



Masterarbeit

Grundbedürfnisse als Wegweiser in der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Wie unterscheidet sich der Umgang mit
Grundbedürfnissen (Erfüllung/Frustration) in der
therapeutischen Beziehung innerhalb erfolgreicher
und nicht erfolgreicher Kinder- und
Jugendpsychotherapie?

Martina Frey

Referentin: Dr. phil. Célia Steinlin

Luzern, Mai 2020

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie,
Pfingstweidstrasse 96, Postfach 707, CH-8037 Zürich

«Kolumnentitel:» Grundbedürfnisse als Wegweiser in der Kinder- und
Jugendpsychotherapie

Danksagung

An erster Stelle gilt mein Dank meiner Betreuerin Célia Steinlin für die Inspiration und das geteilte vielseitige Interesse an Themen zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendpsychotherapie. Ich habe mich in unserem Austausch stets befähigt gefühlt und meine Gedanken als wichtig und erwünscht empfunden, was mich sehr motiviert hat. Auch möchte ich meinen vier Mitstudentinnen danken für die gemeinsame Erarbeitung des ersten Schrittes der Arbeit. Unseren Austausch erlebte ich als spannend und die gegenseitige emotionale Unterstützung hat mich bereichert. Grosser Dank gebührt meinem guten Freund und Mitbewohner Philipp Bisang, welcher mich mit dem Projekt einer vorgeschobenen Deadline zur Abgabe der Arbeit und dem Glauben an meine Kompetenz ermutigt hat und ich dabei erleben konnte, wie diszipliniert, motiviert und vor allem effizient ein Ziel erreichbar ist. Zu guter Letzt gilt mein herzlicher Dank meiner Familie und meinen Freunden und Freundinnen, welche mich nicht nur in der Bearbeitung dieser Arbeit, sondern während des gesamten Studiums mit liebendem Herzen und einem unermüdlichen Glauben in mich gestärkt haben.

Zusammenfassung

In dieser qualitativen Arbeit wird das Ziel verfolgt innerhalb der Wirkungsforschung der Kinder- und Jugendpsychotherapie den Umgang mit den Grundbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen als auch deren Bezugspersonen in der therapeutischen Beziehung zu untersuchen. Dafür wurden im ersten Schritt anhand eines Laienratings aus 72 Fallberichte die beiden Extremgruppen *erfolgreiche* und *nicht erfolgreiche* Therapien mit je 10 Fallberichten gebildet. Diese gesamthaft 20 Fallberichte wurden mit der evaluativen qualitativen Inhaltsanalyse zur Erfüllung und Frustration der vier Grundbedürfnisse *Bindung/ Zugehörigkeit (Bindung)*, *Kontrolle/ Orientierung (Kontrolle)*, *Autonomie/ Freiheit (Autonomie)* und *Selbstakzeptanz/ Selbstwert (Selbstwert)* kodiert. Die Ergebnisse wurden anhand der Darstellung von Häufigkeitsverteilungen der Kodierungen abgebildet. Die Auswertungen zeigten, dass in erfolgreichen Kinder- und Jugendpsychotherapien sowohl die Grundbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen als auch diejenigen der Bezugspersonen öfters erfüllt und weniger oft frustriert wurden als in nicht erfolgreichen Kinder- und Jugendpsychotherapien. In der Reihenfolge der Häufigkeit der erfüllten Grundbedürfnisse von 1. Selbstwert, 2. Bindung, 3. Autonomie und 4. Kontrolle zeigten sich keine Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen. Innerhalb nicht erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapien zeigte sich, dass ausschliesslich die Grundbedürfnisse der Bezugspersonen, nicht jedoch jene der Kinder und Jugendlichen öfters frustriert als erfüllt wurden. Die häufigsten Frustrationen in nicht erfolgreichen Therapien zeigten sich dabei sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Bezugspersonen im Grundbedürfnis Bindung. In der Suche nach Wirkfaktoren der Kinder- und Jugendpsychotherapie könnte der Umgang mit Grundbedürfnissen mit speziellem Fokus auf Frustrationen im Grundbedürfnis Bindung von Kindern und Jugendlichen und insbesondere auch von deren Bezugspersonen ein wichtiges zukünftiges Forschungsgebiet darstellen.

Schlagwörter: Psychotherapeutische Wirkfaktoren, Psychische Grundbedürfnisse, Kinderpsychotherapie, Jugendlichenpsychotherapie, therapeutische Beziehung, Komplementäre Beziehungsgestaltung

Inhalt

1	Theorie	1
1.1	Bedürfnisbegriff/ Modelle	2
1.2	Vier Grundbedürfnisse nach Schär und Steinebach (2015).....	3
1.2.1	Bindung.....	3
1.2.2	Kontrolle	3
1.2.3	Autonomie.....	4
1.2.4	Selbstwert.....	4
1.3	Annäherungs-/Vermeidungsverhalten	5
1.4	Konsistenzprinzip	5
1.5	Psychische Störung und Grundbedürfnisse	6
1.6	Umgang mit Grundbedürfnissen in der therapeutischen Beziehung	6
1.6.1	Zweifache Wirkweise von Psychotherapie	7
1.6.2	Therapierende als Bindungspersonen	8
1.6.3	Komplementäre Beziehungsgestaltung.....	9
1.6.4	Ressourcenaktivierung	10
1.6.5	Do's/ Dont's in der Therapie	11
1.7	Forschungsstand zu den Grundbedürfnissen	12
1.8	Fazit, Forschungslücke, Ziel dieser Arbeit	13
1.9	Fragestellung und Hypothesen.....	14
2	Methode	15
2.1	Dokumentation der Datenerhebung	15
2.1.1	Einschätzung des Therapieerfolgs	15
2.1.2	Bildung von Extremgruppen.....	16
2.1.3	Alterskategorien	16
2.2	Beschreibung der Stichprobe	17
2.3	Operationalisierung der Fragestellung	17
2.3.1	Kodierregeln.....	19
3	Ergebnisse	19
3.1	Aufbereitung der Daten.....	19
3.2	Hypothesentests	20
3.3	Zusätzliche Analysen	30
3.3.1	Vergleich erfüllter Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen	30
3.3.2	Ausprägung nicht definierbar.....	31

