

Interessen und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen im therapeutischen Kontext

**Kinder und Jugendliche mit psychischen
Auffälligkeiten**

wahrnehmen – verstehen – stärken

BVKE-Fachtag für Erziehungsberatungsstellen und
ambulante Dienste der Erziehungshilfe

20. September 2011 Ludwigshafen





- Nele, 3 Jahre alt:** nach der Geburt ihres kleinen Bruders (2 Jahre) Einhalten des Stuhlgangs. Dadurch mehrfach Verstopfungen mit klinischer Behandlungsnotwendigkeit, Harnwegsinfektionen, starke emotionale Belastung der Eltern, sehr lange Toilettengänge, Veränderung der Ernährung (keine Süßigkeiten, Milchzucker, Backpflaumen).
- In der Untersuchungssituation ruhiges, zurückhaltendes Kind, kann sich gut allein still beschäftigen.



Fallbeispiele – II



Niklas, 9 Jahre alt: seit 4. Lbj. wechselnde motorische (bspw. Lippen lecken, Nase rümpfen, Kopfnicken, springen) und vokale (bspw. Ausstoßen von Lauten, Singen) Tics; seit 1 Jahr ausgeprägtes Waschverhalten (Gesicht, Hände) ;

➤ nach jedem Toilettengang äußerst gründliche Reinigung (Verbrauch bis zu einer halben Rolle Toilettenpapier); und abduschen des Penis;

➤ aktuell ausgeprägtes Waschverhalten besonders in Zusammenhang mit Nikotinkonsum von Mitmenschen:

- N. könne niemanden anfassen, der vorher geraucht habe;
- sei er in einem Raum, wo geraucht würde, würde N. sich danach Nasenlöcher, Hände und Mund auswaschen.
- Gehe er spazieren und trete aus Versehen auf eine Zigarettenkippe, würde er sich danach gründlich waschen, auch die Schuhe, insbesondere die Sohlen.



- Nach Besuch von Rauchern muss Mutter alle Stühle und Gegenstände, die angefasst worden seien, gründlich abwaschen.
- Aktuell starker Einbezug der Umgebung in seine Zwangshandlungen (nimmt Schwester/Mitschüler an den Händen und führe sie zum Waschbecken, wenn diese sich nach ihrem Toilettengang nicht gründlich die Hände gewaschen haben).
- Die Mutter gibt an, dass bis auf N. die gesamte Familie unter diesen Handlungen stark leide.





Laura, 16 Jahre alt: Anorexia Nervosa seit ca. einem $\frac{3}{4}$ Jahr. Eltern ist verändertes Essverhalten anfangs nicht aufgefallen. Bei einem Badeurlaub waren sie dann schockiert von der veränderten Figur der Tochter.

➤ L. hat keinerlei Therapiemotivation, findet Gewichtsabnahme positiv (Selbstwertstärkung) und kompensiert darüber Selbstwertzweifel (schlechte Integration in Klasse, sozial ängstlich, zurückhaltend, scheu).

➤ Die Eltern sind völlig ratlos, wissen nicht, was sie tun sollen, sind emotional sehr engagiert, z.T. überengagiert, was zu passivem Verhalten von L. in der Therapiesituation führt und zu weiterer Nahrungsverweigerung.





- Psychotherapie und ethische Grundlagen
- Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichentherapie
- Ethische Dilemmata
- Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen
- Zusammenfassung & Fazit

Psychotherapie – Definition



Psychotherapie

- ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
- die in einem Konsensus (zwischen Patient, Therapeut, Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden,
- mit psychologischen Mitteln
- in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel
- mittels lehrbarer Techniken
- auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.

Ethische Grundprinzipien der Psychotherapie



- Betonung der Autonomie und Selbstregulation der Patienten
- Betonung der aktiven Rolle bei der Gestaltung ihres eigenen Lebens
- Maximierung der persönlichen Freiheit
- Betonung des prinzipiellen Wertepluralismus
- Konzeption eines ganzheitlichen Personenmodells
- Berücksichtigung der Entwicklungsdynamik
- Vorsichtiger therapeutischer Optimismus
- Empirisch-wissenschaftliche Orientierung
- Pragmatischer Standpunkt: wissenschaftliche Ergebnisse/Methoden nach Nutzen beurteilen und einsetzen.

