

Angststörungen – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Maria Füßner Psychotherapeutische Praxis, Dülmen	Else Döring Psychotherapeutische Praxis Frankfurt	Hildegard Steinhauser Psychotherapeutische Praxis, Augsburg	Carola von Zülow Staatliche Schule für Sehbehinderte
--	---	---	--

Ausgehend von den Grundbedingungen für Personenzentrierte Psychotherapie – unbedingter Wertschätzung, einfühelndem Verstehen und Kongruenz – wird hier eine Handlungsleitlinie vorgelegt mit spezifischen prozessleitenden Hilfen sowohl für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit einer Angststörung als auch bei der Beratung ihrer Bezugspersonen. Angststörungen entstehen im Zusammenhang mit einem konflikthafter Verlauf der Selbstkonzeptentwicklung, aufgrund von missverstandenen und/oder nicht akzeptierten Autonomiebestrebungen und auf dem Hintergrund unsicherer Bindungsbeziehungen. Das störungsspezifische Vorgehen unterscheidet sich in den Therapiephasen des Beziehungsaufbaus, der Inkongruenzbearbeitung und der Ablösung. Das therapeutische Handeln ist durch die Begegnungshaltung, durch Handlungsstrategien und durch Interventionsmedien gekennzeichnet.

Schlüsselwörter: Angststörungen im Kindes- und Jugendalter, Inkongruenzmodell Personenzentrierte Psychotherapie, Leitlinie, störungsspezifisches Vorgehen, Diagnostik, Bezugspersonenarbeit

Anxiety disorders — Therapeutic Guidelines for person-centered Psychotherapy with Children, Adolescents and Care Takers. Starting at the basic conditions of person-centered therapy — unconditional positive regard, empathic understanding and congruence — a treatment guideline is presented here with specific process-leading assistance for the therapy of children and young people with anxiety disorders. The study shows that anxiety disorders arise in connection with a conflict history of self-concept development, due to misunderstood and/or not accepted efforts to achieve autonomy against the background of insecure attachment relationships. The disorder specific approach differs in the treatment phases of establishing a relationship, of working on incongruence and of detachment. The therapeutic action is characterized by the attitude of approach, by the strategies of action and the media for intervention.

Keywords: anxiety disorders in infancy and adolescence, model of incongruence, person-centered therapy, treatment guideline, disorder specific therapy, diagnosis, working with parents and care takers

Maria Füßner, geb. 1956, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis seit 1992, Ausbilderin für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen der GwG, Dozentin an der Fachhochschule Münster für Personenzentrierte Spieltherapie.

Hildegard Steinhauser, geb. 1961, Diplom-Pädagogin (Univ.), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis seit 1989, anerkannte Supervisorin (DGVT), Lehraufträge an der Universität Augsburg und am Kinder Trauma Institut in Offenburg für Personenzentrierte Spieltherapie, Ausbilderin in STI-Traumatherapie, Ausbilderin für Karate und Selbstverteidigung (3. Dan-DKV) seit 1995.

Else Döring, geb. 1952, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, arbeitet in

eigener psychotherapeutischer Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Frankfurt/M.; Ausbilderin für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen der GwG; tätig in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Vorsitzende der Hessischen Akademie für Personenzentrierte Beratung, Psychotherapie und Supervision.

Carola von Zülow, geb. 1964, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, arbeitet als Psychologin an der Staatlichen Sonderschule für Sehbehinderte Waldkirch, Ausbilderin für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen der GwG, Lehraufträge an der Evangelischen Hochschule Freiburg.

Korrespondenzadresse: Hildegard Steinhauser, Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche „Augsburger Kreidekreis“, 86150 Augsburg, Prinzregentenstr. 2, E-Mail: hildegard.steinhauser@en-tsu.de

1. Erscheinungsbild der Störung (Symptome)

Das Erscheinungsbild der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter verändert sich mit dem jeweiligen Alter, so dass wir folgende vier Altersbereiche unterscheiden:

Im Kleinkindalter (1–3 Jahre)	Im Vorschulalter (3–6 Jahre)	Bei jüngeren Schulkindern	Im Pubertäts- und Jugendalter
Exzessives Schreien Verweigern von Blickkontakt Sich abwenden Verstecken des Gesichts Anklammern an Bezugspersonen Angstanfälle Wirkt traurig Weint schnell Apathische Stimmung Erhöhte Irritabilität Wenig Explorationsverhalten/Neugierde Gestörtes Essverhalten Schlafstörungen Auffälliges Spielverhalten Spielunlust Mangelnde Fantasie	Schreien, Sich anklammern bei Ängsten vor Objekten/Situationen Erstarren Vermeiden von bestimmten Situationen (z. B. alleine sein) Alpträume über Trennung Schüchternheit, Gehemmtsein Zeigt kaum Blickkontakt Scheu und Angst bei Kontakten mit Unbekannten Nervös, zappelig sein Weint schnell Trauriger Gesichtsausdruck Unglücklichsein Gestörtes Essverhalten Schlafstörungen Vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten Introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten Vegetative Beschwerden (Kopf-, Bauchschmerzen, Übelkeit etc.)	Verbale Berichte über Ängste u. Befürchtungen Leises, undeutliches Sprechen Vermeidet Blickkontakt Schüchternheit, Gehemmtsein Vermeiden von Alleinesein, Schlafen außerhalb des Elternhauses Weigerung zur Schule zu gehen, extreme Ängste vor Lehrern, Tests Alpträume über Trennung Flucht- u. Rückzugsverhalten in Angstsituationen Kind steht alleine, abseits in der Schule Negatives Selbstbild/Selbstwert Vermindertes Zutrauen „Ich kann nicht“ Weinen Schuldgefühle Psychosomatische Störungen (Übelkeit bis zum Erbrechen, Kopf- u. Bauchschmerzen, Durchfall etc.) Schulleistungsstörungen Interessensverlust Erlebte Hilflosigkeit	Schüchternheit, Gehemmtsein Leises u. undeutliches Sprechen Errötensangst Erröten in sozialen Situationen Angst vor Kontrollverlust („auszuflippen“) Angst vor negativer Beurteilung Panikanfälle, intensive Furcht Vermeidung sozialer Situationen Vermeidung spezifischer Objekte (z. B. Spinnen) oder Situationen Vermindertes Selbstvertrauen Übermäßig starke Sorgen Psychosomatische Störungen (Übelkeit, Schweißausbrüche, Benommenheit, Beklemmungsgefühle) Nervosität und Anspannung Apathie, Angst und Konzentrationsmangel Pessimistisch Wirkt oft abwesend Negatives Selbstbild/Selbstwert Schuldgefühle Leistungsstörungen Interessensverlust Erlebte Hilflosigkeit Rückzugsverhalten

2. Diagnose/Differentialdiagnostik

2.1 Spezifika des Störungsbildes

In der Psychopathologie gibt es kaum ein Störungsbild, bei dem nicht Angst eine zentrale Kategorie ist. Klinisch bedeutsame Angstsyndrome sind entweder durch ein hohes Ausmaß an diffuser, frei flottierender Angst gekennzeichnet oder situations- oder objektbezogen. Letztere werden als Phobien bezeichnet. Je nach Entwicklung und Alter des betroffenen Kindes oder Jugendlichen können die Symptome variieren oder sich verändern. Die Angstsymptome sind in der Regel psychophysiologische:

- vegetativ-autonome Reaktionen (beschleunigte Herzfrequenz, Schwitzen, Erröten oder Erblassen, Schwindel usw.)
- motorische Verspannung
- gesteigerte Aufmerksamkeit (Vigilanz) und besorgte Antizipation in Verbindung mit der Vermeidung angstprovokierender Situationen

und sie beinhalten eine situative Komponente. Diese können bei Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen in einer Konfrontation mit Tieren, Trennung von Bezugspersonen, Dunkelheit, sozialen Zusammenkünften oder Prüfungen (z. B. in der Schule) bestehen (Steinhausen, 2006; Remschmidt, 2002).

2.1.1 Epidemiologie

Hinsichtlich der Häufigkeit muss zwischen im Entwicklungsverlauf von Kindern normalerweise auftretenden Ängsten und klinisch bedeutsamen Störungen mit Angst unterschieden werden. Prävalenzraten gehen je nach Untersuchungsmethode und Zielgruppe von 3,5–4 % bei Störungen mit Trennungsangst (Roelle, 2002), 10–15 % im Grundschulalter und 5–10 % in der Adoleszenz aus (DGKJPP, 2007). Schulphobie und Schulangst treten häufiger in der Frühadolescenz als im Grundschulalter auf. In der Pubertät ist die Sozialphobie die zweithäufigste Diagnose, dabei überwiegt das weibliche Geschlecht (Essau, 2003). In den meisten Studien wiesen Mädchen 2- bis 4-mal höhere Raten von Angststörungen auf als Jungen.

