

„Junge Menschen lügen nicht, Erwachsene dagegen sehr“ *Über den Umgang mit Selbstverständlichkeiten und Besonderheiten in der Therapie mit Jugendlichen¹.*

Erschienen in: **Rotthaus, W.** (Hrsg),
Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.
Heidelberg: Carl-Auer-Systeme 2001, S. 162-184.

von **Kurt Ludewig**, Münster

Einleitung

Über den Titel dieses Aufsatzes wird manch einer sich gewundert haben. Vielleicht fühlt man sich dem Klang nach an den Reim erinnert, der in etwa lautet: „*Vater werden ist nicht schwer, Vater sein dagegen sehr*“. Was aber hat das mit der Therapie von Jugendlichen zu tun? Ehrlich gesagt: ich weiß es auch nicht mehr so genau. Ich könnte Ihnen unter Umständen erzählen, daß meine Frau zu der Zeit, als ich diesen Titel ersann, unseren jetzt einjährigen Sohn erwartete. Dies aber als Begründung für die Überschrift eines Vortrages? Nein! Eine tiefgründigere Interpretation wäre angebrachter. Sie könnte wie folgt lauten: Bei der Einladung zu einem Vortrag, den man viele Monate später halten wird, ist man aufgefordert, sich einen möglichst griffigen und anziehenden Titel auszudenken. Man steht - übrigens nicht viel anders als bei der Zeugung eines Kindes - vor einem folgenreichen Schöpfungsakt und ist dennoch bezüglich der Folgen relativ unbekümmert. Dann fällt einem irgend etwas ein; man sieht darin einen Sinn und ist zufrieden. Einige Zeit später, wenn man sich daran macht, den Vortrag vorzubereiten, findet man sich vor dem Produkt seiner Schöpfung wieder, wundert sich und ist aber gezwungen, Verantwortung für seine Entscheidung zu übernehmen. Man muß den gewählten Titel ernstnehmen und ihn nach Möglichkeit einbeziehen - nicht anders übrigens, als wenn das Kind bereit geboren wurde. Luhmann würde hier von der unwiderstehlichen Anschlußkraft solcher Handlungen reden. Also, ich beuge mich und versuche, den Sinn meiner Überschrift zu rekonstruieren und ihn, *nolens volens*, als Richtschnur für meine Argumentation zu verwenden. Schließlich ist das Kind schon auf der Welt, und es geht nunmehr darum, es lieben zu lernen!

Um einen Anfang zu finden, halte ich fest, daß es mir bei meiner Überschrift vor allem auf den starken Gegensatz dieser Sätze, auf das „dagegen sehr“ ankommt. Denn die Psychotherapie mit Jugendlichen als asymmetrische Begegnung und Auseinandersetzung zweier Generationen findet inmitten starker Gegensätze statt. In einem professionell ausgerichteten Raum trifft ein junger, mit den Selbstverständlichkeiten gesellschaftlichen Lebens unvertrauter und damit hadernder Mensch, mit einem Erwachsenen zusammen, der seinen Lebensunterhalt durch geschickte professionelle Nutzung eben jener Selbstverständlichkeiten verdient. Die Ausgangslage könnte kaum kontrastreicher sein: Ein leidenschaftlich

¹ Überarbeitete Fassung des Vortrags gleichen Namens am 12.05.2000 bei den 10. Viersener Therapietagen vom 11.-13. Mai 2000.

suchender, Konventionen mißtrauender junger Mensch trifft auf einen meistens mit dem Sosein des Lebens abgefundenen, die sozialen Konventionen hütenden Erwachsenen. Wahrhaftige, kraftvolle Naivität trifft auf abgeklärte, konventionelle Professionalität; Werdendes trifft auf Gewordenes. Und nun haben beide diese ungleiche Beziehung mit Sinn zu füllen, und zwar in der Hoffnung, daß es dabei dem Jüngeren besser als bisher gelingt, mit seinem Leben zurechtzukommen.

Wenn ich also behaupte, daß junge Menschen nicht lügen, meine ich selbstredend nicht, daß sie nicht fähig wären, sich zu verstellen oder Lügen gezielt einzusetzen. Ich meine vielmehr, daß sie, ohne auf ausreichende Lebenserfahrung oder auf die vorgefertigten Gewißheiten des Selbstverständlichen zurückgreifen zu können, bei der Suche nach glaubwürdigem und vertrauenswürdigem Halt auf Ernsthaftigkeit und Aufrichtigkeit angewiesen sind. Noch haben sie das dringende Bedürfnis, „die Wahrheit“ zu finden und sich nicht nur auf Normen, Konventionen und andere Selbstverständlichkeiten auszureden. Noch haben sie nicht gelernt, sich mit jenen milden Lügen, „Gewißheiten“ und „Wahrheiten“ zu beruhigen, die uns Erwachsenen so nützlich sind, und die im Sinne von Foersters die Erfindung von Lügnern darstellen (vgl. v. Foerster u. Pörksen 1999). Viele Jugendliche stehen den Erfordernissen gesellschaftlicher Realität ziemlich schutzlos gegenüber und suchen ihren Halt in der - häufig intensiven und leidenschaftlichen - Anbindung an Menschen, die es in ihren Augen verdienen, vertraut zu werden. Und gerade das macht junge Menschen so anfällig für Ausnutzung.

Darin, in diesem Kontrast zwischen der offenen, verletztlichen Suche des Jugendlichen nach Verlässlichkeit und dem oftmals sorglosen Verlaß des Erwachsenen auf Konventionen sehe ich das Besondere an der Psychotherapie mit Jugendlichen. Dies bekam ich vor etwas mehr als 25 Jahren sehr deutlich zu spüren. Zu der Zeit hatte ich als junger, frisch gebackener Psychologe den ersten Einzelkontakt mit einem jugendlichen Patienten im Rahmen einer Jugendlichenstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Als ein in Hamburg der 60er Jahre ausgebildeter Psychologe brachte ich - neben einer Menge für die Praxis unnützer Kenntnisse - einige Techniken aus der Gesprächspsychotherapie jener Jahre mit. Dementsprechend mühte ich mich um die Verbalisierung emotionaler Inhalte, und zwar so lange, bis mich der jugendliche Patient in mich peinlich berührender Direktheit fragte, ob ich denn nichts anderes könne, als bloß zu wiederholen, was er schon gesagt hätte. Die erwachsenen Patienten, an denen ich diese Künste erlernt und erprobt hatte, hatten nichts Derartiges gesagt, sondern sich artig und konventionell in das Schema eingefügt, das ich ihnen kraft meiner Ausbildung vorgelegt hatte. Diese Erfahrung machte mich hellhörig. Sie forderte mich heraus, zu lernen, meinen Umgang mit den jugendlichen Patientinnen auf das Besondere ihrer Lebenssituation einzustellen. Eigentlich verdanke ich diesem Jugendlichen viel mehr. Mit seiner Frage gab er mir den entscheidenden Anstoß, mich in der Welt der Psychotherapie umzusehen und so lange zu suchen, bis ich einige Jahre später einen mich überzeugenden, da unkonventionellen bzw. Konventionen entlarvenden Ansatz finden sollte, eben den systemischen Ansatz. Bevor ich aber darauf eingehe, erlaube ich mir eine kurze Reflexion über die Lebenslage der Jugendlichen.

Was ist besonders an Jugendlichen?