Ethische Grundprinzipien der Psychotherapie



- Die Verhaltenstherapie will Menschen helfen, bestimmte Situationen besser zu bewältigen und damit im Leben unbelasteter zurechtzukommen.
- Dazu beeinflusst sie den Menschen individuell und in seinen sozialen Bezügen. Der Lernerfolg, die Verhaltensänderung in einer Problemkonstellation, bedeutet letztlich auch eine Veränderung von Lebensentwurf und Wertesystem, so dass eine erfolgreiche Behandlung den Menschen verändert.

Definitionsfrage: Störung versus normal?

- Wer definiert, was normal ist, wer legt fest, was eine therapiebedürftige Störung ist?
- Wann ist Angst normales Schutzverhalten, wo wird sie zum Problem?
- Die Abgrenzung von Normalität und Störung ist stark vom Wertesystem und den Verhaltensnormen in einer Gruppe oder Gesellschaft abhängig.



Im Vordergrund der praktischen therapeutischen Arbeit stehen

- Maximierung der Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung der Patienten;
- das Prinzip der minimalen Intervention;
- die gemeinsame Definition von Problemen und Zielen;
- Arbeit unter einer systembezogenen Perspektive: Interventionen beziehen sich auf Teilbereiche des individuellen und sozialen Systems, aber immer unter Berücksichtigung des gesamten Hintergrundes;
- prinzipielle Vorläufigkeit und Flexibilität des Vorgehens;
- die Therapie als professionelle Interaktion mit enger Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis.



ABER

- Veränderungen, die von außen an einen herangetragen werden, schränken die Freiheit ein;
- Veränderungen lösen Ambivalenzen/Ängste aus;
- Widerstand ist Bestandteil von Veränderungen, denn diese werden zunächst als bedrohlich wahrgenommen und Widerstand ist der Versuch, sich vor dieser Bedrohung zu schützen (Stabilisierungsversuche).

Spezifische Probleme bei der Anwendung ethischer Grundprinzipien der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen



- Weder Nele noch Niklas und Laura haben einen Leidensdruck;
- Eltern definieren, was normal, was nicht-normal ist;
- Eltern definieren Probleme und Ziele;
- bei allen drei war das Aufsuchen der Therapie keine autonome Entscheidung der Kinder, sondern der Eltern;
- somit keine Maximierung der persönlichen Freiheit.



- Autonomie:** Was ist, wenn der Patient die Therapie/Beratung nicht auf eigenen Wunsch aufsucht (Strafvollzug, psychiatrische Zwangseinweisung)?
- Die Einschätzung der Kompetenzen des Patienten ist von Bedeutung. Kanfer et al. (1996) sehen Psychotherapie als eine Dienstleistung an, welche die Autonomie des Patienten wahren und fördern soll.
 - Daraus resultieren 2 Fragen:
 1. Unter welchen Bedingungen kann ich dem Patienten maximale Autonomie zuschreiben, d.h. Autonomie wahren und fördern?
 2. Unter welchen Bedingungen bin ich bereit, die Autonomie des Patienten einzuschränken?



- Kanfer et al. (1996) schlagen als Rahmenkonzept die Ansätze der Selbstmanagement-Therapie vor, in der die Autonomie des Patienten optimal respektiert und gefördert wird.
- Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Im Vordergrund stehen die aktive Mitarbeit des Patienten, Förderung von Selbstregulation und -kontrolle.
- Voraussetzung ist ein expliziter Änderungswunsch sowie die prinzipielle Bereitschaft, aktiv mitzuarbeiten.



- Diese Voraussetzung ist bei Kindern und Jugendlichen oft nicht gegeben: “Psychotherapy is most often the idea of some adults, rather than of the child” (Koocher, 1983, S. 112).
- Mit Bezug auf die U.N.-Konvention über die Rechte des Kindes gilt:

“Wenn Kinder den Konsens zur Psychotherapie verweigern, berührt das die Konvention; dies gilt auch, wenn sie (gegen elterlichen Willen) Psychotherapie oder eine andere Art der Behandlung oder Beratung aufsuchen und in Anspruch nehmen wollen (Art. 27, 39, 23).”