2.1.2 Klassifikation

Angststörungen haben eine typische Altersverteilung hinsichtlich des Zeitpunktes ihrer Entstehung und Manifestation. Die folgende Abbildung (modifiziert nach Essau, 2003 und Morris & Kratochwill, 1991) gibt einen Überblick über typische Ängste und beginnende Angststörungen in Abhängigkeit vom Alter und dem kognitiven Entwicklungsstand eines Kindes bzw. Jugendlichen:

Alter	Kogn. Entwicklung	Typische Ängste	Beginnende Angststörung
0–6 Monate	Sensor. Fähigkeiten dominieren	Intensive sensor. Reize Verlust von Zuwendung Laute Geräusche	
6–12 Monate	Sensomot. Schemata Ursache und Wirkung Objekt Konstanz	Fremdenangst Trennungsangst	
2–4 Jahre	Präoperationales Denken Fähigkeit zu imaginieren aber noch nicht fähig, Fantasie und Wirklichkeit zu trennen	Fantasie gestalten Potenzielle Einbrecher Dunkelheit	Trennungsangst Phobien: Dunkelheit, Monster
5–7 Jahre	Konkret-operationales Denken Konkret-logisches Denken	Naturkatastrophen Verletzungen Tiere Medienbasierte Ängste	Phobien: Tiere, Blut, medizinische Eingriffe
8–11 Jahre	Selbstwert basierend auf akademischen u. sportlichen Leistungen	Schlechte schulische u. sportliche Leistungen	Prüfungsangst
12–18 Jahre	Formal-operationales Denken Fähigkeit, Gefahr zu antizipieren Selbstwert abh. von Peers	Ablehnung durch Peers	Soziale Phobie Agoraphobie Panikstörung

Abbildung 1. Überblick über typische Ängste im Kindes- und Jugendalter (modifiziert nach Essau, 2003 und Morris & Kratochwill, 1991)

Klassifikation der Angststörungen nach ICD-10

Im ICD-10 gibt es eine Klassifikation von Angststörungen, die sich an der Psychopathologie des Erwachsenenalters orientiert, und ebenso eine Klassifikation von Angststörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Unter den **Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98)** finden sich die nachfolgenden Diagnosen. Deren Symptome treten während der ersten Lebensjahre auf und können durch außergewöhnlichen Schweregrad und Dauer zu einer Beeinträchtigung der altersgemäßen Entwicklung führen:

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)

Kennzeichnend ist die übermäßig ausgeprägte Angst vor der Trennung von Bezugspersonen oder von zu Hause (z. B. Kindergarten, Schule), häufig verbunden mit der Sorge, dass Bezugspersonen etwas zustoßen könnte. Die Kinder mit Trennungsangst weigern sich, alleine zu schlafen, und haben wiederholte Alpträume mit Trennungsinhalten. Sie leiden unter somatischen Symptomen (Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen) vor oder während der Trennung von einer Bezugsperson. Von der im Entwicklungsverlauf normalen Trennungsangst unterscheidet sie sich durch einen außergewöhnlichen Schweregrad und durch eine Beeinträchtigung sozialer Funktionen. Der Störungsbeginn sollte vor dem 6. Lebensjahr liegen. Führt eine Trennungsangst zu einer Schulverweigerung, so wird eine Schulphobie diagnostiziert.

Phobische Störung des Kindesalters (F93.1)

Bei der phobischen Störung handelt es sich um eine anhaltend und übermäßig ausgeprägte Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen, die mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen verbunden ist. Diese Diagnose wird nur für entwicklungsphasenspezifische Befürchtungen (z. B. Angst vor Tieren im Vorschulalter) verwendet, sonst muss die Störung im Erwachsenenalter klassifiziert werden. Der Störungsbeginn liegt in der entwicklungsangemessenen Altersstufe und sollte mindestens vier Wochen andauern.

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)

Während der Kontakt zu Bezugspersonen und vertrauten Personen normal ausgeprägt ist, besteht eine durchgehende Furcht vor fremden, unvertrauten Personen mit einer Kontaktvermeidung. Bei unvermeidbarem Kontakt zu fremden Personen zeigen die Kinder sozialängstliche Verhaltensweisen wie z. B. Schweigen, Zurückweichen, Weinen, Erstarren oder Wutanfälle. Der Störungsbeginn sollte vor dem 6. Lebensjahr liegen und mindestens vier Wochen andauern.

Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.8)

Hier sind die Ängste nicht auf bestimmte Situationen, Ereignisse oder Personen begrenzt, sondern sie beziehen sich unspezifisch auf viele unterschiedliche Ereignisse oder Aktivitäten. Betroffene Kinder bezweifeln, dass sie die Anforderungen des Alltags bewältigen können. Intensive Ängste und Sorgen, Misserfolgserwartungen und Grübeln können nur schwer kontrolliert werden. Somatische Beschwerden, vegetative Übererregtheit und Schlafstörungen treten auf.

Das Störungsbild sollte mindestens sechs Monate bestehen, um diagnostiziert zu werden.

In der Psychopathologie des Erwachsenenalters finden sich bei den Angststörungen folgende Diagnosen:

- Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
- Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00)
- Soziale Phobie (F40.1)
- Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)
- Panikstörung (F41.0)
- Generalisierte Angststörung (F41.1)
- Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)
- Andere gemischte Angststörungen (F41.3)

Treten im Jugendalter schwere Angstattacken mit deutlichen vegetativen Symptomen auf, so kann auch eine **Panikstörung** diagnostiziert werden. Die Angstattacken beziehen sich auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände und sind nicht vorhersehbar. Die betroffenen Jugendlichen begleitet meist die Furcht vor einer neuen Attacke. Liegen Angst und Depression gleichzeitig vor, ohne dass eine der beiden Störungen überwiegt, kann auch die Diagnose **Angst und depressive Störung, gemischt** gestellt werden. Die Symptome erreichen nicht ein Ausmaß, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde.

2.2 Abgrenzung zu anderen/ähnlichen Störungsbildern

Angststörungen haben eine hohe **Komorbidität** untereinander. Häufig treten Angststörungen komorbid mit Depression auf (eigene Kategorie im ICD-10); dabei tritt die Angststörung

zeitlich vor der Depression auf. 50–60% der Patienten mit einer primären Angststörung entwickeln später eine Depression. Hohe Komorbiditätsraten wurden auch mit den Anpassungsstörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen festgestellt.

2.3 Diagnostisches Vorgehen

Aus personenzentrierter Sicht steht in der Diagnostikphase nicht das Symptom im Vordergrund, sondern das Kind/der Jugendliche wird als ganze Person in den Blick genommen. Ressourcenorientiert werden auch die Stärken und Fähigkeiten des Kindes und seines familiären Umfelds eruiert. Eine vertrauensvolle, gute Beziehung zum Kind aufzubauen ist bereits in der Diagnostikphase handlungsleitend und begünstigt die Entstehung einer positiven Einstellung zur Therapie. Die Auswahl der diagnostischen Verfahren orientiert sich an der jeweiligen Fragestellung und dem Alter des Kindes/ des Jugendlichen. Neben einem Standardrepertoire von diagnostischen Methoden und dem Einsatz von symptom-spezifischen Verfahren ist im Besonderen das freie kindliche Spiel zum Erfassen der psychischen Problematik bedeutsam. Gerade bei Jüngeren empfehlen sich solche Verfahren, die sie zu symbolischen Ausdrucksweisen mittels Zeichnen, Bildergeschichten oder dem freien Spiel anregen.

Kleinkinder:

- Verhaltensbeobachtung: Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Kindes mit Bezugsperson und Therapeutenperson
- Anamneseerhebung: Entwicklung des Kindes, Familienanamnese
- Exploration der Eltern und Erzieherinnen in Kita und Kindergarten

Vorschulkinder:

- Verhaltensbeobachtung
- Anamneseerhebung mit Bezugspersonen sowie Exploration
- Fremdanamnese/Exploration der Erzieherinnen im Kindergarten
- freies Malen
- Projektive Testverfahren: Mensch-, Baum-Zeichnung, Familie in Tieren: „Ich kann mich verwandeln“, Schweinchen-Schwarzfuß, Sceno-Test

Schulkinder:

- Verhaltensbeobachtung, Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Kindes gegenüber Bezugspersonen und Therapeutenperson

- Anamneseerhebung, Exploration
- Fremdanamnese/Exploration in der Schule
- Fragebögen für Eltern (ggfs. Erzieherinnen, Lehrerinnen): DISYSPS-KJ für Angststörungen, Children's Behaviour Checklist (CBCL), TRF (Lehrerinnen)
- Projektive Testverfahren: Familie in Tieren, Baum-, Mensch-Zeichnung, Schweinchen-Schwarzfuß, Scenotest
- Fragebögen zur Selbsteinschätzung: Kinder Angsttest (KAT-II), Angstfragebogen für Schüler (ALS), Satzergänzungstest (SET), Fragebogen für Jugendliche (YSR 11–18); Persönlichkeitstest für Kinder (PFK 9–14)
- Intelligenztestung wegen möglicher Über- oder Unterforderung

Jugendalter:

- Verhaltensbeobachtung; Anamneseerhebung, Exploration, siehe Schulkinder
- Fragebögen zur Selbsteinschätzung, Angstfragebogen für Schüler (AFS), SET, Persönlichkeitstest für Kinder (PFK 9–14), Fragebogen für Jugendliche (YSR 11–18)
- Familienbrett, Lebenslinie
- Intelligenztestung

3. Personenzentriertes Störungsverständnis, Genese

3.1 Angst und Entwicklung

Angst ist eine basale Emotion. Sie hat für den menschlichen Organismus Signalfunktion (Döring, 2011). Im Entwicklungsprozess des Kindes treten normalerweise Ängste auf. Sie haben damit zu tun, dass das Kind ohne Bezugspersonen nicht überleben kann, es sich im Verlauf seiner Entwicklung jedoch immer wieder Trennungssituationen und unbekanntem Anforderungen ausgesetzt sieht. Im Verlauf der kognitiven Entwicklung ist die Entstehung von Ängsten ein Hinweis auf ein fortschreitendes Verständnis der Welt. Durch die Entwicklung des Denkens wird die Wahrnehmung des Kindes von seiner Umwelt verändert. Das Kind entwickelt z. B. Ängste vor der Dunkelheit oder vor der Toilette, weil es bestimmte Vorgänge in der Umwelt jetzt wahrnimmt, diese aber noch nicht ausreichend begreifen kann. Normalerweise verschwinden diese „Kinderängste“ wieder, indem das Kind älter und kompetenter wird.