4	Diskussion	34
4.1	Hypothese 3 und 4	34
4.2	Hypothese 1 und 5	35
4.3	Hypothese 2 und 6	36
4.4	Neue Hypothese	39
4.5	Methodenkritik.....	45
4.6	Zukünftige Forschung.....	46
4.7	Implikationen für die Praxis.....	48
	Literatur	51
	Anhang	57

Abkürzungen

MAS	Master of Advanced Studies
IAP	Institut für Angewandte Psychologie
K/J	Kind/Jugendliche oder Kinder/Jugendlichen
BZP	nahe Bezugsperson oder nahe Bezugspersonen
B	Bindung/ Zugehörigkeit (Bindung)
K	Kontrolle/ Orientierung (Kontrolle)
A	Autonomie/ Freiheit (Autonomie)
S	Selbstakzeptanz/ Selbstwert (Selbstwert)

1 Theorie

In der Frage nach Wirkfaktoren der Psychotherapie besteht seit längerer Zeit eine kontroverse Diskussion (Pfammatter, Junghan & Tschacher, 2012). Befürworter und Befürworterinnen von Psychotherapieansätzen gehen davon aus, dass methoden- und störungsspezifische Techniken die therapeutische Wirksamkeit ausmachen. Vertreter und Vertreterinnen von sogenannten allgemeinen Wirkfaktoren gehen davon aus, dass zwischen verschiedenen Therapierichtungen nur geringe Wirkunterschiede bestehen. Innerhalb der allgemeinen Wirkfaktoren ist seit längerem bekannt, wie wichtig eine gute therapeutische Beziehung ist (Pfammatter, Junghan & Tschacher, 2012). Lambert (2004) und Norcross (2002) beschreiben die Therapiebeziehung als der am besten validierte Wirkfaktor. Bereits Najavits und Strupp (1994) zeigen auf, dass erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapierende sich stärker im Beziehungsverhalten, und weniger durch spezifische Techniken unterscheiden. Dabei beinhalten erfolgreiche Therapierende unter anderem z.B. die Fähigkeit warm und emphatisch auf den Patienten oder die Patientin einzugehen. Auch Lambert (2004) beschreibt anhand Patienteneinschätzungen, dass erfolgreiche Therapierende auf Patienten und Patientinnen unterstützender und emphatischer wirken und diese sich von den Therapierenden stärker akzeptiert und verstanden fühlen.

Das psychische Wohlbefinden des Menschen hängt gemäss dem Berner Konzept einer Bedürfnis- und Motivorientierten Beziehungsgestaltung von Stucki und Grawe (2007) von der Befriedigung der Grundbedürfnisse ab. Wenn positive Wahrnehmungen in der Bedürfnisbefriedigung gemacht werden, führt dies zu Spannungsreduktion und erzeugt Wohlbefinden, so beschreiben die Autoren. Gemäss Schär und Steinebach (2015) kann der Stellenwert der Grundbedürfnisse für die Therapie anhand zweier Wirkweisen verdeutlicht werden: Einerseits können direkt in der therapeutischen Beziehung bedürfnisbefriedigende Erfahrungen gemacht werden, die zu Wohlbefinden führen. Andererseits kann diese bedürfniserfüllende Beziehung zum Therapeuten den sogenannten *Annäherungsmodus* aktivieren, wodurch der Patient oder die Patientin in den Explorationsmodus gelangt und in diesem Modus neue Verhaltensweisen ausprobieren kann. Dies kann wiederum zur Reduktion von Problemen und Symptomen führen (Schär & Steinebach, 2015). Mit einer bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung wird somit der optimale Kontext für erfolgreiches Lern- und Veränderungsverhalten in der Psychotherapie geschaffen (Stucki & Grawe, 2007).

Die beschriebene Wirkweise von Psychotherapie und der Zusammenhang der Grundbedürfnisbefriedigung auf das Wohlbefinden scheinen die Wichtigkeit zu verdeutlichen, innerhalb des allgemeinen Wirkfaktors Therapiebeziehung dem Thema Grundbedürfnisse einen besonderen Stellenwert einzuräumen.

1.1 Bedürfnisbegriff/ Modelle

Bereits Freud sprach in seinem Buch «Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie» (1904) vom Grundbedürfnis des Lustgewinnes (Eros). Auch Adler benutzte den Begriff des Grundbedürfnisses und definierte 1907 das Machtstreben als wichtigstes Grundbedürfnis des Menschen. Zudem sah er die Überwindung des Minderwertigkeitskomplexes als wichtigste Motivationsquelle des Menschen an (Adler, 1920). Einfluss in die Geschichte nahm auch Maslow's Konzept der Bedürfnispyramide (1954). Er beschreibt ein hierarchisches pyramidenförmiges Modell mit verschiedenen Ebenen von Bedürfnissen. Wenn die auf der Pyramide zuunterst liegenden Grundbedürfnisse der physischen Art befriedigt sind, so wird ein Bedürfnis nach Sicherheit angestrebt. Als bald dieses gedeckt ist, werden die höher liegenden Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Liebe, Anerkennung und schliesslich Leistung relevant. Zuletzt wird auf höchster Stufe der Pyramide, so beschreibt Maslow, das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und Spiritualität angestrebt.