Paternalismus-Debatte



- Einen Weg aus dem Dilemma bietet das freiwillige und informierte Einverständnis (free & informed consent).
 - I. Zunächst müssen dem Patienten alle Informationen vermittelt werden, die notwendig sind, damit eine vernunftbegabte Person (reasonable person) zu einem sachlichen Urteil gelangen kann (reception).
 - II. Dann muß die Person die dargestellte Information verstehen (comprehension).
 - III. Die aufgenommene und verstandene Information muß schließlich zur Entscheidungsfindung verwendet werden (utilization),
 - IV. bis letztlich von einem informierten Einverständnis gesprochen werden kann.



Besonderheit bei Kindern

- Oft ist es nicht die Therapie selbst, die von Kindern abgelehnt wird, sondern die begleitenden Umstände: ein unbekannter Ort, fremde Personen, das Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben.
- In der Praxis zeigt sich, dass diese Ängste dem Kind i.d.R. bereits während der ersten Therapiestunden genommen werden können. Um dem Kind aber diese Erfahrung zu ermöglichen, muß der Therapeut bereit sein, die Entscheidungsfreiheit des Kindes für eine gewisse Zeit zu beschränken.

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Kinder- und Jugendliche sind „in Entwicklung“

- Entwicklungsprozesse verlaufen noch schneller und tiefgreifender und Erlebnisformen und Verhaltensweisen ändern sich schnell (z.B. plötzliches Fremdeln, Trotzverhalten, pubertäre Empfindlichkeit...).
- Von Kindern/Jugendlichen wird erwartet, dass sie sich schnell auf neue Lebenssituationen einstellen können (Kindergarten, Einschulung, Trennungen...).

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Unter dem Entwicklungsaspekt ist zu berücksichtigen

- die normale Varianz in der kindlichen Entwicklung (z.B. Nele: es gibt viele Kinder, die nicht mit 3 Jahren trocken und sauber sind)
- Normative Entwicklungsübergänge wie Eintritt in Kindergarten, Schule, Pubertät, Ablösung von den Eltern (z.B. Laura: Autonomie-Abhängigkeitskonflikt)
- Entwicklungsstörungen wie z.B. LRS, motorische Defizite, die psychische Störungen mit beeinflussen können (z.B. ADHS und LRS), aber auch psychische Störungen können zu Entwicklungsstörungen führen (z.B. Wachstum und Anorexie)

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Berücksichtigung der zeitlichen Perspektive

- Kindern stellen sich fortlaufend neue, aktuelle Entwicklungsaufgaben (z.B. Emotionsregulation, Aufbau von Freundschaften, Integration in eine Gruppe, Lernen von Kulturfertigkeiten...)
- Langfristige therapeutische Prozesse sind für sie nicht durchschaubar.
- Spontane Entwicklungsveränderungen haben große Effekte (z.B. Kind mit GAS).
- D.h. aber auch, dass Wartezeiten von 3-6 Monaten ethisch und therapeutisch nicht zu verantworten sind.

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Umwelt-/Kontextabhängigkeit

- Risiko- und Schutzfaktoren im sozialen Umfeld haben eine große Bedeutung.
- Problematische Verhaltensweisen sind oftmals Anpassungsversuche auf das Umfeld.
- Kinder/Jugendliche sind psychologisch, materiell, rechtlich (z.B. auch hinsichtlich der Krankenversicherung) von ihren Bezugspersonen abhängig und auf ihren Schutz, ihre Fürsorge und Zuwendung angewiesen.
- Aufgrund dessen ist das psychotherapeutische Prinzip der Autonomie je nach Alter des Kindes differenziert zu bewerten.