Im normalen Entwicklungsverlauf zeigt das Kind von Beginn an Explorations- und Neugierverhalten. Es übt sich darin, seine Umwelt zu beherrschen und erlebt sich als selbstwirksam. Ein Kind, das daran gehindert wird, Selbstwirksamkeit aufzubauen, und in einer Umwelt aufwächst, die ihm keine Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht und sein Explorationsverhalten

hemmt, erlebt seine Umwelt in der Folge als nicht beherrschbar und entwickelt deshalb Ängste.

3.2 Angst und Selbstkonzept

Indem es Erfahrungen auswertet und integriert, entwickelt das Kind ein Selbst- und Weltbild. Die Integration von Erfahrungen ist nur möglich, wenn es von wichtigen Anderen, meist den Bezugspersonen, bedingungslos positiv beachtet und empathisch verstanden worden ist. Auch das Erleben von Angst kann nur unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert werden, dass das Kind in diesem Gefühl von seinen Bezugspersonen beachtet und verstanden wird. Wird es mit seinem Angstgefühl nicht verstanden, kann es dieses Gefühl nicht integrieren und ein Gefühl von Angst muss, wenn es auftritt, abgewehrt werden, oder erzeugt seinerseits Angst, was zu Vermeidungsverhalten führt.

Angst tritt auch auf, wenn Erfahrungen, die die Konsistenz des Selbst angreifen, ins Bewusstsein einzutreten drohen. Bei Kindern, die unter Ängsten leiden, sind dies oft Autonomiewünsche und Abgrenzungsbedürfnisse, die mit der Angst vor Verlassenwerden und dem Wunsch nach Geborgenheit und Schutz in Konflikt treten (Teusch & Finke, 1999).

3.3 Inkongruenz durch nicht akzeptierte Autonomiebestrebungen

Inkongruenz ist ein Prozess, bei dem die Erfahrungen, die nach der organismischen Bewertung gut für das Kind sind, von ihm nicht mehr wahrgenommen und in das Selbstkonzept integriert werden können. Es handelt sich um Erfahrungen, die nicht in das Selbstkonzept passen und deshalb abgewehrt werden müssen.

Ein ängstliches Kind kann vor allem Erfahrungen, die seine Selbstständigkeit fördern, nicht wahrnehmen und in sein Bild von sich selbst aufnehmen. Die Bezugspersonen haben wenig Empathie gezeigt, wenn es das Bedürfnis nach Eigenständigkeit und individuellem Wachstum zeigte. Sie unterstützten nicht die Bemühungen des Kindes unabhängig zu werden. Dadurch ist ein Selbstkonzept entstanden, das zur Abwehr von Unabhängigkeitswünschen und von dem Erleben eigener Stärke und Kompetenz führt. Das Kind erlebt sich im Gegenteil als abhängig, schwach und inkompetent und seine Umwelt erlebt es als potentiell gefährlich oder überwältigend, es sucht Sicherheit und Geborgenheit in der Nähe seiner Bezugspersonen.

Von einem Kind mit einem solchen Selbstkonzept können die Autonomiebestrebungen des Organismus nicht erlebt und gelebt werden. Entwicklungsaufgaben, die immer Autonomie und Selbstständigkeit bedeuten, sind für das Kind nicht lebbar und die Aktualisierung seines Organismus' ist eingeschränkt.

Das Kind macht daher wenig Erfahrungen, in denen es sich als kompetent, selbstwirksam und autonom erlebt. Selbsterfahrungen, in denen das Bedürfnis nach Autonomie und Eigenständigkeit erlebt werden, müssen abgewehrt werden, weil sie nicht in das Selbstkonzept integriert werden können. Sie erzeugen Angst. Ein entwicklungsbeschränkender Kreislauf entsteht.

Bezugspersonen, die die Verselbstständigungsbestrebungen des Kindes nicht verstehen und auch nicht unterstützen, weil sie selbst Angst vor dem Verlust des Kindes haben, verstärken zudem die Trennungsangst des Kindes. Es befürchtet dann, dass Selbstständigkeit Verlust bedeutet, nämlich die wichtige Bindungsperson zu verlieren und damit Schutz und Geborgenheit.

Ein Kind, das zu früh zu selbstständig sein musste und von seinen Bezugspersonen überfordert wurde, kann ebenfalls das Bild von sich entwickeln, schwach und hilflos zu sein. Es wird zu früh mit seinen Trennungsängsten und Hilfsbedürfnissen allein gelassen. Auch dieses Kind kann ein eingeschränktes Selbstwirksamkeitserleben haben, es kann seine Ängste nicht mit seinem Selbstkonzept vereinbaren, wird seine Trennungsängste als ängstigend, da das Selbstkonzept bedrohend, erleben und wird so auch in seiner Autonomieentwicklung beschränkt sein.

3.4 Angst und Bindung

Die Bindungstheorie – die mit dem personenzentrierten Entwicklungsmodell in hohem Maße kompatibel ist – betont, dass das Kind Angst entwickelt, wenn die Bindung in Frage gestellt wird. Die Bindungspersonen bedeuten für das Kind Sicherheit, ihr drohender Verlust weckt Ängste im Kind. Sie entstehen immer dann, wenn die Bindungsperson nicht präsent ist, wenn sie gebraucht wird, wenn sie droht wegzugehen oder wenn die Bindungsperson selbst bedroht ist. Entwicklungsaufgaben, die eine reale oder befürchtete Trennung von der Bindungsperson bedeuten, wird das Kind meiden. Es wird z. B. organismische Impulse unterdrücken, die Trennung nach sich ziehen könnten, und entsprechende Wünsche können Angst im Kind erzeugen.

4. Fallspezifische Therapieplanung

Nachfolgend werden einige Kerninhalte des Prozesses der Therapieplanung vom Erstkontakt bis zum Therapiekontrakt beschrieben:

4.1 Vorphase

Erstkontakt: Entscheidung über Setting je nach Einzelfall und Literaturempfehlungen (Döring, 2011; Jürgens-Jahnert, 2002; Behr, 2006)

Psychodiagnostik: siehe insbesondere 2.3

Gerade ängstliche Kinder begegnen zu Beginn der Psychodiagnostik der Therapeutin/dem Therapeuten voller Scham, Schuld und Angst; es gilt diese Gefühle zu berücksichtigen und durch einladende Bewegungen und Angebote das Kind von seinem Druck zu entlasten und damit einen gewissen „Auf-taueffekt“ zu erreichen.

Indikationsstellung: Mit der Zusammenschau aller vorliegenden Informationen folgt die Entscheidung über die Notwendigkeit von Psychotherapie, Frequenz etc.

Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen ist die Regel, insbesondere bei Beziehungsstörungen und/oder Empathiedefiziten; bei bestimmten Ängsten wie z. B. Trennungsangst, Schulangst und Schulphobie ist eine Zusammenarbeit mit dem Umfeld (z. B. Kindergarten, Schule) unbedingt erforderlich. Abklären, ob eine eigene Therapie für ein Elternteil sinnvoll bzw. erforderlich ist.

Je nach Kind/Jugendlichem kann es sinnvoll sein, die einzeltherapeutische Arbeit (z. B. bei Störungen mit sozialer Ängstlichkeit) mit Gruppenverfahren zu kombinieren.

4.2 Therapieziele

Therapieziele beziehen sich sowohl auf die Besserung der Symptomatik als auch auf die Entwicklung der Persönlichkeit

a) Allgemeine, auf das Kind/den Jugendlichen bezogene Therapieziele

- Wahrnehmen und Annehmen der Angst (körperlich, emotional, kognitiv)
- Integration der Angst in das Selbstkonzept
- Entwicklung von Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Angst
- Erleben neuer Selbsterfahrungen (Neugierde, Exploration, Selbstbehauptung)
- Förderung der Erfahrung individueller Fähigkeiten und Aktivieren persönlicher Ressourcen
- Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens
- Erleben von Autonomieerfahrungen

b) Allgemeine, auf die Eltern/Bezugspersonen bezogene Therapieziele

- Förderung des empathischen Verstehens des Kindes/Jugendlichen
- Unterstützung und Begleitung der Eltern, die Autonomiebestrebungen des Kindes anzunehmen.
- Reflexion des dynamischen Interaktionsgeschehens zwischen Kind/Jugendlichem und Bezugspersonen sowie zwischen den Bezugspersonen untereinander (Wahrnehmung von Angst, Ärger und Ablehnung gegenüber dem Kind/Jugendlichen)

- Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten
- Unterstützung bei altersadäquaten Ablöseprozessen: die Eigenständigkeit und Selbstverantwortung als notwendige Entwicklungsaufgabe verstehen und fördern sowie die damit verbundenen Emotionen von Angst, Trauer, Freude und Stolz reflektieren

4.3 Planung der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Beim Vorliegen einer Angststörung hat der Einbezug der Bezugspersonen des betroffenen Kindes einen besonderen Stellenwert. Der diagnostische Zugang kann bereits einen heilsamen Prozess einleiten. Das genaue Hinhören und einführende Verstehen der emotionalen Erlebnisqualitäten, die hinter den Worten und Handlungen der Eltern und Kinder liegen, schaffen eine Atmosphäre des Ernst- und Angenommenwerdens und fördern Vertrauen und Offenheit als Basis einer positiven Zusammenarbeit (Reisel & Wakolbinger, 2006).