Von allen Beschreibungen, die man dazu finden oder sich selbst ausdenken kann, erscheint mir am passendsten die folgende: Jugendliche sind *Grenzgänger* - gewissermaßen „borderliners“ -, die sich im Niemandsland zwischen dem fremd verantworteten Leben der Kindheit und der eigenständigen Verantwortung des Erwachsenenenseins befinden und sich darin zurechtzufinden versuchen. Dieser Zustand des Übergangs verlangt es, so viel Ungewißheit und Konflikthaftigkeit auszuhalten und so viel Lernfähigkeit und Anpassungsvermögen zu erbringen, wie wohl kein anderes Stadium der menschlichen Entwicklung. Daher eignet sich diese Lebensphase einerseits ganz besonders für das Auftreten aller möglichen Auffälligkeiten, einschließlich derer, die in die Zuständigkeit der Psychiatrie fallen. Ängste, Zwänge, Eßstörungen und Psychosen nehmen meistens hier ihren Ausgang. Die Folgen kindlicher Traumata, wie sie durch Mißhandlung, Vernachlässigung und Ausnutzung ausgelöst werden, werden häufig im Jugendlichenalter manifest, ebenso die Folgen unglücklicher physiologischer Ausstattungsmerkmale. Andererseits eignet sich diese Entwicklungsphase des Übergangs ebenso wie wohl keine andere Stadium ganz besonders für vielfältige Veränderungen, weiterführende Entwicklungen und andere unvorhergesehene Entfaltungen. Darin liegt mitunter das Reizvolle an der Therapie mit Jugendlichen.

Systemische Therapie

Der systemische Ansatz.

Es geht hier um die Frage, ob es auf der Basis systemischen Denkens tatsächlich sinnvoll ist, von einem unterscheidbaren therapeutischen Ansatz für Kinder und Jugendliche auszugehen, oder ob das bereits Vorhandene auch zu diesem Zweck ausreicht. Zuvor möchte ich aber kurz bei der Frage verweilen, was der systemische Ansatz nun beinhaltet. „Systemisch“ steht hier als Kürzel für eine allgemeine Sichtweise des Menschen, gewissermaßen für eine Anthropologie, die im wesentlichen zugleich von der biologischen Individualität eines jeden Menschen und der sozialen Eingebundenheit aller Menschen ausgeht und beides als untrennbar konstituierende Aspekte der menschlichen Natur - des *zoon politikon* - begreift. Dem entsprechend besagt das sog. „*systemische Prinzip*“ - auf den Punkt gebracht -, daß Menschen *mindestens zu zweit vorkommen*. Menschen werden zu Menschen nur unter Menschen. Aber diese Sozialisation ist bekanntlich kein einfacher Prozeß, denn sie wird von Wesen getragen, die aufgrund ihrer bio-psycho-sozialen Komplexität füreinander undurchschaubar und unbestimmbar sind und bleiben. Um zu verstehen, wie Menschen dennoch zu sozialen Wesen heranwachsen, muß man unterstellen, daß sie andauernd bemüht sind, ihre unentrinnbare biologische Individualität durch Konsensualisierung zu überwinden. Und diese nie aufhörende Bemühung beginnt, wie die neuere Säuglingsforschung zu berichten weiß, schon im Säuglingsalter und wird nach und nach von immer komplexer werdenden Formen der affektiven Abstimmung getragen, die später durch Sprachlichkeit fortgeführt und verfeinert werden (vgl. z.B. Dornes 1993, Stern 1992).

Das Dilemma psychosozialer Versorgung.

Am Anfang jeder Form der psychosozialen Versorgung steht ein unauflösbares

Dilemma. Dieses geht aus der im gesellschaftlichen Auftrag an den professionellen Helfer geforderten Handlungskausalität hervor. Dieses sog. *Therapeutendilemma* läßt sich wie folgt formulieren: *„Handele wirksam, ohne je im Voraus zu wissen, wie, und was dein Handeln auslösen wird!“* (vgl. Ludewig 1992). Der jeweilige Umgang mit diesem Dilemma hat Folgen für die Diagnostik, Intervention und Evaluation von Therapien und anderen psychosozialen Maßnahmen (vgl. Ludewig 1999b, 2000). Systemische Helferinnen und Helfer wissen zwar um die Unmöglichkeit, menschliche Prozesse vorherzusagen und gezielt zu bestimmen, dennoch müssen sie den Auftrag übernehmen und versuchen, effektiv zu handeln. Der konzeptionelle Ausweg der Systemischen Therapie aus diesem Dilemma lautet, systemische Praxis nicht auf die kausale Veränderung des Erlebens oder Verhaltens der Klienten auszurichten, sondern vielmehr auf die Herstellung einer für die Veränderung der Hilfesuchenden günstigen sozialen Situation. Eine solche Situation entsteht etwa in einem Therapie- oder Beratungssystem, wenn dieses Randbedingungen anbietet, die es dem Hilfesuchenden erleichtern, sich gemäß seines Anliegens und seiner Möglichkeiten zu verändern. Für die Ausrichtung einer solchen psychosozialen Maßnahme dienen mir die an anderer Stelle entwickelten 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen zur Orientierung der Praxis sowie die allgemeineren Kriterien, die ihnen zugrunde liegen. Diese sind: Nutzen im Hinblick auf das Ziel, Schönheit im Hinblick auf die Wahl der Interventionen und Respekt im Hinblick auf den Umgang mit den Klientinnen und Klienten (Ludewig 1987a, 1988).

Nun, wie läßt sich dieser hier nur kurz skizzierte Ansatz mit den Besonderheiten der therapeutischen Beziehung zwischen Jugendlichen und Erwachsenen in Einklang bringen? Um Antworten auf diese Frage zu finden, streife ich zunächst einige Ergebnisse der Psychotherapieforschung und gehe dann kurz auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein. Vor diesem Hintergrund nenne ich im Anschluß einige mir relevant erscheinende Aspekte der Therapie mit Jugendlichen und betrachte sie mit Blick auf deren Besonderheit. Zum Schluß wende ich mich der Ausgangsfrage dieses Aufsatzes zu und gebe Antwort auf die Frage, ob es Sinn macht, eine speziell systemische Jugendlichenpsychotherapie zu etablieren.

Zum Stand der Forschung - ein kurzer Einblick

Bei meiner Suche nach deutschsprachigen Veröffentlichungen zur Systemischen Therapie mit einzelnen Jugendlichen in der Internet-Bibliothek Psyndex stieß ich auf ein ernüchterndes Ergebnis, nämlich „null“. Es gibt keine Publikation, die bei den kombinierten Suchkriterien „Systemische Therapie“, „Einzelspsychotherapie“ und „Jugendliche“ auftaucht. Die Kombination „Systemische Therapie“ und „Einzelspsychotherapie“ ergab eine einzige Nennung, nämlich die 1997 erschienene Übersetzung eines Buches zur Systemischen Therapie mit der inneren Familie (vgl. Schwartz 1997). Die Kombination „Familientherapie“ und „Einzelspsychotherapie“ erfaßte erfreulicherweise mehr Arbeiten, insgesamt 34, jedoch keine einzige empirische Studie.