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Psychosoziale Risikofaktoren

- Niedriger Sozioökonomischer Status
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Arbeitslosigkeit
- Große Familien mit geringem Wohnraum
- Kriminalität/Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie in der Familie
- Mütterliche Berufstätigkeit im 1. Lebensjahr
- Unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12./18. Lebensmonat
- Psychische Störung der Eltern

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Psychosoziale Risikofaktoren

- Schwere körperliche Erkrankung der Eltern
- Chronisch krankes Geschwisterkind
- Allein erziehendes Elternteil
- Autoritäres väterliches Verhalten
- Scheidung/Trennung der Eltern
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen
- Sexuelle/aggressive Misshandlung
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
- Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind < 18 Monate
- Längere Trennung von den Eltern in den ersten 7 Lebensjahren
- Männliches Geschlecht (Jungen vulnerabler als Mädchen)

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Schutzfaktoren

Personale Ressourcen

- Weibliches Geschlecht
- Erstgeborenes Kind
- Positives, d.h. robust-flexibles, aktives, kontaktfreudiges Temperament
- Positives Selbstwertgefühl
- Sicheres Bindungsverhalten
- Positives Sozialverhalten
- Aktives Bewältigungsverhalten
- Internale Kontrollüberzeugungen

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Schutzfaktoren

Soziale Ressourcen

- Dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Offenes, unterstützendes Familienklima
- Familiärer Zusammenhalt
- Modelle familiärer Bewältigung

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Schutzfaktoren

Umfeld

- Soziale Unterstützung und soziale Förderung
- Positive Freundschaftsbeziehungen
- Positive Schulerfahrung

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Therapiemotivation und Verantwortlichkeit

- Je jünger das Kind ist, desto weniger kann es Hilfsmöglichkeiten einschätzen und eigene Therapieentscheidungen treffen.
- Kinder und Jugendliche sind nur partielle Auftraggeber, d.h. sie haben oftmals keinen Leidensdruck und keinen Therapiewunsch (z.B. Niklas und Laura).
- Der Behandlungsvertrag wird i.d.R. primär mit den Eltern abgeschlossen, wobei darauf zu achten ist, dass Kinder/Jugendliche entsprechend ihres Entwicklungsstandes in die Entscheidungen einbezogen werden und v. a. altersadäquat aufgeklärt werden.

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Therapiebeziehung: Therapeutenrolle vs. Erwachsenenrolle

- Die Beziehung zwischen Therapeut und Kindern/Jugendlichen ist durch einen generationalen Unterschied geprägt.
- Eine wichtige Entwicklungsaufgabe für Jugendliche ist die Autonomie gegenüber Erwachsenen, so dass es ihnen schwer fallen kann, Rat- und Hilflosigkeit gegenüber Erwachsenen zu zeigen (Therapieteilnahme vs. Entwicklungstendenz).
- Häufig sind Therapieaufträge von Kindern/Jugendlichen auch nicht verbal explizit, sondern der Therapeut muss auch aus indirekten Hinweisen folgern, ob die Interventionen hilfreich sind oder nicht (Fremdsteuerung vs. Selbststeuerung).

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Kommunikations-/Reflexionsfähigkeit und Krankheitsverständnis

- Altersadäquate Entwicklung eines Störungsmodells und daraus abgeleitete Therapieschritte
- Kinder nehmen ihre Probleme häufiger als external verursacht an und nicht als intrapsychisch (oftmals aus guten Gründen).
- Die Introspektionsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen ist eingeschränkt, so dass andere therapeutische Methoden eingesetzt werden müssen, insbesondere das Spiel.

Ethische Dilemmata in der Praxis



- Ein 14-jähriges Mädchen berichtet in der Therapiestunde detailliert über ein geplantes Vorhaben, von dem ich weiß, dass ihre Eltern dies mehrfach verboten haben.
- Ein 8-jähriger Junge fällt in der Schule und zu Hause zunehmend durch aggressive Verhaltensweisen auf. Eltern & Lehrer drängen auf Therapie. Nach einem Gespräch mit dem Jungen wird deutlich, dass er sich weder der Problematik seines Verhaltens bewußt ist, noch Interesse daran hat, eine Therapie zu machen.
- Eine 18-jährige Frau berichtet von ihrem festen Vorsatz, sich bald umzubringen. Sie erscheint reflektiert und gut strukturiert, berichtet überlegt von ihren Zweifeln, hält aber an ihrem Entschluß fest und begründet ihn detailliert. Als Motiv für das Aufsuchen des Beratungsgesprächs gibt sie an, lediglich das Wissen um das durch ihren Selbstmord bedingte Leid ihrer Familie habe sie bisher davon abgehalten, diesen Schritt zu tun - und dieses Problem wolle sie nun durch ein professionelles Gespräch lösen.