Die Gespräche mit den Bezugspersonen sollten den Charakter von Beratungsgesprächen haben. Sie dienen dazu, ihre Beziehung zum Kind und ihre Einstellungen zu verstehen und zu klären, wie auch neue korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und somit zu einer Verbesserung der Angstsymptomatik beizutragen. In diesem Zusammenhang ist ein besonderes Augenmerk auf die Ängste der Bezugspersonen zu richten, da von ihnen Veränderungen meist dringend gewünscht werden, aber die damit verbundenen Ablöseprozesse und Autonomiebestrebungen auch ängstigen können.

Bereits im Erstkontakt mit den das Kind/den Jugendlichen begleitenden Bezugspersonen gilt es festzustellen, welche Personen einen besonderen Stellenwert haben, und ihre Einbeziehung zu planen. In Abhängigkeit von der jeweiligen Familienkonstellation (Trennung bzw. Verlust eines Elternteils, Patchworkfamilie, Pflegeeltern, Bezugserzieher bei stationären Unterbringungen) wird dann entschieden, inwieweit eine Kontaktaufnahme zu den einzelnen Bezugspersonen sinnvoll ist. Sollte im Bedarfsfall die Kontaktaufnahme zu wichtigen Bezugspersonen außerhalb der Familie (Erzieher/Erzieherinnen; Lehrer/Lehrerinnen, Helfersysteme) erforderlich sein, bedarf es des Einverständnisses der Eltern des Kindes bzw. des mündigen Jugendlichen.

4.4 Kontraktbildung

Gibt es eine Indikation für eine Personenzentrierte Psychotherapie mit dem Kind/Jugendlichen und einen Konsens über Therapieziele, so folgen klare Behandlungsvereinbarungen mit dem Kind/Jugendlichen und den Bezugspersonen. Diese sollen in einem Kontrakt verankert werden:

- Vereinbarung über Frequenz und Dauer der Therapie,

über die Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen, über Schweigepflicht

- Klare, möglichst gegenseitige Regelung über Ausfallstunden
- Vereinbarungen über die gegebenenfalls notwendige Zusammenarbeit mit dem weiteren Umfeld (Erzieherinnen, Lehrerinnen)
- Vereinbarungen über den Vorrang sozialer Kontakte bei Terminfestlegungen und im Rahmen der Ausfallregelung
- Regelung über den Umgang mit eventuell nötiger medikamentöser Unterstützung

5. Handlungsleitlinien für die therapeutische Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen

Die Therapie soll dem Kind ermöglichen, bisher abgewehrte Erfahrungen zu machen und in sein Selbstbild zu integrieren.

Bei der Beschreibung von therapeutischen Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie von Kindern mit Angststörungen haben wir die Therapie in drei Phasen aufgeteilt, die Therapieeingangsphase, die mittlere Therapiephase und die Therapieabschlussphase. Die Anzahl der Stunden für die einzelnen Phasen wird nicht vorgegeben. Sie variiert in Abhängigkeit vom individuellen therapeutischen Prozess des Kindes.

Die Therapiephasen haben spezifische Themen und Ziele.

So geht es in der **Therapieeingangsphase** darum, mit dem Kind in Kontakt zu kommen und eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen. Außerdem hat die Therapeutin die Aufgabe, die für die Therapie relevanten diagnostischen Informationen zu sammeln.

Die **mittlere Therapiephase** hat zum Inhalt, den Konflikt zwischen den Autonomiebestrebungen und Bindungsbedürfnissen aufzulösen und das Selbstkonzept durch die Integration der Symbolisierung bzw. das bewusste Erleben der Gefühle Angst, Wut und Ärger sowie der Bedürfnisse nach Geborgenheit und Autonomie, von Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeit zu vervollständigen. Daher ist es in der mittleren Therapiephase wichtig, dass das Kind in seinem Erleben von der Therapeutin vertiefend begleitet wird und in der Beziehung zur Therapeutin neue Selbst-Erfahrungen machen kann.

Im Fokus der **Therapieabschlussphase** stehen die Vorbereitung des Abschieds aus der Therapie und der therapeutischen Beziehung sowie der Transfer von therapeutischen Erfahrungen in den Alltag des Kindes.

Die Handlungsleitlinien in den Therapiephasen werden auf drei Ebenen beschrieben: Begegnungshaltung, Handlungsstrategien und Interventionsmedien.

Dabei verstehen wir unter **Begegnungshaltung** die innere Haltung, mit der die Therapeutin dem Kind begegnet. In der Beschreibung der Begegnungshaltung wird die von Rogers als Bedingung für den therapeutischen Prozess beschriebene Beziehung in der Behandlung von Kindern mit Angststörungen in der jeweiligen Therapiephase spezifiziert.

Handlungsstrategien sind die allgemeinen therapeutischen Strategien, an denen die Therapeutin ihr Handeln ausrichtet.

Interventionsmedien stellen die Medien bzw. therapeutischen Werkzeuge dar, mit denen die Therapeutin das therapeutische Handeln umsetzen kann.

Das therapeutische Vorgehen wird bestimmt vom Alter des Kindes, seinem individuellen Entwicklungsstand und der jeweiligen Therapiephase.

5.1 Für Kinder ab etwa drei Jahren bis zur Pubertät

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Von den drei Basisvariablen stehen Empathie und Wertschätzung im Vordergrund	<p>Ausbalancieren von Raum geben und Halt geben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung geben bei möglichen Handlungsblockaden des Kindes: Therapiezimmer und Spielmaterial zeigen, Angebote machen, wenn sich das Kind für ein Spiel interessiert, z. B. „Magst du das ausprobieren?“ oder „Soll ich dir das zeigen?“ 	<p>Diagnostik: Fragebögen, Sceno-Test, Familie in Tieren etc.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische Angebote können als Strukturierung der Situation angstreduzierend sein. • Es kann aber auch sein, dass das Kind durch die direkte Aufgabenstellung in der Diagnostik in den ersten Stunden überfordert ist und erst im Kontakt mit der Therapeutin lernen muss, sich sicherer zu fühlen.
Offen sein für das Kind in seiner Eigenart	<p>Sichere und angstfreie Atmosphäre schaffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rahmen der Stunde erklären: Zeit und Ort, wo die Mutter wartet. • Vermeiden von langen Schweigephasen und Untätigkeit 	
Ruhe und Gelassenheit		
Achtsamkeit und Wertschätzung für die Grenzen des Kindes	<p>Auf die Nähe-Distanz-Regulierung des Kindes achten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Kindern mit Kontaktängsten: non-verbale Kontaktaufnahme, z. B. durch freundliches Anlächeln und Parallelspiel. • Bei Kindern mit Trennungsängsten: Wertschätzung des Bindungsverhaltens in Trennungssituationen, gleichzeitig wachsam sein für Abgrenzungssignale des Kindes und diese aufgreifen, z. B. Mutter darf mit ins Therapiezimmer gehen, ist das Kind im Spiel vertieft und dreht der Mutter den Rücken zu, das Kind fragen, ob die Mutter gehen darf. • Als Übergangs„strategie“ schrittweise Distanz zwischen Mutter und Kind ermöglichen: Türe des Therapiezimmers geöffnet halten, Mutter begibt sich außerhalb des Therapiezimmers und entfernt sich mit Einwilligung des Kindes immer mehr. 	<p>Handpuppen:</p> <p>Wenn für das Kind der direkte Kontakt zur Therapeutin zu dicht ist, mit einer Handpuppe sprechen oder zwei Handpuppen miteinander sprechen lassen</p> <p>Bspw. kann ein dickes Seil als nicht mehr sichtbare, aber spürbare Verbindung genutzt werden.</p>

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Empathie und Wertschätzung für Angstgefühle	Dem Kind die Kontrolle lassen Bedürfnis- und Gefühlswahrnehmung aufgreifen und das Erleben ermöglichen	Rollenspiele: <ul style="list-style-type: none"> • In der Therapeutenrolle Angstgefühle und Angstbewältigung durch ‚lautes Denken‘ verbalisieren und handelnd umsetzen • Das Kind die Heldenrolle erleben lassen
Offen sein für Gefühle von Wut, Ärger und Abgrenzungs- und Autonomiebedürfnisse des Kindes	Das Erleben des Kindes vertiefend begleiten Das Erleben von Erfolg und Selbstwirksamkeit auf körperlicher, emotionaler, kognitiver Ebene und Handlungsebene aufgreifen und bewusst machen	Regelspiele: <ul style="list-style-type: none"> • Das Kind Erfolg und Selbstwirksamkeit erleben lassen, indem es bei Regelspielen gewinnt • Konstruktionsspiele und kreatives Gestalten, Werkbank: • Das Kind Selbstwirksamkeit erleben lassen, indem es etwas erfolgreich herstellt
Dem Kind etwas zutrauen, offen und wachsam sein für Ressourcen	Anregen von Angstbewältigung Anregen von Denk- und Entscheidungsprozessen	Therapeutische Geschichten Entspannungstechniken, Phantasie-reisen
Kongruenz: Als Person präsent sein und sich dem Kind für neue Beziehungserfahrungen zur Verfügung stellen	Interaktionsresonanz geben auf der Beziehungsebene An der Grenze von schaurig-schön arbeiten Selbsteinbringung eigener Angsterfahrungen und deren Bewältigung durch ‚lautes Denken‘, z. B. bei abgewehrten Angstgefühlen des Kindes	Kämpfen: Dem Kind in Kampfspielen mit der Therapeutin die Möglichkeit geben, seine Kraft zu spüren und sich mit der Therapeutin zu messen. Regelspiele (s. o.)