Im angelsächsischen Raum ist das Angebot an empirischen und Übersichtsarbeiten um einiges größer. Diese Literatur bietet jedoch kein eindeutiges Bild. Im Einklang mit der Psychotherapieforschung insgesamt wird auch hier deutlich, daß

Psychotherapie jedweder Art nicht ohne weiteres in das enge Korsett einer einheitswissenschaftlichen Forschung einzupassen ist. Nicht anderes als bei Grawe et al. (1994) und anderen Metaanalytikern dieses Feldes stößt man auf Ergebnisse, die qua Anlage der Forschung kaum anders ausfallen könnten: die Therapien, die empirisch ausgerichtet und erforscht werden, weisen bessere empirische Werte als jene auf, die sich anders verstehen. Man findet auch hier die Ostereier, die man selber versteckt hat! Seltsam ist nur, daß man sich darüber wundert!

Kinder- und Jugendpsychotherapie.

Die Forschungsergebnisse zur Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen deuten darauf hin, daß hier die Sachlage nicht grundsätzlich anders ist als in der Psychotherapieforschung mit Erwachsenen. So kommt zum Beispiel eine Arbeitsgruppe an der UCLA in Los Angeles zu dem Schluß (vgl. Weisz et al. 1992, 1995a, b, c), daß die Forschungsvorhaben in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen um so erfolgreicher sind, je experimenteller sie angelegt sind, das heißt, je eher das Forschungsdesign darauf angelegt ist, die Art der Störung, die Therapiebedingungen und die Therapeutenvariablen konstant zu halten. Klinische Studien hingegen, die repräsentativer sind, weil sie mit unausgewählten, eingewiesenen Patienten unter üblichen klinischen Bedingungen durchgeführt werden, zeigen weniger überzeugende Ergebnisse. Dennoch läßt sich nach diesen Autoren feststellen, daß die mittleren Effekte aller untersuchten Therapien mit Kindern und Jugendlichen insgesamt positiv und signifikant waren; eine aber nach methodischen Gesichtspunkten verbesserte Forschung würde diese Lage noch weiter verbessern. Dies wird von den Arbeiten einer anderen Gruppe an der Yale University bestätigt (vgl. Kazdin 1991, 1993, et al. 1990). Dort wird zu Anfang der 90er Jahre aufgrund von Metaanalysen gefolgert, daß die Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen seit den 70er Jahren trotz methodischer Hindernisse wichtige Fortschritte gemacht hat. Zu diesen Hindernissen zählen jene für die Altersstufe typischen, methodisch schwer zu kontrollierenden Faktoren wie die fortschreitende Entwicklung und Komorbidität bei Kindern und Jugendlichen sowie die kontextuellen Einflüsse von Familie und Schule.

Familientherapie.

Die Ergebnisse zur Familientherapie sind teilweise erfreulicher, jedoch nicht minder widersprüchlich. So schließen Breunlich et al. (1988) aus ihrer Durchsicht der Literatur der Jahre 1979-1987, daß die Familientherapie im allgemeinen, das heißt, der verschiedenen Orientierung, sich in der Arbeit mit Adoleszenten als nützliches Verfahren etabliert hat. Darüber hinaus stellten Mann und Borduin (1991) bei ihrer Übersicht der Jahre 1978-1988 fest, daß die in systemischen Therapien mit Adoleszenten erreichten positiven Ergebnisse durchschnittlich länger anhalten als nach Einzelpsychotherapien. Demgegenüber warnen aber Barnett et al. (1991), daß die Ergebnisse nicht-behavioraler Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen derartige methodische Mängel aufwiesen, daß sie kaum interpretierbar seien. Brent et al. (1997) kommen wiederum bei ihrer behavioral angelegten Studie zu dem Schluß, daß in der Behandlung schwer depressiver Jugendlicher die kognitive Verhaltenstherapie effektiver sei als die behaviorale Familientherapie und die supportive Therapie (vgl. auch Schiepek 1999).

Kurzum läßt sich sagen, daß die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wie alle anderen Psychotherapien im allgemeinen effektiv ist. Dabei scheint die Familientherapie die länger anhaltenden Resultate zu erzielen. Bezüglich der Einzeltherapie zeigen die behavioralen Therapien die besten Ergebnisse, allerdings in experimentell ausgerichteten Studien.

Zur Psychotherapie mit Jugendlichen

Ausgangsbedingungen.

Die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen war in Deutschland über eine lange Zeit ausschließliche Domäne der Psychagogen, Heilpädagogen und Sozialpädiater. Inhaltlich lag sie fest in der Hand von Psychoanalytikern und Tiefenpsychologen (vgl. z.B. Biermann 1992; Dührssen 1963). Frau Dührssen, die *grande dame* der deutschen analytischen Kinderpsychotherapie, stellte im Jahr 1960 unter Bezugnahme auf die damalige Diskussion, ob Kindertherapie eigentliche Psychoanalyse, nur Psychotherapie oder gar bloß nur Beratung sei, dieses Verhältnis klar:

„Grundsätzlich und immer basiert der psychotherapeutische Umgang mit einem Kind oder mit einem Erwachsenen auf gründlicher Kenntnis der unbewußten Vorgänge und ihrer psychoanalytischen Handhabung. Es ist völlig ausgeschlossen, ohne eine solche gründliche Kenntnis jene Abwandlungen der therapeutischen Methode wirksam vorzunehmen, die vielleicht völlig auf die Interpretation unbewußter Vorgänge oder Übertragungsreaktionen verzichtet. Noch weniger geht dies, wenn wir weitmaschiger angesetzte Konsultationen verabreden und uns mit einer geringen Zahl von Behandlungsstunden begnügen“ (1960, 4. Aufl., S. 11).

Erst in den letzten Jahrzehnten und nicht zuletzt im Zusammenhang mit ihrer Anerkennung als kassenärztliches Richtlinienverfahren stößt die Verhaltenstherapie immer intensiver in den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hinein (vgl. Remschmidt 1997; Petermann 1995). Dabei ist die Zusammenarbeit dieser beiden Ansätze, des analytischen und behavioralen, keineswegs verwunderlich, denn beiden ist allerhand Konzeptionelles gemeinsam: sie sind im individualistischen und kausalistischen Denken verankert und greifen in ihren Erklärungen auf Lern- bzw. Lehrparadigmata zurück. Unterschiedlich ist allenfalls die Art und Weise, wie sie diesen konzeptionellen Hintergrund in die Praxis umsetzen.

Familientherapie/Systemische Therapie.

Die Familientherapie löste sich von dieser eben genannten Denktradition ab. Ihren Ursprung fand sie in der Unzufriedenheit von Psychotherapeuten der 50er Jahre mit den damaligen Konzepten, Methoden und Ergebnissen der Therapie mit jugendlichen Schizophrenen und Delinquenten. Davon ausgehend konzentrierte sie sich lange Zeit fast ausschließlich auf die Arbeit mit ganzen Familien (vgl. z.B. Hoffman 1981). Ein prominenter Pionier der Familientherapie, Jay Haley, ging so weit, zu behaupten, daß jede Einzeltherapie mit Kindern und Jugendlichen letzten Endes Familientherapie sei; denn es sei nicht möglich, mit einem Kind oder Jugendlichen zu arbeiten, ohne Einfluß auf dessen Lebenskontext zu nehmen. Der Nachteil der Einzeltherapie liege darin, daß sie bei ihrer Beeinflussung von Familien