Psychotherapie bei Kindern & Jugendlichen

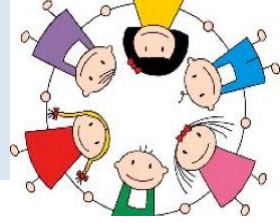
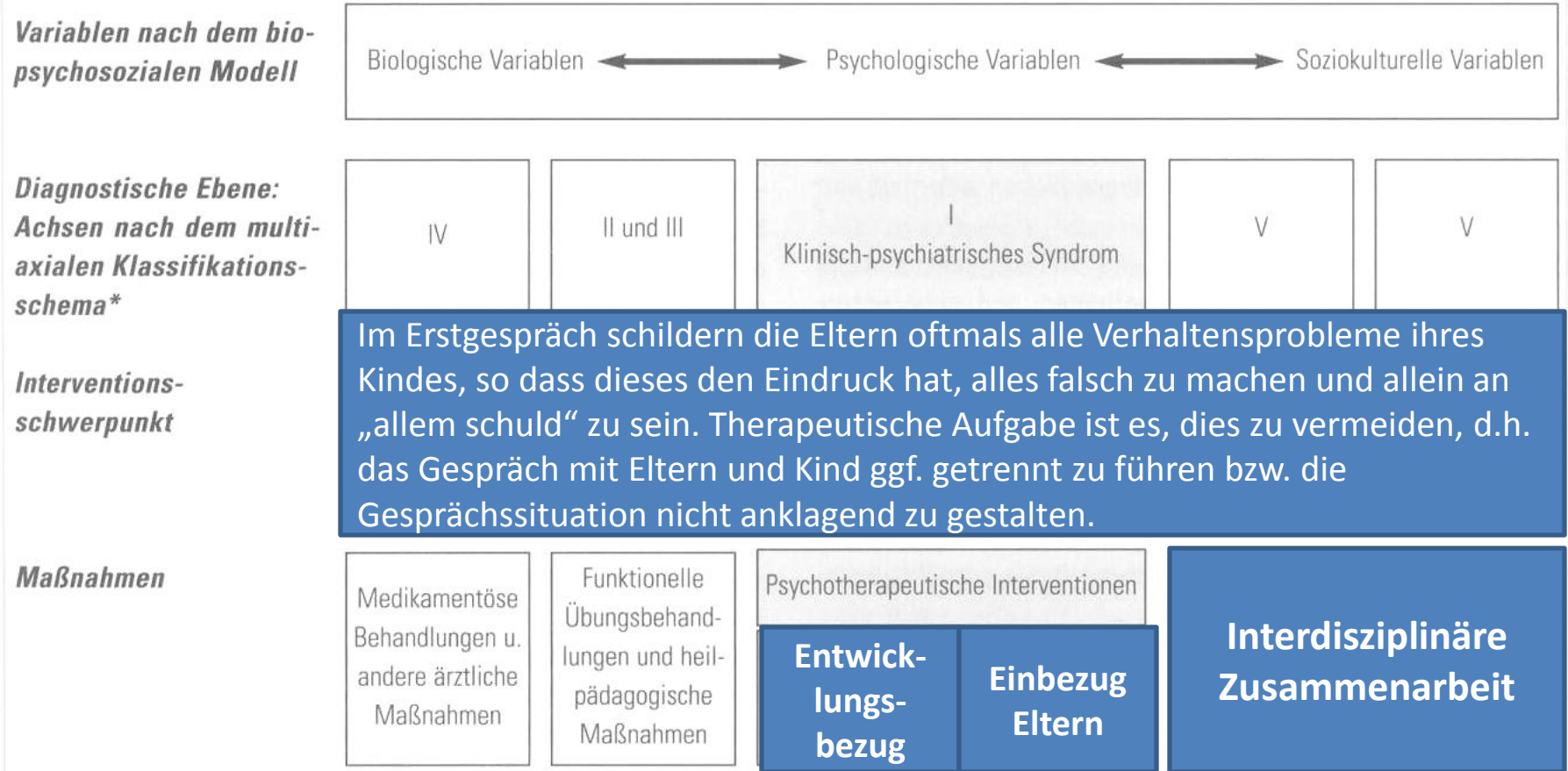


