem  
Beinhaltet alle störungsrelevanten intrapersonellen Prozesse des Patient:innensystems sowie die störungsrelevanten interpersonellen Prozesse zwischen den einzelnen Personen im System bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung der psychischen Störung
- II. Prozesse in der Psychotherapie  
Bezeichnet die Interaktionsprozesse zwischen Psychotherapeut:in und Patient:innensystem im Rahmen der Psychotherapie sowie die allgemeinen und spezifischen Wirkprozesse auf der klinischen Ebene
- III. Prozesse in der Therapeut:in  
Beschreibt die Prozesse in der Therapeutenperson, die einen Lernprozess ermöglichen und eine persönliche Entwicklung begleiten (Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten)

Die Lerninhalte des Studiengangs lassen sich in das Prozessmodell einordnen. Sie werden laufend entsprechend den didaktischen und therapeutischen Praxiserfahrungen sowie insbesondere dem aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand adaptiert. Unsere Weiterbildungsteilnehmenden werden dazu angeleitet, sich vertieft mit den Inhalten dieser Prozesse zu befassen und diese auch nach dem Abschluss mit dem Fachtitel, stets weiterzuentwickeln und neue Erkenntnisse und Inhalte darin zu integrieren. Wir unterstützen lebenslanges Lernen im Sinne einer gesunden und nachhaltigen Entwicklung.

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Inhalte dieser Prozesse nach aktuellem empirischen Erkenntnisstand und praktischer Umsetzung im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie erläutert.

## Prozess I Prozesse im Patient:innensystem

«Wenn wir nicht mehr in der Lage sind, eine Situation zu ändern – sind wir gefordert, uns selbst zu verändern.»

Viktor E. Frankl

Aus psychotherapeutischer Sicht sind zwei Prozesse im Patient:innensystem bedeutsam: (1) die Prozesse, die eine psychische Störung mitbedingen und diese aufrechterhalten und (2) die Prozesse, die eine positive Veränderung der psychischen Störung anregen und fördern. Obwohl dieses Kapitel sich vornehmlich mit der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen befasst, werden auch grundlegende Veränderungsmechanismen vorgestellt. Auf konkrete verfahrensübergreifende Veränderungsprozessen (vgl. Goldfried, 2019) wird bei der Erläuterung der Prozesse in der Psychotherapie vertiefter eingegangen (siehe Prozess II Prozesse in der Psychotherapie).

Der verfahrensübergreifende Ansatz der MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie wurde vor über zehn Jahren formuliert. In Anlehnung an Grawe und seiner Arbeitsgruppe (1998, 2004) wurde ein transtheoretisches und transdiagnostisches Störungsmodell konzipiert, welche die individualisierte Anwendung von empirisch validierten Strategien und Techniken unterschiedlicher Therapieschulen ermöglicht (Steinebach & Schär, 2015). Dieser Ansatz deckt sich mit den aktuellen Trends der Therapieforschung und -entwicklung. Laut Stangier (2019) gehen die neuen Entwicklungen in der Richtung, (1) sich von psychiatrischen Krankheitsmodellen und störungsspezifischen Therapiemanualen abzuwenden, (2) sich an transdiagnostischen Therapiekonzepten auf der Basis von empirisch validierten Veränderungsprozessen in der Psychotherapie zu orientieren und (3) sich auf eine individualisierte Therapieplanung zu stützen. Seit den ersten Durchgängen des Studiengangs wurde das Modell aufgrund theoretischer Vertiefung und praktischer Erfahrung laufend weiterentwickelt.

Das transtheoretische Modell der MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von psychischen Störungen erlaubt es, Therapieschwerpunkte auf verschiedenen Ebenen der Störungsdynamik und den Einsatz spezifischer Strategien, Methoden und Techniken zu begründen. Als übergeordnetes Modell sollte es möglich sein, die unterschiedlichen Störungstheorien der verschiedenen Therapieschulen darin zu verorten.

### Grundlegende Modelle zur Erklärung von psychischen Störungen

Als Grundraster des transtheoretischen Modells der MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie dienen drei wissenschaftlich und klinisch etablierte Modelle zur Erklärung der Entstehung von psychischen Erkrankungen:

1. das biopsychosoziale Modell (Engel, 1977)
2. das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977)
3. das lerntheoretische Modell (Kanfer & Saslow, 1969)

Das biopsychosoziale Modell (Engel, 1977) erklärt die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten als multifaktorielles Geschehen. Es berücksichtigt die Interaktion von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren im Kontext der Prädisposition und Auslösung der psychischen Störung. Als prädisponierende Faktoren einer Essstörung gelten beispielsweise die genetische Veranlagung für ein schadenvermeidendes Temperament (biologisch), geringe Selbstwirksamkeitserwartung aufgrund der Lerngeschichte (psychologisch) sowie ein überbehütender Erziehungsstil der Eltern (sozial). Subklinische Verhaltensmuster der betroffenen Person (z.B. Diät halten) können aufgrund von neu

auftretenden oder chronischen körperlichen, psychischen oder/und sozialen Belastungen eine klinische Ausprägung erreichen (z.B. restriktives Essverhalten im Rahmen einer Anorexia nervosa). Die Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Störung wird wiederum von den Verhaltensmustern der Betroffenen Personen selbst (z.B. Unsicherheitsintoleranz) sowie Reaktionen des Umfeldes (z.B. verstärkte Zuwendung und/oder Streitigkeiten) bedingt.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977) berücksichtigt in Ergänzung zum biopsychosozialen Modell zusätzlich die Wechselwirkung von geschichtlich erworbenen Vulnerabilitäten und Belastungsfaktoren bei der Entstehung psychischer Erkrankungen. Das Modell postuliert, dass angeborene oder lebensgeschichtlich erworbene Vulnerabilitäten das Risiko erhöhen, bei zunehmender Belastung oder einschneidenden Lebensereignissen eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Menschen unterscheiden sich nach diesem Modell bezüglich des Vulnerabilitätsgrades. Es werden dabei biologische, psychologische und störungsspezifische Vulnerabilitäten unterschieden. Menschen mit hoher Vulnerabilität zeigen bereits Belastungsreaktionen bei vergleichbar geringer Belastung als Menschen mit geringer Vulnerabilität. Bei der Manifestation von Krankheitssymptomen unterscheiden sich die Menschen wiederum darin, wie flexibel bzw. rigid Bewältigungsstrategien eingesetzt werden. Diese schützenden und gesundheitsfördernden Faktoren werden unter dem Begriff «Resilienz» zusammengefasst. Resilienz ist die erfolgreiche Aktivierung von verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen (Steinebach, 2012).

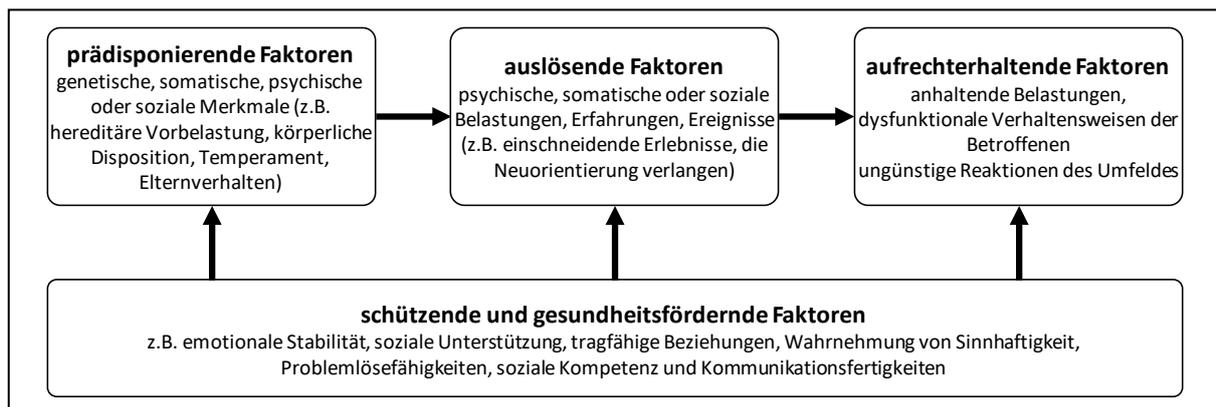


Abbildung 2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (vgl. Reinecker, 2015)

Das lerntheoretische Modell oder genauer das sogenannte ABC-Modell (Kanfer & Saslow, 1969) ist ein weiteres Modell, das in die Grundstruktur des Störungsmodells des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie integriert wird. Während das biopsychosoziale Modell und das Vulnerabilitäts-Stress-Modell die Analyse der individuellen Ausprägung und Gestaltung einer psychischen Störung auf der Makroebene dienen, ermöglicht das ABC-Modell die Erfassung der individuellen Ausprägung eines problematischen Verhaltens (oder Symptoms) in einer bestimmten Situation sowie die funktionale Analyse dessen vorausgehenden (auslösenden) und nachfolgenden (aufrechterhaltenden) Bedingungen. Das Modell beruht auf die Annahme, dass lerntheoretische Verhaltensprinzipien universell gültig sind (Schneider & Margraf, 2018). Auf die Erläuterung der theoretischen Grundlagen aus der Lernpsychologie, d.h. klassisches (respondentes) Konditionieren (Jones, 1924), operantes (instrumentelles) Konditionieren (Skinner, 1945) und Modelllernen (Bandura, 1967, 1986) wird hier verzichtet. Für die Anwendung einer ABC-Analyse wird jedoch ein fundiertes Verständnis der lernpsychologischen Prinzipien vorausgesetzt (Reinecker, 2015).

Das ABC-Modell hat nicht den Anspruch die «Wahrheit» zu entsprechen oder die «Realität» abzubilden, sondern eine Möglichkeit zu bieten, über Verhalten zu sprechen, Verständnis zu erlangen, Hypothesen zu bilden und Handlungsfähigkeit zu erleben (Törneke, 2012). Die ABC-Verhaltensformel enthält, wie gesagt, drei Elemente, die in einer funktionalen Beziehung zueinanderstehen.

- A steht für Antezedens oder die vorausgehenden Bedingungen bzw. Bedingungen, die gegenwärtig sind, wenn das Verhalten auftritt. Eine bestimmte Situation löst nicht bei allen Menschen, in jeden Kontext oder zu jedem Zeitpunkt die gleiche Reaktion aus. Zu den vorausgehenden Bedingungen gehören also zusätzlich Verarbeitungsprozesse (d.h. Aufmerksamkeit, Vorstellungen, Erinnerungen, Bewusstsein; Stangier, 2019).
- B steht für «behavior» bzw. Verhalten und meint damit, alles, was getan wird (d.h. denken, fühlen, körperlich reagieren, sprechen, handeln), bewusst (explizit) und unbewusst (implizit). Verhalten ist erlernt, d.h. wurde in einem Lernumfeld verstärkt. Verhalten ist die abhängige Variable, die in der klinischen Praxis vorhergesagt bzw. verändert werden soll.
- C steht für «consequence» bzw. Konsequenz. Sie besitzt zwei Funktionen: eine verstärkende (d.h. künftige Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens steigt) und eine bestrafende (d.h. künftige Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens sinkt). Bei dysfunktionalen Verhaltensweisen handelt es sich selbsterklärend um eine negative Verstärkung (d.h. die erwartete Bedrohung tritt aufgrund des Verhaltens nicht ein) oder positive Verstärkung (z.B. Aufmerksamkeit und Zuwendung erhalten aufgrund des Verhaltens).

Wie eine ABC-Analyse in der klinischen Praxis eingesetzt werden kann, soll an einer kurzen Vignette erläutert werden: Ein 10-jähriger Knabe erlebt chronische Überforderung im schulischen Kontext aufgrund von nicht-diagnostizierten Teilleistungsschwächen. Sobald er bei einer schulischen Aufgabe nicht weiterkommt, resigniert er und weigert sich weiterzuarbeiten. Problematisch für die Lehrperson ist, dass er dann die anderen Mitschüler:innen im Unterricht stört und bei Zurechtweisung aggressiv gegenüber der Lehrperson reagiert und schliesslich das Klassenzimmer verlässt. Als problematisches Verhalten (B) könnten wir die Verweigerung oder das störende Verhalten oder das aggressive Verhalten oder das Verlassen des Klassenzimmers bestimmen. Falls wir uns therapeutisch aufgrund der alltäglichen Relevanz und in Absprache mit dem Knaben, den Eltern und der Lehrperson beim Verweigerungsverhalten ansetzen, wären als vorausgehenden Bedingungen (A) einerseits die zu schwierige Matheaufgabe und andererseits die damit einhergehenden Verarbeitungsprozesse bedeutsam. Er könnte beispielsweise sich sehr stark auf das nicht Weiterkommen beim Lösen der Aufgaben fokussieren. Er könnte eine Vorstellung von sich haben, «dumm» dazustehen, wenn er nach Hilfe fragt. Es könnten Erinnerung wach gerufen werden an früheres Unvermögen, die Erklärungen der Lehrperson zu folgen, und dann von den Mitschüler:innen ausgelacht zu werden. Diese Vorstellungen könnten ablenkende und schwer aushaltbare sorgenvolle Gedanken auslösen. Die Konsequenz (C) seiner Verweigerung ist die vermeintliche Verhinderung einer demütigenden Reaktion der Lehrperson oder der Mitschüler:innen (negative Verstärkung der Verweigerung). Möglicherweise erntet er anerkennende Blicke, wenn er die Aufgaben verweigert (positive Verstärkung der Verweigerung). Diese Konsequenzen sind offensichtlich nur kurzfristig erleichternd, denn längerfristig halten sie die Probleme aufrecht oder verstärken diese sogar.

Im therapeutischen Kontext geschieht Veränderung durch die Beeinflussung der Antezedenzen und/oder Konsequenzen des zu verändernden Verhaltens. In unserem Beispiel könnte (1) das Anforderungsniveau der Matheaufgaben angepasst werden, (2) die Verarbeitungsprozesse therapeutisch bearbeitet werden, damit andere funktionalere Verhaltensweisen eher gezeigt werden können (z.B. Lehrperson um Hilfe bitten) oder (3) korrigierende Erfahrung ermöglichen, dass eine Inanspruchnahme von Unterstützung durch die Lehrperson nicht so aversiv ist und nicht mit negativen Folgen in

der Peergruppe einhergeht. Diese drei Ansätze könnten potenziell dazu führen, dass der Knabe erwünschteres bzw. funktionaleres Verhalten zeigt.

Durch die Orientierung an das biopsychosoziale Modell, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell sowie das lerntheoretische ABC-Modell ist das Fundament des Störungsmodells des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie solide und gleichzeitig flexibel genug, weniger dem Wandel der Zeit unterworfen zu sein. Inhaltlich kann das Modell gemäss den unterschiedlichen theoretischen Störungsmodellen der verschiedenen Psychotherapieschulen und insbesondere dem aktuellen empirischen Wissensstand zu den prädisponierenden, auslösenden, aufrechterhaltenden Faktoren und Prozessen von psychischen Störungen sowie deren Veränderungsprozessen fortlaufend adaptiert werden.

### Kernprozesse menschlichen Erlebens und Verhaltens

Zur Erklärung der Verarbeitungsprozesse im transtheoretischen Störungsmodell wird die wissenschaftlich fundierte Dual-Prozess-Theorie (James, 1890,1950) der Informationsverarbeitung herangezogen. Gemeinsam mit der Orientierung an grundlegende Erklärungsmodelle psychischer Störungen wird dadurch ein robustes, wissenschaftlich gesichertes Fundament geschaffen, welches erlaubt psychotherapeutisch hoch relevante, aber wissenschaftlich noch weniger abgesicherte Theorien zu integrieren. Dabei handelt sich um entwicklungspsychologische Aspekte, die humanistisch-psychologischen Theorien zur Selbstaktualisierung und Konsistenzregulation von Rogers (Rogers & Schmid, 1991), die allgemeinspsychologische Konsistenztheorie von Grawe (1998) sowie die neurowissenschaftliche Theorie zur Emotionsregulation von Gilbert et al. (2008). Diese Theorien lassen sich in das Grundgerüst der Dual-Prozess-Theorie integrieren und untermauern es mit psychotherapeutisch relevantem Wissen und beleben es mit einer psychotherapeutischen Haltung. Gleichzeitig beschreiben diese Theorien schulübergreifend etablierte Vorstellungen, wie psychische Störungen entstehen, aufrechterhalten werden und wie Menschen sich positiv verändern können.

Im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie werden diese Theorien als Kernprozesse menschlichen Erlebens und Verhaltens bezeichnet. In den folgenden Kapiteln werden zunächst diese Prozesse erläutert. Deren Verständnis ist für die Umsetzung des verfahrensübergreifenden Ansatzes sehr bedeutsam, da sie die Dynamik und Prozesse im Störungsmodell bedingen. Danach wird das transtheoretische Modell der Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung psychischer Störungen des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie erklärt. Das Kapitel wird von der Fallkonzepterstellung in Anlehnung an das Störungsmodell abgeschlossen.

### Informationsverarbeitungsprozesse

Dual-Prozess-Theorien wurden erstmals von James (1890, 1950) eingeführt und massgeblich von Epstein (2014) weiterentwickelt. Seit den späten 1990er-Jahren haben sich Dual-Prozess-Theorien in allen Fachrichtungen der empirischen Psychologie durchgesetzt (Carver et al., 2017; Caspar et al., 2017; Grawe, 1999; Jäncke, 2021; Kahnemann, 2011; Neyer & Asendorpf, 2018; Spunt, 2015; Strack & Deutsch, 2004). Sie gehen davon aus, dass zwei unterschiedlich funktionierende Informationsverarbeitungsprozesse parallel ablaufen, die verschiedene Hirnstrukturen nutzen: (1) automatische, unflexible und (2) absichtsvolle, flexible Prozesse (Epstein, 2014). Aktuelle Dual-Prozess-Theorien betonen eine stetig ablaufende Dynamik zwischen diesen beiden Prozessen (Pennycook, 2018). Im Folgenden werden diese komplexen Systeme vereinfacht und zweckmässig erläutert.

Die automatischen Prozesse werden auch als «involuntary initial responses» bezeichnet, weil sie unfreiwillig, innerhalb von Millisekunden und bewusstseinsfern ablaufen (Epstein, 2014). Sie sind evolutionär wesentlich älter als die Prozesse des zweiten Typs und laufen vor allem emotional und körperlich ab (vgl. Strack & Deutsch, 2004). Die Prozesse basieren auf Prinzipien der klassischen und

operanten Konditionierung und Modellernen (Epstein, 2014). Sie dienen der Sicherung der zentralen körperlichen und psychischen Grundbedürfnisse.

Im automatischen System ist die Informationsverarbeitung durch zwei unterschiedliche motivationale Orientierungen bestimmt: Annäherung und Vermeidung (Epstein, 2014). Annäherung dient der Erfüllung von Grundbedürfnissen und Vermeidung der Verhinderung von Verletzungen derselben. Diese motivationalen Orientierungen werden körperlich-affektiv aktiviert (Damasio, 1996) und beeinflussen die weiteren Verarbeitungsprozesse sowie schliesslich die physiologische, kognitive und motorische Reaktion (Strack & Deutsch, 2004).

Werden in der Interaktion mit der Umwelt Grundbedürfnisse einer Person verletzt, entstehen assoziativ aufgrund der physiologisch-affektiven Aktivierung implizite Enkodierungen, um künftige Verletzungen zu vermeiden (Epstein, 2014, Strack & Deutsch, 2004, Pennycook, 2018). Diese Annahmen sind mit relevanten internen und externen Stimuli (Antezedenzen) verbunden, welche künftig als Warnsignale für erneute Verletzungen dienen. Zudem wird auch die (vermeintlich) erfolgreiche Bewältigungsreaktion (im Sinne von Freeze, Flight, Fight) enkodiert (Epstein, 2014), damit auch diese künftig automatisch aktiviert wird. Eine solche Konstellation von physiologisch-affektive Aktivierung, Annahmen und Bewältigungsstrategie wird als Vermeidungsschema bezeichnet (Epstein, 2014). Jede Aktivierung der Stimulus-Reaktion-Verbindung hinterlässt erneute Gedächtnisspuren (Konsequenzen), die beim nächsten Signal wiederum leichter angeregt werden können (Strack & Deutsch, 2004). Abbildung 3 zeigt die verschiedenen Elemente des automatischen Prozesses (grüne Markierung).

Die Schemaaktivierung und die Verhaltensausführung passieren, wie gesagt, sehr schnell, automatisch, implizit und sind schwer regulierbar. Vorteil ist, dass sie keine aufwändigen Kontroll- und Aufmerksamkeitsprozesse benötigt und deswegen effizient ist (Jäncke, 2021). Diese Fähigkeit ist nicht nur überlebensdienlich, sondern auch nützlich für Routinetätigkeiten (Jäncke, 2021). Unser Alltagsleben wird mehrheitlich von den automatisierten Prozessen bewältigt. Problematisch wird es, wenn bestimmte Kontextbedingungen fälschlicherweise mit bedrohlichen Erwartungen verknüpft werden und die ausgelösten Bewältigungsreaktionen dysfunktional (nicht wirksam oder nicht hilfreich) sind. Beispielsweise könnte ein Jugendlicher – aufgrund entsprechender Erfahrungen mit seinem gewalttätigen Vater – den aufmerksamen Blick eines anderen Jugendlichen als Signal eines drohenden Angriffs werten und impulsiv mit einem «Gegen»-Angriff reagieren. Die vermeintlich erfolgreiche Abwehr eines Angriffs verstärkt die Stimulus-Reaktion-Verbindung im Sinne einer negativen Verstärkung, so dass der Jugendliche sich mit hoher Wahrscheinlichkeit künftig wieder so verhalten wird.

Die bisherigen Erläuterungen lassen erkennen, dass das Dual-prozess-Modell problemlos mit lerntheoretischen (z.B. Bandura, 1967, 1969) und kognitiven Modellen (Beck, 1970; Ellis, 1975) der empirischen Psychologie verknüpfen lässt, welche die Entstehung und insbesondere die Aufrechterhaltung von psychischen Störungen erklären. Psychotherapeutische Interventionen zielen darauf ab, diese dysfunktionalen Automatismen (oder Teufelskreise) situativ wahrzunehmen und zu verlangsamen, um den Zugang zu funktionaleren (Meta-) Kognitionen und/oder Handlungen zu ermöglichen. Somit ist aus Sicht der Dual-Prozess-Theorie das grundlegende Ziel der Psychotherapie, die Stärkung der Fähigkeit zur Selbstregulation und -steuerung (Stangier, 2019). Wie Selbstregulation funktioniert, lässt sich mit dem zweiten Prozess des Dual-Prozess-Modells erklären.

Neben dem automatischen existiert nämlich auch ein reflektorischer Informationsverarbeitungsprozess. Das entsprechende System beinhaltet – auf deklaratives Wissen und Fakten basiertes – analytisches und rationales Denken (Epstein, 2014; Strack & Deutsch, 2004). Es lenkt auch bewusst die Aufmerksamkeit, was eine Regulation der vorgeschalteten automatischen Prozesse ermöglicht (Pennycook, 2018). Im Gegensatz zu den automatischen Reaktionen erfordern diese absichtsvollen Prozesse jedoch hohe kognitive Kapazitäten. Zudem werden sie erst zeitverzögert nach der initialen Reaktion aktiv (Pennycook, 2018).