gewissermaßen blind verfahren muß (vgl. z.B. Haley 1975a; Montalvo & Haley 1973). Die Erweiterung des Betrachtungsfokus vom Individuum auf Familien und andere soziale Systeme brachte neben Veränderungen in der Praxis grundsätzliche konzeptionelle Veränderungen mit sich. Dazu gehört der Verzicht auf jene von der somatischen Medizin übernommene Auffassung, daß auffälliges Verhalten ähnlich einem somatischen Symptom nur einen Hinweis auf eine innere Störung beinhaltet. In der Familientherapie wurde auffälliges Verhalten hingegen als "passendes" Element eines „dysfunktionalen“ Interaktionsmusters betrachtet. Haley (1980) rückte zum Beispiel bei Jugendlichen das Ablösungsdilemma dieser Altersgruppe in den Mittelpunkt des Interesses. Denn es hatte sich gezeigt, daß die Ablösung eines Jugendlichen aus dem Elternhaus das bisherige Gleichgewicht der Familie derart destabilisieren kann, daß es nur eine Möglichkeit gäbe, die Stabilität wiederzuerlangen, nämlich daß der Jugendliche zu Hause bleibt. Dafür müsse er aber, um die Berechtigung dazu zu haben, solche Probleme entwickeln, die ein eigenständiges Bestehen im außerfamilialen Milieu ausschließen. Diese von Anbeginn der familientherapeutischen Bewegung zentrale Arbeitshypothese der Therapie mit Jugendlichen findet heute noch in verschiedenen Abwandlungen Anwendung.

Nach Meinung Haleys (1975b) beinhaltet die konzeptionelle Umstellung, die mit der Übernahme systemischen Denkens einhergeht, eine derartige Herausforderung an das Denken im psychiatrischen und psychotherapeutischen Feld, daß man durchaus mit einer kräftigen Gegenwehr zu rechnen hätte. Unter anderem sei es deshalb angebracht, Kliniken von der Übernahme familientherapeutischer Aktivitäten abzuraten. Diese vor 25 Jahren formulierte, wohl ironische Empfehlung wurde natürlich nicht befolgt. Statt dessen kann man heute weltweit feststellen, daß die Familientherapie und in der Folge die weiter gefaßte systemische Therapie mittlerweile fester und nicht wegzudenkender Bestandteil der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung geworden ist. Allein in Deutschland tut man sich hiermit schwer, allerdings nicht so sehr wie vorgegeben, aus wissenschaftlichen, sondern aus machtpolitischen und wirtschaftlichen Gründen (vgl. die aktuelle Diskussion um die Ablehnung der Systemischen Therapie als wissenschaftliches Verfahren durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie in allen Fachzeitschriften des Feldes).

In Deutschland hat die Systemische Therapie im Rahmen medizinisch-psychiatrischer Versorgung am ehesten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Fuß gefaßt (vgl. z.B. Ludewig 1996). Wilhelm Rotthaus und seine Klinik hier in Viersen haben hierzu wichtige Impulse gegeben, nicht zuletzt durch die Ausrichtung der Viersener Therapietage seit 1982 (vgl. z.B. Rotthaus 1987, 1990, 2000). Der Trend hin zur Systemischen Therapie begann in den Achtziger Jahren und mußte sich gegen den Sog der Verhaltenstherapien und der analytischen Verfahren behaupten. (Bzgl. meiner eigenen Beteiligung an dieser Entwicklung vgl. z.B. Ludewig u. Schwarz 1984; Ludewig, Schwarz u. Kowerek 1984; Ludewig u. von Villiez 1984.) Nebenher etabliert sich allmählich eine an Konzepten der lösungsorientierten Kurzzeittherapie angelehnte, regelrechte systemische Einzelpsychotherapie für Kinder und Jugendlichen (vgl. z.B. Rohmann 1999; Vogt-Hillmann u. Burr 1999), sowie eine systemisch orientierte Spieltherapie (vgl. z.B. Ariel 1992; Tauber 1999).

Zur konzeptionellen Begründung einzeltherapeutischen Vorgehens mit Kindern und Jugendlichen tragen darüber hinaus neuere Arbeiten bei, die sich gezielt mit systemischer Einzeltherapie befassen (z.B. Boscolo & Bertrando 1997; Schwartz 1997) oder auf der Basis systemwissenschaftlichen Denkens das Konzept des Selbst, der Identität und des psychischen Systems diskutieren (vgl. u.a. Lewis 1989; Reiter 1990; Rosenbaum & Dyckman 1996; Spengler 1997).

Integrative Momente.

Folgt man den Herausgebern eines zweibändigen deutschen Buches zur Integrativen Kindertherapie, Metzmacher, Petzold u. Zaepfel (1996), ist jede Kindertherapie in besonderer Weise ein integratives Geschehen: Sie enthält erstens Bewegung und Handlung, ist also *leiblich* konkret, sie findet zweitens in unausweichlicher *emotionaler* Dichte statt, denn Kinder haben noch nicht gelernt, sich emotional zu entziehen, sie erfordert drittens den Einsatz *kognitiver* Strategien, zumal sie von der Neugier und dem Wissensdurst der Kinder getragen wird, und sie ist viertens immanent *sozial und ökologisch*, da Kinder existentiell in soziale Netzwerke eingebunden sind. Kindertherapie - und das dürfte auch für die Therapie mit Jugendlichen gelten - bedarf somit einer *multiperspektivischen Einstellung*. Diese Einschätzung deckt sich durchaus mit jener der traditionellen Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Remschmidt 1997). Remschmidt zufolge müssen folgende Gesichtspunkte bei der Indikationsstellung zur Kinderpsychotherapie beachtet werden: 1) Sorgfältige Diagnostik etwa unter Verwendung der Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas (Remschmidt u. Schmidt 1994), 2) Anpassung der Methode an das jeweilige Störungsmuster, 3) Abstimmung der Maßnahmen auf Alter und Entwicklungsstand des Patienten, 4) sorgfältige Abwägung des bestpassenden Settings und 5) Integration der verschiedenen Ansätze in einen Therapieplan.

Bei aller Unterschiedlichkeit im Detail geht man bei der Beurteilung von Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen offensichtlich von einer größeren Komplexität als bei der Psychotherapie mit Erwachsenen aus. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bedürfe man einer multiperspektivischen Einstellung, habe man besondere Sorgfalt an den Tag zu legen und, ganz speziell darauf zu achten, daß Kinder und Jugendliche in Entwicklung begriffen sind und prinzipiell sozial eingebunden leben. Interessanterweise decken sich diese Forderungen weitgehend mit der konzeptionellen Plattform, die sich die Systemische Therapie gibt: Komplexität, Multiperspektivität, Kunden- und Kontextorientierung.

Psychotherapie mit Jugendlichen - einige Besonderheiten

Um meiner Ausgangsfrage näher zu kommen, diskutiere ich im Folgenden einige Besonderheiten, die der Therapie mit Jugendlichen einen eigenen Charakter geben. Zuallererst ist festzustellen, daß es sich bei dieser Therapie um einen fortwährenden *Umgang mit Gegensätzen* handelt. Als Menschen im Übergang besitzen sie Eigenschaften von beiden Seiten der Grenze, gehören aber weder zu der einen noch zu der anderen Seite ganz. Man ist geneigt, sie als noch unvollständig, als Adoleszenten, als noch Heranwachsenden zu verstehen (lat. *adolescere* = heranwachsen, erstarken). Damit tut man ihnen Recht und Unrecht zugleich. Man tut

ihnen Recht, indem man sie als in Entwicklung und Wandel Begriffene betrachtet, die entwicklungsgemäß an ihrem Selbstwert zweifeln, kaum auf angesammeltem Bestand aufbauen können und auf ihre soziale Umwelt im besonderen Maße angewiesen sind. Auf dieser Basis ist kaum zu erwarten, daß sie die Probleme, unter denen sie leiden oder andere leiden lassen, aus eigener Kraft lösen können. Dafür fehlt ihnen in aller Regel der kognitive Weitblick, die emotionale Abgrenzung und die sozial-wirtschaftliche Eigenständigkeit. Andererseits täte man ihnen Unrecht, würde man sie nur als unwissende, emotional abhängige und unselbständige Kinder betrachten. Als Grenzgänger verfügen sie oft über Ressourcen, die kaum einer ahnen kann.