Eingang in die weitere Forschung nahm nach Maslow unter anderem Grawe's 2004 erstelltes Konzept des ursprünglichen Entwurfs von Epstein (1990) der vier psychologischen Grundbedürfnisse Bindung, Selbstwertschutz/ Selbstwerterhöhung, Orientierung/ Kontrolle, Lustgewinn/ Unlustvermeidung. Der Unterschied der Darstellung von Grawe zu Maslow liegt darin, dass die Grundbedürfnisse in diesem Modell keiner hierarchischen Struktur unterliegen, sondern alle gleichwertig nebeneinanderstehen und davon ausgegangen wird, dass diese auch ausgeglichen befriedigt werden wollen (Grawe, 2004).

Borg-Laufs (2012) ergänzt dem Modell von Grawe (2004) die Annahme, dass für Kinder- und Jugendpsychotherapie diese Gleichwertigkeit der vier Grundbedürfnisse nicht in dem Masse zutreffend ist. Er geht davon aus, dass je jünger ein Kind ist, desto wichtiger ist das Bedürfnis nach Bindung. Die Erfüllung der anderen Grundbedürfnisse ist bei Kleinkindern in dem Sinne davon abhängig, ob das Kind sich in einer sicheren Bindung befindet. An dieser Stelle nimmt er Bezug zur Bindungsforschung (Bowlby, 1975). Bowlby postulierte, dass es einem Kleinkind oder Baby ohne eine sichere Bindung nicht möglich ist, ein Gefühl von Kontrolle zu entwickeln oder den eigenen Wert zu spüren. Grawe (2004)

bezeichnet unsichere Bindungen im Kindesalter als den grössten Risikofaktor für das psychische Wohlbefinden und die Entwicklung später auftretender psychischer Störungen.

Da es in der bisherigen Literatur keine einheitliche Definition und Anzahl der Grundbedürfnisse gibt, definieren Schär und Steinebach (2015) ein provisorisches Arbeitsmodell, welches sowohl aus Grawe's 2004 erstelltem Konzept als auch aus weiteren Konzepten und Theorien zusammengefasst wurde. Es beinhaltet die folgenden vier Grundbedürfnisse, mit welchen auch in der vorliegenden Arbeit weitergearbeitet wird. Folgend wird nur noch die in der Klammer erwähnte Abkürzung anstelle der jeweils beiden Begriffe verwendet.

1. Bindung und Zugehörigkeit (Bindung)
2. Kontrolle und Orientierung (Kontrolle)
3. Freiheit und Autonomie (Autonomie)
4. Selbstakzeptanz und Selbstwert (Selbstwert)

1.2 Vier Grundbedürfnisse nach Schär und Steinebach (2015)

1.2.1 Bindung

Wie Schär und Steinebach (2015) beschreiben, zeigt sich eine Erfüllung dieses Bedürfnisses darin, dass ein Kind die Überzeugung hat, dass andere Menschen schützend und vertrauenswürdig sind. Bindungspersonen sind für das Kind in schwierigen Situationen emotional verfügbar und bieten Trost, Sicherheit und Nähe. Eine Frustration oder Verletzung dieses Bedürfnisses zeigt sich darin, dass Bindungspersonen entweder gar nicht, nicht einfühlsam, verzögert oder inkonsistent auf Signale des Kindes reagieren. In schwierigen Situationen erlebt ein Kind Zurückweisung durch diese. Kinder mit häufigen Frustrationen im Grundbedürfnis Bindung entwickeln nach Schär und Steinebach (2015) mit hoher Wahrscheinlichkeit einen unsicheren Bindungsstil mit der Überzeugung, dass auf wichtige Bezugspersonen nicht Verlass ist und die Gefahr besteht, in engen Beziehungen verletzt zu werden.

1.2.2 Kontrolle

Das Bedürfnis nach Orientierung als kognitive Komponente des Kontrollbedürfnisses beinhaltet gemäss Grawe (2004) das Bedürfnis die Welt verstehen und bedeutsame Ereignisse vorhersehen zu können. Durch eine angemessene Befriedigung des Kontrollbedürfnisses lernt das Kind, dass die Welt beeinflussbar und kontrollierbar ist und es sich lohnt sich einzusetzen und zu engagieren (Schär & Steinebach, 2015). Um dieses

Gefühl von Kontrolle zu erhalten, scheint es besonders wichtig, durch Regeln und Grenzen die Vorhersagbarkeit von Ereignissen erlernen und verstehen zu können. Das Grundbedürfnis kann frustriert werden, wenn ein Kind durch die Bezugsperson ungerechte Strafen erhält oder die Grenzen nicht, unklar oder diffus/intransparent gezogen werden. Vor allem, wenn Eltern gar nicht oder nicht vorhersehbar auf Signale des Kindes reagieren, wird dieses Grundbedürfnis verletzt und das Kind kann keine Kontrollüberzeugung aufbauen (Schär & Steinebach, 2015). Eine fehlende Kontrollüberzeugung bedeutet, dass ein Kind glaubt, dass das Auftreten eines bestimmten Ereignisses in keinem Zusammenhang mit dem eigenen Verhalten steht und somit die Kontrolle ausserhalb des Kindes liegt (Rotter, 1966).