Therapieabschlussphase – Stabilisierung und Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Vertrauen in Kompetenzen des Kindes zur Autonomie – dem Kind etwas zutrauen!	Bewältigen von Misserfolgen anregen	Regelspiele, Konstruktionsspiele, kreatives Gestalten, Werkbank: Das Kind auch erleben lassen zu verlieren oder dass ihm etwas nicht gelingt Abschlussdiagnostik
Achtsamkeit für die Abschiedsthematik des Kindes	Einleiten des Abschieds Beim Ausdruck von Wut, Ärger oder Angst des Kindes diese Gefühle als Teil des Abschiedsschmerzes thematisieren Den Transfer von therapeutischen Erfahrungen in den Alltag des Kindes unterstützen	Symbole, Mutmachsprüche, Phantasie-reisen: Brücken von der Therapie zum Alltag des Kindes schlagen über Symbole, z. B. ein Stein oder Mutmachsprüche für die ihm wichtigen therapeutischen Erfahrungen Oder Phantasiereisen, z. B. der sichere Ort oder imaginäre Helfer

5.2 Für Jugendliche und junge Erwachsene

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Von den drei Basisvariablen stehen Empathie und Wertschätzung im Vordergrund.</p> <p>Ruhe und Gelassenheit</p>	<p>Ausbalancieren von Raum geben zur Exploration und Struktur geben zur Entlastung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angstfreie Atmosphäre schaffen (entsprechende Sitzgelegenheit, Position im Raum selber bestimmen lassen, Beleuchtung im Raum, event. Angebot von Getränk) • Unterstützung geben bei Gesprächsblockaden • Vermeiden von langen Schweigephasen 	<p>Diagnostik: Fragebögen, Familienbrett, Lebenslinie etc.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische Angebote können als Strukturierung der Situation angstreduzierend sein. <p>Es kann aber auch sein, dass der/die Jugendliche durch die direkte Aufgabenstellung in der Diagnostik in den ersten Stunden überfordert ist und erst im Kontakt mit der Therapeutin lernen muss, sich sicherer zu fühlen.</p> <p>Gemeinsame Aktivitäten:</p> <p>Um in Kontakt zu kommen: Spaziergang, verschiedene Klang-Instrumente ausprobieren (Timmermann, 2004), Tischfußball, Knobelaufgaben gemeinsam lösen, Graffiti auf T-Shirt malen, sich Lieblings-Computerspiel zeigen lassen ...</p>
<p>Offen sein für die Jugendlichen in ihrer Individualität und Gesamtheit</p> <p>Akzeptanz und Wertschätzung</p>	<p>Offen sein und Anteilnahme zeigen für die Interessen und Tätigkeiten im Alltag, für ihre bisherige Lebensgeschichte und Bewältigung der Entwicklungsaufgaben</p> <p>Betonung der Freiheit, sich für oder gegen die Therapie zu entscheiden</p>	<p>Kreative Angebote Malen zu verschiedenen Lebensthemen</p> <p>Im Sandkasten Szenen zu verschiedenen Lebensbereichen erstellen lassen</p> <p>Auftragsklärung mit den Jugendlichen, was wünschen sie sich an Veränderung, Absprache der Stundenfrequenz, Absprache bezüglich der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen, Transparenz, Einhalten der Schweigepflicht</p>
<p>Achtsamkeit: „Bitte höre, was ich nicht sage“-Haltung (Körner, 1990, S. 84) gegenüber dem, was die Jugendlichen im Augenblick bewegt und welche Bedeutung er dem zuschreibt</p>	<p>Stopp-Signale der Jugendlichen beachten, Vermeiden von insistierendem Nachfragen</p>	

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Weiterhin Empathie und Anerkennung, für die Person, so wie sie bis jetzt „geworden ist“, auch die Angstgefühle gehören dazu.</p>	<p>Den Jugendlichen die Kontrolle über die Gesprächs-/Spiel-Situation belassen</p> <p>Das Erleben der Jugendlichen vertiefend begleiten, dabei Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes</p> <p>Ermutigend, solidarisierend, anerkennend, konkretisierend, strukturierend</p> <p>Berichte der Jugendlichen begleiten</p>	<p>Offenheit für die im Hier und Jetzt im Vordergrund stehenden Themen der Jugendlichen</p> <p>„Blitz-Licht“ zu Beginn der Stunde (verbal, gestisch, mimisch, Cartoons, Skalierung von 0–10, gemeinsam erstellte Codes,</p> <p>gleichzeitig themenzentrierte Angebote:</p> <p>„Jetzt-Bild“, „Zukunftspantasie“, „Beziehungen in Kreisen“, „Vulkan-Bild“, „Alles-ist-Scheiße-Bild“, mit Plastilin Fratzen formen, Selbstbild, Brückenbild, Mandala, Homepage einrichten (vgl. Weinberger & Papastefanou, 2008), „Der Seelenvogel“ (Snunit & Golomb, 1991)</p>

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Zutrauen in die Fähigkeiten der Jugendlichen, wachsam sein für Ressourcen	<p>Ressourcenentdeckung und -aktivierung, dabei Eingehen auf, Verstehen von generalisierten negativen Selbstbewertungen als starre Überzeugungen</p> <p>Zuversicht vermitteln für die Entwicklung hin zum „Ich bin auf meinem eigenen Weg“, (vgl. Langer & Langer, 2005, S.81)</p> <p>Anregen von Denk- und Entscheidungsprozessen („Welche Bedürfnisse, Werte, Zukunftsbilder sind mir wichtig und wie gelingt es mir, diese zu verwirklichen?“)</p> <p>Angstbewältigung</p> <p>Peergroup-Zugehörigkeit, Freundschaftsbeziehungen thematisieren, reflektieren, Veränderungswünsche konkretisieren, Realisierung anregen und unterstützen</p>	<p>Malen des Fähigkeitenbaumes, Stärke-Bild,</p> <p>Entdecken und Ausprobieren von „neuen“ Tätigkeiten, wie Musik-Instrument spielen, Hipp-Hopp-Tanzen, Klettern, Schachspielen, Tischtennis ...</p> <p>Flow-Erleben erfahrbar machen (Csikszentmihalyi, 1991)</p> <p>Mit Werte-Symbolen eine persönliche Werte-Hierarchie finden, reflektieren, möglicherweise verändern</p> <p>Aktive Unterstützung (Entspannungsübungen ausprobieren, Mutsprüche finden, Imaginationen, der „sichere Ort“, Einführung von „Helferfiguren“, Angst-hierarchie erstellen, Planung und Durchführung von selbst gestellten Aufgaben) zur erfolgreichen Überwindung von Angstsituationen</p>
Wertschätzung für Gefühle wie Ärger, Wut, Neid, Eifersucht auch Mut, Neugier, Sehnsucht, Zufriedenheit, kurzfristiges Glücksempfinden	<p>Anregen, Erspüren von Bedürfnis- und Gefühlswahrnehmung „am Rande der Gewährwertung“ (Rogers, 1977b/1997, S.24), dafür Symbolisierungen, Ausdrucksmöglichkeiten finden</p> <p>Klärungs- und Differenzierungsprozesse anregen und einführend begleiten bezüglich des Selbst-Erlebens/Selbstkonzeptes/Ideal-Selbst/befürchtetes Fremdbild als „Katastrophenphantasie“.</p>	<p>Körperhaltungen, Mimik, Gestik, Sprache miteinander ausprobieren und Rückmeldungen anregen, eventuell auch ausprobieren, welche Stopp-Signale intra- und interpsychisch im Alltag hilfreich sein können</p> <p>Teile-Arbeit</p> <p>Arbeit mit der Babuschka oder Schachteln (vgl. Weinberger & Papastefanou, 2008), Handpuppen (vgl. Hockel, 2011, S.41)</p> <p>Geschichten, Gedichte (finden, selbst schreiben), Gestaltungen, Finden von Symbolen zum Selbstbild/Fremdbild</p>
<p>Echtheit/Kongruenz: als Person präsent sein und sich den Jugendlichen für neue Beziehungserfahrungen zur Verfügung stellen</p> <p>„Sich selbst einbringen, wenn es angemessen ist.“ (Rogers, 1977b/1997, S.31)</p> <p>Offenheit und Zuversicht hinsichtlich der Bewältigung zukünftiger Entwicklungsaufgaben</p>	<p>Beziehung klären, konfrontieren (vgl. Finke, 2004), Impulse setzen, Fragen stellen, Ich-Botschaften und Selbstexploration als Modell</p> <p>Anregen/Ermutigen zur Teilnahme an einer Gruppe (in einem therapeutisch geschützten Rahmen, themen- oder freizeitorientiert)</p>	<p>Therapiemotivation in Abständen, positive/negative Erfahrungen mit der Therapeutin, positive/negative Effekte der Therapiestunden erfragen,</p> <p>Anerkennung, Freude über Entwicklungen der Jugendlichen ausdrücken</p> <p>Suchprozess hinsichtlich verschiedenster Angebote in die Wege leiten, (Stadtanzeiger, Internetsuche, Vereinsspiegel) und erste Schnupperkontakte vorbereiten</p>