Allgemein hängt die Fähigkeit zur Selbstregulation von situativen, kontextuellen und individuell dispositionalen und biologischen Faktoren ab (Strack & Deutsch, 2004; Pennycook, 2018) und nimmt mit zunehmender Hirnreifung zu (Epstein, 2014). Somit sind Kinder und Jugendliche je nach Entwicklungsstadium mehr oder weniger auf ko-regulatorische Unterstützung durch erwachsene Bezugspersonen angewiesen. Diese Ko-Regulation ist gemäss der Bindungstheorie (vgl. Bowlby, 2021) im Sinne einer gesunden Entwicklung unerlässlich. Sie bildet die Basis und bedingt somit die Entwicklung von Mentalisierungs- und Selbstregulationsfähigkeiten. Einschränkungen in der Erkennung, Monitoring und Regulation von automatischen Prozessen korrelieren mit starken Ausprägungen aversiver Affekte und impulsiven Reaktionen auch im späteren Lebensverlauf (Carver et al., 2017). Nach Epstein (2014) gehen die bewusstseinsfernen affektiv-körperlichen Aktivierungen mit einer Überidentifikation mit dem automatisierten Erleben, Denken und Handeln einher und führen zu innerpsychischen und zwischenmenschlichen Konflikten. Aus der Dual-prozesstheoretischen Forschung lässt sich ableiten, dass psychische Gesundheit mit dem Ausmass der regulierenden Fähigkeiten der rationalen Verarbeitungsprozessen einhergeht (Bronstein et al., 2019; Carver et al., 2017).

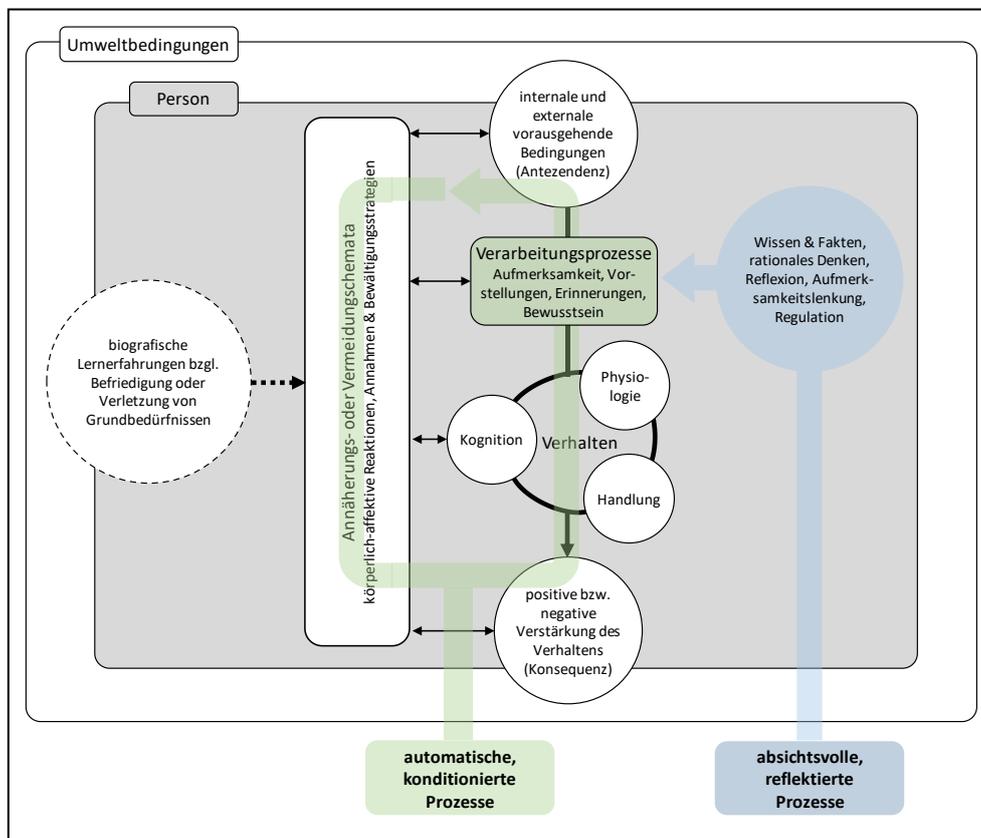


Abbildung 3 Die automatischen und die absichtsvollen Prozesse der Dual-Prozess-Theorie (in Anlehnung an Epstein, 2014; Pennycook, 2018; Strack & Deutsch, 2004)

Es ist wichtig zu betonen, dass die automatischen, konditionierten Prozesse in einer bedürfnisbefriedigenden, sicheren Interaktion zwischen Person und Umwelt entsprechend Annäherungsschemata entstehen und aktivieren lassen. Das Ziel der Psychotherapie eine gesunde Entwicklung zu fördern kann somit in Anlehnung an die Dual-Prozess-Theorie auf zwei Wege erreicht werden: erstens, durch die Entwicklung selbstregulatorischer Fähigkeiten (absichtsvoller Prozess) und, zweitens, durch die Förderung von Bedingungen, welche eine automatisierte Annäherung ermöglichen (automatischer

Prozess). Das erste Ziel kann mit interaktionellen und das zweite eher mit facilitativen Interventionen erreicht werden (vgl. Behr, 2012).

Im facilitativen Modus der Psychotherapie fördert die bedingungsfreie Wertschätzung und Empathie der Therapeut:in Selbstexploration und eigenständige Entwicklung (Behr, 2012). Dies kann mit der automatischen Aktivierung des Annäherungsmodus gleichgesetzt werden. Im interaktionellen Modus bietet sich die Therapeut:in als Gegenüber an, mit dem korrigierende Beziehungserfahrungen gemacht werden können. Diese «echte» Beziehung ist ein allgemeiner Wirkfaktor der Psychotherapie (vgl. Wampold & Imel, 2015). Sie fordert Hoffnung und positive Erwartung bezüglich des therapeutischen Prozesses, Steigerung des Selbstwirksamkeitsgefühls und der Handlungsfähigkeit und schliesslich die Problembearbeitung bzw. -bewältigung im therapeutischen Setting und im gewohnten Lebensumfeld (vgl. Wampold & Imel, 2015; Grawe, 1995). In der Psychotherapie entwickelt sich meistens eine komplexe Dynamik zwischen diesen beiden Modi, deren bewusste Steuerung in der Kompetenz der Therapeut:innen steht.

Wie bereits beschrieben, dominieren die automatischen Prozesse unser Erleben und Verhalten (vgl. Jäncke, 2021). Dies bedeutet, dass die Aktivierung der selbstregulatorischen Prozesse im Rahmen der Psychotherapie dazu führen soll, dass bewusst korrektive Erfahrungen in ehemals bedrohlich konnotierten Kontexten gemacht werden. Diese wiederholten positiven Erfahrungen gehen mit dem Aufbau von zunehmend automatisch aktivierten Annäherungsverhaltensweisen einher. Ziel der Psychotherapie ist also kurz gesagt, die Förderung der Automatisierung von Annäherungsverhalten in ausgewählten Kontexten.

In den folgenden Kapiteln werden drei weitere psychotherapeutisch relevante Prozesse erläutert, welche die störungs- und behandlungsrelevanten Prozesse des Dual-Prozess-Modells aus einer entwicklungspsychologischen, einer neurowissenschaftlichen und humanistisch-psychologischen Perspektive ergänzen.

#### Transaktionale systemische Modelle der psychologischen Entwicklung

Die Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie helfen, die Invarianz und Variabilität, die Stabilität und Veränderung von Verhaltensweisen im Lebenslauf zu erklären unter Einbezug von altersbezogener Reifung und in der Wechselwirkung mit der sozialen und physischen Umwelt. Die transaktionalen Konzeptionen beispielsweise von Cairns & Cairns (2006) gehen von systemischen Annahmen aus. Menschen leben, agieren und entwickeln sich in sozialen bzw. ökologischen Systemen. Sie seien Teil verschiedener Systeme, die in Relation stehen zueinander und einander beeinflussen (Montada, Lindenberger, Schneider, 2012). Der Mensch und seine Umwelt bilden ein Gesamtsystem, in dem sowohl der einzelne Mensch als auch seine Umwelt aktiv und miteinander verbunden aufeinander einwirken. Diese Annahme wird besonders deutlich, wenn wir uns vergegenwärtigen, wie ein neugeborenes Kind in besonderem Masse auf eine entwicklungsförderliche Umwelt angewiesen ist, diesem vor allem zu Beginn passiv ausgesetzt ist, und diese mit der Zeit mit seiner Präsenz wiederum mitgestaltet. Sowohl das Kind wie auch die Eltern sind in einer Phase rasanter Entwicklung, die sich gegenseitig bedingt und beeinflusst.

Auf dieser transaktionalen Grundlage basiert das systemische Verständnis von Entwicklungsproblemen gemäss Brandstädter (1985). Ein Entwicklungsproblem liege vor, wenn bestimmte Entwicklungsstandards nicht erbracht werden können bzw. Entwicklungsaufgaben nicht geleistet werden können. Brandstädter (1985) charakterisiert Entwicklungsprobleme als Passungsprobleme. Fehlende Passung zwischen den Zielen des Kindes selbst, zwischen seinen Potentialen (z.B. Dispositionen, Kompetenzen), den Anforderungen seines Umfelds und den dort existierenden Standards und den Angeboten. Die erlebten Diskrepanzen manifestieren sich in unterschiedlichen Problemverhalten. So kann

häusliche Gewalt gegenüber einem Kind als Passungsproblem verstanden werden, wenn dieses leicht irritierbar ist und viel Ko-Regulation benötigt (vielleicht weil es zu früh geboren wurde), die Eltern aber rigide Vorstellungen von Erziehung haben und wenig sensitiv auf die Bedürfnisse reagieren können (vielleicht weil sie z.B. aktuelle Stressoren erleben, wie beengte Wohnverhältnisse und Arbeitslosigkeit) und somit mit Strafen agieren und daraus eine unausweichliche Eskalation entsteht.

Gemäss Brandstädter & Lindenberger (2007) vollzieht sich Entwicklung in einem «permanenten, vielfach konflikträchtigen, entwicklungs-offenen Wechselspiel von normativen kulturellen Entwicklungsanforderungen und persönlichen Entwicklungszielen, von sozialen Entwicklungsangeboten und individuellen Entwicklungsmöglichkeiten (S. 36)». Im transtheoretischen Modell des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie finden diese entwicklungspsychologischen Ansätze Eingang, um Problemverhalten als Lösungsversuche bei Passungsproblemen zwischen der kindlichen Disposition und mit den Anforderungen und Angeboten dessen Umwelt zu verstehen. Psychotherapeutische Interventionen zielen darauf ab, intra- und interpersonale Konflikte zu lösen und so gesündere Entwicklungsprozesse beim Kind und dessen Bezugssystem zu ermöglichen.

### Emotionsregulationsprozesse

Depue & Morrone-Strupinsky (2005) schlagen aufgrund ihrer neuropsychologischen Forschung drei Emotionsregulationssysteme vor, die für alle Säugetiere ihre Gültigkeit haben. Gilbert et al. (2008, 2009) haben diese drei Typen in ihrer Forschung in Bereich der positiven Psychologie bestätigt.

- Bedrohungs- und Selbstschutzsystem («threat and protection»)
- anreiz- und belohnungssuchendes Antriebserregungssystem («drive and excitement»)
- Besänftigungs-, Zufriedenheits- und Sicherheitssystem («contentment, soothing and social safeness»)

Die Theorie der drei Emotionsregulationssysteme nach Gilbert et al. (2008; 2009) ist, trotz hoher klinischer Relevanz, noch wenig wissenschaftlich fundiert. Im Folgenden wird diese Theorie kurz erläutert und durch Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften, der Säuglingsforschung und der Bindungstheorie ergänzt.

Das Bedrohungs- und Selbstschutzsystem ist evolutionär das grundlegende System und alle Lebewesen verfügen darüber (Gilbert et al., 2008). Die Neurophysiologie dieses Systems ist inzwischen wissenschaftlich gut untersucht (LeDoux 1998; Panksepp 2004). Das System beinhaltet überlebenssichernde Prozesse, die extrem schnell, hoch automatisiert, subkortikal und somit bewusstseinsfern ablaufen (LeDoux, 1998). Hierbei spielt das autonome Nervensystem eine bedeutsame Rolle, indem es unablässig sämtliche eingehende Reize prüft und so Entscheidungsfindung und Verhaltensreaktion beeinflusst, ohne dass die Auslösereize explizit bewusst sind (Klarer et al., 2014). Die Reaktion auf Bedrohung ist entweder die sympathische Aktivierung (Flight, Fight oder Unterwerfung) oder bei gesteigerter Lebensgefahr die Immobilisierung (Freeze oder Faint). Das Bedrohungssystem geht mit Gefühlen von Wut, Angst und Ekel einher. Es ist bekannt, dass unterschiedliche Schutzreaktionen miteinander konfliktieren können. Beispielsweise kann in sozialen Situationen gleichzeitig ängstlich und wütend reagiert werden (Dixon, 1998). Annäherungs-/Vermeidungs-Konflikte lösen Stress aus (Gilbert, 2009). Konflikte zwischen unterschiedlichen Emotionen und Handlungsoptionen nehmen mit steigendem Stressniveau zu (Gilbert & Irons, 2010).

Sinnvollerweise wird bei allen Lebewesen die unmittelbare Überlebenssicherung vor allen anderen Bedürfnissen priorisiert (Porges, 2011). Ausserhalb von Gefahrensituationen hemmt das autonome Nervensystem die akuten Schutzreaktionen und schafft die neurobiologische Voraussetzung für Gesundheit, Entwicklung und Genesung (Porges, 2011). Das anreiz- und belohnungssuchendes Antriebserregungssystem geht mit positiven Gefühlen von Aufregung und Freude einher. Als

Aktivierungssystem vermittelt es positive Gefühle, welche dazu anleiten, motivieren und ermutigen, Ressourcen zu verschaffen, die für das Überleben und den Erfolg benötigt werden, wie z.B. Nahrung, Sexualität, Allianzen (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Hindernisse, die den Zielen und Anreizen entgegenstehen aktivieren wiederum das Bedrohungssystem und führen zu Angst, Frustration und/oder Wut (Gilbert & Irons, 2010). Das Anreizsystem interagiert mit dem Bedrohungssystem auch dann, wenn beispielsweise ein Antrieb für Status oder materiellen Besitz besteht, um negative soziale Ereignisse (z.B. Ablehnung) zu vermeiden (Gilbert, 2009).

In einer Situation ohne Bedrohung und mit hinreichenden zur Verfügung stehenden an Ressourcen wird das dritte System des Wohlbefindens aktiviert (Depue & Monroe-Strupinsky, 2005). Es ist das in der Evolution zuletzt entstandene System und nur bei Säugetieren vorhanden (Porges, 2011). Das System hat sich signifikant mit der Evolution von Bindungsverhalten entwickelt (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Gemäss Gilbert et al. (2008) wird es mit Zufriedenheit, Friedlichkeit und Wohlbehagen konnotiert. Es ist wichtig zu betonen, dass das Sicherheitsgefühl nicht zwangsläufig mit einem niedrigen Aktivitätsniveau einhergeht, denn in diesem Zustand sind soziale Verbundenheit, Mitgefühl und soziales Engagement sowie auf Sicherheit basierende Aktivitäten, wie Neugier und Erkundungsverhalten, möglich (Gilbert & Irons, 2010). Da die Überlebenssicherung für Menschen auch einen gemeinschaftlichen Zusammenhalt erfordert, ist auch die Berücksichtigung von bedrohlichen sozialen Reizen überlebensnotwendig (Siegel, 2012). Bei einer Bedrohung der sozialen Zugehörigkeit wird demnach auch das Bedrohungssystem aktiviert.

Die Theorie der drei Emotionsregulationssysteme kann mit den Erkenntnissen der Säuglings- und Bindungsforschung integriert werden (vgl. Gilbert et al., 2008). Bekanntlich erleben Säuglinge und junge Kinder ungenügende Responsivität (Ainsworth, Bell & Styton, 1974) und mangelnde Affektabstimmung (Stern, 1986) der primären Bezugspersonen als existentielle Bedrohung. Im Sinne der Überlebenssicherung entwickeln betroffene Kinder Bewältigungsstrategien wie Resignation, Protest oder Aggression im Umgang mit solchen bedürfnisverletzenden Umständen (vgl. Epstein, 2014). Sie entwickeln stark verallgemeinerte negative Annahmen über sich selbst und/oder der Welt. Aufgrund der kurzfristigen Wirksamkeit dieser Strategien bleibt die Inkongruenz aufgrund der Bedürfnisverletzung bestehen, was wiederum mit widersprüchlichen, ineffektiven oder unangemessenen Verhaltensweisen in ähnlichen Beziehungssituationen einhergeht (Rogers, 1991; Grawe, 2004).

In der Bindungstheorie werden solche Interaktionsmuster als «innere Arbeitsmodelle» (Bowlby, 1958) bezeichnet, welche die Betroffenen von Geburt an gegebenenfalls ein Leben lang in Beziehungen zeigen (Ainsworth et al., 1974). Diese Interaktionsmuster bzw. Reaktionsbereitschaften beruhen auf Annahmen über sich selbst und der (sozialen) Umwelt und sind an bestimmten Beziehungsthemen oder Interaktionstypen gekoppelt (vgl. Epstein, 2014). Eine ähnliche Idee postuliert die interaktionelle Theorie des Selbst aus der Säuglingsforschung, dass ein enger Zusammenhang zwischen Interaktionserfahrungen und Selbsterleben besteht (Stern, 1986).

Im Rahmen einer sicheren Bindungsinteraktion kann davon ausgegangen werden, dass das Bedrohungssystem zugunsten des Antriebsystems oder System des Wohlbefindens (Gilbert et al., 2008) gehemmt ist. Durch die Aktivierung des Systems des Wohlbefindens können positive Interaktions- oder Beziehungserfahrungen gemacht werden und somit das Selbsterleben und die Annahmen über andere unmittelbar verändert werden. Hier setzen interaktionelle Interventionen in der Psychotherapie an (Behr, 2012).

Im Störungsmodell des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie werden die obigen Erkenntnisse trotz ihrer zurzeit noch fehlenden Empirie integriert, weil sie die Idee der Annäherungs- und Vermeidungsschemata oder -modi unterschieden nach der Dual-Prozess-Theorie (Epstein, 2014) sinnvoll ergänzen: Die Aktivierung des Bedrohungssystem in der Theorie von Gilbert et al. (2008) erinnert an die

körperlich-affektive Aktivierung des automatischen Prozesses beispielsweise bei Bedürfnisfrustrationen. Dies entspricht der Aktivierung eines Vermeidungsschemas oder -modi (Epstein, 2014). Soziale Sicherheit in Verbundenheit mit einem emotional-(ko)-regulierenden Gegenüber aktiviert das System des Wohlbefindens nach Gilbert et al. (2008). Diese Aktivierung geht mit der automatischen Aktivierung von einer Annäherungsorientierung nach der Dual-Prozess-Theorie einher (Epstein, 2014).

Im Zusammenhang mit den allgemeinen Wirkfaktoren (siehe Prozess II Prozesse in der Psychotherapie) wird die Bedeutung der automatischen Aktivierung von Vermeidungs- oder Annäherungsverhalten für die Erklärung von psychischen Störungen und deren Veränderungsmechanismen deutlich. Grundsätzlich kann eine Vermeidungsorientierung als zentraler psychopathologischer Prozess und die Annäherungsorientierung als Basis für Veränderungsprozessen und Voraussetzung für eine wirksame Psychotherapie betrachtet werden (Goldfried, 2019). Eine Annäherungsorientierung setzen wir mit dem Besänftigungs-, Zufriedenheits- und Sicherheitssystem (Gilbert et al., 2008) gleich. Diese Aktivierung obliegt der Kompetenz der Psychotherapieperson, genauso wie die Bereitstellung eines sicheren und geschützten Therapieumfelds.

Selbstaktualisierungs- und Konsistenzregulationsprozesse

Steinebach & Schär Gmelch (2015) gehen in Anlehnung an Rogers (1991) und Grawe (2004) von zwei Prinzipien aus, wie das psychische System funktioniert und somit das menschliche Verhalten bedingt wird: (1) dem Prinzip der Selbstaktualisierung und (2) der Konsistenzregulation.

Der Selbstaktualisierung liegt die Aktualisierungstendenz zu Grunde, dem einzigen Axiom das im theoretischen Konzept der humanistischen Lehre gemäss Rogers (2016) vorausgesetzt wird. Die Aktualisierungstendenz bezeichnet die «jedem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten (...) dass sie der Erhaltung und Förderung des Organismus dienen (S.26).»

Auf den Menschen übertragen bedeutet das gemäss Rogers (1991), dass «die Selbstverwirklichungstendenz in jedem lebenden Organismus vorhanden ist – die Tendenz zu wachsen, sich zu entwickeln, alle seine Möglichkeiten zu verwirklichen. Diese Lebensweise vertraut dem konstruktiven, zielgerichteten Fluss des Menschen zu immer komplexerer und vollständigerer Entwicklung (S.241).» Es bedeute auch, sich dem Strom des Lebens hingeben zu können und wenn das Individuum innerlich frei sei, wähle es als das «gute Leben», den Prozess dieses Werdens (ebd. S.130). Für einen ungestörten «Prozess des Werdens», für die Entwicklung eines kongruenten Selbst (Rogers, 1991) ist die Befriedigung des zentralen Bedürfnisses nach unbedingter Wertschätzung in zwischenmenschlichen Beziehungen nötig. Ist die Entwicklung eines kongruenten Selbst möglich, so stimmt auch das gezeigte Verhalten damit überein. Roger (1991) benutzt dafür den Begriff der «Konsistenz» (S.133), im Sinne von Grawe (2004) weiter diskutiert wird.

Rogers (1991) versteht Konsistenz als eine Übereinstimmung zwischen dem Selbst und dem gezeigten Verhalten. Konsistenz kann aber nicht nur zwischen der Eigenwahrnehmung (Selbst) und dem organismischen Erleben (Verhalten) entstehen, sondern auch zwischen der subjektiven Wirklichkeit und der äusseren Realität und auch zwischen dem Selbst und dem Idealselbst. Grawe (2004) fasst den Begriff noch weiter und definiert mit Konsistenz ein Zustand des Organismus – der «Vereinbarkeit oder Übereinstimmung aller gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse» (S.186).

Das Prinzip der Konsistenzregulation stellt gemäss Grawe (2004) ein grundlegendes Prinzip der «innerorganismischen Organisation» dar (S.186). Dem psychischen Geschehen liegen zahlreiche parallel ablaufende Prozesse zu Grunde (u.a. Wahrnehmungen, Bedürfnisse, motivationale Ziele, Kognitionen) und das Streben, diese Prozesse in Einklang miteinander zu bringen, sei die «eigentliche bewegende Kraft im neuronalen/psychischen Geschehen» (S.191).

Das Streben nach Konsistenz steht demnach vor der Befriedigung der Grundbedürfnisse und ist damit eine Bedingung, dass diese überhaupt befriedigt werden können. Grundbedürfnisse und Konsistenzregulation hängen aber sehr eng zusammen und können nicht losgelöst betrachtet werden (Grawe, 2004). Die Erläuterung der Grundbedürfnisse erfolgt im nächsten Kapitel.