1.2.3 Autonomie

Das Grundbedürfnis nach Autonomie kann im Konflikt mit dem Grundbedürfnis nach Bindung stehen, bedingt dieses jedoch auch gegenseitig (Deci & Ryan, 2004). Um Autonomieerfahrungen machen zu können, muss das Kind ein Gefühl von Vertrauen in der Welt empfinden und einen sicheren Rückzugsort haben. Ist keine sichere Beziehung gegeben, wird das Autonomiebedürfnis wiederholt frustriert. Wie Schär und Steinebach (2015) beschreiben, geschieht dies beispielsweise in symbiotischen Beziehungen, in welchen die Grenzen zwischen Kindern und Eltern diffus sind und Kinder oft die Sichtweise der Eltern übernehmen. Dies kann verhindern, dass Kinder lernen dürfen, dass sie das Recht auf eigene Gedanken, Gefühle und Wünsche haben. Durch das Erleben von Autonomie können neue Erfahrungen gemacht werden und es kann Entwicklung und Anpassung geschehen, was für das grundsätzliche Überleben wichtig ist (Deci & Ryan, 2004).

1.2.4 Selbstwert

Wie bereits Adler (1920), welcher die Überwindung des Minderwertigkeitskomplexes als die wichtigste Motivationsquelle des Menschen ansah, so ergänzte auch Brown (1993), dass jeder Mensch danach strebt, sich selbst als wertvoll, als gut und von anderen anerkannt erleben zu können. Der Selbstwert entsteht im Verlauf mehrerer Entwicklungsjahre und stabilisiert sich in der mittleren Kindheit (Berk, 2011). Für die Entwicklung eines gesunden Selbst ist eine empathische, wertschätzende und unterstützende Umgebung von zentraler Wichtigkeit (Rogers, 1980). Kinder sind darauf angewiesen, von ihren wichtigsten Bezugspersonen Lob und Unterstützung anstelle von Kritik und Abwertung zu erfahren (Borg-Laufs & Dittrich, 2010).

1.3 Annäherungs-/Vermeidungsverhalten

Aus den Erfahrungen, welche ein Kind macht und durch die Erfüllung sowie Frustration von Grundbedürfnissen bilden sich Schemata (Schär & Steinebach, 2015). Mit Schemata werden zukünftige Ereignisse auf Basis der Grunderwartung stärker vorhersagbar. Schemata, welche bezüglich der Erfüllung und Frustration von Grundbedürfnissen gebildet werden, nennt Grawe (2004) *motivationale Schemata*. Diese Schemata beinhalten sowohl Annäherungs- und Vermeidungsziele als auch spezifische Strategien zur Erreichung dieser Ziele. Psychische Auffälligkeiten können im Zusammenhang stehen mit Strategien, welche zur Erfüllung von nicht-befriedigten Grundbedürfnissen, als auch zum Schutz verletzter oder bedrohter Grundbedürfnisse entwickelt wurden. Diese können den handelnden Menschen aber dadurch in einer anderen Form in seinem Erleben und Verhalten beeinträchtigen (Borg-Laufs, 2012). Die Gefahr stark ausgeprägter Vermeidungsschemata liegt darin, dass sie auch in Situationen die geeignet wären eine positive Bedürfnisbefriedigung zu erleben, diese verhindern, weil anstelle annähernder Tendenzen, die Vermeidenden stärker aktiviert sind (Grawe, 2005).

Eine Annäherungsstrategie könnte laut Borg-Laufs (2012) beispielsweise das aggressive Verhalten eines Kindes darstellen, mit dem motivationalen Ziel das Bedürfnis nach Kontrolle zu befriedigen. Als Vermeidungsstrategie könnte hingegen bei einem Kind, welches sich in der Schule vielen Mobbing-situationen ausgesetzt fühlt die Entwicklung einer Schulphobie angesehen werden. Durch dieses Verhalten versucht das Kind weitere Verletzungen der Grundbedürfnisse Kontrolle und Selbstwert zu verhindern. Symptome können somit Strategien zur Bedürfnisbefriedigung darstellen (Borg-Laufs, 2012).

1.4 Konsistenzprinzip

Ein schlechtes psychisches Funktionieren kann darauf hinweisen, dass eine unzureichende Konsistenzregulation vorliegt (Grawe, 2004). Konsistenz stellt eine Übereinstimmung von neuronalen psychischen Prozessen dar, welche gleichzeitig ablaufen (Grawe, 2004). Nicht befriedigte Grundbedürfnisse können als Zustand der Inkonsistenz beschrieben werden. Es werden gemäss Grawe (2004) zwei Formen der Inkonsistenz unterschieden. Wenn Annäherungs- und Vermeidungsziele gleich stark ausgeprägt sind und sich gegenseitig hemmen, so dass der Mensch handlungsunfähig wird, so nennt sich dies *Diskordanz* (Grawe, 2004). Ein *Innen-Innen-Konflikt* wie Schär und Steinebach (2015) dasselbe Phänomen bezeichnen, könnte folgendermassen aussehen: Eine junge Frau wünscht

sich einen Freund (Annäherungsschema im Grundbedürfnis Bindung), hat aber Angst wieder verletzt zu werden, da dies schon oft geschehen ist (Vermeidungsschema im Grundbedürfnis Bindung). Wenn hingegen die eigenen Kognitionen (z.B. Annäherungs- bzw. Vermeidungsstrategien, motivationale Ziele, Bedürfnisse) mit der wahrgenommenen Realität nicht übereinstimmen, so entsteht eine sogenannte *Inkongruenz* (Grawe, 2004). Oder wie Schär & Steinebach (2015) dies auch als *Innen-Aussen-Konflikt* bezeichnen.

Eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse erfordert somit erfolgreiche Mechanismen der Konsistenzregulation (Grawe, 2004). Die beschriebenen motivationalen Schemata stellen solche Mechanismen dar. Sobald ein Zustand des Erlebens von Inkongruenz auftritt, werden motivationale Ziele und damit verbundene Strategien aktiviert, die sich bisher zur Regulierung der Inkongruenz bewährt haben. Wird die Realität jedoch längere Zeit als nicht übereinstimmend mit den eigenen Zielen erlebt und können wichtige Grundbedürfnisse dementsprechend nicht erfüllt werden, so hat dies negative Auswirkungen auf die Gesundheit, führt zu chronischem Stress und erhöht nachweislich das Risiko der Entwicklung von behandlungsbedürftigen Störungen (Epstein, 1990; Grawe, 2004).

1.5 Psychische Störung und Grundbedürfnisse

Psychische Störungen werden selbst bereits als massive Verletzungen von Grundbedürfnissen angesehen und binden zusätzlich Energie, welche für das Verfolgen von Annäherungszielen benötigt werden würde (Grawe, 2005). Als Folge kommt es wiederum zu erhöhter Annäherungs- und Vermeidungsinkongruenz. Wie Van der Linden (2010) besagt, gehen sexuelle Traumata beispielsweise sowohl mit gravierenden Verletzungen des Bedürfnisses nach Bindung als auch mit Verletzungen des Bedürfnisses nach Kontrolle einher, da eine inkongruente Wahrnehmung vorhanden ist. Massive Verletzung des Grundbedürfnisses nach Selbstwert erleiden hingegen typischerweise Kinder, welche von ihren nahen Bezugspersonen regelmässig körperlich misshandelt werden. Da sie auf die Bindungspersonen angewiesen sind, erscheint es lebensbedrohlich für sie, diese in diesen schädigenden Handlungen abzuwerten, so dass die Abwertung eher gegen sich selbst geschieht (Van der Linden, 2010).

1.6 Umgang mit Grundbedürfnissen in der therapeutischen Beziehung

Die Autoren Lammers und Schneider (2009) schreiben erfolgreichen Therapierenden eine hohe Flexibilität in der Beziehungsgestaltung zu. Diese zeigt sich in einem flexiblen

Variieren zwischen verschiedenen Polen in der Therapie wie *Verständnis/Bestätigung*, *Anleitung/Unterstützung*, und *Führung/Kontrolle*. Während individuell bestimmte Patienten oder Patientinnen mehr Verständnis brauchen und auf Konfrontation mit Abneigung reagieren, so wünschen sich andere genau eine solche Konfrontation und empfinden eine empathische, zurückhaltende Art der therapierenden Person als unangenehm. Es sei dabei erwähnt, dass derselbe Patient oder dieselbe Patientin ausserdem zu verschiedenen Zeitpunkten im Therapieprozess ein unterschiedliches Verhalten der therapierenden Person als wünschenswert und angenehm empfinden kann (Lammers & Schneider, 2009).

Dies scheint übereinstimmend mit der Annahme von Schär und Steinebach (2015), dass grundsätzlich jeder Mensch mit unterschiedlich aktivierten Grundbedürfnissen in die Therapie kommt, und sich diese auch immer wieder durch wechselnde äussere und innere Umstände verändern können. Wie in allen anderen wichtigen Beziehungen wird davon ausgegangen, dass auch in der therapeutischen Beziehung Erfahrungen angestrebt werden, welche zur Befriedigung von Grundbedürfnissen beitragen im Sinne von Annäherungszielen bzw. diese nicht verletzen im Sinne von Vermeidungszielen (Caspar, 2007). Somit muss zu jedem Zeitpunkt im Therapieprozess feinfühlig von den Therapierenden erarbeitet werden, welche Bedürfnisse im Vordergrund stehen und inwiefern Patienten und Patientinnen bedürfniserfüllende Erfahrungen in der Therapiebeziehung ermöglicht werden können.

1.6.1 Zweifache Wirkweise von Psychotherapie

Wie Grawe (2004) im konsistenztheoretischen Zwei-Prozessmodell, als auch Schulte und Eifert (2002) im Dualen Modell und folgend Schär und Steinebach (2015) beschreiben, kann die Wichtigkeit der Beachtung von Grundbedürfnissen anhand zweier möglichen Wirkweisen von Psychotherapie verdeutlicht werden.

Einerseits haben Therapierende innerhalb der therapeutischen Beziehung selbst die Möglichkeit Patienten und Patientinnen bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln. Positive Erfahrungen bezüglich der Bindung, dem Kontrollgefühl, der Selbstwertbestätigung sowie dem Autonomieerleben in der Therapiebeziehung führen zur besseren Erfüllung der Grundbedürfnisse und einer damit einhergehenden Verringerung des Erlebens von Inkongruenz. Diese erste beschriebene Wirkweise von Psychotherapie wird im Dualen Modell nach Schulte und Eifert (2002) als *Prozessstrang* bezeichnet. Gewisses Problemverhalten verliert möglicherweise bereits durch die Befriedigung dahinterliegender Grundbedürfnisse in der therapeutischen Beziehung seine motivationale Basis und kann dadurch verringert werden (Caspar, 2007).