Wer auch immer mit Jugendlichen arbeitet, muß sich dieser Situation des Übergangs anpassen und versuchen, zugleich die bereits vorhandenen als auch die noch fehlenden Fähigkeiten und Ressourcen zu würdigen, die bereits erreichte Eigenständigkeit als auch die noch ungebrochen wirksame Eingebundenheit zu beachten. Das Einhalten einer komplizierten Balance zwischen beiden Polen dürfte für das Gelingen einer fruchtbaren Kooperation mit Jugendlichen maßgeblich sein. Die einseitige Bevorzugung der einen Seite dieser Gegensätze durch den erwachsenen Betreuer ist häufig der Grund, weshalb Jugendliche Therapien und Beratungen vorzeitig abbrechen oder den Betreuer auf Abstand halten. Das macht sich meiner Erfahrung nach ganz besonders in der Arbeit mit magersüchtigen Jugendlichen deutlich. Wer die Jugendliche als eine allein im Macht- oder Ablösungskampf gegen „lieblose“ oder „klammernde“ Eltern Verstrickte betrachtet und die entsprechende, „kämpferische“ Hilfe gegen diese Eltern anbietet, vergrößert seine Chancen zusehends, von der betreffenden Jugendlichen auf so sanfte wie eindrückliche Weise ausgespielt zu werden. Aussichtsreicher ist es, der allzu erwachsenen, konventionellen Gewißheit zu widerstehen und die Jugendliche auf ihrer so komplizierten wie rutschigen Gratwanderung zwischen Bindung und Ablösung unparteiisch und wertschätzend zu begleiten.

Anliegen und Auftrag.

In meinem Verständnis von Systemischer Therapie hat das Verhältnis von Anliegen und Auftrag einen zentralen Stellenwert (vgl. Ludewig 1992). Diese Unterscheidung hilft dem Therapeuten, sich an die Wünsche und Möglichkeiten seiner Klienten zu halten und seine Expertise behutsam einzubringen. Denn ein im Hinblick auf das Anliegen der Hilfesuche ausgehandelter und vereinbarter Auftrag steckt den Rahmen ab, in dem der Therapeut ermächtigt ist, sich einzumischen, sprich: zu intervenieren. Bei den Viersener Therapietagen des Jahres 1986 stellte ich hier zum ersten Mal ein Konzept vor, das hilft, den Auftrag und die Interventionen eng am Anliegen der Hilfesuche zu halten; damals ging es um die Unterscheidung von Erziehung und Therapie (vgl. Ludewig 1987b). Aus diesem Konzept wurde später ein übergreifendes, kommunikationstheoretisch begründetes Modell, das erlaubt, die Grundformen psychosozialer Versorgung wie Helfen, Fürsorge und Supervision anhand der vereinbarten und vollzogenen Kommunikationen operational zu unterscheiden (vgl. Ludewig 1999, i.Vorb.). Dieses Modell verbindet mit Hilfe eines Vierfelder-Schemas die Anliegen der Hilfesuchenden mit den Möglichkeiten der Helfer und erlaubt, vier Grundformen des Helfens zu unterscheiden: Anleitung und Beratung einerseits und Begleitung und Therapie andererseits.

Im Hinblick auf den Auftraggeber läßt sich übergeordnet zwischen Hilfe und Fürsorge unterscheiden. Hilfe geschieht hiernach immer und nur dann, wenn der Betroffene selbst um professionelle Hilfe sucht. Fürsorge wird hingegen im Auftrag eines Dritten gewährt. Sie kommt vor, wenn etwa eine soziale Instanz bei einer Person oder einem sozialen System Bedürftigkeit feststellt und geeignete Professionelle einschaltet, damit entsprechende Maßnahmen eingesetzt werden. Diese Unterscheidung von Hilfe und Fürsorge hat sich in der Praxis, vor allem in der Supervision verfahrenerer Fälle, als ausgesprochen nützlich erwiesen. Sie bietet dem Professionellen einen Reflexionsrahmen, anhand dessen er sich jederzeit Rechenschaft darüber ablegen kann, ob er nach wie vor im Sinne des vereinbarten Arbeitsauftrags handelt oder etwa begonnen hat, im eigenen Auftrag und so an seinen Klienten vorbeizuarbeiten. Durch Einhaltung des vereinbarten Rahmens erspart man sich unter anderem jene Schwierigkeiten, die auftreten, wenn ein Therapeut sich etwa als Ordnungshüter aufführt, ein Jugendamtsangehöriger anstatt eines angebrachten Kinderschutzes gutwillige Beratung anbietet oder ein Begleiter eines Trauerfalls versucht, die Trauer zu mildern. Denn geht es darum, einen Hinterbliebenen beim Aushalten seiner Trauer zu begleiten, ist man weder berechtigt, ein therapeutisches Ziel, eine Beratung noch eine Anleitung anzustreben. Erst wenn man den Auftrag vereinbart hat, möglichst rasch zur Auflösung einer Problemmunikation (Problemsystem) beizutragen, ist man ermächtigt, aktiv zu handeln und ggf. Störungen im Kauf zu nehmen. Bei der Durchführung aber einer sog. „Therapie“, die von einer dritten Instanz, etwa einem Gericht angeordnet wurde, verfehlt man den damit abgesteckten Rahmen, wenn man ohne weiteres den so Geschickten als seinen Klienten und Auftraggeber betrachtet.

Im Hinblick auf die Therapie mit Kindern handelt es sich, wie wir bereits gesehen haben, nur in den seltensten Fällen um frei vereinbarte Aufträge mit dem Kind selbst. Im Regelfall sind es Erwachsene, die am Verhalten oder der Seinsweise eines Kindes Unpassendes finden und um Hilfe bitten. In diesen Fällen handelt es sich eindeutig um fürsorglich motivierte Maßnahmen. Bei Jugendlichen ist die Lage komplexer. Die älteren unter ihnen sind durchaus in der Lage, eine eigene Hilfebedürftigkeit festzustellen. Das heißt aber nicht unbedingt, daß sie deshalb von sich aus professionelle Hilfe aufsuchen. Sie können sich meistens auf ihre Eltern oder entsprechende Zuständige verlassen, daß diese die Hilfestellung veranlassen. Dann liegt es am Professionellen, sorgfältig zu prüfen, wer was will. Bei dieser Klärung der Anliegen sollte es deutlich werden, ob es der Jugendliche ist, der Hilfe für sich benötigt, oder ob es die Eltern bzw. andere Erwachsene sind, die Hilfe für sich ersuchen, etwa um mit dem Jugendlichen besser zurecht zu kommen, oder ob es ein gesamter Lebensverband ist, der Hilfe erbittet, um die Probleme, die alle betreffen, anzugehen. Die Mißachtung dieser Unterschiede kann eine fruchtbare Kooperation zwischen Hilfesuchenden und Helfern nachhaltig erschweren.