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Weiterhin Empathie und Anerkennung für die Person, so wie sie bis jetzt „geworden ist“, auch die Angstgefühle gehören dazu.</p>	<p>Den Jugendlichen die Kontrolle über die Gesprächs-/Spiel-Situation belassen</p> <p>Das Erleben der Jugendlichen vertiefend begleiten, dabei Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes</p> <p>Ermutigend, solidarisierend, anerkennend, konkretisierend, strukturierend</p> <p>Berichte der Jugendlichen begleiten</p>	<p>Offenheit für die im Hier und Jetzt im Vordergrund stehenden Themen der Jugendlichen</p> <p>„Blitz-Licht“ zu Beginn der Stunde (verbal, gestisch, mimisch, Cartoons, Skalierung von 0–10, gemeinsam erstellte Codes,</p> <p>gleichzeitig themenzentrierte Angebote:</p> <p>„Jetzt-Bild“, „Zukunftsphantasie“, „Beziehungen in Kreisen“, „Vulkan-Bild“, „Alles-ist-Scheiße-Bild“, mit Plastilin Fratzen formen, Selbstbild, Brückenbild, Mandala, Homepage einrichten (vgl. Weinberger & Papastefanou, 2008), „Der Seelenvogel“ (Snunit & Golomb, 1991)</p>
<p>Zutrauen in die Fähigkeiten der Jugendlichen, wachsam sein für Ressourcen</p>	<p>Ressourcenentdeckung und -aktivierung, dabei Eingehen auf, Verstehen von generalisierten negativen Selbstbewertungen als starre Überzeugungen</p> <p>Zuversicht vermitteln für die Entwicklung hin zum „Ich bin auf meinem eigenen Weg“, (vgl. Langer & Langer, 2005, S. 81)</p> <p>Anregen von Denk- und Entscheidungsprozessen („Welche Bedürfnisse, Werte, Zukunftsbilder sind mir wichtig und wie gelingt es mir, diese zu verwirklichen?“)</p> <p>Angstbewältigung</p> <p>Peergroup-Zugehörigkeit, Freundschaftsbeziehungen thematisieren, reflektieren, Veränderungswünsche konkretisieren, Realisierung anregen und unterstützen</p>	<p>Malen des Fähigkeitenbaumes, Stärke-Bild,</p> <p>Entdecken und Ausprobieren von „neuen“ Tätigkeiten, wie Musik-Instrument spielen, Hipp-Hopp-Tanzen, Klettern, Schachspielen, Tischtennis ...</p> <p>Flow-Erleben erfahrbar machen (Csikszentmihalyi, 1991)</p> <p>Mit Werte-Symbolen eine persönliche Werte-Hierarchie finden, reflektieren, möglicherweise verändern</p> <p>Aktive Unterstützung (Entspannungsübungen ausprobieren, Mutsprüche finden, Imaginationen, der „sichere Ort“, Einführung von „Helferfiguren“, Angst-hierarchie erstellen, Planung und Durchführung von selbst gestellten Aufgaben) zur erfolgreichen Überwindung von Angstsituationen</p>
<p>Wertschätzung für Gefühle wie Ärger, Wut, Neid, Eifersucht auch Mut, Neugier, Sehnsucht, Zufriedenheit, kurzfristiges Glücksempfinden</p>	<p>Anregen, Erspüren von Bedürfnis- und Gefühlswahrnehmung „am Rande der Gewährwertung“ (Rogers, 1977b/1997, S. 24), dafür Symbolisierungen, Ausdrucksmöglichkeiten finden</p> <p>Klärungs- und Differenzierungsprozesse anregen und einführend begleiten bezüglich des Selbst-Erlebens/Selbstkonzeptes/Ideal-Selbst/befürchtetes Fremdbild als „Katastrophenphantasie“.</p>	<p>Körperhaltungen, Mimik, Gestik, Sprache miteinander ausprobieren und Rückmeldungen anregen, eventuell auch ausprobieren, welche Stopp-Signale intra- und interpsychisch im Alltag hilfreich sein können</p> <p>Teile-Arbeit</p> <p>Arbeit mit der Babuschka oder Schachteln (vgl. Weinberger & Papastefanou, 2008), Handpuppen (vgl. Hockel, 2011, S. 41)</p> <p>Geschichten, Gedichte (finden, selbst schreiben), Gestaltungen, Finden von Symbolen zum Selbstbild/Fremdbild</p>

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Echtheit/Kongruenz: als Person präsent sein und sich den Jugendlichen für neue Beziehungserfahrungen zur Verfügung stellen</p> <p>„Sich selbst einbringen, wenn es angemessen ist.“ (Rogers, 1977b/1997, S. 31)</p> <p>Offenheit und Zuversicht hinsichtlich der Bewältigung zukünftiger Entwicklungsaufgaben</p>	<p>Beziehung klären, konfrontieren (vgl. Finke, 2004), Impulse setzen, Fragen stellen, Ich-Botschaften und Selbstexploration als Modell</p> <p>Anregen/Ermutigen zur Teilnahme an einer Gruppe (in einem therapeutisch geschützten Rahmen, themen- oder freizeitorientiert)</p>	<p>Therapiemotivation in Abständen, positive/negative Erfahrungen mit der Therapeutin, positive/negative Effekte der Therapiestunden erfragen,</p> <p>Anerkennung, Freude über Entwicklungen der Jugendlichen ausdrücken</p> <p>Suchprozess hinsichtlich verschiedenster Angebote in die Wege leiten, (Stadtanzeiger, Internetsuche, Vereinsspiegel) und erste Schnupperkontakte vorbereiten</p>

Therapieabschlussphase – Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Freude über die Bewältigung schwieriger Situationen und das positive Erleben von Eigenständigkeit, persönlicher Individualität als auch in der Gebundenheit an andere Menschen äußern</p> <p>Vertrauen in die Kompetenzen der Jugendlichen, ihren eigenen Lebensweg zu gehen, vermitteln</p>	<p>Verankern von positiven Selbsterfahrungen</p> <p>Anregen zur Reflexion und eventuell Veränderung von Problemlöseverhalten</p> <p>Motivation zur Konkretisierung von Zukunftsträumen</p>	<p>Finden von passenden Symbolen (mental, real), Verknüpfung mit Körperbewegungen oder -haltungen</p> <p>Erfragen von Denk- und Handlungsschritten zur Zielbestimmung und Zielerreichung</p> <p>Aktive Unterstützung von Projekten (Schule, Ausbildung, Freizeit, soziale Kontakte)</p>
<p>Wertschätzung, Anerkennung und Unterstützung der Autonomiebestrebungen der Jugendlichen</p>	<p>Einleitung der Abschiedsphase</p> <p>Klärung der Frage, „Woran merke ich, dass ich die Unterstützung durch die Therapeutin nicht mehr brauche?“ (vgl. Hockel, 2011, S. 45)</p> <p>Unterstützung beim Finden einer Balance von Freude über die gelungene Zusammenarbeit und die gewachsene Vertrauensbeziehung einerseits und die mögliche Trauer/Sorge über den anstehenden Abschied andererseits</p> <p>Anregung zur eigenständigen Bewältigung von möglichen zukünftigen „Angstsituationen“</p>	<p>In Absprache mit den Jugendlichen Reduzierung der Kontakte (2–4 Wochen, 3–6 Wochen)</p> <p>Erfolgreiche, eigenständig bewältigte Entwicklungsschritte markieren: „Früher-Jetzt-Bild“, „mein Erfolgsberg“</p> <p>Einrichten eines „Notfallrucksackes“, Sammlung von bisher erfolgreichen Selbsthilfemaßnahmen</p>
<p>Achtsame, haltgebende und kongruente Begleitung bei der Loslösung</p> <p>Offenheit für die selbstbestimmte Gestaltung des Abschieds der Jugendlichen</p>	<p>Individuelle Absprache, gemeinsames Festlegen, einer Abschiedsstunde</p> <p>Abschied nehmen und die Erlaubnis zum Wiederkommen geben</p>	<p>Rituale als Hilfe zum Umgang mit Abschied/Loslösung thematisieren und für sich selbst individuell entdecken und ausprobieren können</p>

6. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

6.2 Bezugspersonen von Kindern ab 3 Jahren bis zur Pubertät

Therapieeingangphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Von den drei Basisvariablen sind Empathie und Wertschätzung im Vordergrund mit dem Ziel, eine gute Beziehung zwischen Eltern und Therapeut/Therapeutin zu etablieren.</p> <p>Offenheit, Empathie und Wertschätzung für negative Gefühle und Bewertungen der Eltern gegenüber ihrem Kind</p>	<p>Entlasten durch Normalisieren Selbstakzeptanz fördern Empathische Bestätigung der Belastung Eigenes Erleben der Eltern empathisch und wertschätzend begleiten Konkurrenz abbauen, Therapeutin ist nicht bessere Mutter oder Vater „Wie soll das Kind nach der Therapie sein?“ Informieren über therapeutische Rahmenbedingungen und Therapievereinbarung treffen</p>	<p>Informationen sammeln über das Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problematik, Stärken (Ressourcen) • Anamnese • Eltern-Kind-Beziehung, Bindung Schuldgefühle der Eltern <p>Belastung der Eltern durch die Problematik des Kindes Resonanz der Eltern auf die Angstproblematik des Kindes: Erleben und für sich eine sinngebende Erklärung finden Klärung der Therapeutenrolle in der Elternarbeit: Konkurrenz Klärung von Erwartungen der Eltern an die Therapie Therapievertrag und Ziele bestimmen</p>