Die zweite folgend beschriebene Wirkweise von Psychotherapie wird im dualen Therapiemodell von Schulte und Eifert (2002) als *Methodenstrang* bezeichnet. Durch die bedürfniserfüllende Beziehung und dem damit verbundenen positiven Affekt können mentale Ressourcen freigeschaltet werden, welche nicht mehr zur Erreichung der grundbedürfnisbezogenen Ziele in der Therapie verwendet werden müssen. Die bedürfniserfüllende Beziehung und das damit verbundene Wohlbefinden erhöhen zudem die Motivation und Bereitschaft zur Problembearbeitung, wodurch bei Patienten und Patientinnen der Annäherungsmodus aktiviert wird (Schär & Steinebach, 2015). Innerhalb des Annäherungsmodus ablaufende Annäherungsschemata dienen der Erfüllung der Grundbedürfnisse im Gegenzug zu den Vermeidungsschemata, welche der Verhinderung von Verletzung, Bedrohung und Frustration der Grundbedürfnisse dienen. Durch die Aktivierung des Annäherungssystem werden Patienten und Patientinnen gemäss Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth und Willutzki (2009) im Sinne eines *Annäherungspriming* aufnahmebereiter für störungs- und problemspezifische Interventionen. Dies begünstigt wiederum eine erfolgreiche Problembearbeitung, wodurch eine verbesserte Konsistenz hergestellt werden kann, was schlussendlich zu höherem Wohlbefinden führt.

1.6.2 Therapierende als Bindungspersonen

Wie bereits erwähnt, zeigen sich gemäss Grawe (2004) die besten Therapieergebnisse, wenn Therapierende von Patienten und Patientinnen als zuverlässig, unterstützend und vertrauenswürdig wahrgenommen werden und sich einführend, verständnisvoll und wertschätzend verhalten. In unterschiedlichster Forschung wird belegt, dass erfolgreiche Therapien in der Regel mit positiven Erfahrungen der Patienten und Patientinnen bezüglich ihrer Bindungsbedürfnisses einhergehen (Grawe, 2005; König, 2018). Es erscheint gemäss König (2018) wichtig, dass Therapierende sich sowohl dem Kind oder Jugendlichen als auch den Eltern gegenüber feinfühlig verhalten und auf deren Bedürfnisse achten, wie dies eine Bindungsperson macht. Das Aufsuchen therapeutischer Unterstützung zeigt auf, dass Bindungsbedürfnisse nach Schutz, Trost und Zuwendung sowohl auf Seiten der Kinder und Jugendlichen als auch der Eltern aktiviert sind. Eine bedürfniserfüllende Beziehung zur therapierenden Person ermöglicht der Familie - ähnlich wie bei einem kleinen Kind, das sich in einer sicheren Bindung zur Bezugsperson befindet - in den Explorationsmodus zu kommen (Bowlby, 1988). Mit einer bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung wird somit der optimale Kontext für erfolgreiches Lern- und Veränderungsverhalten in der

Psychotherapie erschaffen (Stucki & Grawe, 2007). Dies führt wiederum zur Reduktion von Problemen und Symptomen (Schär & Steinebach, 2015).

1.6.3 Komplementäre Beziehungsgestaltung

Patienten und Patientinnen eine bedürfniserfüllende Beziehung zu bieten kann anhand der von Grawe (1992) sowie Caspar (2007) beschriebenen *komplementären Beziehungsgestaltung* geschehen. Mit dieser Art der Beziehungsgestaltung wird ein gezieltes Eingehen und Sättigen der wichtigsten individuellen Motive der Patienten und Patientinnen vorgesehen. Mittels einer sogenannten *Plananalyse* können grundbedürfnisbezogene Ziele und Motive in der therapeutischen Interaktion erarbeitet werden (Caspar, 2007). Die Plananalyse geht von der Annahme aus, dass das Verhalten durch übergeordnete Ziele und Pläne bestimmt ist, welche bewusste und unbewusste Grundbedürfnisse, Strategien und Verhaltensaspekte beinhalten (Miller, Galanter & Pribram, 1960). Den Therapierenden ergibt sich daraus die Möglichkeit, sich komplementär zu den ermittelten Zielen von Patienten und Patientinnen zu verhalten. Konkret bedeutet dies, die Vermeidungsziele nicht zu verletzen und Annäherungsziele zu erfüllen (Grawe, 2005). Eine zu den individuellen Plänen und aktivierten Grundbedürfnissen komplementäre Beziehungsgestaltung fördert somit den individuellen Aufbau einer vertrauensvollen und sicheren therapeutischen Beziehung. Gemäss Grawe-Gerber (1999) wirkt ein komplementäres Beziehungsverhalten auch einem frühzeitigen Kontaktabbruch aufgrund eines den Erwartungen nicht entsprechenden Beziehungsangebots entgegen. Bei interaktionell einfachen Patienten und Patientinnen geschieht diese Art der Beziehungsgestaltung oft intuitiv (Caspar, 2007). Bei interaktionell schwierigen und therapieerfahrenen Patienten und Patientinnen bedarf es jedoch idealerweise einer genaueren Analyse auf Ebene der Pläne, da das rein intuitive Reagieren auf problematisches Verhalten die Gefahr eines Verstärker-Effekts birgt. In folgendem Beispiel beschreibt Caspar (1989) wie ein komplementäres Beziehungsverhalten einer therapierenden Person aussehen könnte:

Ein Klient mit Schwierigkeiten, Kontrolle in konkreten Situationen aufzugeben, hat Probleme, bei einer Entspannungsübung die Augen zu schliessen. Er zeigt das aber sehr unoffen, weil er sich die Sympathie des Therapeuten nicht mit offenem Widerstand verscherzen will. Eine unmittelbare Reaktion des Therapeuten wäre, die Übung abubrechen, um den Klienten nicht zu überfordern und die Beziehung nicht zu strapazieren.