### Transtheoretisches Modell des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

Das transtheoretische Modell zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von psychischen Störungen aus dem MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie wird aufbauend auf die Kernprozesse in folgende Ebenen aufgeteilt:

- Ebene des erleb- und/oder beobachtbaren Verhaltens sowie die Ebene der personen- und umweltbezogenen aufrechterhaltenden Bedingungen
- Ebene der Schemata (körperlich-affektiv, Annahmen und Verhaltensmuster)
- Ebene der Grundbedürfnisse bzw. Passung oder Konflikte
- Ebene der Lebenserfahrungen mit den personalen und sozialen Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren

In den nachfolgenden Kapiteln werden alle Ebenen des Modells der Reihe nach erklärt. Zunächst werden die Ebene der primären Lebenserfahrungen und die Ebene der Grundbedürfnisse eingeführt und dann die Prozesse bei Grundbedürfnisbefriedigung und -verletzungen und den daraus folgenden Konflikten erläutert. Die Erklärung der Schemata beinhaltet auch innerpsychische Prozesse, deren Klärung ein wichtiger verfahrensübergreifender Wirkfaktor der Psychotherapie ist. Schliesslich werden die Prozesse auf Verhaltensebene erklärt, welche die funktionale Analyse der störungsaufrechterhaltenden Faktoren ermöglicht, um die individuelle Ausprägung und klinisches Bild der psychischen Erkrankung zu erfassen.

#### Ebene der Lebenserfahrungen

Es wird davon ausgegangen, dass multiple Faktoren bei der Entstehung von psychischen Störungen interaktionell wirken (Rief, Stramm & Strauss, 2021). Die primären Lebens- bzw. Lernerfahrungen werden durch personen- und umweltbezogene Faktoren moderiert. Es werden Lebenserfahrungen von der frühen, vorsprachlichen Kindheit bis zur Pubertät als prägend betrachtet (Young et al., 2006).

Zu den personenbezogenen Faktoren werden die biologischen Faktoren wie die genetische Veranlagung, Konstitution (z.B. Geschlecht, Körperbau), Besonderheiten des Nervensystems, wie eine erhöhte oder reduzierte Reagibilität des vegetativen Nervensystems (z.B. Aktivitätsniveau, Schlaf-Wach-Rhythmus, Essverhalten), Störungen der Hirnfunktionen (z.B. Erkrankungen oder Fehlbildungen des Gehirns) oder körperliche Erkrankungen gezählt. Eng mit den biologischen Faktoren verknüpft ist das Temperament des Kindes oder Jugendlichen, welches bereits früh in der Entwicklung beobachtbar ist (z.B. Neigung zu Annäherungsverhalten versus Schadensvermeidung; vgl. Kagan et al., 1998).

Umweltbezogene Faktoren beinhalten das Verhalten der (primären) Bezugspersonen und deren Umgang mit den zentralen Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen (z.B. Zuwendung, Selbstwirksamkeit, Schutz, Grenzen, Autonomie). Dabei spielen bei älteren Kindern Personen ausserhalb der Kernfamilie, wie Peers oder Lehrpersonen, eine immer wichtigere Rolle. Schon allein durch das alltägliche Verhalten der Bezugspersonen als Modelle werden insbesondere implizit Regeln über das Leben und die Lebensführung sowie (Rollen-) Erwartungen vermittelt. Bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben oder im Umgang mit Belastungen haben die Vertrauenspersonen eine bedeutsame stützende Funktion, die mehr oder weniger adäquat erfahren werden kann. Ausserhalb der Familie und dem unmittelbaren sozialen Netzwerk gelten die soziale Schicht, Bildung und berufliche Sozialisation

sowie gesellschaftliche Normen als Einflussfaktoren auf die Entwicklung psychischer Störungen. Auf dieser Ebene kommen das Verständnis der Passungsproblematik (Brandstädter 1985) zum Ausdruck.

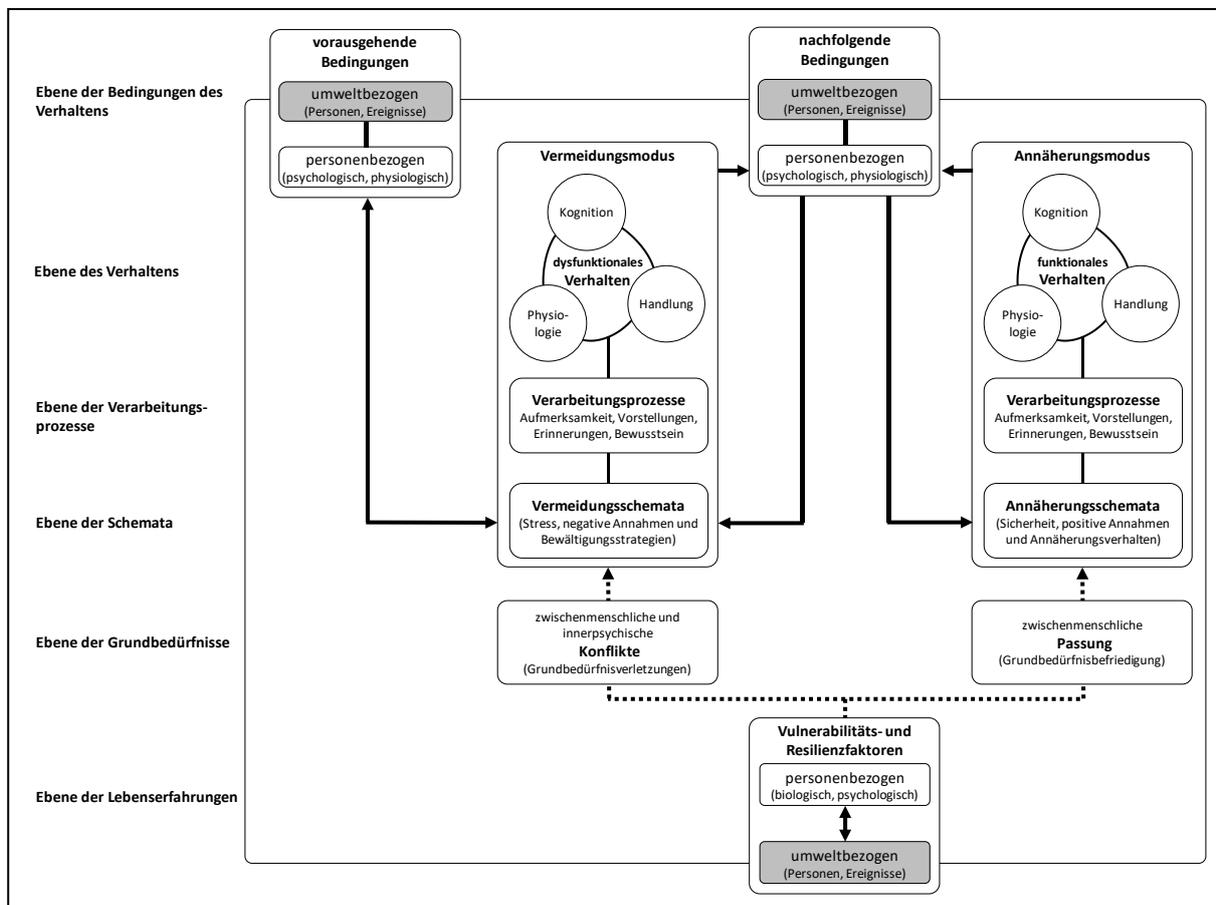


Abbildung 4 Transtheoretisches Modell der Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von psychischen Störungen (in Anlehnung an Kanfer & Saslow, 1965; Epstein, 1973, 1994, 2014; Grawe, 1998, 2004; Sachse et al., 2009; Greenberg, 2011)

Schliesslich werden ebenfalls gewisse spezifische krankheitsauslösende Ereignisse der Ebene der Lebenserfahrungen zugeordnet. Diese auslösenden Faktoren führen auf der Grundlage von prädisponierenden Bedingungen zur Entstehung oder Exazerbation von klinischen Problematiken und liegen entsprechend zeitlich nah. Diese Faktoren sind häufig Erlebnisse und Erfahrungen, die den gewohnten Verhaltensablauf unterbrechen und eine Neuorientierung verlangen (Reinecker, 2015). Einschneidende Lebensereignisse, traumatische Erfahrungen bzw. Stressoren (z.B. Beziehungskonflikte, Erschöpfung nach chronischen Belastungen), Schwellensituationen (z.B. Schuleintritt oder familiäre Veränderungen, das Nicht-Finden einer Lehrstelle), wichtige Weichenstellungen oder Entscheidungen können somit störungsauslösend bzw. exazerbierend wirken (vgl. Reinecker, 2015).

#### Ebene der Grundbedürfnisse

Es gibt keine einheitliche Definition oder Anwendung des Konstruktes «Grundbedürfnis». Verschiedene Grundbedürfnistheorien gehen davon aus, dass Grundbedürfnisse bei allen Menschen vorhanden sind und dass deren Verletzungen und die ungünstigen Versuche diese Verletzungen zu kompensieren, zu einer Verminderung der psychischen Gesundheit oder des Wohlbefindens führt (Young et al., 2006; Grawe, 2004; Deci & Ryan, 2000; Epstein, 1990; Maslow, 1954).

Die verschiedenen Grundbedürfnisse sind nicht scharf getrennt und voneinander abhängig. Die Bedeutung des Bedürfnisses nach Bindung und Zugehörigkeit wurde aufgrund der Bindungsforschung hinlänglich als zentrale Schnittstelle zwischen der Person und der Umwelt anerkannt (Bowlby, 1958, 1973; Ainsworth, 1972, 1979). Um das zentrale Grundbedürfnis Bindung und Zugehörigkeit herum können andere Bedürfnisse als eher umwelt- oder selbstbezogen kategorisiert werden. In Anlehnung an Deci & Ryan (2000) sowie Epstein (1990) schlagen Steinebach und Schär Gmelch (2015) folgende vier Grundbedürfniscluster vor: (1) Bindung und Zugehörigkeit, (2) Kontrolle und Orientierung, (3) Freiheit und Autonomie und (4) Selbstakzeptanz und Selbstwert.

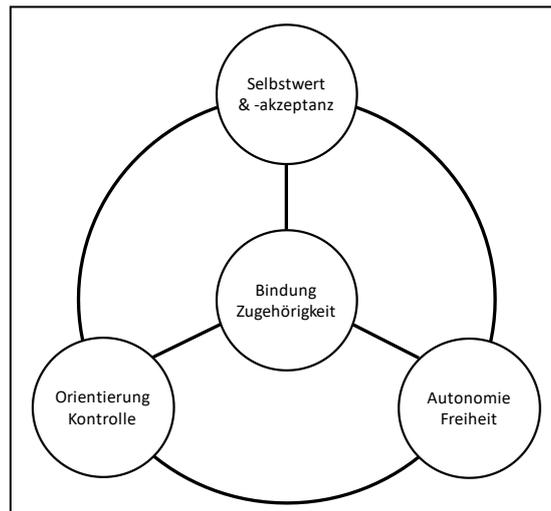


Abbildung 5 Die vier Grundbedürfnisse (nach Steinebach & Schär Gmelch, 2015)

In Abbildung 5 wird deutlich, dass die Grundbedürfnisse in einem System zusammenhängen und die Verletzung eines Grundbedürfnisses auch die anderen beeinträchtigt. Der Mensch strebt nach einer Homöostase im System der Grundbedürfnisse, bzw. gemäss Grawe (2004) nach Konsistenz. Dies kann durch eine aktive Befriedigung der Grundbedürfnisse oder durch den Schutz vor möglichen Verletzungen derselben hergestellt werden.

#### *Prozesse bei Grundbedürfnisbefriedigung und -verletzung*

Die Grundbedürfnisse sind in den ersten Jahren nach der Geburt eng miteinander verknüpft. Die sensible und responsive primäre Bezugsperson reagiert affektiv, physiologisch und motorisch auf das Verhalten des Säuglings oder Kleinkindes und ermöglicht neben positive Bindungserfahrungen auch relevante Selbstwert- und Kontrollerfahrungen. Der emotionale Dialog mit den primären Bezugspersonen fördert die Entwicklung einer autonomen Selbstidentität und die autonome Selbstregulation (Gergely & Watson, 1996).

Gemäss Steinebach & Schär Gmelch (2015) bieten gute Bindungspersonen durch ihr responsives Verhalten Schutz, Nähe, Trost und Sicherheit und das Kind entwickelt das Schema, dass andere Menschen wohlwollend, vertrauenswürdig und unterstützend sind. Durch eine angemessene Befriedigung des Kontrollbedürfnisses erlebt das Kind die Welt als beeinflussbar und vorhersagbar und auch als gerecht, bzw. als lohnend, sich für Veränderungen zu engagieren, sollten Ungerechtigkeiten bestehen. Kontrolle und Orientierung erleben Kinder in der konstruktiven Auseinandersetzung mit Regeln und Grenzen. Selbstwert und Selbstakzeptanz kann das Kind in einer wertschätzenden, empathischen und unterstützenden Umgebung entwickeln, die ihm die Grundlage bietet, sich selbst als

liebenswerten Menschen zu sehen. Freiheit und Autonomie scheinen in Konflikt zu stehen mit dem Bedürfnis nach Bindung, allerdings ist es eher so, dass sich die beiden bedingen. Neugierverhalten und Exploration sind nur möglich, wenn das Bindungssystem aktiviert ist und im Hintergrund eine Sicherheit bietet, die vor Gefahren bei autonomen Verhalten angemessen schützt.

Im Rahmen dieser biografischen Erfahrungen und in der Auseinandersetzung mit der Umgebung bilden sich auf diese Weise abhängig von der Erfüllung oder Frustration von zentralen überlebensdienlichen Bedürfnissen automatisch und implizit Annahmen über die eigene Person und die Umwelt. Ebenso entwickeln Menschen basierend auf ihren Annahmen Bewältigungsstrategien wie unter den gegebenen Umständen die Erfüllung von zentralen Bedürfnissen gesichert werden kann (Grawe, 2004) oder im Frustrationsfall möglichst schnell wieder eine Konsistenz hergestellt werden kann.

Durch eine sensitive Ko-Regulation unserer Bezugspersonen erleben wir während unserer Kindheit eine angemessen gute Konsistenz unserer Grundbedürfnisse und es gelingt uns im Verlaufe des Erwachsenwerdens immer mehr, diese selbst aktiv zu befriedigen und im Gleichgewicht zu halten. Es werden mehrheitlich wichtige Annäherungsschemata entwickelt, um im Falle von Inkongruenzerfahrungen und eines daraus entstehenden Konfliktes durch adäquate Bewältigungsstrategien, in diesem Fall im Annäherungsmodus, wieder zu Konsistenz herzustellen.

Wenn Bezugspersonen nicht einfühlsam, sondern verzögert, inkonsistent, inadäquat oder im schlimmsten Falle gar nicht auf die Kontaktsignale des Kindes reagieren, erleben diese Kinder Zurückweisung, bzw. fehlende überlebenssichernde Verlässlichkeit. Solche Kinder entwickeln die Überzeugung, dass man sich auf andere nicht verlassen darf und Beziehungen die Gefahr bergen, verletzt oder enttäuscht zu werden. Im schlimmsten Fall erfahren Kleinkinder bereits Überlebensängste durch Vernachlässigung. Da diese Bindungserfahrungen sehr früh geprägt werden, sind viele Annahmen, die daraus abgeleitet werden, nicht verbal-sprachlich zugänglich, sondern im impliziten Gedächtnis verankert und dem Bewusstsein nur schwer zugänglich. Erlebt das Kind nicht nachvollziehbare und rigide Strafen, bzw. keine, intransparente oder willkürliche Regeln, wird sein Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung frustriert. Massive Verletzungen, die auf das Unvermögen der Bezugspersonen auf die kindlichen Signale sensitiv einzugehen, zeigen sich in seelischen und/oder körperlichen Misshandlungen. Unklare Grenzen zwischen den Bezugspersonen und dem Kind oder symbiotische Eltern-Kind-Beziehungen verletzen durch die daraus entstehende Parentifizierung das Bedürfnis nach Autonomie und Eigenständigkeit. Das Kind erlebt seine Gedanken und seine Gefühle nicht als eigenständig und fühlt sich auch mit zunehmendem Alter nicht lebensfähig ohne die Bezugspersonen. Können die Bezugspersonen dem Kind keine wertschätzende, empathische und unterstützende Umgebung bieten, fühlen sich Kinder und Jugendliche wertlos, nicht liebenswert und ungenügend. Eltern mit chronischen psychischen oder körperlichen Erkrankungen oder Eltern aus sozial benachteiligtem Hintergrund und dadurch geringer Integration in eine Gemeinschaft sind besonders vulnerabel, die Grundbedürfnisse ihrer Kinder nicht adäquat befriedigen zu können (Steinebach & Schär Gmelch, 2015).

Sich wiederholende und tiefgreifende Grundbedürfnisverletzungen, sind überlebensrelevante Ereignisse und die so erlebten Inkongruenzen können nicht oder nicht befriedigend genug aufgelöst werden. Das Kind somit entwickelt negative Annahmen über sich und die Umwelt (Schemata). Es gelingt ihm nur schwer, die Grundbedürfnisse im Laufe des Lebens selbst zu befriedigen, da es immer wieder innere Konflikte erlebt und nimmt seine Bedürfnisse als konstant bedroht wahr. Es entstehen mehrheitlich Vermeidungsschemata, wie eine weitere Verletzung der Grundbedürfnisse vermieden werden können und es entwickelt nicht funktionale Verhaltensweisen, um die Konflikte vordergründig aufzulösen.

## Konflikte und Inkonsistenzen

Um psychisches Wohlergehen zu erlangen ist eine Übereinstimmung von verschiedenen intrapsychischen Prozessen notwendig (Grawe, 2004; Rogers, 1991). Erleben wir Inkongruenz, liegen dieser Konflikte zu Grunde, die, wenn sie andauern oder besonders heftig sind, zu Grundbedürfnisverletzungen führen und Spannungen auslösen, die nicht immer funktional aufgelöst werden können. Dies führt zu Inkonsistenzen mit negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Vereinfacht können zwei Konfliktarten unterschieden werden (Steinebach & Schär Gmelch, 2015):

*Externale Konflikte, bzw. Innen-aussen-Konflikte:* Vereinfacht gesagt, möchte der Mensch etwas, das er nicht bekommt. Genauer formuliert entsteht ein Konflikt zwischen Schemata und der erfahrenen Realität. Das, was eine Person erlebt und wahrnimmt, entspricht nicht ihren Bedürfnissen oder Überzeugungen. Wenn eine Jugendliche sich eigentlich Zuwendung und Beziehung wünscht (Grundbedürfnis) und das aufgrund von ihrem aggressiven Verhalten von ihrer Umwelt nicht bekommt, sondern genau das Gegenteil erreicht, spricht man von einem externalen Konflikt.

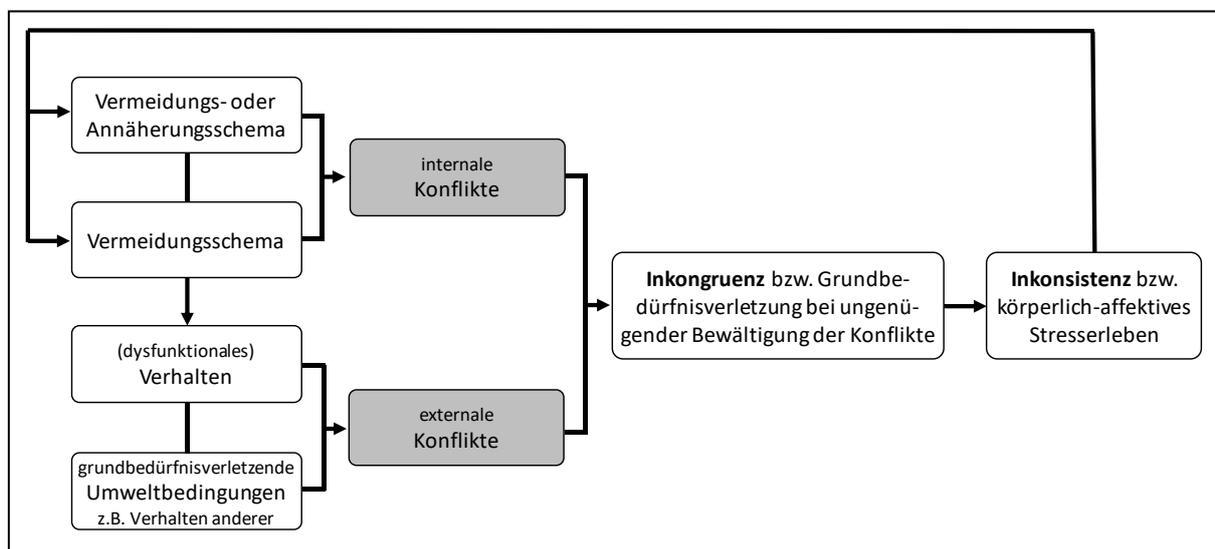


Abbildung 6 Externale und interne Konflikte (in Anlehnung an Grawe, 2005)

Hinter diesem externalen Konflikt steht ein *interner Konflikt, bzw. ein innen-innen-Konflikt*: Die Jugendliche möchte Bindung (Grundbedürfnis) und hat gleichzeitig Angst vor einer möglichen Verletzung (Vermeidungsschema, das aufgrund von ungenügender Grundbedürfnisbefriedigung entstanden ist) und schützt sich durch aggressives Verhalten davor. Diese Inkonsistenz kann nicht aufgelöst werden und die Jugendliche bleibt im Konflikt gefangen. Wählt sie eine dysfunktionale Möglichkeit, den Konflikt für sich erträglich zu machen, indem sie z.B. unverbindliche sexuelle Kontakte anstelle von emotionalen Beziehungen sucht, löst sie zwar den Konflikt kurzfristig auf, die Grundbedürfnisverletzung bleibt aber bestehen und die Schemata werden weiterhin bestätigt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Inkonsistenzen auf verschiedene Arten entstehen können: entweder das, was ich erlebe, entspricht nicht meinen eigenen Bedürfnissen und Zielen (externaler Konflikt) oder die Ziele, die ich verfolge, widersprechen sich (interner Konflikt; Steinebach & Schär Gmelch, 2015). Im Falle von psychischen Erkrankungen wird versucht, das Inkonsistenzerleben aufgrund von Vermeidungsschemata mit inadäquaten Bewältigungsstrategien aufzulösen, was zu dysfunktionalem Verhalten führt und damit die Grundbedürfnisverletzung aufrechterhält und die Vermeidungsschemata bestätigt.

## Ebene der Schemata

Inkongruenzerleben und der Versuch, die darunter liegenden Konflikte aufzulösen, führen im besseren Fall zu Konsistenzerleben oder, wenn nicht auflösbar, entsteht eine Inkonsistenz. Die Art und Weise, wie wir die Konflikte auflösen oder auflösen versuchen, werden als Schemata abgespeichert. Es handelt sich dabei um emotional kodierte Gedächtnisspuren (LeDoux, 1998). Diese impliziten Theorien über die Realität beeinflussen das Erleben, die Wahrnehmung, das Denken, Fühlen und Verhalten unmittelbar und häufig ausserhalb bewusster Kontrolle (Epstein, 2014; Grawe, 2004). Schemata gewährleisten somit die Erfüllung von Grundbedürfnissen (Konsistenzerleben) bzw. Verhindern deren Verletzung (Schutz vor Inkonsistenz; Grawe, 2004). Habituelle Bewältigungsstrategien, die im Laufe der Kindheit und Jugend entwickelt wurden, werden als die bestmöglichen Strategien im ursprünglichen Kontext betrachtet. Dysfunktionale Schemata beinhalten Annahmen und übergeneralisierte Bewältigungsstrategien, die inzwischen nicht mehr zutreffend sind bzw. befriedigende Handlungsentwürfe verhindern (Sachse et al., 2003).