Darüber hinaus gehört es zu den Besonderheiten in der Therapie mit Jugendlichen, daß der Anteil an „Anleitung“, das heißt, an Wissensvermittlung, berechtigterweise größer ist als in der Arbeit mit Erwachsenen. Als noch „werdender Kunde“ benötigt der Jugendliche oftmals eine Erweiterung seines kognitiven Horizonts, bevor er in die Lage kommt, seine Ressourcen zu aktivieren, um seine Probleme zu überwinden. In diesem Sinne gehe ich davon aus, daß der Therapeut von

Jugendlichen anders als bei Erwachsenen in einem je nach Situation des Betreffenden variablen Umfang als Erzieher, oder besser gesagt: als *Psychagoge* (= seelischer Lehrer; Führer) wirkt.

„Kundenorientierung“.

In der Systemischen Therapie spricht man lieber von Kunden (Kündigen) als von Patienten (Erduldenden) oder Klienten (Schutzbefohlenen). Damit will man verdeutlichen, daß man es mit mündigen, selbstbestimmten Auftraggebern zu tun hat. In der Therapie mit Kindern ist aber in aller Regel davon ausgehen, daß nicht die Kinder, sondern die Eltern oder sonstige Verantwortliche die eigentlichen Auftraggeber sind. Denn Letztere sind diejenigen, die bestimmen, worum es gehen soll und woran festgestellt werden kann, ob die Therapie erfolgreich war. Bei Jugendlichen ist die Lage unklarer, denn es kommt zwar selten aber doch vor, daß Jugendliche sich von selbst an eine therapeutische Einrichtung wenden. Auch dann aber, wenn die Eltern oder andere Zuständige die Therapie für den Jugendlichen vereinbart haben, dürfte es sich lohnen, den Jugendlichen als „adoleszenten Kunden“, als werdenden Kunden zu betrachten und dabei zu prüfen, in welchem Ausmaß und in welchen Bereichen er bereits tatsächlich Kunde ist.

Informierte Zustimmung.

Zumindest in der Theorie gehört es mittlerweile zu den Selbstverständlichkeiten psychotherapeutischer Praxis, Respekt vor der Autonomie des Klienten zu wahren. Der Klient erhält eine nachvollziehbare Information über den zu erwartenden Verlauf und Gewinn einer Psychotherapie, so daß er seine „informierte Zustimmung“ („informed consent“) abgeben kann. Mit Blick auf präpuberale Kinder ist diese ethische Forderung naturgemäß kaum erfüllbar. Kindern wird ohnehin entweder die Fähigkeit abgesprochen, eine intellektuell und emotional getragene Zustimmung abgeben zu können, oder sie wird von ihnen auf eine Weise verlangt, die zwar formal richtig ist, jedoch das Kind selbst maßlos überfordert (vgl. Reiter-Theil et al. 1993). Bei Jugendlichen sieht es hier anders aus. Je nach Entwicklungs- und Reifungsgrad sind sie mehr oder minder in der Lage, dem vorgesehenen Verlauf einer Therapie wissentlich zuzustimmen. Und dies sollte im Rahmen des Möglichen beachtet werden.

Kontextorientierung.

Jugendliche sind im besonderen Ausmaß sozial eingebunden. Dabei spielt zunächst die Familie die zentralste Rolle, denn sie ist der Ort, in dem sich alle wesentlichen Beziehungen abspielen und auch die Entstehung eines verlässlichen Selbstbildes stattfindet (vgl. u.a. Gnam et al. 1999). Gleichzeitig lösen sich aber die Jugendlichen allmählich von ihren Familien ab, und sie binden sich zunehmend intensiver an Gleichaltrige. Bei Kindern kann es wohl ausreichen, allein die Eltern zu beraten, um das Problem zu überwinden (vgl. z.B. Selvini Palazzoli et al. 1974); bei Jugendlichen ist die Lage auch hier komplexer. In der Therapie mit Jugendlichen muß sorgfältig ausgelotet werden, welcher der jeweils passendere Kontext für die Therapie sein kann. Denn die Therapie muß bei Jugendlichen sowohl dem Streben nach Eigenständigkeit als auch der Einbindung in die Familie oder sonstigen Lebensverband Rechnung tragen. Eine Möglichkeit hierzu besteht darin, die Therapie als Familientherapie zu beginnen und nach einiger Zeit als Einzeltherapie

fortzuführen. Nach einer Phase des gegenseitigen Kennenlernens und Einschätzens können sowohl die Eltern als auch der Jugendliche genügend Vertrauen aufgebaut haben, um unbesorgt den Helfer zu ermächtigen, den Jugendlichen als Einzelperson bei seiner Individuierung zu begleiten (vgl. z.B. Ludewig 1991). Nach Corina Ahlers (1996) stellt die Wahl und Veränderung des Settings eine wichtige therapeutische „Intervention“ dar.

Mitgefühl.

Insbesondere Kinder, aber auch Jugendliche erwecken bei professionellen Helfern leicht Sympathie. Das ist sicher eine Ressource dieser Altersgruppen, bei Kindern vielleicht sogar eine lebenserhaltende. Sie kann aber auch zum Hindernis werden. Das erweckte Mitgefühl beim Professionellen kann zwar dessen Arbeitsmotivation erhöhen und so zur Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung beitragen, es kann ihn aber auch dazu verführen, die Distanz zum Kind oder Jugendlichen zu verlieren oder eine Koalition mit ihm etwa gegen die Eltern einzugehen. Das dies niemandem nützt, muß nicht weiter betont werden. Hier hilft allein Selbstreflexion und Supervision. Der Helfer muß sich seiner beschränkten Möglichkeiten bewußt werden und akzeptieren, daß er nicht für das Übel der Welt verantwortlich ist. Darüber hinaus muß er sich eingestehen, daß Kinder eben die Eltern haben, die sie haben und nicht jene, die sie haben sollten. Und er muß schließlich akzeptieren, daß selbst jene Kinder, die gewiß andere Eltern haben müßten, ihre Eltern meistens lieben.

Unmittelbarkeit.

Spätestens seit der in den letzten Jahren neu entflammten Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Emotionen weiß man von Neuem, daß emotionale Zustände nicht nur Inhalt und Verlauf des Denkens und Erkennens, sondern auch alle Bereiche des Lebens einschließlich des sozialen Lebens entscheidend beeinflussen (vgl. z.B. Ciompi 1997; Panksepp 1998). Anstelle der Frage, was denn alles von emotionalen Zuständen beeinflusst wird, stellt sich vielmehr die Frage, wie wir Menschen es schaffen, die permanent ablaufende Emotionalität so weit in akzeptable Formen zu kanalisieren, daß gesellschaftliches Leben möglich ist. Es spricht einiges dafür, daß die Mechanismen emotionaler Bindung zwar angeboren sind, daß aber deren spezifische Ausformung das Ergebnis eines langen Prozesses sozialer Interaktionen bzw. der Sozialisation darstellt. Dabei werden unter anderem die spontan ablaufenden emotionalen Zustände mit den heranwachsenden Möglichkeiten kognitiver Steuerung und den interaktionell vermittelten Erwartungen vereinbart. Auf diesem Wege wird aus dem zuerst nur biologischen Wesen allmählich das soziale Wesen Mensch.