Abbildung 1: Multidimensionale Diagnostik und Therapie bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen



**Multiaxiales Klassifikationsschema nach Remschmidt und Schmidt (1994); aus Mattejat (2003).*



- Kinder/Jugendliche prüfen, ob ihre momentanen Zustände normabweichend, veränderbar, situationsspezifisch und kontrollierbar sind.
- Diese Überprüfung wird v.a. durch Emotionen beeinflusst, die durch den jeweiligen Leidensdruck, den sozialen Druck und die Rahmenbedingungen ausgelöst werden.
- Nach dem Modell der Handlungs-Ergebnis-Erwartung von Heckhausen & Heckhausen (2006) lassen sich Kinder und Jugendliche nur dann auf Behandlung ein, wenn ihre Bedürfnisse und Motive (und die der Eltern) in der Therapie angesprochen werden.
- Motivationsversuche, die an den Bedürfnissen & Lebensmotiven der Patienten vorbeigehen, laufen ins Leere.



- Der Motivationsbegriff ist wichtig für die Handlungsauslösung, also für die Beweggründe, eine Therapie aufzusuchen, d.h.
 1. die Motivation, sich auf die Therapie einzulassen
 2. die Motivation, sich in der therapeutischen Beziehung zu engagieren
 3. die Motivation, sich tatsächlich zu ändern

Psychotherapie bei Kindern & Jugendlichen



- Nach dem Health-Belief-Modell (Rosenstock, 1982) verhalten sich Menschen nur dann gesundheitsfördernd, wenn sie minimale Kenntnisse darüber haben, was Krankheit ausmacht und wie man Gesundheit aufrecht erhalten kann.
- Patienten werden ihr Verhalten nur ändern, wenn sie überzeugt sind, dass sie die Verhaltensänderungen umsetzen können und diese zum Erfolg führen (Ergebnis-Kompetenzerwartung).
- Therapeutisch ist zu beachten, dass Änderungsmotivation häufig mit Ambivalenzen einhergeht (Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt)
- und Kosten-Nutzen-Analysen ausschlaggebend sind. Wenn der Aufwand zu groß oder steigend ist, fällt diese negativ aus und bei Kindern sind die kurzfristigen Kosten-Nutzen häufig relevanter als die langfristigen.



Für die Praxis folgt daraus:

- Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2002) kann die Bereitschaft von Kindern/Jugendlichen erhöhen, sich auf eine Therapie einzulassen, sich in der therapeutischen Beziehung zu engagieren und sich tatsächlich zu ändern.
- Bei der motivierenden Gesprächsführung werden Gründe für und gegen eine Veränderung erwogen und die Patienten sollen zum Fürsprecher der eigenen Veränderung gemacht werden.
- Widerstandsphänomene sollten dabei als Informationsquelle genutzt werden, um die Problem- und Zieldefinition zu verbessern.



Grundregeln der Motivierenden Gesprächsführung sind:

- Beobachtungen sollen offen angesprochen werden;
- Der Therapeut muss genau nachfragen, um genau zu verstehen;
- Tempo runter und Fokus auf Details und die emotionale Bedeutung;
- Nicht argumentieren und überzeugen, sondern zuhören;
- Fragen & Zweifel besprechen;
- Verantwortung und Entscheidung für Veränderungen beim Patienten lassen;
- Erarbeitung konkreter Veränderungsziele (positiv, realistisch, attraktiv), bei Globalzielen konkrete Teilziele.

Psychotherapie bei Kindern & Jugendlichen



- Frage: Wer ist eigentlich der Patient? Nele (3 Jahre) hatte mit ihrem Verhalten eigentlich kein Problem, fing allerdings an, an den Folgen (Harnwegsinfektionen und sanktionierendes Elternverhalten) zu leiden.
- So stand die Arbeit mit den Eltern im Vordergrund. N. kam zwar mit zu den Gesprächen, spielte dann aber mit dem vorhandenen Spielmaterial und mit den Eltern wurde ein Punkteplan sowie alternatives Elternverhalten beim Toilettengang erarbeitet. Nach Einführung des Punkteplans und Veränderung der elterlichen Verhaltensweisen dauerte es insgesamt 3 Wochen, bis N. allein und regelmäßig ihren Stuhlgang auf der Toilette vornahm.
- Durch die Reduktion dieses Konfliktfeldes verbesserte sich zudem die Eltern-Kind-Beziehung sehr positiv.