Bezüglich des Aufbaus von Schemata bestehen unterschiedliche Auffassungen. Verletzungen von Grundbedürfnissen gehen mit aversiven körperlich-affektiven Reaktionen (Stress) einher. Deshalb werden diese negativen Affekte und die dazugehörigen physiologischen Reaktionen als Bestandteil der Schemata betrachtet (Grawe, 1998; Sachse et al., 2003).

Schemata beinhalten auch eine kognitive Komponente in Form von Annahmen über die eigene Person und die Umwelt (Sachse et al., 2003). Positive Annahmen und Erwartungen über sich und der Umwelt gehen mit Annäherung einher, während negative Annahmen und Erwartungen Vermeidung nach sich ziehen. Sachse et al. (2003) propagieren drei Schemaebenen der Annahmen: die Annahme von Eigenschaften («Ich bin...» oder «andere sind...»), die Annahme von Regeln bzw. Kontingenzen («wenn/dann»-Regeln) und schliesslich die Annahme der Relevanz bzw. Bewertungen, die stark aversive Affekte (wie Traurigkeit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit) auslöst.

Schliesslich gehört auch eine Handlungskomponente zu den Schemata (Epstein, 2014; Young et al., 2006). Es handelt sich dabei um (vermeintlich) erfolgreiche Bewältigungsstrategien. In Anlehnung an evolutionsbiologisch angelegte Reaktionen in Gefahrensituationen können vier grundsätzliche Bewältigungstypen unterschieden werden: Erduldung bzw. (Über-) Anpassung an die Bedrohung (Erstarren), Besänftigung der Bedrohung, Vermeidung der Aktivierung der Bedrohung (Flucht) oder der Bedrohung entgegengesetztes Verhalten bzw. Überkompensation (Angriff; Young et al. (2006).

Ein Schema wird durch Ereignisse aktiviert, die ein Mindestmass von Übereinstimmung mit Aspekten der ursprünglichen Grundbedürfnisverletzung besitzt. Dabei werden automatisch und ausserhalb des Bewusstseins die mit früheren Bedrohungsereignissen assoziierten Emotionen und Körperempfindungen aktiviert (Sachse et al., 2009). Diese Stressoren oder auslösenden Ereignisse können beispielsweise vorhergehendes eigenes Verhalten oder Verhaltensweisen anderer, Anwesenheit oder Abwesenheit anderer, innere Zustände oder sonstige Merkmale einer Situation sein. Auch Erinnerungen und symbolische Repräsentationen von bedrohlichen Ereignissen als Produkte höherer kortikaler Verarbeitung (vgl. abstraktes assoziatives Denken) können als diskriminierende Signale wirken. Die daraus resultierende sympathische Aktivierung geht unter anderem mit einer Erhöhung der Herz- und Atemfrequenz einher, um Energie für die Initiierung und Aufrechterhaltung von Bewältigungsreaktionen zu mobilisieren. Die Schemaaktivierung geht nicht mit kognitiven Verarbeitungsprozessen einher.

Die Erfahrung, wie die Umwelt in der Vergangenheit mit den Versuchen zur Erfüllung bzw. Frustration der Grundbedürfnisse einer Person umgegangen ist, führt zu entsprechenden Erwartungen und Regeln, wie sich die Personen zu verhalten hat, um künftig eine ausreichende Befriedigung zentraler

Bedürfnisse zu erreichen bzw. weitere Verletzungen zu vermeiden (Sachse et al., 2003). Schemata werden also nicht nur automatisch und bewusstseinsfern von internen und externen Ereignissen ausgelöst, sondern können selbst auch konkretes Verhalten auslösen. Die Erwartungen und Regeln werden im Sinne der negativen Verstärkung bestätigt und korrektive Erfahrungen durch alternative Verhaltensweisen verunmöglicht.

Schemata werden als komplexe Netzwerkstrukturen definiert, die assoziativ mit verschiedenen Informationen verbunden sind (Sachse et al., 2003). Die Konstruktion, Aktivierung und Fixierung von Schemata laufen subkortikal und bewusstseinsfern ab (Strack & Deutsch, 2004). Schemata sind im Sinne der negativen Verstärkung selbstbestätigend und deshalb schwer veränderbar. Zudem sind sie automatisch mit Wahrnehmungsinputs (vgl. selektive, verzerrte Wahrnehmung) verbunden (Grawe, 2004; Sachse et al., 2003). Im Sinne des Konsistenzprinzips menschlicher Basisfunktionen werden schemakonsistente Informationen aktiver gesucht und aufgenommen, während schemainkonsistente Informationen eher ignoriert werden (Festinger, 1957). Des Weiteren sind Schemata assoziativ miteinander verlinkt und in einem assoziativen Netzwerk abgespeichert (Sachse et al. 2003). Dieses Netzwerk ist neuronal eingebettet und funktioniert wie ein Langzeitgedächtnis. Durch die Aktivierung eines Schemas werden unmittelbar und automatisch die im Netzwerk assoziativ verlinkten anderen Schemata aktiviert. Dies verstärkt wiederum das Netzwerk und erhöht das künftige Aktivierungspotential (Strack & Deutsch, 2004).

#### Ebene der Verarbeitungsprozesse

Verarbeitungsprozesse, wie Aufmerksamkeit, Vorstellungen und Erinnerungen, haben einen grossen Einfluss auf das Erleben und Verhalten (Lane et al., 2022; Bernstein et al., 2015; Harvey et al., 2004). Das Ziel automatisierter Verarbeitungsprozesse ist es, bedrohliche (affektgeladene) internale oder externale Signale zu erkennen und so schnell wie möglich (bzw. bewusstseinsfern) eine enkodierte, bedürfnissichernde Bewältigungsreaktion auszulösen (Epstein, 2014; Strack & Deutsch, 2004). Bei dysfunktionalen Verhaltensweisen (d.h. nicht hilfreiche, nicht kontextangemessene, nicht wirksame Verhaltensweisen) können die bewusstseinsfernen Verarbeitungsprozesse als wesentlich bestimmenden Faktor für die Aufrechterhaltung des Verhaltens, trotz dessen längerfristig ungünstigen Konsequenzen, betrachtet werden (Stangier, 2019). Die Person ist mit dem automatisierten Erleben, Denken und Handeln «überidentifiziert» (vgl. Epstein, 2014). Interne Zustände werden als integraler Bestandteil des Selbst erlebt: «Ich bin mein Gedanke und mein Gefühl» (Bernstein et al., 2015).

Die Verarbeitungsprozesse stellen also einen wichtigen Ansatzpunkt in der Kinder- und Jugendpsychotherapie dar, denn sowohl die betroffenen Kinder und Jugendliche als auch ihre Bezugspersonen sind häufig sich ihren ungünstigen Verarbeitungsprozessen nicht bewusst und mit ihrem Verhalten überidentifiziert. Allgemein gilt es jedoch als charakteristisch für das Menschsein, die Erfahrungsperspektive von der Akteur:in zur Beobachter:in wechseln zu können (Bernstein et al. 2015). In der Literatur werden zahlreiche Konstrukte verwendet, um dieses mentale Phänomen zu definieren (Bernstein et al., 2015): z.B. kognitive Defusion (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), Dezentrierung (Safran & Segal, 1990), metakognitiver Modus (Wells, 2000), Achtsamkeit (vgl. Bishop et al., 2004), «Reperceiving» (Shapiro et al., 2006).

Gemäss der Dual-Prozess-Theorie (vgl. Epstein, 2014) kann die bereits ablaufende automatische Bewältigungsreaktionen durch eine nachträgliche Regulation absichtsvoll gehemmt werden. Diese über den Kortex laufende Regulation ist erst möglich, wenn die ursprüngliche psychophysische Schutzreaktion bewusstseinsfähig ist. Nach LeDoux (1998) ist die bewusste Wahrnehmung und potenzielle Steuerung der automatischen Reaktion theoretisch nach 300-400 Millisekunden möglich. Aufgrund der intensiven emotionalen Aktivierung stehen jedoch nur wenige freie Kapazitäten für die

Verarbeitung von schemainkonsistenten Stimuli, alternativer Verhaltensweisen oder korrekativer Konsequenzen zur Verfügung (Damasio, 1996; Damasio & Carvalho, 2013).

Das metakognitive Prozessmodell der Dezentrierung (Bernstein et al., 2015) beschreibt drei miteinander verbundene Kernprozesse, welche diese Fähigkeit bedingen: (1) Metabewusstsein, (2) Desidentifikation und (3) reduzierte Reaktivität. Metabewusstsein ist das Bewusstsein für das gegenwärtige Erleben als Prozess, d.h. beim Gedanken «Ich bin wertlos» kann eine Person sich der Denkprozesse bewusst sein, in deren Rahmen dieser Gedanke auftritt: «Ich denke gerade im diesem bestimmten Kontext einen selbstabwertenden Gedanken, den ich aus meiner Erfahrung mit mir selbst kenne» (vgl. Bernstein et al., 2015). Desidentifikation von internen Zuständen (Kognitionen, Empfindungen, Emotionen, Handlungsimpulsen) wird durch Metabewusstsein erzeugt, indem subjektive interne Zustände als abgegrenzt von einem beobachtenden Selbst erfahren werden (Bernstein et al., 2015). Dies führt zu einer psychischen Distanz zwischen dem beobachtendem Selbst und dem subjektiven Erleben (Gainsburg & Kross, 2020). Die reduzierte Reaktivität auf kognitive Inhalte ist der dritte Prozess, der in Zusammenhang mit dem Metabewusstsein steht. Die Wirkung von Kognitionen wie z.B. «ich bin fett» wäre durch diesen Prozess geschwächt und würde nicht erhöhte Selbstaufmerksamkeit, weitere selbstkritische Gedanken oder Scham- und Schuldgefühle auslösen.

Wie bereits festgestellt, erwarten wir bei jüngeren Menschen (noch) zu wenig exekutive Fähigkeiten, um diese Regulationsprozesse selbständig zu bewerkstelligen. Je jünger die Kinder, desto mehr sind die erwachsenen Bezugspersonen gefordert, (ko-) regulierend präsent, responsiv und affektiv abgestimmt zu sein. So kann nach und nach die Selbstregulation der jungen Menschen gefördert werden und es findet ein sukzessiver Übergang von Fremd- zur Selbstregulation statt. Gleichwohl ist es häufig so, dass die Bezugspersonen selbst automatische, dysfunktionale Reaktionen auf das Verhalten der Kinder und Jugendliche zeigen. Hier gilt es, in empathischer und wertschätzender Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen mehr Bewusstsein und Einsicht (Goldfried, 2019) für die eigenen dysfunktionalen Verhaltensmuster im Kontext der Interaktion mit dem Kind oder Jugendlichen zu entwickeln.

Ebene des Verhaltens und dessen Bedingungen

Zur Ebene der Störungsaufrechterhaltung gehört das konkrete erleb- bzw. beobachtbare Verhalten, welches sich in Anlehnung an Lang (1971) in den folgenden drei Ebenen unterteilen lässt: (1) die intersubjektiv beobachtbare Handlung (z.B. fehlender Blickkontakt, Weglaufen, Mimik, Gestik, Motorik), subjektiv-kognitive Ebene (z.B. Bewertungen, Erwartungen, Befürchtungen, Gedanken, bildhafte Vorstellungen) und physiologisch-biologisch-körperliche Ebene (z.B. Atmung, Herzfrequenz, Muskelspannung). Emotionen wie Unzufriedenheit, Lust, Ärger oder Traurigkeit sind nicht direkt beobachtbar. Als Konstrukte können sie aber von den Merkmalen des Verhaltens abgeleitet werden. In diesem Sinne gehen bestimmte Emotionen mit entsprechenden kognitiven, motorischen und physiologischen Merkmalen einher. Diese einzelnen Ebenen des Verhaltens stehen miteinander in enger Interaktion und beeinflussen bzw. verstärken sich gegenseitig.

Unabhängig von der Entstehung und vom Verlauf geht jede psychische Störung mit einer spezifischen Eigendynamik einher. Diese selbstaufrechterhaltenden Dynamiken sind in der klinischen Literatur hinlänglich beschrieben (vgl. Margraf & Schneider, 2003; Clarks & Wells, 1995; Fairburn et al., 2003). Fundamentale Lernprinzipien erklären, wie intraindividuelle und interaktionelle Funktionalitäten (vgl. negative und positive Verstärkung) zur Aufrechterhaltung des Problemverhaltens führen. Vermeidungsverhaltensweisen auf kognitiver oder Handlungsebene laufen automatisiert und oftmals unbewusst ab. Kontroll- oder Vermeidungsversuche im Rahmen einer psychischen Störung werden dadurch negativ verstärkt, dass die aversive Erregung oder Emotion reduziert wird und die befürchtete Konsequenz ausbleibt. Somit kann jedoch ein Neulernen bezüglich der Erwartungen nicht

stattfinden. Verhaltensweisen werden positiv verstärkt, in dem mit ihnen Verstärker auftreten oder hinzugefügt werden (z.B. Zuwendung oder Belohnungen).

Eine klinische Problematik interagiert auch mit Resilienz und Vulnerabilitätsfaktoren der Kinder und Jugendlichen wie auch deren Bezugssystemen. Beispielsweise sind bestimmte Kompetenzen, Kohärenzgefühl oder Selbstwirksamkeitserleben personenbezogene Faktoren, die den Verlauf einer Störung bedeutsam beeinflussen können. Weiter spielen Einstellungsmuster und das subjektive Krankheitsverständnis der Betroffenen und Behandlungsversuche eine bedeutsame Rolle bezüglich des Krankheitsverlaufes (Kanfer et al., 2012). Vor allem die kurzfristigen Reaktionen des Umfeldes mit Sorge, Zuwendung, Rücksicht oder Abwendung können darüber entscheiden, ob eine Störung sich chronifiziert oder remittiert (Reinecker, 2015). Insbesondere in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die sich altersgemäss stark an das Verhalten ihrer primären Bezugspersonen orientieren, ist die Berücksichtigung der Umweltreaktionen zum Verständnis der klinischen Problematik und in der Behandlung unabdingbar.

### Fallkonzeption und psychiatrische Klassifikation psychischer Störungen

Die kategoriale Diagnostik der psychischen Störung basiert auf die Erfüllung der Diagnosekriterien das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO; 1992). Die Klassifikationssysteme enthalten eigenständige Kapitel für Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter, wie Intelligenzminderungsstörungen, Entwicklungsstörungen und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Ergänzend Klassifikationssystemen wird das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS; Remschmidt et al., 2017) für eine differenziertere Beschreibung des Beschwerdebildes unter Einbezug verschiedener kontextueller Faktoren angewendet. Das Klassifikationsschema besteht aus den folgenden sechs Achsen:

- Achse I: Klinisch-psychisches Syndrom
- Achse II: Umschriebene Entwicklungsrückstände
- Achse III: Intelligenzniveau
- Achse IV: Körperliche Symptomatik
- Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Achse VI: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

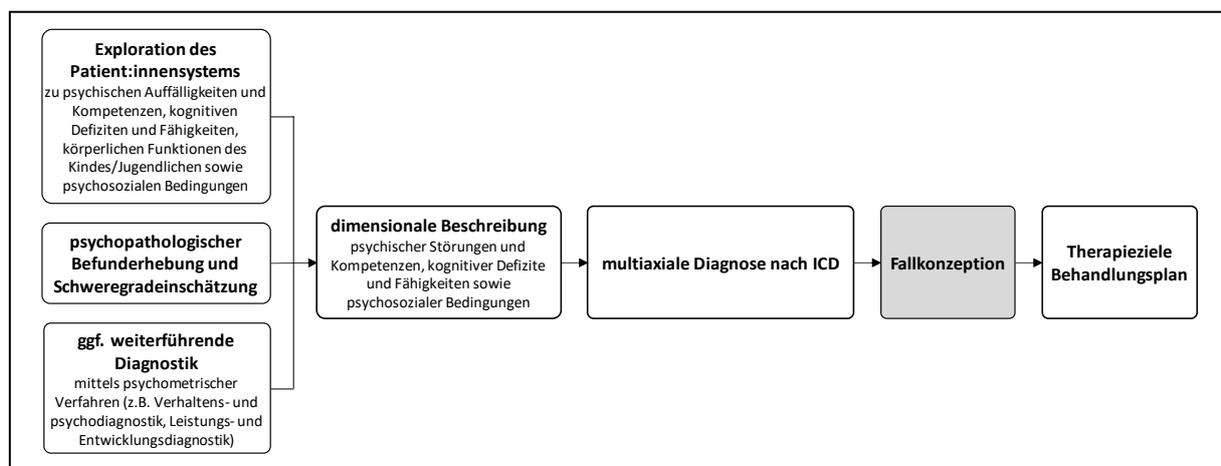


Abbildung 7 Der diagnostische Prozess (in Anlehnung an Döpfner et al., 2008)

Für das psychotherapeutische Vorgehen gibt die klassifikatorische Diagnostik einen groben, orientierenden Hinweis auf mögliche Interventionen (vgl. Hoyer, Knappe & Wittchen, 2020; Kanfer et al., 2012). Die Grundlage für eine individuelle Therapieplanung, d.h. welche Therapieziele mit welchen Strategien, Methoden und Techniken unter Berücksichtigung der systemischen Funktionalität der psychischen Auffälligkeiten indiziert sind, liefert die psychotherapeutische Fallkonzeption (Rief, Stramm & Strauss, 2021). Aufgrund der Fallkonzeption können erfahrungs- und theoriegeleitet Hypothesen zu den störungs- und veränderungsrelevanten Mechanismen gebildet und reflektiert werden.

Die Fallkonzeption des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie (siehe Anhang) wird vom transtheoretischen Modell von psychischen Störungen abgeleitet. Sie ist transdiagnostisch und individualisiert auf ein einzigartiges Patient:innensystem zugeschnitten. Beobachtungen, spontan berichtete Beschwerden, klinische und psychometrische Befunde sowie anamnestische Daten werden dabei zusammengetragen, eingeordnet und reflektiert. Losgelöst von den messbaren Fakten werden mögliche internale und externale Dynamiken und Funktionalitäten bedacht, welche die Störungsaufrechterhaltung mitbedingen. Mögliche Leitfragen zu potenziell behandlungsbedürftigen Problemen könnten sein:

- Bestehen aktuell problematische Lebenssituationen bzw. Verhaltensauffälligkeiten und damit einhergehende Grundbedürfnisverletzungen (interne und externe Konflikte)?
- Wo stehen die Kinder, Jugendlichen und deren Eltern bzw. Bezugspersonen bezüglich ihrer Entwicklungsaufgaben?
- Bestehen problematische Bindungs- und Beziehungsmuster im Patient:innensystem oder gegenüber der Psychotherapeut:in?
- Wo stehen die Kinder, Jugendlichen und deren Eltern bzw. Bezugspersonen bezüglich des Problembewusstseins?
- Bestehen internale und/oder externale inkonsistenzerzeugende Konstellationen?
- Bestehen andere bzw. psychosoziale Belastungen bzw. Grundbedürfnisverletzungen (interne oder externe Konflikte)?

Internale Konflikte (z.B. negative Annahmen über sich selbst als Verletzung des Grundbedürfnisses nach Selbstwert) oder externale Konflikte (z.B. der misslungene Versuch, die Zuwendung anderer durch dysfunktionales Verhalten zu erhalten) gehören zu den häufigsten (unbewussten) Problemkonstellationen, die sich in eine spezifische psychische Symptomatik (z.B. Angst-, depressive oder Zwangssymptomatik) manifestieren. Diese Schwierigkeiten und die dahinterliegenden Verarbeitungsprozesse (z.B. Fokus auf den Selbstverletzungsdrang) und Schemata (z.B. «Ich halte diese Anspannung ohne Selbstverletzung nicht aus») können – unter Berücksichtigung der nachvollziehbaren Ambivalenz bekannte Erlebens- und Verhaltensmuster aufzugeben – relativ zielgerichtet bearbeitet werden. Manchmal kann es sein, dass Schemata (z.B. «Ich habe es nicht verdient, gesund zu sein»), welche die Bearbeitung «blockieren» in der Bearbeitung berücksichtigt werden müssen. Nach Sachse et al. (2003) geschieht die psychotherapeutische Arbeit vornehmlich auf der Störungs- bzw. Bearbeitungsebene. Im Gegensatz dazu stehen die eher strukturellen Störungen, die als nächstes erläutert werden. Die therapeutische Bearbeitung dieser Störungen findet vornehmlich auf der Beziehungsebene (Sachse et al., 2003) statt.

Seltener und erst im Jugendalter treten strukturelle Störungskonstellationen auf. Das klinische Bild struktureller Störungen weist eher uneindeutige, vielfältige psychische Beschwerden auf (vgl. Rudolf, 2013). Betroffene erleben häufig und wiederkehrend einen emotionalen Notstand, der sie ohne klaren Auftrag in die psychotherapeutische Behandlung führt. Hintergrund der überflutenden Zustände sind Defizite in der Selbstreflexion, Selbstverständnis und Selbstberuhigung. Defizite, die biografisch früh erworben wurden (Rudolf, 2017). In der therapeutischen Beziehung fallen testende

Verhaltensweisen und intransparente Verhaltensweisen auf. Entsprechend ist das therapeutische Ziel (zunächst) sowohl auf Seiten der Psychotherapeut:in (z.B. «Ich übernehme eine elterliche Hilfs-Ich-Funktion für die Patient:in») als auch auf Seiten der Patient:in (z.B. «Ich muss hilflos sein, damit ich nicht in meiner Not alleingelassen werde.») eher implizit. Im Sinne der oben erläuterten Bindungstheorie, kann hier davon ausgegangen werden, dass die Ko-Regulation durch die Bezugspersonen nicht angemessen stattgefunden hat und folglich ist es für eine erfolgreiche Entwicklung notwendig, dass sich die Psychotherapeut:in als ko-regulierendes Gegenüber anbietet. So können die grundlegenden strukturellen Fähigkeiten (Empathie, Mentalisierung, Objektpermanenz usw.) nachentwickelt und gefördert werden. Therapeutischer Fortschritt zeigt sich dabei in einer voranschreitenden Entwicklung der strukturellen Fähigkeiten, zum Beispiel in der zunehmenden Introspektionsfähigkeit und folglich der zunehmenden Einsicht seitens der Patient:in in die ambivalente therapeutische Beziehungsdynamik, die versöhnliche Einordnung des Entwicklungsdefizites aufgrund vergangener Bedingungen, den graduellen Aufbau von alternativen Verhaltensmöglichkeiten und schliesslich die erfolgreiche Ablösung von der ko-regulatorischen Therapiebeziehung und damit einhergehend die zunehmende Verantwortungsübernahme für sich.