Damit wäre das Problem erstmals aus dem Weg, der Therapeut hätte aber auch ein unter Umständen wichtiges therapeutisches Mittel aus der Hand gegeben und den Klienten womöglich im Glauben verstärkt, es sei nur seinem rechtzeitigen Widerstand zu verdanken, dass er nicht in eine schlimme Situation geraten ist. Viel besser wäre gewesen, die Kontrollbedürfnisse des Klienten rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzukommen, unabhängig von den ihnen dienenden bewussten oder unbewussten Strategien des Klienten. Das kann ein Therapeut zum Beispiel tun, indem er den Klienten immer wieder auffordert, aufzupassen, dass in der Therapie nichts geschieht, was dem Klienten nicht behagt und sofort zu äussern, wenn er diesbezügliche Bedenken hat. Der Therapeut entwickelt also einen zu den Bedürfnissen des Klienten komplementären Plan, dem Klienten Kontrolle zu gewähren und dies dem Klienten auch klarzumachen, wenn immer das angemessen ist. (S.149)

1.6.4 Ressourcenaktivierung

Wie Caspar (2007) beschreibt, reicht gerade in der Therapie mit interaktionell schwierigen Patienten und Patientinnen eine intuitive Art der Beziehungsgestaltung nicht aus. Auch Grawe (2005) betont, dass unter dem hohen Druck in Therapien die Gefahr besteht, sich ausschliesslich den Problemen und dem Leiden zuzuwenden. Somit scheint es besonders wichtig, bewusst als therapeutisches Ziel anzustreben, den von Schulte und Eifert (2002) definierten Prozessstrang zu aktivieren. Dies heisst konkret, den Patienten und Patientinnen möglichst viele positive Wahrnehmungen und Erfahrungen in den Grundbedürfnissen zu ermöglichen.

Positive Erfahrungen im Bedürfnis nach Selbstwert und im Bedürfnis nach Kontrolle lassen sich gemäss Grawe (1998) unter dem Begriff *Ressourcenaktivierung* zusammenfassen. Ressourcenaktivierung kann bedürfnisbefriedigende Erfahrungen ermöglichen, welche wiederum eine reduzierende Wirkung auf Erleben von Inkongruenz haben. Gemäss Grawe (2004) ist die Ressourcenaktivierung nebst der motivorientierten Beziehungsgestaltung bzw. komplementären Beziehungsgestaltung von besonderer Wichtigkeit für den Aufbau einer positiven therapeutischen Beziehung.

Klemenz (2012) spricht im Zusammenhang der Ressourcenaktivierung und der Grundbedürfnisbefriedigung von der *aktionalen Aktivierung von Grundbedürfnisbefriedigungsressourcen*. Grundbedürfnisbefriedigungsressourcen stellen eine Person-Umwelt-Ressource dar, durch deren Nutzung eine optimale Befriedigung von psychischen

Grundbedürfnissen erfolgen kann. Die aktionale Ressourcenaktivierung beinhaltet stärkere leistungsbezogene Selbstwirksamkeitsnachweise als die beiden anderen Formen der Ressourcenaktivierung, die *Ressourcenthematisierung* und *die prozessuale Ressourcenaktivierung* (Grawe, 2004). Einerseits kann durch das Erleben von direkter Selbstwirksamkeit das Bedürfnis nach Kontrolle von Patienten und Patientinnen befriedigt werden und andererseits kann durch positives Feedback der therapierenden Person das Bedürfnis nach Selbstwert erfüllt werden. Durch aktionale Ressourcenaktivierung können somit gleichzeitig mehrere Grundbedürfnisse befriedigt werden (Klemenz, 2012). Zudem erscheint gemäss Lenz (2008) gerade bei Kindern die aktionale Ressourcenaktivierung im Gegensatz zur Ressourcenthematisierung, in welcher beispielsweise von Lieblingsbeschäftigungen erzählt werden kann, vorteilhaft, da Kindern kognitive und emotionale Grenzen gesetzt sind. Die prozessuale Ressourcenaktivierung beinhaltet das komplementäre Verhalten zu situationalen Beziehungserwartungen von Patienten und Patientinnen (Klemenz, 2012).

Eine weitere Möglichkeit zur Befriedigung mehrerer Grundbedürfnisse stellen innerhalb der Grundbedürfnisbefriedigungsressourcen die sogenannten *Metaressourcen* dar (Klemenz, 2012). Ein Beispiel dafür sind belastbare Bindungen zu engen Bezugspersonen, ein Gefühl von relativer Orientierungssicherheit als auch die Verfügbarkeit selbstwertschützender Copingstrategien.

Im Sinne einer resilienzfördernden Psychotherapie sollten zudem die Rahmenbedingungen in einem familiären System betrachtet und allenfalls bearbeitet werden, um langfristig gesehen eine bessere Befriedigung der Grundbedürfnisse über die therapeutische Betreuung hinaus im alltäglichen Umfeld zu sichern (Borg-Laufs, 2012).

1.6.5 Do's/ Dont's in der Therapie

Folgend werden entsprechend der Definition vom Modell nach Grawe (2004) von Stucki und Grawe (2007) konkrete Handlungsempfehlungen für Therapierende, sogenannte *Do's* und *Don'ts* aufgelistet. Diese liegen für die drei Grundbedürfnisse Kontrolle, Bindung und Selbstwert vor, nicht jedoch für das Grundbedürfnis Autonomie, da Grawe (2004) dieses in seinem Konzept nicht beinhaltet.

Bezüglich des Bedürfnisses nach Kontrolle geht es gemäss Stucki und Grawe (2007) darum, dass Patienten und Patientinnen in der Therapie die Erfahrung machen dürfen, dass sie bestimmen können, was geschehen wird, und nichts ohne ihr Einverständnis entschieden wird oder sie zu etwas gedrängt werden. Sie sollen ein Gefühl von Kontrolle im Prozess

haben (Stucki & Grawe, 2007). Wichtig erscheint dabei als therapeutische Person keine zu starke Problemaktualisierung von sich aus zu initiieren. Ansonsten droht die Gefahr, dass im Sinne des Konditionierens mit der Zeit bereits die Therapiesituation an sich negative Emotionen auslöst, was Patienten und Patientinnen wiederum eher in den Vermeidungsmodus bringt (Grawe, 2005).