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Unterstützend, ermutigend und stärkend statt fordernd und konfrontativ! Offen sein für negative Gefühle der Eltern gegenüber dem Kind und sich selbst</p>	<p>Förderliches Beziehungs- und Erziehungsverhalten der Eltern zu ihrem Kind aufbauen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resonanz der Eltern auf die Problematik des Kindes und Grundgefühle gegenüber dem Kind, z. B. Wut, Hilflosigkeit bearbeiten • Gefühle des Kindes annehmen lernen • Analyse der Eltern-Kind-Interaktion in konkreten Angstsituationen • Sicherheit und Geborgenheit geben bei Nähewünschen und autonomen Tendenzen des Kindes • Autonomieentwicklung des Kindes fördern und Gefühle, die das bei den Eltern auslöst, bearbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Erleben vertiefen und Gefühlsklärung ggfs. unter Einbeziehung eigener biografischer Erfahrungen der Eltern: eigene Ängste und deren Bewältigung (Ressourcen), mögliche Unterschiede zwischen den Eltern wahrnehmen, thematisieren und für das Erleben des Kindes verstehbar machen • Informationen geben und gemeinsames Sammeln von Wissen über Angst: Beschreibung des Gefühls, Universalität, Funktion, Subjektivität, Ausdrucksformen kindlicher Ängste • Durch die Annahme eigener Ängste (s. o.) das Einfühlungsvermögen und die Annahme der Ängste des Kindes unterstützen. • Genaue Beschreibung der Interaktion und des Erlebens von Eltern und Kind: Emotionen im Alltag spüren und formulieren lernen • Erarbeitung von Handlungsalternativen (s. Sicherheit und Geborgenheit geben ... und Autonomieentwicklung des Kindes fördern ...) • Dabei den Umgang der Eltern mit eigener Unsicherheit und eigenem Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit mit einbeziehen: „Wie bekommen Sie Sicherheit und Geborgenheit?“

		<ul style="list-style-type: none"> • Eltern ermutigen und unterstützen, dem Kind etwas zuzutrauen und loszulassen • Auf die Stärken (Ressourcen) des Kindes achten und ihm Erfahrungen von Selbstwirksamkeit ermöglichen • Außenkontakte des Kindes fördern: Freunde, Hobbys, Sport, Vereine etc.
	Kontakt zu anderen Bezugspersonen (Kindergarten, Schule, Hort etc.) und die Beziehung zwischen Eltern und anderen Bezugspersonen stärken	Ggfs. Helferrunde

Therapieabschlussphase – Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
<p>Wertschätzung und Freude über die positiven Entwicklungen beim Kind und die erreichten Veränderungen in der familiären Kommunikation</p> <p>Abschiedsthematik der Eltern aufmerksam achten und entsprechend aufgreifen</p> <p>Offenheit für Fragen/Sorgen/Hoffnungen hinsichtlich der Zukunft des Kindes</p>	<p>Rückblick:</p> <p>Reflexion der Entwicklungsfortschritte des Kindes und Zutrauen in die Fähigkeiten des Kindes anhand konkreter Beispiele im Alltag anregen</p> <p>Verankern der veränderten Zugangsweise der Eltern zur Gefühlswelt ihres Kindes</p> <p>Vorbereitung der Abschiedsphase, Festlegen der Abschiedsstunde des Kindes, eventuell gemeinsame Abschiedsstunde mit der Familie</p> <p>Betonung der Ressourcen des Kindes und der Familie</p> <p>Rückfallprophylaxe</p>	<p>Gemeinsames Sammeln von Erfahrungen der erfolgreichen Bewältigung von schwierigen (An gst-)Situationen des Kindes</p> <p>Alltags-Beispiele zusammentragen von</p> <ul style="list-style-type: none"> • gelungener Empathie für die Gefühle, Bedürfnisse des Kindes • Förderung der Eigenständigkeit des Kindes • Ermöglichung von Selbstwirksamkeitserfahrungen • Unterstützung bei der selbstständigen Bewältigung von Angstsituationen <p>Gemeinsame Absprache hinsichtlich Reduzierung der Termine</p> <p>Angebot einer erneuten Kontaktaufnahme bei Bedarf</p>

6.3 Bezugspersonen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Zu Beginn einer Therapie mit Jugendlichen wird geklärt, wer zum Kreis der Bezugspersonen und Personensorgeberechtigten gehört. Hierbei kann es sich um leibliche Eltern oder Elternteile, Stiefeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern sowie Bezugserzieher bei stationärer Unterbringung handeln. Im Verlauf einer Therapie kann es auch zu einer Erweiterung oder Reduzierung des Personenkreises kommen.

Jugendliche und junge Erwachsene werden in der Regel von besorgten, oft selbst hoch belasteten Bezugspersonen, von Eltern, einem Lehrer, Arzt oder „guten Freund“ zur Therapeutin zum Erstgespräch „geschickt“. Sie kommen häufig gegen ihren Willen im „Schlepptau“ ihrer Eltern oder eines Elternteils, manchmal mit Begleitschutz eines „guten Freundes/einer guten Freundin, selten eigeninitiativ und alleine. Es sind verschiedenste Settings des Erstgesprächs möglich (vgl. Behr, 2006), die die Therapeutin vor die Aufgabe stellen, sich als

„Bündnispartnerin“ der Jugendlichen zur Seite zu stellen und dabei gleichzeitig Wertschätzung, Verständnis und Unterstützung für die unterschiedlichsten Anliegen (vgl. Bastian, 2008) der Personensorgeberechtigten aufzubringen. Der (häufig niedrig frequente) gemeinsame Austausch Jugendliche/Personensorgeberechtigte/Therapeutin über die Entwicklung der Jugendlichen aus verschiedenen Perspektiven ermöglicht auch die Sicht auf ein vollständigeres Bild und vermeidet die manchmal von der Jugendlichen ersehnte Ausgrenzung von Lebenswirklichkeit in den Therapiestunden.

Grundsätzlich ist es wünschenswert, die Jugendlichen für die Zusammenarbeit mit ihren Personensorgeberechtigten zu gewinnen und ihre Zustimmung für gemeinsame Gespräche Jugendliche/Therapeutin/Personensorgeberechtigte zu erwirken. Der Bedarf zu einem gemeinsamen Gespräch kann von den Jugendlichen, der Therapeutin sowie den Personensorgeberechtigten angemeldet werden. Die Gespräche werden mit den Jugendlichen vor- und nachbereitet. Die Häufigkeit der

Gespräche und ihre inhaltliche Thematik orientieren sich am Entwicklungsprozess der Jugendlichen und den Beziehungen zu ihren Bezugspersonen. Einzelgespräche mit den Personensorgeberechtigten können hilfreich sein, sind jedoch nur mit Rücksprache/Einwilligung der Jugendlichen sinnvoll. Dabei ist darauf zu achten, dass die Jugendlichen über Inhalte der Gespräche informiert sind/werden, wobei jedoch die Intimsphäre der Personensorgeberechtigten gewahrt bleibt.

Es ist Aufgabe der Therapeutin, immer wieder mögliche „Fallstricke“ der Bezugspersonenarbeit zu reflektieren (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2003, S. 298) wie: „Auftragsklärung“, „Kontaktaufbau und -halten zu allen Beteiligten des Bezugspersonengesprächs“, „Gefahr der Identifikation mit einem Teil der Familie“, „das Gefühl, benutzt zu werden“.

Bei Ängsten von Kindern und Jugendlichen besteht häufig eine zu enge, nicht altersadäquate Bindung an die wichtigste Bezugsperson. Die meist schon seit längerem bestehende

Symptomatik behindert eine eigenständige Entwicklung der Jugendlichen. Im weiteren Verlauf der Therapie können offen und mit Wissen der Jugendlichen geplante Einzeltermine mit den Bezugspersonen eine altersadäquate Loslösung von Eltern und Kindern dahingehend unterstützen, dass auch die Eltern für ihren Anteil Verantwortung übernehmen und sich eigenverantwortlich damit auseinandersetzen (eventuell Eigentherapie).

Bei volljährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden Bezugspersonengespräche (Eltern, Bezugserzieher, Freund/Freundin, Lebenspartner/Lebenspartnerin) in Abhängigkeit von der Lebenssituation, persönlicher Entwicklung, Stand des Loslösungsprozesses der Jugendlichen von ihren Bezugspersonen und situativen Erfordernissen (z. B. durch die Angstsymptomatik bedingte massive Einschränkung eigenständiger Lebensführung im Alltag) ausschließlich mit Zustimmung der Jugendlichen statt (eher niedrig frequent, unregelmäßig, bei Bedarf).