Sowohl bei den konfliktbezogenen als auch bei den strukturbezogenen Störungen stützt eine sorgfältige, theoretisch fundierte Verarbeitung der therapie relevanten Informationen, die Ableitung von therapeutischen Ansatzpunkten auf verschiedenen Ebenen der Störungsdynamik und Indikation passender Strategien und Techniken. Diese Herangehensweise ist Voraussetzung für eine adäquate Umsetzung des verfahrensübergreifenden Interventionsansatzes. Dieser Prozess ist jedoch nie abgeschlossen. Die Fallkonzeption befindet sich während der gesamten Behandlung in einem ständigen Prozess der Anpassung. Sie wird laufend durch neue Informationen, Beobachtungen, Entwicklungen und folgerichtig auch durch neue Arbeitshypothesen und Behandlungsstrategien ergänzt.

Neben Hypothesen zur Beziehungsgestaltung gehört auch eine Motivationsanalyse zur Fallkonzeption. Hierbei lautet die Leitfrage: In welchem Bewusstseinsstadium des Veränderungsprozesses (z.B. nach DiClemente & Prochaska, 1998), befindet sich das Patient:innensystem? Je nach Problemeinsicht und Selbstvertrauen, die Probleme anzugehen, sind eher klärungs- oder bewältigungsorientierte Ansätze indiziert (vgl. Krebs et al., 2018).

Für Berufsanfänger:innen sind Fallkonzeptionen kognitiv anspruchsvoll und zeitlich aufwendig. Die explizite Analyse eines Falles und die Bildung von Arbeitshypothesen reduziert jedoch die klinische Komplexität für das therapeutische Handeln auf der Makroebene (z.B. schulische Fördermassnahmen einleiten) und Mikroebene (z.B. Intervention bei einem spezifischen Verhalten des Patient:innensystems im Rahmen einer Sitzung). Durch eine sorgfältige Fallkonzeption kann die therapeutische Arbeit professionalisiert werden. Beispielsweise unterstützen ein vertieftes Fallverständnis und eine Interventionsplanung das Erkennen und die therapeutische Verwertung von relevanten Mustern in der Interaktion mit den Patient:innen und deren Bezugspersonen. Mit zunehmender Erfahrung verringert sich der Aufwand. Fortgeschrittene Psychotherapeut:innen verlagern die klinische Verarbeitung und erfahrungsbasierte Hypothesenbildung zunehmend von der Vor- und Nachbereitungszeit direkt in die Therapiesitzung. Nichtsdestotrotz empfiehlt sich auch bei hoher Expertise eine Reflexion von Problemkonstellationen und geplanten Vorgehensweisen in Eigenregie oder besser im Rahmen von Inter- und Supervisionen.

Aus den bisherigen Erläuterungen ist ersichtlich, dass die Fallkonzeption primär der Psychotherapeut:in dient. Selbstverständlich werden Arbeitshypothesen und Behandlungsrationalen zu einem passenden Zeitpunkt gegenüber dem Patient:innensystem in unterschiedlicher Breite und Tiefe transparent gemacht. Diese Strategien gelten insbesondere in der initialen Phase der Psychotherapie zur Stärkung von Hoffnung, positiven Erwartungen und Motivation sowie die Förderung von Einsicht und Bewusstseins. Im folgenden Kapitel wird auf diese Wirkprozesse der Psychotherapie eingegangen.

## Prozess II Prozesse in der Psychotherapie

«Nicht müde werden, sondern dem Wunder leise, wie einem Vogel, die Hand hinhalten...» Hilde Domin

Psychotherapie wird verstanden als zielgerichtete Intervention zur Behandlung von körperlichen und psychischen Störungen mit Krankheitswert. Es handelt sich um einen bewussten und geplanten interaktionellen Prozess zur Veränderung von Verhalten und Leiden, das für behandlungsbedürftig gehalten wird. Dieser Prozess wird von Psychotherapeut:innen mit psychologischen Mitteln (wie u.a. Kommunikation, Spiel, Achtsamkeit) auf ein mit Patient:innen und deren System gemeinsam erarbeitetes Veränderungsziel gesteuert und begleitet. Die Psychotherapieverfahren sind dabei wissenschaftlich begründet und empirisch überprüft, basieren auf einer qualifizierten Diagnostik und werden von Psychotherapeut:innen durchgeführt, die über eine geprüfte berufliche Qualifikation verfügen (Rief, Schramm & Strauss, 2021).

### Transtheoretische Psychotherapie

Zeitweise entstand der Eindruck, dass die Psychotherapieverfahren sich sehr unterscheiden und wenig miteinander gemein hätten (Rief & Strauss, 2018). In der Wissenschaftstheorie wird diese Phase als «präparadigmatisch» bezeichnet und stellt die frühesten Entwicklungsschritte eines Wissenschaftsbereichs dar (Goldfried, 2000). Damit sich unser junge Wissenschaftsbereich der Psychotherapie weiterentwickeln kann, braucht es ein übergeordnetes Theoriegebäude und eine gemeinsame Sprache. Das ermöglicht ein gemeinsames Verständnis von Psychotherapie, das die gegenseitige Stimulation und Weiterentwicklung anregt (Rief, Schramm & Strauss, 2021). Vor diesem Hintergrund sei es gemäss Lutz & Rief (2022) sinnvoll, die verfahrensspezifischen Denkmuster zu verlassen und durch ein übergeordnetes klinisches Rahmenmodell zu ersetzen, das offen ist für neue wissenschaftliche Befunde und in einer wissenschaftsbasierten Weiterbildung gelehrt werden kann.

Traditionellerweise ist es in der Weiterbildung der Psychotherapie so, dass die unterschiedliche Therapieschulen spezifische Interventionen zur Verfügung stellen, die auf theoretisch begründeten und (manchmal) wissenschaftlich validierten Veränderungsprozesse basieren. Das heisst auf schulenspezifischen Erkenntnissen darüber, welche Veränderungsprozesse für die Leidensverminderung hilfreich sind und mit welchen psychologischen Mitteln diese initiiert und begleitet werden können. Eine grosse Anzahl an empirischen Belegen und theoretischen Überlegungen legen den Schluss nahe, dass die Wirkung von Psychotherapie weniger auf die verfahrensspezifischen, sondern vielmehr auf allgemeine und transtheoretische Wirk- und Veränderungsprozesse zurückzuführen sind und Psychotherapieweiterbildungen diese Erkenntnisse zu berücksichtigen haben (Gaines & Goldfried, 2021; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Wampold & Imel, 2015).

Ein sogenannt transtheoretischer Rahmen zur Förderung von Veränderungsprozessen ermöglicht es Therapeut:innen flexibler und responsiver und darum hoffentlich auch effektiver auf das Leiden der Patient:innen einzugehen (Eubanks & Goldfried, 2019). Gerade für Psychotherapeut:innen am Anfang ihrer beruflichen Laufbahn, ist der Fokus auf transtheoretische Veränderungsprinzipien relevant, weil sie eine einfache und zuverlässige Orientierung erlauben, empirisch fundiert sind und gleichzeitig der Diversität und Individualität des Therapiegeschehens gerecht werden. Es sei gemäss Eubanks & Goldfried (2019) einfacher, generelle Veränderungsprozesse im Kopf zu haben als hunderte von Interventionsmöglichkeiten. Grawe, Donati & Bernauer (1994) nannten es bereits vor 30 Jahren

«eine befreiende Erfahrung und faszinierende Herausforderung Psychotherapie, ohne das Korsett der Therapieschulen zu gestalten» (S. 787).

## Wirksamkeitsforschung und Wirkfaktoren

Dass verschiedene Psychotherapieansätze bei Kindern und Jugendlichen wirksam sind, belegen eine Vielzahl von empirischen Studien und Metaanalysen (z.B. Crowe & McKay, 2017; Weisz et al., 2017; Midgley et al., 2021, 2017; Zhou et al., 2015; van der Pol et al., 2017; Bratton et al., 2005). Was aber Psychotherapie wirksam macht, bleibt bis heute eine zentrale Frage in der Psychotherapieforschung. Der Versuch diese Frage zu klären, hat in der Vergangenheit eine heftige Kontroverse zwischen den verschiedenen Psychotherapieverfahren ausgelöst. Aus dieser Debatte haben sich zwei unterschiedliche Wirkmodelle der Psychotherapie herausgebildet: das allgemeine Wirkfaktorenmodell und das Modell verfahrensspezifischer, störungsspezifischer Techniken (Pfammatter & Tschacher, 2016). Jede Therapieschule kann theoretisch erklären, wie eine bestimmte Intervention wirkt. Empirisch konnten bisher aber keine klaren kausalen Zusammenhänge zwischen spezifischen Veränderungsmechanismen und Behandlungsergebnissen innerhalb einer klinischen Theorie festgestellt werden (vgl. Crits-Christoph et al., 2021; Kazantis et al., 2018). Selbstverständlich muss eine therapeutische Methode keineswegs wissenschaftlich genügend belegt sein, um zu wirken. Nichtsdestotrotz besteht der Anspruch, therapeutische Verfahren verschiedener Therapieschulen in eine Systematik empirisch gesicherter Veränderungsmechanismen einordnen zu können.

### Allgemeine Wirkfaktoren

Die Idee ist nicht neu, dass sich die Vielfalt von Therapieansätzen auf eine begrenzte Zahl von Wirkfaktoren zurückführen lässt (Rosenzweig, 1936; Frank, 1961). Im deutschen Sprachraum ist das schulübergreifende Wirkmodell von Grawe und seiner Arbeitsgruppe (1998, 2000, 2004) bekannt. Grawe (1998) leitete induktiv aus dem damaligen Forschungsstand folgende allgemeine Wirkfaktoren, welche empirisch nachgewiesen werden konnten:

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- motivationale Klärung
- Problembewältigung

Dabei wurde die therapeutische Beziehung als Moderatorvariable identifiziert, welche die Wirksamkeit der Behandlung entscheidend beeinflusst (Orlinsky et al., 2004; Sachse; 2006).

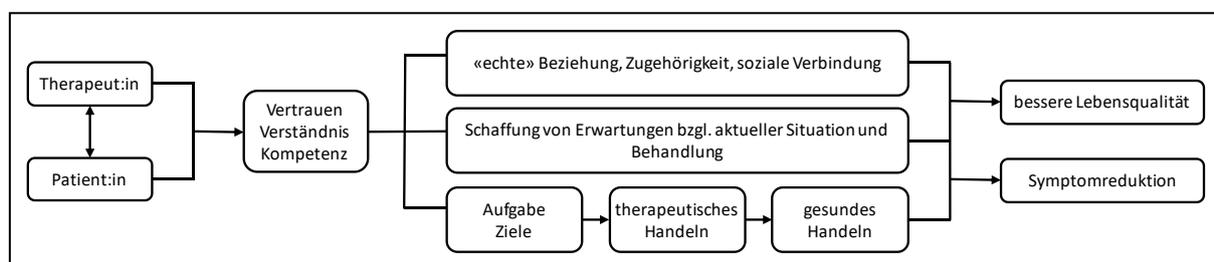


Abbildung 8 Das kontextuelle Modell (nach Wampold & Imel, 2015)

Das kontextuelle Modell von Wampold (2001, 2015) ist ein international bedeutsames und gut erforschtes Modell, welches therapieschulübergreifende Wirkprozesse beschreibt. Dabei wird von einem «initial therapeutic bond» zu Beginn der Psychotherapie ausgegangen, welches die Wirkung der

weiteren Prozesse voraussetzt (Wampold & Imel, 2015). Nach diesem Modell entsteht die therapeutische «echte» Beziehung (1. Wirkprozess) im Laufe der therapeutischen Arbeit. Hoffnung und die Förderung von positiven Erwartungen bezüglich der Behandlung gelten als zweiter Wirkprozess. Diese gehen mit der Erarbeitung von Lösungsvisionen und der Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens bzw. der Handlungsfähigkeit einher. Schliesslich führt die Realisierung von Therapiezielen (3. Wirkprozess) massgeblich zur Reduktion der Symptomatik.

Goldfried (2019) fasst die allgemeinen Wirkfaktoren auf einer tieferen Abstraktionsebene als das Metamodell von Wampold & Imel (2015) in fünf Wirkprinzipien zusammen. Die folgenden sogenannten «core clinical strategies» weisen mittlerweile breite empirische Evidenz auf (Gaines & Goldfried, 2021):

1. Aufbau der Beziehung und des therapeutischen Bündnisses
2. Förderung der Hoffnung, der positiven Erwartungen und der Motivation
3. Förderung von Bewusstsein und Einsicht
4. Ermutigung zu korrigierenden Erfahrungen
5. Betonung der laufenden Realitätsprüfung

Diese Wirkmechanismen sind unter Berücksichtigung einer multisystemischen Perspektive auch auf die Kinder- und Jugendpsychotherapie übertragbar (Karver et al., 2005, 2006; Yasinski et al., 2018). Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen umfasst ein breites Spektrum an Settings und Formate, beispielsweise Spiel- und Gesprächstherapie im Einzelsetting, Familientherapie, Eltern-Kind-Therapie, Gruppentherapie, elternfokussierte Therapie, Fertigkeitentrainings, schulbasierte Interventionen und Interventionen in sozialpädagogischen oder pediatriischen Einrichtungen. Zusammengefasst postulieren die Modelle der allgemeinen Wirkfaktoren (vgl. Grawe, 2005; Wampold & Imel, 2015; Goldfried, 2019), dass die Fähigkeit der Therapeut:innen, eine wirksame therapeutische Beziehung zu gestalten, die zentrale Variable guter Psychotherapie ist.

#### Spezifische Wirkfaktoren

Im Gegensatz zu den allgemeinen Wirkfaktoren werden spezifische Wirkfaktoren einem bestimmten Psychotherapiekonzept oder Störungsmodell zugeordnet. Es handelt sich sowohl um Standardtechniken der verschiedenen Psychotherapieschulen (z.B. die Technik des Stuhldialogs in der Gestalttherapie oder die Expositionstherapie in der Verhaltenstherapie) als auch um störungsspezifische Vorgehensweisen (z.B. Aktivitätsaufbau bei depressiven Störungen oder Emotionsregulationsstrategien bei emotionaler Instabilität). Vor dem Hintergrund der Forderung nach einer evidenzbasierten Medizin wurden seit den 1990er Jahren zahlreiche evidenzbasierte störungsspezifische Behandlungsstandards entwickelt (Herpertz & Schramm, 2022). Diese Bemühungen haben in den letzten Jahren die Wirksamkeit von Psychotherapie allgemein untermauert (Pfammatter & Tschacher, 2015). Allerdings wird inzwischen eine Stagnation in der Effektivität störungsspezifischer Psychotherapie festgestellt (Brakemeier & Herpertz, 2019). Im Vergleich zu den herkömmlichen Therapien wirken die manualisierten Behandlungsprogramme häufig nicht besser (Wampold & Imel, 2015). Zudem sprechen laut Lambert (2017) sogar unter Studienbedingungen 30% der Patient:innen nicht auf diese Behandlungen an. Gleichzeitig muss die Wirksamkeit von Psychotherapie allgemein verbessert werden. Im klinischen Versorgungskontext profitieren 65% der Patient:innen ungenügend von den Behandlungen (Lambert, 2017). Die Zahlen sind in der Kinder- und Jugendpsychotherapie noch gravierender (Weiss et al., 1999; Kazdin, 2005). Als Gründe werden meistens die hohe Komorbiditätsrate und häufig wechselnde Therapieziele im Behandlungsverlauf ausserhalb des Forschungskontextes benannt (Schmidt & Schimmelmann, 2015).

Aus diesen Gründen bestehen internationale Bemühungen, personalisiert massgeschneiderte, transdiagnostische und schulunabhängige Behandlungsprogramme zu entwickeln (Hofmann & Hayes, 2019; Herpertz & Schramm, 2022). Diese Ansätze, welche zunächst im Kontext der kognitiven Verhaltenstherapie umgesetzt werden, basieren auf empirisch generierten Daten zu den wichtigsten Mediatoren (vermitteln die Wirkung einer Therapie) und Moderatoren (beeinflussen Ausgangs- und Endzustand der Therapie, wie z.B. Schweregrad der Symptomatik) der Therapiewirksamkeit (Hoffmann & Hayes, 2019). Die Autoren gehen jedoch von einer möglichen Erweiterung der Vorgehensweise auf unterschiedliche Therapieschulen aus (Lutz & Rief, 2022). Im Gegensatz zum Ansatz der allgemeinen Wirkmodelle, besteht hier der Fokus also nach wie vor auf spezifische Wirkfaktoren im Rahmen komplexer, störungs- und therapieschulunabhängiger aber empirisch validierter Veränderungsprozesse und die dazugehörigen Techniken und Strategien.

### Integration der Wirkfaktoren im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

Die Frage, ob die Wirkung von Psychotherapie auf spezifischen Techniken einer bestimmten Psychotherapieschule, auf allgemeine Wirkfaktoren, welche allen Therapieschulen implizit gemeinsam sind, oder auf beides zurückzuführen ist, bleibt nach wie vor unbeantwortet (Cuijpers et al., 2019). Es scheint so, dass die bisher angewandten kausalen Untersuchungsmodelle die Komplexität von Psychotherapie nicht gerecht werden (Lemmens et al., 2016). Vermutlich beeinflussen verschiedene interagierende Faktoren das Ergebnis eines psychotherapeutischen Prozesses (Cuijpers et al., 2019). Es kann angenommen werden, dass sowohl allgemeine Wirkfaktoren als auch spezifische Therapietechniken im Therapieprozess aufeinander ein- und zusammenwirken (Pfammatter & Tschacher, 2012).

Abbildung 9 stellt dar, wie der MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie die allgemeinen Wirkmechanismen einordnet. Es wird davon ausgegangen, dass die therapieschulübergreifende Wirkfaktoren übergeordnete Ziele sind, die über verschiedene spezifische Techniken realisiert werden. Es sollte jedoch betont werden, dass die aufgeführten klinischen Strategien eher als funktional zueinander in Beziehung stehend als rigid zeitlich aufeinander folgend zu verstehen sind.

Kinder- und Jugendpsychotherapie findet mehrheitlich mit und im Patient:innensystem statt. Insbesondere bei Kindern ist es unabdingbar, dass die Eltern und andere Bezugspersonen (z.B. Lehrpersonen oder Lernbegleitende) in die Behandlung miteinbezogen werden. Dies hat nicht nur damit zu tun, dass die Eltern meistens aus rechtlicher Sicht die Sorgeberechtigten sind und in beträchtlichem Mass die Entscheidungshoheit über die Behandlung besitzen. Kinder und Jugendliche sind Teil eines Systems, in denen sie häufig am wenigsten verantwortlich sind. Sie können oft weniger zu Lösungen und Veränderungen beitragen als ihre erwachsenen Bezugspersonen. Häufig gehört es zu den therapeutischen Zielen der Kinder- und Jugendpsychotherapie, das Umfeld der jungen Patient:innen entwicklungsförderlicher zu gestalten und die Interaktion zwischen den Patient:innen und den Bezugspersonen in Hinblick auf Empathie, Responsivität und Grenzsetzungen zu optimieren. Aus systemischer Perspektive werden Probleme nicht isoliert ohne Berücksichtigung der auslösenden und aufrechterhaltenden Dynamik im Patient:innensystem behandelt. Eltern und Bezugspersonen haben ihre eigenen automatisierten Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster. Ein Kind, das Wutanfälle zeigt, kann starke Insuffizienzgefühle bei einem Elternteil auslösen, das eine gewisse Vulnerabilität aus der eigenen Lebensgeschichte mitbringt. Während die Arbeit mit den Eltern und familiären Bezugspersonen therapeutischer Natur ist, handelt es sich beim Einbezug von anderen Fachpersonen um eine interprofessionelle Zusammenarbeit.

Psychisches Leiden entsteht, wenn Menschen unwirksames und/oder unangemessenes Vermeidungsverhalten in bestimmten innerpsychischen und/oder externen Kontexten zeigen, welche sie aufgrund von negativen Lernerfahrungen (d.h. Grundbedürfnisverletzungen und daraus entstehende Konflikte, die nicht aufgelöst werden konnten) entwickelt haben. Grundsätzlich ist das Ziel einer

Kinder- und Jugendpsychotherapie, die Betroffenen und deren Bezugssysteme durch facilitative und interaktionelle Strategien (Behr, 2012) zu unterstützen, in diesen vermeintlich bedrohlichen Kontexten, Vermeidungsverhalten zugunsten von Annäherungsverhalten aufzugeben (vgl. Grawe, 2005). Entsprechend den drei Therapieprozessen nach Orlinsky et al. (2004) setzt dieser Moduswechsel folgende Bedingungen auf den drei therapeutischen Prozessebenen voraus (siehe auch Abbildung 9):

1. *auf der interpersonellen Ebene:* Gestaltung einer vertrauensvollen «echten» therapeutischen Beziehung und Ausstrahlung einer hohen fachlichen Kompetenz (vgl. Wampold & Imel, 2015)
2. *auf der intrapersonellen Ebene:* Aktivierung von Ressourcen (Grawe, 2005) bzw. die Förderung von Hoffnung, Selbstwirksamkeitserwartung, Bewusstsein und Einsicht (vgl. Goldfried, 2019)
3. *auf der klinischen Ebene:* Aktualisierung und Bewältigung des Problems im Rahmen der Therapie-sitzung und insbesondere im Lebensalltag der Betroffenen, was mit korrekativen Erfahrungen einhergeht (vgl. Grawe, 2005; Goldfried, 2019)

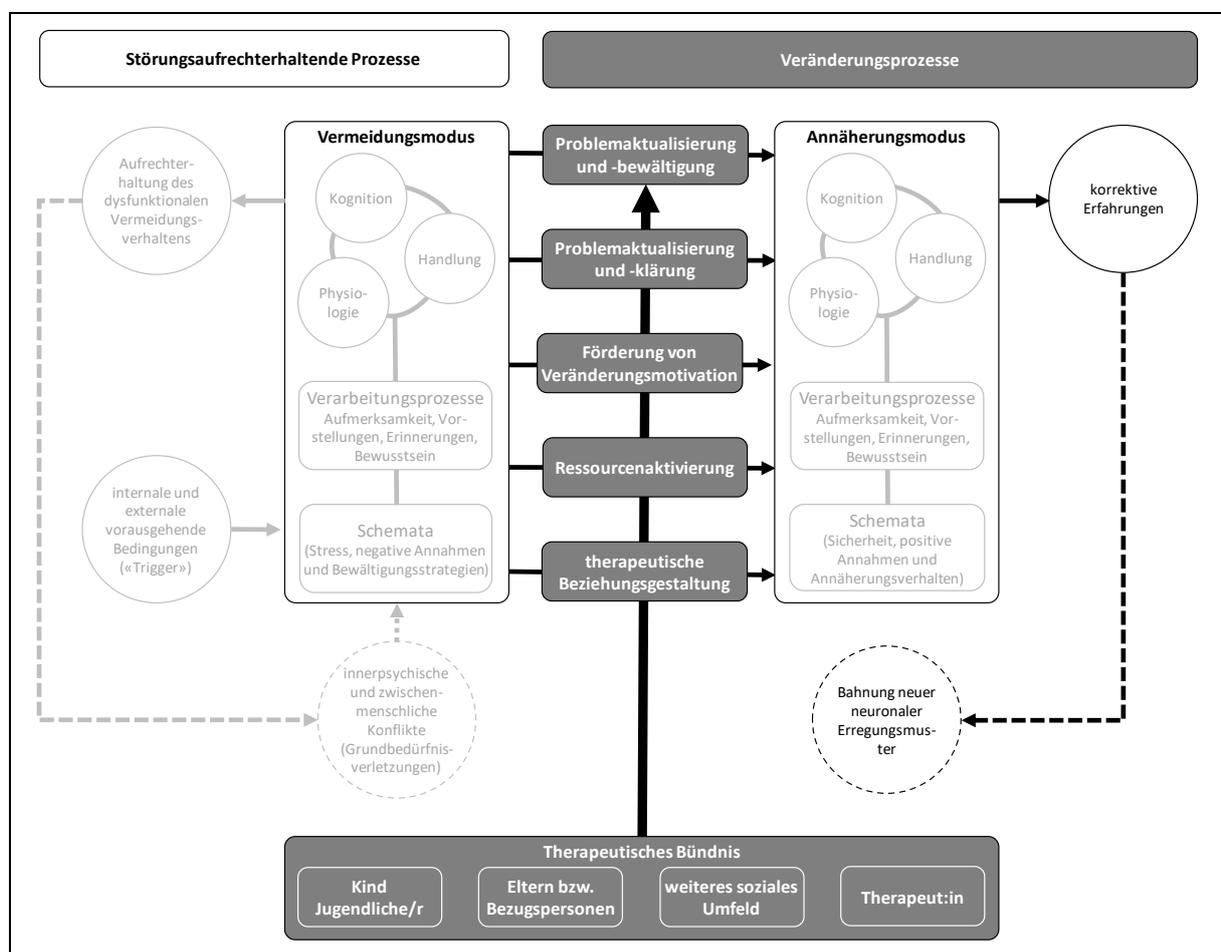


Abbildung 9 Verfahrenübergreifende Veränderungsprinzipien im Therapieverlauf (in Anlehnung an Grawe, 2005 & Goldfried, 2019) integriert mit dem Störungsmodell des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

Klärungs- und bewältigungsorientierte Interventionen setzen eine Problemaktualisierung voraus (vgl. Grawe, 2005). Die Problemaktualisierung setzt wiederum die Gestaltung einer vertrauensvollen Therapiebeziehung, die Ressourcenaktivierung und gegebenenfalls die Förderung von Veränderungsmotivation voraus (Grosse Holtforth, 2017). Wie oben ausgeführt, gilt es in der Kinder- und Jugendpsychotherapie den Transfer der entwicklungs- und gesundheitsfördernden Faktoren in den Lebensumfeld der Patient:innen durch Einbezug der Eltern und anderen Bezugspersonen zu gewährleisten.