Welche Folgen hat nun dies für die Psychotherapie mit Jugendlichen? Zunächst muß erinnert werden, daß Jugendliche als „Menschen im Übergang“ in der schwierigen Lage sind, weder auf Bewährtes zurückgreifen noch sich problemlos auf Neues einstellen zu können: Das Alte nutzt nicht mehr, das Neue ist noch verhüllt. Daher sind Jugendliche, die nicht als Quelle der eigenen Bestätigung wirken können, im besonderen Maße auf soziale Anbindung angewiesen. Das bringt sie in Gefahr, sich mangels besserer Alternativen „kindlich“, also einseitig an Erwachsene oder Stärkere anzulehnen und, da sie keine Kinder mehr sein wollen, mobilisiert das bei

ihnen Ängste und Abwehr. Nun steht der Therapeut vor der Schwierigkeit, genügend attraktiv zu wirken, um zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung beizutragen, zugleich sich aber dessen bewußt zu bleiben, daß Jugendliche nur bedingt in der Lage sind, soziale Nähe und Distanz von selbst zu regulieren. Die Folge ist, daß manche Therapien zu unauflösbaren Beziehungen werden, andere wiederum vorzeitig abgebrochen werden. Es hilft also nicht, sich auf die „Grenzen“ des Jugendlichen zu verlassen. Der Helfer ist aufgefordert, selbst für die Einhaltung flexibler Grenzen zu sorgen. Man sollte nicht vergessen, daß die emotionale Bindung zwischen Jugendlichen und Erwachsenen trotz aller Asymmetrie oder gerade deshalb einen durchaus sehr realen, unmittelbaren Charakter hat. Hierfür den verfremdenden Ausdruck „Übertragung“ zu verwenden, verfehlt meines Erachtens die Realität der Situation.

Transparenz.

Bekanntlich mangelt es den Adoleszenten an einem ausreichenden Gefühl von Selbstsicherheit. Ihnen fehlt es eben an den Lebenserfahrungen, aus denen dieses Gefühl hervorgeht. Da ein Mangel an Selbstsicherheit meistens entweder durch blindes Vertrauen oder durch distanzierendes Mißtrauen kompensiert wird, ist die Arbeit mit Jugendlichen durch zwei unerwünschte Ausgänge gefährdet: der Jugendliche macht sich vom Professionellen abhängig, oder er hält ihn dauerhaft auf Abstand. Um beides zu vermeiden, ist es in der Arbeit mit Jugendlichen geboten, möglichst transparent zu wirken. Auch bei diesen Grenzgängern gilt es zu beachten, was in der Arbeit mit sog. „Borderlinern“ selbstverständlich ist, nämlich sie nicht noch zusätzlich zu verunsichern. Während Witz, Humor und Ironie den Umgang gesunder Jugendlicher untereinander durchaus prägen, kann dies in der ungleichen Beziehung zum Erwachsenen verletzend sein und beim Jugendlichen zu defensiven oder aggressiven Blockaden führen.

Ein Fazit zum Schluß

Zum Schluß komme ich auf die Beantwortung der Ausgangsfrage dieses Aufsatzes zurück, die lautet, ob es eine systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geben sollte, die sich von der bisher üblichen wesentlich unterscheidet. Meines Erachtens kann man diese Frage nur im Hinblick auf den jeweiligen Diskurs, in dem die Frage gestellt wird, beantworten. Wenn Wilhelm Rotthaus (2000) diese Frage aus politischer Perspektive mit folgendem Wortlaut stellt: „Wollen die Systemischen Therapeuten das Feld der (offiziell anerkannten) Arbeit mit Kindern und Jugendlichen den anderen Therapieschulen überlassen...?“ ist die Antwort einfach: Nein! Die Systemischen Therapeuten würden damit sich selbst und die hilfebedürftigen Kinder und Jugendlichen auf das Größte verraten. Sie würden nicht nur das Klientel, von dem sie überhaupt ausgegangen sind, im Stich lassen, sondern auch den Wirkungsbereich mißachten, in dem sie in den letzten fast 50 Jahren die größte Erfahrung gesammelt und die besten Erfolge erzielt haben. Es wäre in diesem Sinne gut und sinnvoll, daß die Ausbildungsinstitute sich ihre Herkunft aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erziehungsberatung vergegenwärtigen und gezielte Programme zur Ausbildung von systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entwickeln.

Eine ganz andere Frage ist aber die, ob es für die Definition einer systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie notwendig ist, wesentliche Änderungen im theoretischen und praktischen Konzept vorzunehmen. Hier ist meine Antwort ebenso klar: Nein! Das Konzept der Systemischen Therapie ist breit genug angelegt, um bei jeder Klientengruppe unter Berücksichtigung ihrer Besonderheiten differenziert, also "kundengerecht" angewandt zu werden. Eine Systemische Therapie mit Kindern oder Jugendlichen müßte mit ihrer Kundenorientierung ernst machen und die besonderen Charakteristika dieser Klienten eigenhend berücksichtigen. Als Unterstützung bei der Erfüllung dieser Forderung bieten sich unter anderem die Kenntnisse aus der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychiatrie sowie aus der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und der Familientherapie an.

Als Grenzgänger zwischen den Generationen, ausgestattet mit allen Vorzügen und Nachteilen, die mit diesem Status einhergehen, unterscheiden sich Jugendliche von Erwachsenen nicht zuletzt an ihrem Umgang mit jenen Selbstverständlichkeiten, mit sozusagen den „sozialen Notlügen“, die der erwachsenen Lebenswelt so kennzeichnend eigen sind. Das Gelingen oder Mißlingen der Therapie mit einem Jugendlichen hängt daher in besonderem Maß mit der Art der Kooperation zusammen, die diese prinzipiell Ungleichen in der Lage sind, gemeinsam zu erbringen. Und dies hängt maßgeblich davon ab, ob es dem Erwachsene gelingt, das Unkonventionelle und Gegensätzliche, das Elementare und Wahrhaftige dieser „Grenzgänger“ als berechtigt anzuerkennen.

Ohne allzu sehr dem Sog eines Adoleszenz-Romantizismus verfallen zu wollen, möchte ich dennoch zum Schluß behaupten, daß ich es wahrscheinlich der Geradlinigkeit und Aufrichtigkeit jener vielen Jugendlichen, mit denen ich gearbeitet habe, verdanke, daß mein Interesse an dieser Arbeit nach mehr als einem Viertel Jahrhundert weiterhin anhält.