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Empathie und Wertschätzung, Vertrauensaufbau der Bezugspersonen in die Therapeutin/in den Therapeuten ermöglichen Anerkennung bisheriger Lösungsversuche	Balance finden zwischen zuhören, begleiten und „offene“ Fragen stellen Strukturieren, informieren über Vorgehensweise der Therapeutin Auf Kontakt mit allen Anwesenden achten, „Jeder kommt zu Wort.“	Lebt die Jugendliche mit den Bezugspersonen zusammen, Sammeln von Stärken und Wünschen der einzelnen Familienmitglieder in ihrem Alltag und Zusammenleben Nachfragen und Aufklären über Angstsymptomatik und deren Bedeutung/ Belastung für die jeweiligen Familienmitglieder
Betonung der Ressourcen der einzelnen Familienmitglieder und der Gesamtfamilie Entwicklung einer positiven Sicht hinsichtlich des zukünftigen Weges (einzelne Familienmitglieder, Gesamtfamilie) Offenheit, Empathie und Wertschätzung für negative Gefühle und Bewertungen, die gegenseitig geäußert werden, dabei gleichzeitig die grundsätzliche Parteilichkeit für die Jugendlichen bewahren	Entwicklung der Empathie der einzelnen Familienmitglieder füreinander Familienmitglieder untereinander in Kontakt bringen Negative Bewertungen und Abwertungen annehmen, indem individuelles Erleben einer Situation differenziert beschrieben und akzeptiert wird Klare Strukturen und Sicherheit vermitteln Rollenklärung Informieren über zukünftige Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen in verschiedensten Konstellationen	Zirkuläres Fragen, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, Differenzierung anregen, konkretisieren Ruhe und Zuversicht Therapievertrag und Ziele bestimmen Informieren über therapeutische Rahmenbedingungen und Therapievereinbarung treffen Über Schweigepflicht informieren Klärung von Erwartungen der Bezugspersonen an die Therapie/Therapeutin, Befürchtungen der Bezugspersonen Konkurrenz ansprechen, Therapeutin/Therapeut ist nicht bessere Mutter oder besserer Vater, sondern „Wegbegleiterin“ für die Entwicklung in die Eigenständigkeit Ansprechen von Häufigkeit, Bedeutung, mögliche Themen und Formen der Kontakte mit den Bezugspersonen

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategie	Interventionsmedien/-methoden
<p>Weiterhin Empathie und Wertschätzung, deutlicher Authentizität zeigen Wertschätzend konfrontieren</p>	<p>Eigene Anteile der Bezugspersonen reflektieren, wertschätzen und gemeinsam förderliche Veränderungsschritte für die Jugendlichen erarbeiten (und bei Bedarf Motivation für eigene therapeutische Unterstützung)</p> <p>Kognitive Möglichkeiten der Bezugspersonen nutzen und soziales Lernen fördern</p> <p>Bedeutung/Einfluss von nonverbalen Botschaften vermitteln</p> <p>Die Einzigartigkeit und Bedeutung der einzelnen Personen und der Familie spürbar machen, um die Compliance und Offenheit zu fördern</p> <p>Förderung der Individuation: Eltern beim Loslassen unterstützen, Jugendliche beim „Losmarschieren“</p> <p>Individuation der Jugendlichen in Beziehung zu den wichtigen Bezugspersonen stellen</p> <p>(Balance zwischen Autonomie und sozialer Gebundenheit thematisieren, vgl. Stierlin, 2005)</p>	<p>Selbsteinbringen, Selbstöffnung, Selbstexploration fördern, Rollenübernahme anregen</p> <p>Teile-Arbeit anregen</p> <p>Inhaltliche Wiedergabe von Verhaltensweisen (Mimik, Gestik, Körperhaltung)</p> <p>Präsenz und Wachheit im Kontakt</p> <p>Übernahme/Abklärung von Selbstverantwortung (Humor und vorsichtige Provokation, Selbstexploration)</p> <p>Reflexion und Reduzierung der bei Angstsymptomatik häufig auftretender Überfürsorglichkeit der Bezugspersonen</p> <p>Thematisieren und bei Bedarf Neufestlegung persönlicher Grenzen (körperlich, Zimmer, Schlafenszeiten, Internetnutzung etc.)</p>
	<p>Reflexion und Veränderung der elterlichen Reaktionen in für die Jugendlichen angstbesetzten Situationen</p> <p>Förderung altersadäquater Formen des familiären Zusammenlebens/Begleitung der Familie beim Individuationsprozess (Pubertät)</p> <p>Bei allen Beteiligten Stärkung von Selbstwert, Reflexion der Erfahrung von Selbstwirksamkeit, Aufbau von Motivation und Selbstzutrauen für weitere Entwicklungsschritte</p>	<p>Anregen von Denk- und Entscheidungsprozessen hinsichtlich einer veränderten Alltagsgestaltung</p> <p>Handlungsalternativen: mehr Eigenständigkeit beim Füllen von Freiraum (Jugendliche/Bezugspersonen gemeinsam) entwickeln</p> <p>Gemeinsame Abklärung und gegebenenfalls Gestaltung von gemeinsamen Aktivitäten/Kontakten</p> <p>Verantwortungsübernahme für sich und die eigenen Handlungen</p> <p>Wiederholtes Reflektieren der aufgrund des Entwicklungsprozesses der Jugendlichen veränderten Beziehungsmuster</p> <p>Raum geben, Sammeln, Würdigen, Verankern von erreichten Entwicklungsfortschritten (kreative Arbeit mit Medien: Urkunde, Kraftstein etc.)</p>

Therapieabschlussphase – Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategie	Interventionsmedien/-methoden
Wertschätzende Anerkennung Zutrauen in die Stärken der Familie/Familienmitglieder Nach Abschied Offenheit/Dankbarkeit Eigenreflexion über den Therapieverlauf, die Begegnung mit den Bezugserziehern, den Jugendlichen, der Familie	Stabilisierung der erreichten veränderten Beziehungsgestaltung zwischen Jugendlichen und Bezugspersonen Zukunftsvisionen/-ängste reflektieren Vorbereitung des Abschieds Abschließende Reflexion über den Therapieverlauf Verbesserung meiner Kompetenz als Therapeutin/Psychohygiene	Verankern des Erreichten Frage nach Wünschen, Unerledigtem, Mutmachen hinsichtlich der Zukunftsperspektiven, Zeitstruktur für Abschied festlegen Rückschau, Rückfallprophylaxe (spätere Unterstützungsmöglichkeiten bei erneutem Auftreten der Symptomatik, Abschiedsritual Fragebogen als Rückmeldung für den Therapeuten/die Therapeutin Auswertung des Fragebogens, Intervention, Supervision

7. Handlungsleitlinien zur Zusammenarbeit mit Bezugspersonen aus dem Lebensumfeld des Kindes

Je nach Alter, Störung und spezifischer Lebenssituation des Kindes/Jugendlichen empfiehlt es sich, Kontakte mit dem sozialen Umfeld (Erzieher/Erzieherinnen, Lehrer/Lehrerinnen, Fachkräfte der Jugendhilfe) aufzunehmen und sie für die spezifischen Probleme und Bedürfnisse des ängstlichen Kindes zu sensibilisieren. Voraussetzung ist wieder die Zustimmung von Patient und Bezugspersonen und die erforderliche Entbindung von der Schweigepflicht durch elterliche Bezugspersonen. Insbesondere bei Trennungsängsten des Kindes beim Besuch von Kindergarten, Schule und anderen Institutionen braucht es klare Absprachen zwischen Therapeutin, Eltern und weiteren Bezugspersonen, um das Kind/den Jugendlichen bei der Bewältigung seiner/ihrer Ängste unterstützen zu können. Es gilt die besondere Bedeutung von Empathie und Wertschätzung für die Begegnungshaltung mit dem ängstlichen Kind zu vermitteln. Gleichzeitig ist es sinnvoll, Informationen über die Störung und auch Veränderungswissen weiterzugeben. Dabei sollte weniger eine fordernde, sondern eher eine unterstützende, ermutigende und stärkende Haltung des sozialen Umfeldes gegenüber dem Kind im Vordergrund stehen.

Literatur

- Bastian, M. (2008). *Praktische Überlegungen zur Psychotherapie männlicher Jugendlicher*. In S. Weinberger & C. Papastefanou, *Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen* (S. 154–176). Weinheim: Juventa.
- Behr, M. (2006). *Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien*. *PERSON*, 10, 2, S. 108–117.
- Csikszentmihalyi, M. (1991). *Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Langeweile: Im Tun aufgehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- DGKJPP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Frankfurt/M.: Ärzte-Verlag
- Döring, E. (2011). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen bei Angststörungen*. In S. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, F. Wetzorke & M. Schwarz (Hrsg.), *Ich sehe, was Du nicht siehst ... Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 89–103). Stuttgart: Kohlhammer.
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie: Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). *Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie*. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3* (S. 293–326). Göttingen: Hogrefe.
- Hockel, C. M. (2011). *Personenzentrierte Kinderpsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). *Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (S. 257–285). Göttingen: Hogrefe.
- Körner, H. (1990). *Johannes*. Fellbach: Lucy Körner Verlag.
- Langer, I. & Langer, S. (2005). *Jugendliche begleiten und beraten*. München: Reinhardt.
- Morris, R. J. & Kratchowill, T. R. (1991). *Childhood fears and phobias*. In T. R. Kratchowill & R. J. Morris (Eds.), *The practice of child therapy* (76–114). New York: Pergamon.

- Reisel, B. & Wakolbinger, C. (2006). *Kinder und Jugendliche*. In J. Eckert, E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 295–332). Heidelberg: Springer.
- Remschmidt, H. (Hrsg.) (2002). *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Roelle, I. (2002). Unveröffentlichtes Manuskript: *Ausgewählte Störungen des Kindes- und Jugendalters*. Münster
- Rogers, C. (1977b/1997). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Snuit, M. & Golomb, N. (1991). *Der Seelenvogel*. Hamburg: Carlsen.
- Steinhausen, H. C. (2006). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. München: Urban & Fischer.
- Stierlin, H. (2005). *Gerechtigkeit in nahen Beziehungen. Systemisch-therapeutische Perspektiven*. Heidelberg: Carl Auer.
- Teusch, L. & Finke, J. (1999). Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen: Grundlagen, Therapie, Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 4, 241–246.
- Timmermann, T. (2004). *Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.