Somit finden die bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung und die Ressourcenaktivierung nicht nur im therapeutischen Rahmen, sondern auch alltags- und familiengerecht z.B. auch im häuslichen und schulischen Setting statt. Die Bewältigungserfahrungen müssen im gewohnten Lebenskontext gemacht werden. Durch diese Interventionen im therapeutischen, familiären und schulischen Setting können korrektive Erfahrungen gemacht werden. Dabei werden nach Grawe (2004) neue neuronale Erregungsmuster gebahnt und die unwirksamen oder inadäquaten Vermeidungsschemata durch funktionalere Schemata in den entsprechenden Kontexten gehemmt oder gar umschrieben.

Zur Aktivierung der allgemeinen Wirkmechanismen können verschiedene empirisch validierte therapeutische Techniken und Strategien eingesetzt werden. Tabelle 1 zeigt eine Auswahl von Techniken, welche den Ebenen des transtheoretischen Modells der Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung psychischer Störungen sowie den allgemeinen Wirkfaktoren zugeordnet werden. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung wird dabei als Kernelement aller Wirkprozesse verstanden (Wampold & Imel, 2015).

*Tabelle 1 Anwendung spezifischer Techniken und Strategien auf verschiedenen Ebenen des transtheoretischen Störungsmodells des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie und Zusammenhang mit den allgemeinen Wirkfaktoren (in Anlehnung an Pfammatter & Tschacher, 2016; Lutz & Rief, 2022)*

<b>Ebene im transtheoretischen Störungsmodell</b>	<b>Relevante Störungsprozesse im transtheoretischen Störungsmodell</b>	<b>Beispiele spezifischer therapeutische Techniken und Strategien (vgl. Pfammatter &amp; Tschacher, 2016 bzw. Lutz &amp; Rief, 2022)</b>	<b>Allgemeine Wirkprozesse in Anlehnung an Goldfried (2019) und Grawe (2005)</b>
<b>Verhaltensebene und Ebene der person- und umweltbezogenen Bedingungen</b>	vorausgehende Bedingungen des Problemverhaltens	Stimuluskontrolle, Änderung attentiver und dysfunktionaler Bewertungsprozesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ermutigung zu korrigierenden Erfahrungen</li> <li>– Betonung der laufenden Realitätsprüfung</li> <li>– Problembewältigung bzw. -bearbeitung</li> </ul>
	Problemverhalten in einer spezifischen Situation bzw. aktuelle Symptomatik (auf kognitiver, physiologischer, emotionaler und Handlungsebene)	lösungsorientierte Interventionen, Exposition mit Reaktionsverhinderung, paradoxe Interventionen, Rollenspiele, Bewältigungsstrategien sowie Entspannung, Selbstinstruktionen, psychopharmakologische Behandlungen	
	Problemverhalten bzw. Symptom aufrechterhaltende Konsequenzen	operante Techniken und korrektive Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung von Bewusstsein und Einsicht (im Bezugssystem)</li> <li>– (motivationale) Klärung</li> </ul>
	Funktionalität des Problemverhaltens bzw. Symptomatik Patient:innensystem	Sicherung der Grundbedürfnisse im System, psychosoziale Massnahmen, Ressourcenaktivierung	
<b>Ebene der Verarbeitungsprozesse und der Schemata der Patient:innen und deren Bezugspersonen</b>	Ebene der Bewältigungsmuster des Kindes, der/des Jugendlichen und der Bezugspersonen	Aktivierung von Annäherungsverhalten (Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ermutigung zu korrigierenden Erfahrungen</li> <li>– Betonung der laufenden Realitätsprüfung</li> <li>– Problembewältigung bzw. -bearbeitung</li> </ul>
	Prozesse der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, Vorstellungen und Bewusstseins	achtsamkeitsfördernde Techniken, Akzeptanzstrategien, Verbalisieren von Erlebnisinhalten	
	Ebene der kognitiven Schemata (Annahmen über sich selbst und der Welt) des Kindes, der/des Jugendlichen und der Bezugspersonen	Erarbeitung und Disputation kognitiver Schemata durch explorative Gespräche, Verhaltensexperimente, paradoxe Interventionen, zirkuläres Fragen, Genogrammarbeit, Biografiearbeit	

	Ebene der affektiv-körperlichen Schemata des Kindes, der/des Jugendlichen und der Bezugspersonen	emotionsfokussierte Techniken, Akzeptanzstrategien, Verbalisieren von Erlebnisinhalten	
	Inkongruenz bzw. spannungsauslösende innerpsychische und äussere Konflikte des Kindes, der/des Jugendlichen und der Bezugspersonen	klärungsorientierte Techniken wie Fokussieren, Stuhldialoge, Verbalisieren von Erlebnisinhalten, freie Assoziation, Übertragungsdeutungen, Widerstandsdeutungen, Aufstellungsarbeit, zirkuläres Fragen, Spieltherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung von Bewusstsein und Einsicht (mit den Betroffenen und unter Einbezug des Bezugssystems)</li> <li>– (motivationale) Klärung</li> </ul>
	Motivationale Ebene des Kindes, der/des Jugendlichen und der Bezugspersonen	schemaorientierte Beziehungsgestaltung, Motivationsaufbau, (Selbst-) Mitgefühl, ressourcenaktivierende Techniken	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung der Hoffnung</li> <li>– und der positiven Erwartungen</li> <li>– Ressourcenaktivierung</li> </ul>
<b>Ebene der Grundbedürfnisse und Lebenserfahrungen bzw. der prädisponierenden Faktoren und spezifischen Krankheitsauslösenden Belastungsfaktoren</b>	Traumata bzw. Grundbedürfnisverletzungen in der Biografie	traumafokussierte Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ermutigung zu korrigierenden Erfahrungen und Betonung der laufenden Realitätsprüfung</li> </ul>
	Strukturelle Störungen (vgl. Rudolf, 2013)	Mentalisierung, Änderung dysfunktionaler Beziehungsmuster	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Problembewältigung bzw. -bearbeitung</li> </ul>
	funktionale Störungen und/oder Kompetenzdefizite des Kindes, der/des Jugendlichen	medikamentöse Behandlung, spezialtherapeutische Fördermassnahmen, Fertigkeitentrainings	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung der Hoffnung, der positiven Erwartungen und der Motivation</li> <li>– Problembewältigung bzw. -bearbeitung</li> </ul>
	(aktuelle) störungsauslösende Belastungsfaktoren	Sicherung der Grundbedürfnisse im System, Psychoedukation und Fertigkeitentrainings für die Bezugspersonen, psychosoziale Massnahmen in Zusammenarbeit mit dem interprofessionellem Helfersystem	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ressourcenaktivierung</li> </ul>
	Ressourcen des Kindes, der/des Jugendlichen und der Bezugspersonen	Ressourcenaktivierung z.B. durch spieltherapeutische und hypno-systemische Interventionen	

Die Notwendigkeit für eine transtheoretische Psychotherapie und damit verbunden die Ausrichtung an schulenübergreifenden Veränderungs- und Wirkprinzipien bilden darum das grundlegende Rational des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie, sich nicht an einer spezifischen Therapieschule, sondern an einem transtheoretischen Störungsmodell auszurichten. Die Basis dieses Störungsmodells bilden grundlegende Erklärungsmodelle für das menschliche Erleben und Verhalten sowie den innenwohnenden psychologischen Prozessen, die der Erklärung zur Entstehung von psychischen Störungen dienen.

## Prozess III Prozesse in der Therapeutenperson

«Sometimes you have to play a long time to be able to play like yourself.» Miles Davis

Der Masterstudiengang Kinder- und Jugendpsychotherapie verfolgt in erster Linie den Ansatz, Prozesse in den Weiterbildungsteilnehmenden anzustossen, damit diese Kompetenzen erlangen, die benötigt werden, um die alltäglichen Herausforderungen der psychotherapeutischen Praxis mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugssystemen zu bewältigen. Die Prozesse innerhalb der Therapeutenperson basieren selbstverständlich auf denselben Kernprozessen und -prinzipien menschlichen Denkens und Handelns wie in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben. Im Folgenden werden also die pädagogischen und didaktischen Überlegungen erläutert, wie ein Lernprozess – ähnlich dem Veränderungsprozess der Patient:innen – angeregt und begleitet werden kann. Ein Prozess, der dem lebenslangen Lernen und Reflektieren verpflichtet ist.

### Kompetenzen (Fähigkeiten, Wissen und Fertigkeiten)

Angesichts des transtheoretischen und personalisierten Psychotherapieansatzes ist nur folgerichtig, dass die fachlichen und persönlichen Kompetenzen einen Schwerpunkt der Weiterbildung MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie darstellen. In der Wirksamkeitsforschung wurde in den letzten Jahren durch den Fokus auf die Untersuchung wirksamer störungsspezifischer Techniken, die Rolle der psychotherapierenden Person tendenziell unterschätzt. Tatsache ist aber, dass je nach Setting zwischen 5-8% der Ergebnisvarianz an Therapieergebnis durch die Therapeutenperson aufgeklärt wird (Hill & Castonguay, 2017; Wampold & Owen, 2021). Obwohl die Therapeutenperson in allen Psychotherapieschulen traditionell eine zentrale Rolle spielt, ist die systematische Untersuchung der Therapeut:innenvariable auf das Therapieergebnis relativ jung (Wampold et al., 2018). Noch jünger ist die Forschung zur Therapieweiterbildung. Die Wirkprozessmodelle von Grawe (2005), Wampold (Wampold & Imel, 2019) und Goldfried (2019) bieten jedoch eine empirisch gesicherte Grundlage für die Systematisierung der aus der Forschungsliteratur bekannten therapeutischen Basiskompetenzen.

Im Mehrebenenmodell therapeutischer Kompetenzen (Rief, Schramm & Strauss, 2021) werden folgende Ebenen definiert:

1. psychotherapeutische Fähigkeiten bzw. Talente (z.B. persönliche und zwischenmenschliche Fähigkeiten)
2. psychotherapiebezogenes Wissen (z.B. Störungs-, Behandlungs- und Veränderungswissen)
3. psychotherapeutische Fertigkeiten bzw. Skills (z.B. strukturierende, analytische, interaktionelle Fertigkeiten)

Psychotherapeutische Kompetenz wird in diesem Sinne als die Fähigkeit betrachtet, die Basisvariablen Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten adäquat in einem therapeutischen Prozess einzusetzen (Waltz et al., 1993). Über diese Kernfähigkeiten und -kompetenzen hinausgehend werden von verschiedenen Autoren (vgl. Rief, Schramm & Strauss, 2021) weitere bedeutsame Kompetenzbereiche definiert, wie professionelle Identität, Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und -evaluierung, ethische Fertigkeiten und Kompetenzen, Bewusstsein und Wissen bezüglich Behinderung, Diversität, Multikulturalität und soziale Unterschiede, wissenschaftliche Fertigkeiten und Kompetenzen, Metakompetenzen (z.B. differenziertes Wissen über eigenes Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten).

Tabelle 2 Persönliche Fähigkeiten bzw. Talente, psychotherapiebezogenes Wissen und psychotherapeutische Basisfertigkeiten (vgl. Rief, Schramm & Strauss, 2021)

Personale Fähigkeiten und Talente	Psychotherapiebezogenes Wissen	Psychotherapeutische Kernfertigkeiten bzw. Skills
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>persönliche Fähigkeiten:</b> Introspektions- und Imaginationsfähigkeit, Reflexionsfähigkeit, emotionale Erlebensfähigkeit und Intelligenz, analytisches Denken, Intuition, kognitive Komplexität und Flexibilität, Empfänglichkeit für Feedback, Fähigkeit zur Selbstliebe und -akzeptanz, Ambiguitäts- und Spannungstoleranz</li> <li>– <b>interpersonale Fähigkeiten:</b> interpersonale Sensitivität, Ausstrahlung emotionaler Wärme, Wahrnehmung und Interpretation von non-verbalem Verhalten, Empathiefähigkeit, prosoziale Einstellung und Haltung, Liebes- und Bindungsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit, Geduld, Unabhängigkeit von narzisstischer Gratifikation, sich Kritik aussetzen können, Angrenzungsfähigkeit, Selbst-Objekt-Grenze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Behandlungswissen</b> (z.B. Kenntnisse über Methoden und deren Durchführung allgemein und störungsspezifisch)</li> <li>– <b>Veränderungswissen</b> (z.B. Wirkprinzipien und -weisen von Methoden und Techniken sowie Indikationen und Kontraindikationen)</li> <li>– <b>Psychopathologisches bzw. Störungswissen</b> (z.B. Symptomatik, Ätiologie, Epidemiologie)</li> <li>– <b>professionsbezogene Kenntnisse und Wissensbestände</b> (z.B. Rechtsgrundlagen, ethische Aspekte, assoziierte Berufe)</li> <li>– <b>Grundlagen- und allgemeines Fachwissen</b> (z.B. Entwicklungspsychologie und -psychopathologie sowie weitere relevante Basisfächer der Psychotherapie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>psychotherapeutische Basisfertigkeiten</b> (z.B. Aufmerksamkeit zuwenden, aktives Zuhören)</li> <li>– <b>Gesprächstechniken und -fertigkeiten</b> (z.B. Paraphrasieren, Zusammenfassen, emotionsfokussierte Gesprächsführung, Selbstoffenbarung)</li> <li>– <b>diagnostische Fertigkeiten und Kompetenzen</b> (z.B. Exploration, Fragetechniken, Störungsdiagnostik, Problemanalysen, Auswertung diagnostischer Befunde, therapiebegleitende Diagnostik, Dokumentation)</li> <li>– <b>konzeptionelle und strategische Fertigkeiten</b> (z.B. konzeptgebundene Informationsverarbeitung und Fallkonzipierung, strategische Therapieplanung)</li> <li>– <b>Prozessfertigkeiten</b> (z.B. Prozesssteuerung und Gestaltung des Therapieprozesses, zeitliche Strukturierung von Therapiestunden, Verlaufsbeobachtung, Monitoring und adaptive Indikation, Management schwieriger Therapiesituationen, Motivationsarbeit)</li> <li>– <b>methodisch-technische Fertigkeiten</b> (z.B. breites Repertoire an therapeutischen Methoden und Techniken, Indikation und Kontraindikationen von Interventionen)</li> <li>– <b>personale Fertigkeiten und Kompetenzen</b> (z.B. Selbstreflexion, Selbstfürsorge, Flexibilität im therapeutischen Stil, persönliche Positivität und Freundlichkeit)</li> <li>– <b>interpersonale Kompetenzen und Fertigkeiten</b> (z.B. Aufbau und Aufrechterhaltung der Therapiebeziehung, kommunikative Fertigkeiten, Empathie- und Perspektivenübernahme, Nähe-Distanz-Regulation, Patient:innensysteme verstehen und damit arbeiten können, Umgang mit problematischem Klient:innenverhalten, Management von Beziehungsproblemen)</li> </ul>

Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

Die Vermittlung von psychotherapiebezogenem Wissen und psychotherapeutischen Fertigkeiten im Masterstudiengang orientiert sich an den verfahrensübergreifenden Kernstrategien der Psychotherapie nach Goldfried (2019) bzw. Grawe (2005). Wie bereits ausgeführt, beeinflussen sich die Wirkprozesse im komplexer Weise gegenseitig. Somit werden immer mehrere Wirkstrategien bei der

Vermittlung einer spezifischen Fertigkeit thematisiert. Je nach Therapieschule unterscheiden sich sicherlich die Schwerpunkte. Beispielsweise sind bei klärungsorientierten Verfahren (z.B. erlebensorientierte humanistische Psychotherapien) Einsicht und Bewusstsein (Krebs et al., 2019) signifikante Wirkprozesse. Gleichwohl ermutigen diese Ansätze auch zu korrektiven Erfahrungen und legen Wert auf Realitätstestung. Bei bewältigungsorientierten Verfahren (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) liegt der Schwerpunkt tendenziell eher bei den korrektiven Erfahrungen und Realitätstestung, wobei diese Prozesse eine gewisse Einsicht und Bewusstsein voraussetzen (Krebs et al., 2019). In Tabelle 1 werden Beispiele von evidenzgestützten Strategien und Techniken verschiedener Therapieschulen aufgelistet, die im Studiengang über die verschiedenen Module verteilt vermittelt werden.

<p><b>Modul A:</b> <b>Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychotherapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einführung in die prozessfokussierte Psychotherapie</li> <li>▪ Einführung in das transtheoretische Modell</li> <li>▪ Lösungsorientierte Gesprächsführung</li> <li>▪ Problemanalyse und klinische Untersuchung</li> <li>▪ Beziehungsgestaltung I</li> <li>▪ Umgang mit schwierigen Situationen</li> </ul> <p>+1 Integrationsseminar</p>	<p><b>Modul C:</b> <b>Bewältigungs- und störungsorientierte Interventionen</b></p> <p>affektive Störungen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Essstörungen, Traumafolgestörungen, Zwangs- und Ticstörungen, psychotische Störungen, Substanz-gebundene Süchte, Verhaltenssüchte und internetbezogene Störungen, Autismus-Spektrum-Störungen</p> <p>+2 Integrationsseminare</p>	<p><b>Modul E:</b> <b>Mehrpersonensetting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paartherapie und Paardynamik</li> <li>▪ Elternarbeit in komplexen Familiensystemen</li> <li>▪ Gruppentherapie</li> <li>▪ Psychodrama</li> </ul> <p>+1 Integrationsseminar</p>
<p><b>Modul B:</b> <b>Diagnostik, Therapieplanung und entwicklungsbezogene Aspekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostik und Therapieplanung</li> <li>▪ Entwicklungspsychopathologie</li> <li>▪ Therapeutische Settings mit Säuglingen und Kleinkindern, Schulkindern, Adoleszenten, Eltern und Familien</li> </ul> <p>+1 Integrationsseminar</p>	<p><b>Modul D:</b> <b>Ressourcen- und klärungsorientierte Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beziehungsgestaltung II</li> <li>▪ Ressourcenaktivierung durch lösungsorientierte, imaginative und hypnotherapeutische Verfahren</li> <li>▪ Klärung durch emotionsfokussierte, affektiv-kognitive und spieltherapeutische Interventionen</li> <li>▪ Klärung im familientherapeutischen Setting</li> </ul> <p>+2 Integrationsseminare</p>	<p><b>Modul F:</b> <b>Spezielle Aspekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Belastungen in der Psychotherapie und Selbstfürsorge</li> <li>▪ Psychopharmakologie</li> <li>▪ Interprofessionelle Zusammenarbeit</li> <li>▪ Psychotherapie im interkulturellen Bereich</li> <li>▪ Begleitung von körperlich kranken Kindern und ihren Familien</li> <li>▪ Rechtliche Aspekte</li> </ul> <p>+1 Integrationsseminar</p>

Abbildung 10 Kursmodule des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie (Stand: September 2023)

Im ersten Modul (A) «Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychotherapie» wird in die prozessfokussierte Psychotherapie eingeführt. Es werden Grundlagen des transtheoretischen Modells der Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von psychischen Störungen vermittelt. Schliesslich werden grundlegende Basisfertigkeiten- und Strategien unterrichtet, wie der systemisch-lösungsorientierte Ansatz und entsprechende Gesprächstechniken und -fertigkeiten, Ressourcenaktivierung, die Problemanalyse auf Mikro- und (externer) systemischer Ebene, klinische Exploration und psychopathologische Befunderhebung sowie grundlegende Aspekte und Strategien zur Beziehungsgestaltung. Aufgrund der Bedeutung der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor in der Psychotherapie erhält die Beziehungsgestaltung und die Interaktion einen hohen Stellenwert im Studiengang. In jedem Kurs besteht ein besonderer Fokus auf die therapeutische Beziehung und Allianz.

Im zweiten Modul B «Diagnostik, Therapieplanung und entwicklungsbezogene Aspekte» wird die Arbeit mit der Fallkonzeption des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie und die daraus abgeleitete Behandlungsplanung und Zielformulierung eingeführt. Es werden diagnostische Fertigkeiten und Kompetenzen vermittelt. Im Kurs «Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters» liegt der Schwerpunkt auf relevante Aspekte der Bindungstheorie für die Psychotherapie. Zudem finden in diesem Modul Kurse zum therapeutischen Setting mit den verschiedenen Altersgruppen unter Berücksichtigung von entwicklungspsychopathologischen Aspekten (mit Säuglingen und Kleinkindern, mit Schulkindern, mit Adoleszenten, mit Eltern und Familien) statt.

Die Kurse in den ersten beiden Modulen A und B beinhalten Basisfertigkeiten, die in jeder Therapie-sitzung zur Anwendung kommen könnten. In diesen Grundmodulen stehen insbesondere die beiden

Kernstrategien Beziehung und Allianz sowie Hoffnung, Erwartung und Motivation (Goldfried, 2019) im Fokus.