Literaturverzeichnis

- Ahlers, C. (1996): Setting als Intervention in der systemischen Einzel-, Paar- und Familientherapie: Erfahrungen aus dem klinischen Alltag. *Z. systemische Therapie* 14: 250-262.
- Ariel, S. (1992): *Strategic Family Play Therapy*. Chichester, New York (Wiley).
- Barnett, R.J., J.P. Docherty, G.M. Frommelt (1991): A review of child psychotherapy research since 1963. *J. Amer Academy Child Adolescent Psychiatry* 30: 1-14.
- Biermann, G. (Hrsg.)(1992): *Handbuch der Kinderpsychotherapie*. Band V. München (Reinhardt).
- Boscolo, L., P. Bertrando (1997): *Systemische Einzeltherapie*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).
- Brent D.A., D. Holder, D. Kolko, B. Birmaher, M. Baugher, C. Roth, S. Iyengar, B.A. Johnson (1997): A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 54: 877-885.
- Breunlin, D.C., C. Breunlin, D.L. Kearns, W.P. Russell (1988): A review of literature on family therapy with adolescents 1979-1987. *J. Adolescence* 11: 309-334.
- Ciampi, L. (1997): *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Dornes, M. (1993): *Der kompetente Säugling*. Frankfurt (Fischer).
- Dührssen, A. (1960): *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Foerster, H. von, B. Pörksen (1999): *Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).
- Gnam, G., B. Buddeberg-Fischer, R. Klaghofer, C. Buddeberg (1999): Selbstbild und Familienklima in der Adoleszenz - eine Studie an 14-19jährigen GymnasiastInnen. *Familiendynamik* 24: 181-198.
- Grawe, K., R. Donati, F. Bernauer (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen (Hogrefe).
- Haley, J. (1975a): Familientherapie mit einem gestörten Jugendlichen. *Ehe* 3-4: 148-161.
- Haley, J. (1975b): Why a Mental Health Clinic should avoid Family Therapy. *J. Marriage & Family Counseling* 1: 3-13.
- Haley, J. (1980): *Leaving Home. The Therapy of Disturbed Young People*. New York (McGraw-Hill) [dt. (1981): Ablösungsprobleme Jugendlicher. München (Pfeiffer)].
- Hoffman, L. (1981): *Foundations of Family Therapy*. New York (Basic Books) [dt. (1987): Grundlagen der Familientherapie. Hamburg (Isko-Press)].
- Kazdin, A.E. (1991): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.* 59: 785-798.
- Kazdin, A.E. (1993): Psychotherapy for children and adolescents. Current progress and future research directions. *American Psychologist* 48: 644-657.
- Kazdin, A.E., D. Bass, W.A. Ayers & A. Rodgers (1990): Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *J. Consult. Clin. Psychol.* 58: 729-740.
- Lewis, B.L. (1989): Self as a System: A Second Order Cybernetic Perspective. *J. Strategic Systemic Therapies* 8: 65-72.
- Ludwig, K. (1988): Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie* 1: 103-114.
- Ludwig, K. (1987a): 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten Klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. *Z. systemische Therapie* 5: 178-191.
- Ludwig, K. (1987b): Therapie und Erziehung - Widerspruch oder Ergänzung? In: Rotthaus, W. (Hrsg.): *Erziehung und Therapie in systemischer Sicht*. Dortmund (modernes lernen), S.

90-100.

Ludewig, K. (1991): Gedanken zur Magersucht. Einladung zum Anerkennen des Liebens in Familien von Magersüchtigen. Oder: Auf der Suche nach Unterscheidungen, die für die Therapie nützlich sind. In: Reiter, L. & C. Ahlers (Hrsg.): *Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß*. Heidelberg (Springer), S. 197-211.

Ludewig, K. (1992): *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta).

Ludewig, K. (1996): Systemische Therapie in Deutschland - ein Überblick. *Familiendynamik* 21: 95-115.

Ludewig, K. (1999a): Psychosoziale Versorgung zwischen Expertentum und Nicht-Wissen. In: Karlinger, H. (Hrsg.): *Soziale Empfindsamkeit*. Linz (Festschrift des Magistrats), S. 53-68.

Ludewig, K. (1999b): „Überlebensdiagnostik“ - eine systemische Option. *Kontext* 30(2): 121-135.

Ludewig, K. (2000): Brauchen wir Störungswissen, um lösungsorientiert zu arbeiten? *Systeme* 13(2): im Druck.

Ludewig, K. (2002.): *Leitmotive systemischer Therapie*. Stuttgart (Klett-Cotta).

Ludewig, K., R. Schwarz (1984): Systemische Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Remschmidt, H (Hrsg.): *Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien*. Stuttgart (Enke), Band 1, S. 93-98.

Ludewig, K., R. Schwarz & H. Kowerek (1984): Systemische Therapie mit Familien mit einem „psychotischen“ Jugendlichen. *Familiendynamik* 9: 108-125.

Ludewig, K. & T. v. Villiez (1984): Warum systemische Therapeuten Systeme wie die Psychiatrie nicht vermeiden sollten. *Z. systemische Therapie* 2(1): 29-38.

Mann, B.J., C.M. Borduin (1991): A critical review of psychotherapy outcomes with adolescents: 1978-1988. *J. Adolescence* 26: 505-541.

Metzmacher, B., H. Petzold, H. Zaepfel (Hrsg.)(1996): *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*. Band 2. Paderborn (Junfermann).

Montalvo, B. & J. Haley (1973): In Defense of Child Therapy. *Family Process* 12: 227-244 [dt. (1977): *Familiendynamik* 2: 322-340]

Panksepp, J. (1998): *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York, Oxford (Oxford Univ. Press).

Petermann, F. (Hrsg.)(1995): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen (Hogrefe).

Reiter, L. (1990): Identität aus systemtheoretischer Sicht. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 39: 222-228.

Reiter-Theil, S., H. Eich, L. Reiter (1993): Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiatrie* 42: 14-20.

Remschmidt, H. (Hrsg.)(1997): *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart (Thieme).

Rohmann, J.A. (1999): Kurzzeittherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen . eine Entwicklungs-Intervention. Kasuistik und konzeptionelle Überlegungen. *Familiendynamik* 24: 161-180.

Rosenbaum, R., J. Dyckman (1996): Die Integration von Selbst und System. Eine leere Schnittstelle? *Familiendynamik* 21: 346-382.

Rotthaus, W. (Hrsg.)(1987): *Erziehung und Therapie in systemischer Sicht*. Dortmund (modernes lernen).

Rotthaus, W. (1990): *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Dortmund (modernes lernen).

Rotthaus, W. (1998): *Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).

Rotthaus, W. (2000): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Z. systemische Therapie* 18: 24-29.

- Schiepek, G. (1999): *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schwartz, R.C. (1997): *Systemische Therapie mit der inneren Familie*, München (Pfeiffer).
- Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1974): The Treatment of Children through Brief Therapy of their Parents. *Family Process* 13: 429-442.
- Spengler, C. (1997): Psychische Systeme. *Familiendynamik* 22: 363-395.
- Stern, D. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Tauber, T. (1999): Spielen in der Systemischen Therapie. Umsetzung der Methoden und Techniken Systemischer Therapie in die Arbeit mit Kindern. *Systeme* 13: 159-172.
- Vogt-Hillmann, M., W. Burr (Hrsg.)(1999): *Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie*. Dortmund (Borgmann).
- Weisz, J.R., G.R. Donenberg, S.S. Han, D. Kauneckis (1995a): Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: Why the disparity? *J. Abnormal Child Psychol.* 23: 83-106.
- Weisz, J.R., G.R. Donenberg, S.S. Han, B. Weiss (1995b): Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 63: 688-701.
- Weisz, J.R., B. Weiss, G.R. Donenberg (1992): The lab versus the clinic. Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist* 47: 1578-1585.
- Weisz, J.R., B. Weiss, S.S. Han, D.A. Granger, T. Morton (1995c): Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychol. Bulletin* 117: 450-468.

Anschrift des Verfassers:

Dr. phil. Kurt Ludewig, Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Universitätsklinikum Münster

Schmeddingstrasse 50

D - 48149 Münster