Psychotherapie bei Kindern & Jugendlichen



- Bei Niklas (9 Jahre) stand eine gemeinsame Problemdefinition im Vordergrund. N. litt darunter, dass es der Mutter mit seinem Verhalten nicht gut ging und die Beziehung zur Mutter belastet war. Dies war für ihn ein Grund, sich auf die Therapie einzulassen.
- Die Zwangsgedanken waren für ihn für die Dauer der Therapie so unangenehm, dass diese vollständig „indirekt“ er- und bearbeitet wurden, indem N. eine Geschichte über einen 9-jährigen Jungen namens Tom erzählte, der Angst hatte, Kopfkrebs zu bekommen. Der Verlauf der Geschichte spiegelte die Kranken- und Behandlungsgeschichte von N. wider und die Konfrontation der Ängste erfolgte mit Hilfe dieser Geschichte. Darauf konnte sich N. gut einlassen.
- Parallel fand Familientherapie statt, in der die Beziehung und positive Spiel- und Spaßzeit zwischen N. und seiner Mutter im Vordergrund standen.

Psychotherapie bei Kindern & Jugendlichen



- Bei Laura (16 Jahre) stand die Krankheitseinsicht im Vordergrund. Nur aufgrund des massiven Drucks der Eltern und angedrohte Sanktionen ließ L. sich zunächst überhaupt darauf ein, zur Therapie zu kommen.
- In den ersten Sitzungen, zu denen L. allein kam, gelang es langsam, eine therapeutische Beziehung aufzubauen und L. konnte die Anorexie zunehmend als schwere Erkrankung wahrnehmen.
- In der Therapie stand neben der regelmäßigen Nahrungsaufnahme der Umgang mit den aufdringlichen Gedanken im Vordergrund sowie der Aufbau von Selbstbewußtsein.
- L. war in der Therapie oftmals recht still, gab an, keine Ideen zu haben, konnte sich aber auf Vorschläge gut einlassen und setzte diese tatsächlich um. Mit Zunahme an positiven Veränderungen veränderte sich dieses Verhalten zu mehr Eigeninitiative und aktiver Gestaltung.

Zusammenfassung & Fazit für die Praxis



- Therapien mit Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich fundamental in den Voraussetzungen und z.T. im Vorgehen von Therapien im Erwachsenenalter.
- Grundsätze der Psychotherapie sind anfangs oftmals eingeschränkt (Autonomie, Freiheit, Freiwilligkeit), aber Kinder lassen sich dennoch oftmals auf eine therapeutische Beziehung ein.
- Therapeutische Aufgabe ist es, die Autonomie bzgl. der Veränderungen trotz der Abhängigkeit vom sozialen Umfeld und der anfänglichen Unfreiwilligkeit zu fördern.

Zusammenfassung & Fazit für die Praxis



- Dafür ist eine altersadäquate Aufklärung über das Störungsbild, Therapiemöglichkeiten, Kosten und Nutzen notwendig (informed consent).
- Für das therapeutische Bündnis sind die motivierende Gesprächsführung sowie eine Ressourcenorientierung sehr hilfreich.
- Entwicklungsprozesse sind zu berücksichtigen, v.a. auch in Hinblick auf Wartezeiten.
- Aufgrund der Bedeutung des sozialen Umfelds bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen ist dieses in die Therapie mit einzubeziehen und Hilfen müssen koordiniert werden (z.B. HPG mit Eltern, Kind, Schule, Jugendamt)



Fazit

- Wenn wir unsere Hilfen respektvoll, altersangemessen und unter Berücksichtigung der individuellen und sozialen Lebensumstände von Kindern und Jugendlichen anbieten, können diese sich oft trotz anfänglicher Unfreiwilligkeit gut auf einen therapeutischen Prozess und Veränderungen einlassen.
- Dazu müssen wir lange Wartezeiten vermeiden, die Motivation fördern, Ressourcen aktivieren und mit Widerständen konstruktiv (z.B. im Sinne diagnostischer Informationen) umgehen.