Modul C «Bewältigungs- und störungsorientierte Interventionen» startet mit einem Kurs zur theoretischen Vertiefung der Wirkprozesse. Dabei soll die verfahrensübergreifende Haltung der Teilnehmenden gefördert werden. In den weiteren Kursen des Modul C und Modul D «Ressourcen- und klärungsorientierte Interventionen» werden verschiedene störungsspezifische und störungsübergreifende Strategien und Techniken von Dozierenden unterschiedlicher Therapieschulen vermittelt. Die Teilnehmenden erfahren praxisnah, mit welchen unterschiedlichen Methoden, Strategien und Techniken die klinischen Kernstrategien Bewusstsein und Einsicht, korrektive Erfahrungen und Realitätsetzung (Goldfried, 2019) aktiviert werden können.

Im Modul C werden die für die Praxis bedeutendsten psychischen Störungen von Dozierenden vermittelt, die eine Expertise in der Behandlung dieser Störungsgruppen ausweisen. Während das Störungswissen mehrheitlich im Rahmen der Kursvorbereitung im Selbststudium angeeignet wird, werden am Kurstag eher spezielle Aspekte der Arbeit mit den betroffenen Patient:innensystemen beleuchtet. Zudem werden empirisch validierte Basiskompetenzen (z.B. Exposition) und störungsspezifische Interventionen (z.B. Spiegelkonfrontation bei Essstörungen) praxisnah vermittelt.

Während im Modul C eher bewältigungs- und störungsorientierte Interventionen unterrichtet werden, beinhaltet das Modul D klärungsorientierte Interventionen, wie Ressourcenaktivierung durch lösungsorientierte, imaginative und hypnotherapeutische Verfahren, Klärung durch emotionsfokussierte, affektiv-kognitive und spieltherapeutische Interventionen und Klärung im familientherapeutischen Setting.

Im Modul E wird Psychotherapie in Mehrpersonensettings beleuchtet. Es finden Kurse zu Paartherapie und Paardynamik, Elternarbeit in komplexen Familiensystemen, Gruppentherapie und Psychodrama statt.

Modul F beinhaltet Kurse zu speziellen Aspekte der psychotherapeutischen Arbeit, wie Belastungen in der Psychotherapie und Selbstfürsorge, Psychopharmakologie und die Zusammenarbeit zwischen psychologische Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen, interprofessionelle Zusammenarbeit, Psychotherapie im interkulturellen Bereich, Begleitung von körperlich kranken Kindern und ihren Familien, rechtliche und ethische Aspekte.

In jedem Modul finden 1-2 Fallseminare statt, welche sowohl als Fallseminare, zur Förderung des transtheoretischen Ansatzes und therapeutischen Haltung sowie zur Übung spezifischer Techniken im Sinne des «Deliberate Practice» (siehe Abbildung 12). Die konkreten Kursbeschreibungen finden sich im Modulhandbuch.

Die Vermittlung der psychotherapeutischen Fertigkeiten wird Studiengang Kinder- und Jugendpsychotherapie als ein systematisches Training verstanden, welches verschiedene Methoden zur Kompetenzförderung beinhaltet (vgl. Weck, 2017). Das an die Medizindidaktik angelehnte Modell von Muse und McManus (2013) zur Erfassung therapeutischer Kompetenzen bietet eine Systematik, die verschiedenen Methoden, die im Studiengang zum Einsatz kommen, einzuordnen (siehe

Tabelle 3). Dabei werden vier Ebenen definiert, die hierarchisch aufgebaut sind:

- Ebene 1: Störungs- und Behandlungswissen (d.h. über relevantes Wissen verfügen)
- Ebene 2: Wissenstransfer (d.h. wissen, wie das Wissen eingesetzt wird)
- Ebene 3: Demonstration (d.h. in der Lage sein, Fähigkeiten zu zeigen)
- Ebene 4: Umsetzung (d.h. Fähigkeiten in der Praxis anwenden)

Die Ebenen 3 und 4 sind besonders relevant, da diese die Behandlungsqualität in der klinischen Praxis am wahrscheinlichsten abbilden (Weck, 2019). Die hierarchische Anordnung impliziert, dass Wissen (Ebene 1 und 2) wirkungslos ist, wenn es nicht auf den höheren Ebenen demonstriert werden kann. Gleichzeitig kann die Umsetzung (Ebene 3 und 4) nicht wirksam sein, wenn entsprechendes Wissen (Ebene 1 und 2) noch nicht vorliegt.

*Tabelle 3 Ebenen therapeutischer Kompetenzen und didaktische Methoden zur Begleitung der therapeutischen Entwicklung bei den Teilnehmenden des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie (in Anlehnung an Weck, 2017)*

<b>Ebenen therapeutischer Kompetenzen</b>	<b>Methoden zur Förderung der therapeutischen Kompetenzen</b>
<b>Ebene 1: Störungs- und Behandlungswissen</b> (d.h. über relevantes Wissen verfügen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kursvorbereitung im Selbststudium und darauf aufbauende (kurze) theoretische Vermittlung des Störungs- und Methodenwissens sowie Instruktionen zu den therapeutischen Fertigkeiten</li> <li>– eigenständiges Selbststudium relevanter Literatur zu Störungs- und Methodenwissen sowie psychotherapeutischen Fertigkeiten</li> <li>– Konsolidierung der erlernten Inhalte im Rahmen der Zwischen- und Abschlussprüfungen</li> </ul>
<b>Ebene 2: Wissenstransfer</b> (d.h. wissen, wie das Wissen eingesetzt wird)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Beobachtung von Rollenmodellen im Rahmen der Kurs- und Seminartage durch die Dozierenden</li> <li>– eigenständige schriftliche Kursreflexion mit dazugehöriger Planung des Einsatzes der gelernten Fertigkeiten im klinischen Alltag</li> <li>– Reflexion der Anwendung der spezifischen Methoden und Techniken auf die eigenen persönlichen oder beruflichen Herausforderungen</li> <li>– wiederholtes reflexives Schreiben bezüglich individueller Entwicklungsziele (nach 6 Monaten, nach 1 Jahr, nach 2 und 4 Jahren)</li> <li>– Rückmeldung und Selbstreflexion in Rahmen von Peer-Tandems aus der Weiterbildung ca. 3 Monate nach den Entwicklungsgesprächen</li> <li>– Gruppen- und Einzelsupervisionen mit Schwerpunkt auf das Vorgehen im Therapiekontext und dem adäquaten Einsatz der therapeutischen Techniken und Methoden</li> <li>– Dokumentation von 10 supervidierten Psychotherapien mit kritischer, persönlicher Reflexion des Behandlungsverlaufes</li> <li>– Selbsterfahrung mit Selbsterfahrungstherapeut:in als positives Rollenmodell</li> </ul>
<b>Ebene 3: Demonstration</b> (d.h. in der Lage sein, Fähigkeiten zu zeigen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– erlebnisbasierte Übungen, Rollenspiele mit Kommiliton:innen, Reflecting-Teams, Selbsterfahrungsübungen unter Anleitung der Dozierenden bzw. Supervisor:innen mit Erhalt direkter Rückmeldungen</li> <li>– eigenständiges Einüben der Fertigkeiten im privaten und beruflichen Alltag</li> </ul>
<b>Ebene 4: Umsetzung</b> (d.h. Fähigkeiten in der Praxis anwenden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Umsetzung der therapeutischen Fertigkeiten und Fähigkeiten in der eigenen therapeutischen Tätigkeit</li> <li>– Ausübung von therapeutischen Fertigkeiten unter Anleitung und Supervision in der Praxis (Videoaufzeichnungen, Live-Supervisionen)</li> <li>– autonomes praxisnahes Training («Deliberate Practice»)</li> <li>– Achtsamkeitspraxis</li> <li>– strukturierte Feedback aufgrund von Ratings der Patient:innen und deren Bezugspersonen zu laufenden Psychotherapien</li> <li>– Selbsteinschätzung der eigenen therapeutischen Kompetenz mit Berücksichtigung von Rückmeldungen von Peers und Vorgesetzten im beruflichen Alltag sowie von Peers in der Weiterbildung im Rahmen von Inter- und Supervisionen</li> </ul>

## Förderung von personalen Fähigkeiten im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

Welche personalen Fähigkeiten bzw. individuelle Dispositionen eine Psychotherapeutenperson für den Psychotherapieberuf mitbringen sollte, sind kaum systematisch erforscht (vgl. Castonguay & Hill, 2017). Praktische Erfahrungen und wenige Forschungsbefunde zeigen, dass die Entwicklung einer

Psychotherapeutenperson sowohl durch kontextuelle (z.B. Anleitung, Förderung) als auch kognitiv-emotionale Faktoren (z.B. Flexibilität, Lern- und Veränderungsfähigkeiten) mitbedingt wird. Entsprechend wird die Förderung dieser Faktoren im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie durch eine individualisierte Begleitung gewährleistet. Darüber hinaus wird versucht, für den Beruf weniger geeignete Personen bereits im Bewerbungsverfahren zu identifizieren und nicht in den Studiengang aufzunehmen. Eine Studie von Nodop und Strauss (2013) schätzt, dass ungefähr 4-5% der Bewerbenden um einen Ausbildungsplatz aufgrund mangelnder personaler und interpersonaler Kompetenzen, emotionale Instabilität oder geringe Introspektions- und Reflexionsfähigkeit nicht für den Beruf geeignet sind.

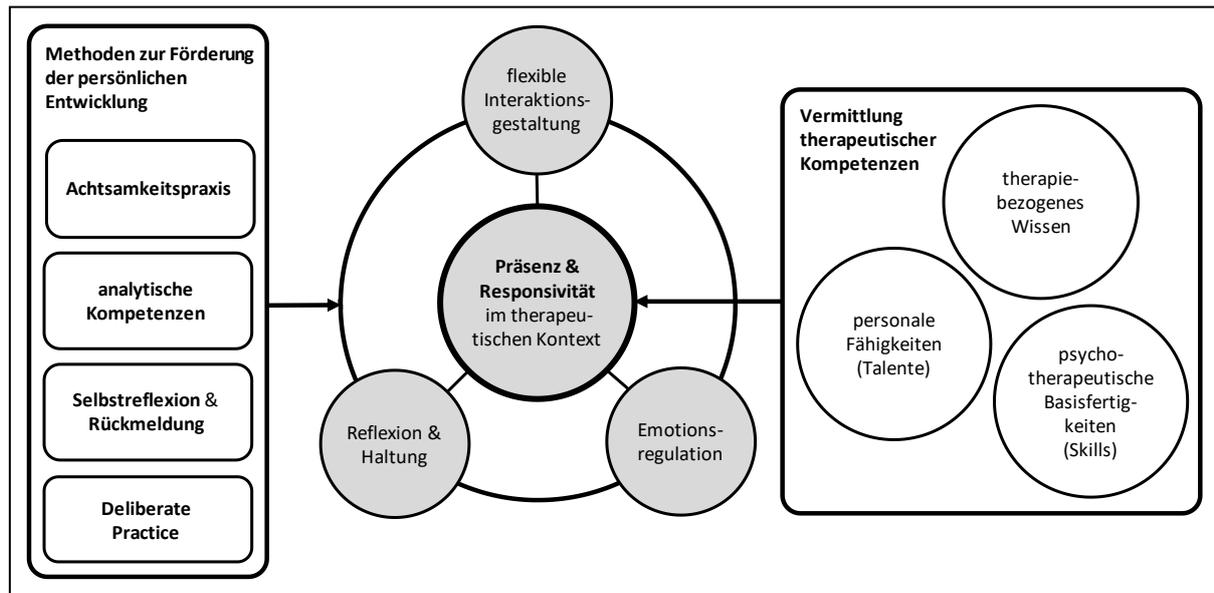


Abbildung 11 Förderung der persönlichen Entwicklung als Psychotherapeut:in im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

Untersuchungen belegen, dass es von Vorteil ist, angehende Therapeutenpersonen bereits im Rahmen der Weiterbildung zu fördern, einen eigenen Weg der Kompetenz und individuellen Fertigkeitentwicklung zu gehen (Rønnestad & Skovholt, 2005). Der transtheoretische Ansatz geht mit der Entwicklung einer eigenständigen und flexibel handelnden psychotherapeutischen Persönlichkeit einher. Dabei soll die Grundhaltung des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie, sich an wissenschaftlichen Standards und am aktuellen Forschungsstand zu orientieren, in die professionelle Identität einfließen. Die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen therapeutischen Modellen im Rahmen der Weiterbildung und die flexible Anwendung therapieschulübergreifender Methoden, Strategien und Techniken erfordert die Stärkung der Therapeutenpersönlichkeit. Diese Fokussierung auf die Therapierenden deckt sich mit den Befunden der allgemeinen Wirksamkeitsforschung. Diese legt nahe, dass schulenunabhängige Kompetenzen zur therapeutischen Prozess- und Beziehungsgestaltung den stärksten Zusammenhang zu Therapiewirksamkeit aufweisen (Evers & Taubner, 2019).

Im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie werden demnach intra- und interpersonale Kompetenzen eine zentrale Rolle zugesprochen. Sie gehen einher mit reflexiven Kompetenzen und einer persönlichen psychotherapeutischen Haltung, kommunikativen Kompetenzen, analytischen Kompetenzen, Flexibilität in der therapeutischen Interaktion und emotionsregulatorische Kompetenzen (vgl. Rief, Schramm & Strauss, 2021; Brakemeier et al., 2022). Diese Kompetenzen spielen bei einer «genügend gute» Umsetzung von therapeutischen Fertigkeiten in einer spezifischen Situation mit einer bestimmten Person eine massgebliche Rolle. Tabelle 3 zeigt auf, welche Methoden und Strategien im

MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie eingesetzt werden, um diese grundlegenden Kompetenzen zu fördern. Im Folgenden werden diese Methoden und Strategien erläutert.

### Achtsamkeitspraxis

Achtsamkeitspraxis in der Psychotherapie und Psychotherapieausbildung ist keine neue Erscheinung. Integrationsversuche buddhistischen Denkens begann in der psychoanalytischen Tradition bereits in den 1940er Jahren (Reddemann et al., 2017). Mit dem Interesse der 1960er-Bewegung für bewusstseinsorientierte Lehren nahmen wichtige Vertreter der humanistischen Psychologie Aspekte der Achtsamkeit aus verschiedenen buddhistischen Lehren auf (Weiss et al., 2023). Spätestens mit der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie ab Mitte der 1990er Jahren wurde Achtsamkeit in der Psychotherapie populär. Es darf zum Thema Achtsamkeit und westlich orientierter Psychotherapie kritisch betrachtet werden, Achtsamkeit losgelöst von essenziellen Aspekten der buddhistischen Lehre anzuwenden. Gleichwohl kann die Wirkweise von Achtsamkeitspraxis mit psychologisch fundierten Theorien in Zusammenhang gebracht werden. Aufmerksamkeitssteuerung, Desidentifikation, Reperceiving, Emotionsregulation, Emotions- und Ambiguitätstoleranz, Mentalisierung und Selbstreflexivität sind allesamt psychologische Prozesse, welche in der Forschungsliteratur mit der Praxis von Achtsamkeit in Verbindung gebracht werden (Harrer & Weiss, 2015). Achtsamkeit ist also eine kultivierbare angeborene, menschliche Fähigkeit.

Die Achtsamkeitspraxis stellt ein Kernelement im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie zur Förderung der personalen Kompetenzen dar. Eine achtsame Haltung im persönlichen Leben und in der therapeutischen Praxis stärkt die therapeutische Präsenz im Kontakt mit Patient:innen und deren Bezugspersonen (Boellinghaus et al., 2014). Therapeutische Präsenz kann als Prozess von innen nach aussen betrachtet werden, interessiert und erreichbar zu sein, offen für alle Aspekte des gegenwärtigen Erlebens des Gegenübers zu sein, offen gegenüber dem eigenen Erleben in Kontakt mit dem Gegenüber zu sein, diszipliniert persönlich mitzuschwingen und mit reifer Empathie auf das Erleben des Gegenübers zu reagieren (Geller & Greenberg, 2002; Bugenthal, 1999). Dieser therapeutische Beziehungsprozess aktiviert das Bindungssystem (Gilbert et al., 2008) bzw. Annäherungsverhalten und führt zu einem Gefühl der Verbundenheit und Sicherheit. Wie in Kapitel II beschrieben, ist dieser Zustand immer wieder der Ausgangspunkt für den Einsatz therapeutischer Strategien und Techniken, wie Selbstexploration, Erprobung neuer Verhaltensweisen oder Klärung von Ambiguität (Geller, 2018). Im Kontext dieser achtsamen Beziehungsgestaltung findet Metakommunikation bzw. Ko-Regulation statt. Sie bildet somit die Grundlage für (Selbst-) Mitgefühl, (Selbst-) Akzeptanz und (Selbst-) Regulation (Siegel, 2012). Dabei ist das Ziel, die wiederholte passive oder aktive Desidentifikation von vorherrschenden Kognitionen, körperlichen Empfindungen, Emotionen und Handlungsimpulsen, um alternatives Erleben und Verhalten zu entdecken oder verfügbar zu machen (Harrer & Weiss, 2015).

### Analytische Kompetenzen

Die Gestaltung der therapeutischen Interaktion basiert nicht nur auf die Präsenz und Responsivität der Psychotherapeut:in, sondern auch auf eine intuitive und rationale Verarbeitung der Ereignisse. Beispielsweise könnte ein beziehungsunsicheres Kind die Therapeut:in bei einem Brettspiel gewinnen lassen wollen, um die Beziehung nicht zu gefährden. Falls die Therapeutin das Verhalten als therapie-relevant erkennt, könnte sie diese Situation durch eine Intervention nützen, dem Kind eine korrigierende Erfahrung zu ermöglichen. Diese Fähigkeit wird durch die klinische Erfahrung und häufige Reflexion von den Fällen, die im praktischen Alltag begegnet werden, entwickelt. Die Fallkonzeption (siehe Prozess I Prozesse im Patient:innensystem) dient in diesem Sinne nicht nur als Basis für übergeordnete Behandlungsziele und -ansätze bzw. für die Behandlungsplanung, sondern auch für die Förderung dieser analytischen Kompetenzen.

Im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie werden Prozesse der klinischen Informationsverarbeitung sowie der theorie- und erfahrungsbasierten Hypothesenbildung im Rahmen der Gruppensupervisionen und Fallseminaren gezielt gefördert. Von den Teilnehmenden wird dabei eine engagierte Beteiligung erwartet. Darüber hinaus werden die Teilnehmenden aufgefordert, auch ausserhalb dieser Gefässe die eigenen Beobachtungen, Interpretationen und Erfahrungen mit beruflichen Peers auszutauschen. Videoaufnahmen sind bei dieser Entwicklungsarbeit unabdingbar. Beispielsweise gilt es, Widerstand im Patient:innensystem oder Übertragungs-Gegenübertragungsphänomene zu erkennen und die entsprechenden therapeutischen Schlüsse zu ziehen.

### Selbstreflexion und Rückmeldung

Reflexive Kompetenz ist einerseits Voraussetzung für professionelles Handeln in der Psychotherapie und andererseits bedeutsam für die eigene psychotherapeutische Entwicklung. Gemäss Rønnestad & Skovholt (2015) wird reflexive Kompetenz und damit zusammenhängend die Entwicklung einer eigenständigen therapeutischen Haltung (z.B. persönliches Verständnis von Psychotherapie) durch Schwierigkeiten oder Herausforderungen in der therapeutischen Arbeit angestossen. Nach dem Modell von Rønnestad & Skovholt (2015) muss Selbstreflexion aktiv veranlasst werden. Herausforderungen in der therapeutischen Beziehung veranlassen, die eigenen Emotionen, Kognitionen und Handlungsimpulse zu reflektieren und mit persönlichen Beziehungs- und Interaktionsmustern in Zusammenhang zu bringen. Im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie wird die Selbstreflexion der Teilnehmenden neben der selbständigen Reflexion der eigenen therapeutischen Praxis oder der Reflexion im Rahmen der Supervision und Selbsterfahrung, zusätzlich durch Kursreflexionen, Reflexionen der eigenen therapeutischen Entwicklung anhand von Entwicklungszielen und Fallreflexionen im Rahmen der Falldokumentation gefordert.

*Tabelle 4 Therapeutische Kompetenzskalen im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie (in Anlehnung an Hill & Castonguay, 2017; Chow & Miller, 2015; Wampold et al., 2017; Rief, Schramm & Strauss, 2021; Koddebusch & Hermann, 2018)*

Therapeutische Kompetenzen	Beispiele
<b>Prozessuale Kompetenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Herstellen und aufrechterhalten eines professionellen Behandlungsrahmens</li> <li>– Sicherstellen der Privatsphäre und der Vertraulichkeit</li> <li>– Strukturieren der Sitzungen (Anfang, Schluss, Rückmeldung)</li> <li>– Dokumentation, Qualitätskontrolle und therapiebegleitende Diagnostik</li> <li>– Prozesssteuerung und Gestaltung des Therapieprozesses</li> <li>– Herstellen eines kind- bzw. jugendlichengerechten Therapiesettings</li> <li>– spielerisches und bewegungsorientiertes Vorgehen</li> <li>– Management schwieriger Therapiesituationen</li> <li>– Motivationsarbeit</li> </ul>
<b>Analytische Kompetenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– diagnostische Fertigkeiten (Störungsdiagnostik, Problemanalysen)</li> <li>– konzeptgebundene Informationsverarbeitung</li> <li>– Fallkonzeption</li> <li>– spontane analytische Kompetenzen</li> <li>– strategische Therapieplanung</li> </ul>
<b>Interaktionskompetenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aufbau von Allianz (Bond, Goal, Task)</li> <li>– Generieren von Hoffnung und Motivation</li> <li>– ermöglichen von korrektiven Erfahrungen und Veränderungsprozessen</li> <li>– Unterstützen von Transfer und Realitätsprüfung</li> <li>– Umgang mit Widerständen und Hindernisse</li> </ul>
<b>Intrapersonelle Kompetenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Offenheit zur Selbstreflexion und -wahrnehmung</li> <li>– Selbstoffenbarung</li> <li>– Zulassen von Unsicherheit und Selbstzweifel</li> <li>– Selbstfürsorge</li> <li>– Fähigkeiten zur Selbsteinschätzung</li> <li>– Affinität für Spass und Spiel</li> <li>– multikulturelle Kompetenzen</li> <li>– Bewusstsein bezüglich Diversität, Behinderungen und sozialen Unterschiede</li> <li>– professionelle Identität</li> </ul>

<b>Lern- und Veränderungsfähigkeiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Selbstmonitoring</li> <li>– Offenheit für Rückmeldungen</li> <li>– Umsetzen von Rückmeldungen im Praxisalltag</li> <li>– Umsetzen erlernter Methoden und Techniken im Praxisalltag</li> <li>– Einüben von erlernten Inhalten ausserhalb der Alltagspraxis</li> </ul>
--	---

Die Entwicklung therapeutischer Kompetenzen erfordert eine engmaschige Begleitung während der Ausbildung. Im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie wird eine gezielte, individuelle Kompetenzentwicklung angestrebt. In diesem Sinne führt die Studienleitung nach 6 Monaten, einem Jahr, nach 2 und 4 Jahren sogenannte Entwicklungsgespräche mit den einzelnen Teilnehmenden. Diese Gespräche basieren auf Reflexionsberichte und halbstrukturierten Selbsteinschätzungen der therapeutischen Kompetenzen. Im Vorfeld werden die Teilnehmenden aufgefordert, konkrete Rückmeldungen von Patient:innen und deren Bezugspersonen (mündlich aber insbesondere psychometrisch), Peers und Vorgesetzten im beruflichen Alltag einzuholen. Das Ergebnis dieser Entwicklungsgespräche sind das Bestimmen von Stärken und Bereiche mit Entwicklungspotential sowie die Formulierung von allgemeinen Entwicklungszielen und spezifische Lernzeile, die sich auf therapeutische Fertigkeiten beziehen («Deliberate Practice»).

Neben den Entwicklungsgesprächen führen die Teilnehmenden selbständig ein Entwicklungsjournal, in das persönliche Erkenntnisse, Kursreflexionen und den Transfer von erlernten Inhalten in die Alltagspraxis dokumentiert werden können. Diese stetigen schriftlichen Reflexionen eignen sich als gute Grundlage die Reflexionsberichte, welche längere Entwicklungsphasen abdecken, zu verfassen. Diese Prozesse tragen zur Entwicklung der therapeutischen Metafähigkeit des Selbstmonitorings und der Selbstevaluation bei.

#### Deliberate Practice

Die Kompetenzentwicklung von Psychotherapeut:innen kann als Prozess von «unbewusster Inkompetenz zu bewusster Inkompetenz» und im weiteren Verlauf von «bewusster Kompetenz» zu «unbewusster Kompetenz» beschrieben werden (Goldfried, 2004). Die therapeutische Erfahrung in Jahren oder in Anzahl behandelten Patient:innen führt nicht zu Expertise, sondern systematische Anstrengung, die eigenen therapeutischen Kompetenzen zu entwickeln (Rousmaniere, 2016). «Deliberate Practice» (bewusstes Lernen, absichtsvolles Üben) von Ericsson (1993) ist ein Konzept zur praxisnahen Kompetenzförderung. Es geht davon aus, dass spezifische therapeutische Fertigkeiten gezielt trainiert werden kann, auch ausserhalb von Patient:innenkontakten (Rousmaniere et al., 2017). Ericsson (2015) definiert dabei fünf Prinzipien:

1. Motivation, die eigene Leistung durch die Auseinandersetzung mit einer Aufgabe zu verbessern und sich anzustrengen
2. Lernziele sind klar definiert und die Aufgabe und Ziel sind nach kurzer Instruktion verständlich
3. Aufgaben, die an vorhandenes Wissen und bestehende Fähigkeiten anknüpfen
4. unmittelbare und qualitativ hohe Rückmeldung, welche berücksichtigt wird
5. Wiederholung derselben oder ähnlichen Aufgaben und Korrektur von Fehlern

Das «Deliberate Practice»-Konzept wird im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie in verschiedene Formate umgesetzt. Grundsätzlich werden die Teilnehmenden aufgefordert sukzessiv ihre therapeutischen Kompetenzen weiterzuentwickeln. Dies geschieht in Rahmen von den Entwicklungsgesprächen und Entwicklungszielen (siehe Selbstreflexion und Rückmeldung). Neben den Entwicklungsgesprächen wird das gezielte Training von therapeutischen Fertigkeiten auch in den Kursen gefördert. Im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie sind die Kurstage so aufgebaut, dass ein Grossteil der Präsenzveranstaltung das praktische Üben der vermittelten Methoden und Techniken beinhaltet. Das Beobachten von Rollenmodellen und das selbständige Einüben in Rollenspielen unter Anleitung sind das Kernelement der Kurstage. Darüber hinaus formulieren die Teilnehmende zu jedem Kurs persönliche Lernziele, Reflektieren ihren Lernerfolg und Planen die Umsetzung der gelernten Methoden unter Beachtung möglicher Barrieren, Techniken und Strategien in den beruflichen Alltag. Schliesslich finden in jedem Modul des Weiterbildungsganges zwei Integrationsseminare statt. In diesen Seminaren wird entsprechend den Prinzipien von «Deliberate Practice» ausgewählte Fertigkeiten der Kinder und Jugendpsychotherapie geübt. In Anlehnung an Bate et al. (2022) handelt es sich um Fertigkeiten, die aufeinander aufbauen, und anhand von Fallvignetten in der Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen in standardisierten Übungsszenarien in Rollenspielen geübt werden.

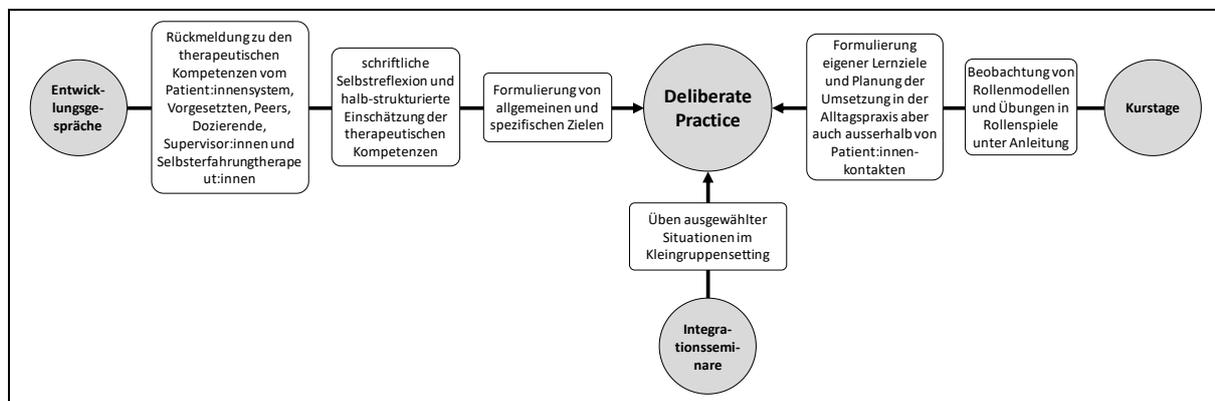


Abbildung 12 Umsetzung des Konzepts «Deliberate Practice» im Rahmen des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

## Zusammenfassung Grundannahmen des MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

«Der Mensch bedarf des Menschen, um ein Mensch zu werden.» Johannes R. Becher

Patient:innen und angehende Psychotherapeut:innen funktionieren nach denselben Grundprinzipien des menschlichen Denkens und Verhaltens. Beide sind in einem Veränderungsprozess, neue Denk- und Verhaltensweisen zu erlernen. Erstere mit dem Ziel der Verbesserung von Lebensqualität und des Wohlbefindens, Letztere mit dem Ziel eine neue Professionalität zu erlangen.

Angehende Psychotherapeut:innen haben die Verantwortung für die Veränderungsprozesse ihrer Patient:innen. Sie sind gefordert, gleichzeitig eine grosse Selbstverantwortung für ihren eigenen Lern- und Entwicklungsprozess zu übernehmen. Die Patient:innen sollen sich dabei auf die therapeutische Beziehung verlassen können und auf einen sicheren therapeutischen Rahmen, der ihnen die Grundlage für Veränderung und damit Genesung bietet. Die angehenden Psychotherapeut:innen finden sich in einer verbindlichen Lehrbeziehung zu ihren Dozierenden und einer wohlwollenden Begleitung durch die Studienleitung und den Supervisor:innen. Die Weiterbildung soll ein sicherer Lernort sein, in dem Selbstreflexion und die Auseinandersetzung mit Herausforderungen Platz haben.

Die jungen Patient:innen sind bei der Auseinandersetzung mit sich selbst auf ihr Umfeld und ihre nächsten Bezugspersonen angewiesen, dass sie in der Veränderung mittragen und unterstützen und vielleicht zeitweise auch ko-regulieren. Auch angehende Psychotherapeut:innen profitieren von einem unterstützenden Umfeld. In unserem Masterstudiengang unterstützen wir ein förderliches Klima innerhalb der Weiterbildungsklasse und wünschen uns, dass sich diese gegenseitig in ihrer Entwicklung trägt.

Unsere angehenden Psychotherapeut:innen werden während der Weiterbildung angeleitet, die Prozesse in ihren Patient:innen und in ihnen selber, aber auch den therapeutischen Prozess, immer wieder bewusst zu reflektieren - sei es in den Integrationsseminaren, in den Supervisionen, den Interventionen, als auch den persönlichen Reflexionen und Entwicklungsgesprächen und in der externen Selbsterfahrung - damit sowohl der Veränderungsprozess ihrer Patient:innen als auch ihr eigener Entwicklungsprozess nach bestem Wissen und Gewissen verläuft.

Wir verstehen sowohl Psychotherapie als auch die Lehre von Psychotherapie als ein ressourcenorientierter Entwicklungsprozess, der auf Basis von humanistisch geprägten Lern- und Therapiebeziehungen gedeiht.

Ukaegbu Okere & Andrea Kramer

# Literatur

- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M. & Stayton, D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development. «Socialization» as a product of reciprocal responsiveness to signals. In P.M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99–135). London, UK: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ, 1986(23-28).
- Bate, J., Prout, T. A., Rousmaniere, T., & Vaz, A. (2022). Deliberate practice in child and adolescent psychotherapy. *American Psychological Association*.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior therapy*, 1(2), 184-200.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Bernstein, A., Hadash, Y., Lichtash, Y., Tanay, G., Shepherd, K., & Fresco, D. M. (2015). Decentering and related constructs: A critical review and metacognitive processes model. *Perspectives on Psychological Science*, 10(5), 599-617.
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2014). The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. *Mindfulness*, 5, 129-138.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (2021). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Brakemeier, E. L., & Herpertz, S. C. (2019). [Innovative psychotherapy research: towards an evidence-based and process-based individualized and modular psychotherapy]. *Nervenarzt*, 90(11), 1125-1134. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00808-9> (Innovative Psychotherapieforschung: auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie.)
- Brandtstädter, J. (1985). Entwicklungsprobleme des Jugendalters als Probleme des Aufbaus von Handlungsorientierungen. In D. Liepmann & A. Stiksrud (Hrsg.), *Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme der Adoleszenz* (S.5–12). Göttingen: Hogrefe.
- Brandtstädter, J. & Lindenberger, U. (Hrsg.). (2007). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional psychology: research and practice*, 36(4), 376.
- Bronstein, M. V., Pennycook, G., Joormann, J., Corlett, P. R. & Cannon, T. D. (2019). Dual- process theory, conflict processing, and delusional belief. *Clin. Psychol. Rev.* 72, 101748.
- Bugental, J. F. (1999). *Psychotherapy isn't what you think: Bringing the psychotherapeutic engagement into the living moment*. Zeig Tucker & Theisen Publishers.
- Cairns, R. B. & Cairns, B. D. (2006). The making of developmental psychology. In W. Damon, R.M. Lerner (Eds.-in-Chief), R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp.89–1, 65). New York: Wiley.
- Carver, S. S., Johnson S. L., & Timpano, K. R. (2017). Toward a Functional View of the p- Factor in Psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 5(5) 880–889
- Caspar, F. (2008). Motivorientierte Beziehungsgestaltung - Konzept, Voraussetzungen bei den Patienten und Auswirkungen auf Prozess und Ergebnisse. In: Hermer M, Röhrle B (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Bd. 1. Tübingen: dgvt, S. 527–558.
- Caspar, F. (2017). Professional expertise in psychotherapy. In: Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. xv-356). American Psychological Association.
- Caspar, F., Deisenhofer, A. K., Evers, O. (2021). Psychotherapeutische Kompetenzen. In: W. Rief, E. Schramm & B. Strauss (Hrsg.) *Psychotherapie*. Elsevier, München. S.3-27.

- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects (pp. xv-356). American Psychological Association.
- Clark, D. M. and Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. and Schneier, F. R. (Eds.), *Social Phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
- Cook, J. M., Biyanova, T., Elhai, J., Schnurr, P. P., & Coyne, J. C. (2010). What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 260.
- Crits-Christoph, P., & Gibbons, M. B. C. (2021). Psychotherapy process-outcome research: Advances in understanding causal connections. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 263-296.
- Crowe, K., & McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 76-87.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology*, 15, 207-231.
- Damasio, A. R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London: Series B: Biological Sciences*, 351 (1346), 1413-1420.
- Damasio, A., & Carvalho, G. B. (2013). The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nature reviews neuroscience*, 14(2), 143-152.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55, 68–78.
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 313-349.
- Dixon, A. K. (1998). Ethological strategies for defence in animals and humans: Their role in some psychiatric disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 71: 417–445.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Görtz-Dorten, A., Breuer, D., Lehmkuhl, G., & Görtz-Dorten, A. (2008). DISYPS-II: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II. Huber: Hogrefe Testverl..
- Ellis, A. (1975). *Reason and Emotion in Psychotherapy* (9th Ed.). Secausus: Lyle Stuart.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality. Theory and research* (pp. 165– 192). New York: Guilford.
- Epstein, S. (2014). *Cognitive-Experiential Theory. An Integrative Theory of Personality*. University Press.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological review*, 100(3), 363.
- Eubanks, C.F. & Goldfried, M.R. (2019). A Principle-Based Approach to Psychotherapy Integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (3 edn) (pp. p. 69-92). Oxford University Press.
- Evers, O., & Taubner, S. (2019). Kompetenzentwicklung in der Psychotherapieausbildung. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 20(04), 58-63.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins Univer. Press.
- Gaines, A. N., & Goldfried, M. R. (2021). Consensus in psychotherapy: Are we there yet? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(3), 267–276. <https://doi.org/10.1037/cps0000026>.
- Gainsburg, I., & Kross, E. (2020). Distanced self-talk changes how people conceptualize the self. *Journal of Experimental Social Psychology*, 88, 103969.
- Geller, S. M. (2018). Therapeutic presence and polyvagal theory: Principles and practices for cultivating effective therapeutic relationships. *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies*, 106-126.

- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic Presence: therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The Social Biofeedback Theory of Parental Affect-Mirroring: The Development Of Emotional Self-Awareness And Self-Control In Inf. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1181-1212.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2010). Compassion focused therapy. *Individual Therapy*, 301.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182-191.
- Goldfried, M. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone?. *Psychotherapy Research*, 10(1), 1-16.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the Delineation of Therapeutic Change Principles. *American Psychologist*, 35(11), 991-999.
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *Am Psychol*, 74(4), 484-496.
- Grawe, K. (1995) Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40:130–145.
- Grawe, K. (1998) *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen.
- Grawe, K. (2004) *Neuropsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen.
- Grosse Holtforth, M. (2017). Was ist Problemaktualisierung? *Psychotherapeut*, 62, 77-82.
- Harrer, M. E., & Weiss, H. (2015). *Wirkfaktoren der Achtsamkeit: Wie sie die Psychotherapie verändern und bereichern*. Schattauer Verlag.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press Inc., New York.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy (Vol. 6)*. New York: Guilford press.
- Herpertz, S. C., & Schramm, E. (Eds.). (2022). *Modulare Psychotherapie: Ein Mechanismus-basiertes, personalisiertes Vorgehen*. Klett-Cotta.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50.
- Hoyer, J., Knappe, S., & Wittchen, H. U. (2020). *Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren: Ein Überblick*. *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 377-395.
- James, W. (1890/1950). *The principles of psychology*. NewYork: Dover.
- Jäncke, L. (2021). *Lehrbuch Kognitive Neurowissenschaften (3. Aufl.)*. Hogrefe Verlag.
- Jones, M. C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- Kagan, J., Snidman, N., & Arcus, D. (1998). Childhood derivatives of high and low reactivity in infancy. *Child development*, 69(6), 1483-1493.
- Kahnemann, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Kanfer, F. H., & Saslow G. Behavioral diagnosis. In Franks C. M. (Ed.), *Behavior therapy: appraisal and status*. New York: McGraw-Hill, 1969, 417–444.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2012). *Grundlagen der Selbstmanagement-Therapie. Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*, 19-84. Berlin: Springer.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7, 35-51.

- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review*, 26(1), 50-65.
- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 349-357.
- Kazdin, A. E. (2005). Evidence-based assessment for children and adolescents: Issues in measurement development and clinical application. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 34(3), 548-558.
- Klarer, M., Arnold, M., Günther, L., Winter, C., Langhans, W., & Meyer, U. (2014). Gut vagal afferents differentially modulate innate anxiety and learned fear. *Journal of Neuroscience*, 34(21), 7067-7076.
- Koddeusch, C. & Hermann, C. (2018). A proposed conceptualization of therapeutic competence: The three level model. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(1), 12-23
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 1964-1979.
- Lambert, M. J. (2017). Maximizing psychotherapy outcome beyond evidence-based medicine. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(2), 80-89.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520.
- Lane, R. D., Subic-Wrana, C., Greenberg, L., & Yovel, I. (2022). The role of enhanced emotional awareness in promoting change across psychotherapy modalities. *Journal of Psychotherapy Integration*, 32(2), 131.
- Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 75-125). New York: Wiley
- LeDoux, J. (1998). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Simon and Schuster.
- Lemmens, L. H., Müller, V. N., Arntz, A., & Huibers, M. J. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review*, 50, 95-107.
- Lutz, W., & Rief, W. (2022). Wie kann eine transtheoretische Psychotherapieweiterbildung und -praxis in Deutschland aussehen? *Psychotherapeuten Journal* 3/2022.
- Margraf, J., & Schneider, S. (2003). Angst und Angststörungen. In *Angstdiagnostik* (pp. 3-30). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation und Persönlichkeit*. Reinbek: Rowohlt.
- Midgley, N., Mortimer, R., Cirasola, A., Batra, P., & Kennedy, E. (2021). The evidence-base for psychodynamic psychotherapy with children and adolescents: A narrative synthesis. *Frontiers in psychology*, 12, 662671.
- Midgley, N., O'Keefe, S., French, L., & Kennedy, E. (2017). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 43(3), 307-329.
- Montada, L., Lindenberger, U. & Schneider W. (2012). Fragen, Konzepte Perspektiven. In Schneider, W. & Lindenberger, U. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Neyer, F. J., & Asendorpf, J. B. (2018). *Psychologie der Persönlichkeit*. Springer Verlag.
- Nodop, S., & Strauss, B. (2013). Mangelnde Eignung bei angehenden Psychotherapeuten: Kriterien und Umgangsmöglichkeiten aus Sicht der Institutsleiter. *Psychotherapeut*.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 307-389.
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford university press.
- Pennycook, G. (2018). A perspective on the theoretical foundation of dual process models. In W. D. Neys (Ed.), *Current issues in thinking and reasoning. Dual process theory 2.0* (pp. 5–27). Routledge.

- Pfammatter, M., & Tschacher, W. (2015). Wirkfaktoren der Psychotherapie—eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*.
- Pfammatter, M., & Tschacher, W. (2016). Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1998). *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors*.
- Reddemann, L., Renn, K., Wetzel, S., Roediger, E., & Schwarz, C. (2017). *Kontexte von Achtsamkeit in der Psychotherapie*. Kohlhammer Verlag.
- Reinecker, H. (2015). *Verhaltensanalyse: Ein Praxisleitfaden*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka F. (2017). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10: Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5®*. 7. A. Bern: Hogrefe
- Rief, W., & Strauß, B. (2018). Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung. *Psychotherapeut*, 63(5), 401-408.
- Rief, W., Schramm, E., & Strauß, B. (Eds.). (2021). *Psychotherapie: Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch*. Elsevier Health Sciences.
- Rogers, C. R. & Schmid, P. F. (1991). *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Rogers, C. R. (2016). *Eine Theorie der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2005). *Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeuten während der Ausbildung*. na.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>.
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Taylor & Francis.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (Eds.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Schattauer Verlag.
- Sachse, R., Breil, J., Fasbender, J., Püschel, O., & Sachse, M. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, S. J., & Schimmelmann, B. G. (2015). Mechanisms of change in psychotherapy for children and adolescents: current state, clinical implications, and methodological and conceptual recommendations for mediation analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 249-253.
- Schneider, S., & Margraf, J. (Eds.). (2018). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter*. Springer-Verlag.
- Siegel, D. J. (2012). *Der achtsame Therapeut. Ein Leitfaden für die Praxis*. München: Kösel.
- Skinner, B.F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52, 270-277.
- Spunt, R. P. (2015). Dual-Process Theories in Social Cognitive Neuroscience. In A. W. Toga (Ed.), *Brain Mapping: An Encyclopedic Reference* (pp. 211-215). Academic Press: Elsevier.
- Steinebach, C. (2012). Resilienz. *Positive Psychologie in der Praxis: Anwendung in Psychotherapie, Beratung und Coaching*, 95-101.
- Steinebach, C., & Schär Gmelch, M. (2015). *Resilienzfördernde Psychotherapie für Kinder und Jugendliche: Grundbedürfnisse erkennen und erfüllen*. Beltz Juventa.

- Stern, D. (1986). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books
- Törneke, N. (2012). *Bezugsrahmentheorie: Eine Einführung*. Junfermann Verlag GmbH.
- van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J., Doreleijers, T. A., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems—a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532-545.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 620.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B. E., & Owen, J. E. S. S. E. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy*. John Wiley & Sons, Inc, 297-326.
- Wampold, B. E., & Ulvenes, P. G. (2019). Integration of Common Factors and Specific Ingredients. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (3 edn) (pp. p. 69-92). Oxford University Press.
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V., & Phung, T. M. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 82.
- Weiss, H., Harrer, M. E., & Dietz, T. (2023). *Das Achtsamkeitsbuch: Grundlagen, Übungen, Anwendungen*. Klett-Cotta.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., ... & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79.
- Wogan, M., & Norcross, J. C. (1985). Dimensions of therapeutic skills and techniques: Empirical identification, therapist correlates, and predictive utility. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(1), 63.
- World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Alpert, E., McCauley, T., Ready, C. B., Webb, C., & Deblinger, E. (2018). Treatment processes and demographic variables as predictors of dropout from trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for youth. *Behaviour Research and Therapy*, 107, 10-18.
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., ... & Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World psychiatry*, 14(2), 207-222.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103.

# Anhang: Arbeitsblatt für die Fallkonzeption im MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie

<p>Auslösendes Ereignis (intern und/oder extern) in einer bestimmten Situation</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>«Problemverhalten» (Kognitionen, Physiologie, Emotionen, Handlungen) in einer bestimmten Situation</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>Konsequenzen (intern/extern) in einer bestimmten Situation</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>Konsequenzen langfristige bzw. Funktionalität des «Problemverhaltens» im System (intern/extern)</p> <p>Konsequenzen langfristige bzw. «Kosten» des Problemverhaltens</p>
<p>Erwartungen des Kindes bzw. der/des Jugendlichen und Bezugspersonen an die Psychotherapie, bisherige Erklärungsansätze und Lösungsversuche</p>	<p>Beobachtbare und berichtete maladaptive Strategien (Shut down, Überanpassung, Vermeidung, Überkompensation)</p> <p>Relevante Annahmen, Regeln</p>	<p>Relevante Schemata (Annahmen und Bewältigungsstrategien) der Bezugspersonen</p>	<p>Innen-Aussen Konflikte</p> <p>Innen-Innen Konflikte</p>
<p>Grundbedürfnisverletzungen (Bindung/Zugehörigkeit, Selbstwert, Kontrolle/Orientierung, Autonomie) durch Innen-Aussen und Innen-Innen-Konflikte</p>	<p>Belastungsfaktoren (biologische, psychologische, soziale)</p>	<p>Aktuelle (störungs-)auslösende Faktoren</p>	<p>Nutzbare Ressourcen</p>
<p>Diagnose(n)</p>	<p>Interventionsansätze</p>		<p>Arbeitsblatt Fallkonzeption MAS KJPT</p>