Bezüglich des Bedürfnisses nach Bindung sollen Patienten und Patientinnen in der Therapie die Erfahrung machen können, dass jemand für sie da ist, auf den sie sich verlassen können und keine Zurückweisung erfahren (Stucki & Grawe, 2007). Sie sollen sich in ihrem Bedürfnis nach Bindung der therapeutischen Person gegenüber sicher und aufgehoben fühlen. Den Patienten und Patientinnen soll das Gefühl vermittelt werden, dass «gemeinsam» an Problemen gearbeitet wird (Stucki & Grawe, 2007).

Um das Bedürfnis nach Selbstwert zu befriedigen, sollen Patienten und Patientinnen die Erfahrung machen können, dass sie als Person wichtig und wertvoll sind. Sie sollen sich wertgeschätzt und akzeptiert fühlen können (Stucki & Grawe, 2007). Therapeutische sollen sich für Patienten und Patientinnen interessieren, sie loben, ihnen Komplimente machen, ihre Erfolge verstärken und in der Therapie Möglichkeiten gestalten Patienten und Patientinnen ihre Fähigkeiten direkt spüren lassen.

1.7 Forschungsstand zu den Grundbedürfnissen

Die vorhandene Forschung zur Rolle der Grundbedürfnisse im Rahmen empirischer Kinder- und Jugendpsychotherapie ist rar (Borgs-Laufs & Spancken, 2010). Einzelne Vorstöße in Richtung des Forschungsgebietes werden folgend zusammengetragen:

Die Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse im Kindes- und Jugendalter hängt eng mit psychischer Gesundheit zusammen. Dies konnte in einem Vergleich zwischen Kindern einer repräsentativen Normstichprobe und psychisch kranken Kindern belegt werden (Borg-Laufs & Spancken, 2010). Zur Überprüfung der Bedürfnisbefriedigung wurden dabei die Grundbedürfnis-Skalen für Kinder und Jugendliche von Borg-Laufs (2011) verwendet. Es wurde sowohl ein Gesamtwert zur Bedürfnisbefriedigung als auch ein Wert für Annäherungs- versus Vermeidungsverhalten, sowie spezifische Werte für einzelne Grundbedürfnisse erfasst. Zu allen Skalen lagen Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungswerte vor. Das Ergebnis zeigt, dass sich die Repräsentativstichprobe der psychisch gesunden Kinder in allen Skalen in den Fremdbeurteilungswerten signifikant von der Stichprobe der psychisch kranken Kinder unterschied. Die Bewertung lag im

Durchschnitt etwa einen ganzen Punkt niedriger bei psychisch kranken Kindern. Es zeigte sich zudem in der Selbstbeurteilung der Jugendlichen einen signifikanten Unterschied bei der Befriedigung des Bindungsbedürfnisses zwischen psychisch kranker und gesunder Jugendlicher (Borg-Laufs & Spancken, 2010). Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse die Bedeutung der Grundbedürfnisse für die psychische Gesundheit.

Eine andere Untersuchung von Wagner (2010) beleuchtete den Zusammenhang des Status der Grundbedürfnisbefriedigung bei aggressiven Jugendlichen. Es fand sich bei Jugendlichen mit der Problematik Aggression, sowie Gewaltanwendung eine deutliche Normabweichung in der Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse. Besonders Selbstwertprobleme waren bei aggressiven Jugendlichen in hohem Masse zu beobachten. Wie auch Borg-Laufs (2002) beschreibt, haben aggressive Jugendliche meistens selbstwertverletzende Erfahrungen mit Eltern oder Gleichaltrigen gemacht. Nebst Defiziten im Bereich Selbstwert fanden sich in der Studie von Wagner (2010) zudem weitere Verletzungen im Bedürfnis nach Kontrolle. Dies lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass Erfahrungen in den ersten Lebensjahren der Jugendlichen zu einer tendenziell negativen Grundüberzeugung bezüglich der Selbstwirksamkeit führten. Das aggressive Verhalten kann als Versuch verstanden werden, durch die körperliche Dominanz über andere den eigenen Selbstwert zu stärken und zudem kurzfristige Kontrollerfahrungen zu erleben (Wagner, 2010). Aus den Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass es in der Therapie mit aggressiven Kindern und Jugendlichen wichtig wäre, mangelnde Bedürfnisbefriedigung zum Thema zu machen und als Ziel zu haben, den Patienten und Patientinnen diesbezüglich positive Erfahrungen zu ermöglichen. Die vorhandene Annäherungstendenz aggressiver Jugendlicher kann dabei als Ressource gesehen werden und als Basis zur Erarbeitung alternativer Handlungsmöglichkeiten dienen.

1.8 Fazit, Forschungslücke, Ziel dieser Arbeit

Die Psychotherapieforschung zeigt uneinheitliche Ergebnisse in der Frage danach, welche Variablen für den Erfolg von Therapien verantwortlich sind. Norcross (2002) beschreibt in einer Zusammenfassung zur Wirkungsforschung, dass erfolgreiche Therapien zu 15 % auf die verwendeten therapeutischen Strategien und Techniken, zu 15 % auf positive Erwartungshaltungen von Patienten und Patientinnen, zu 30 % auf die therapeutische Beziehung, und zu 40 % auf aussertherapeutische Ereignisse zurückzuführen sind. Eine gute therapeutische Beziehung scheint somit eine wichtige Grundlage für eine

erfolgreiche Therapie zu sein. Die therapeutische Beziehung sollte gemäss Lammers und Schneider (2009) jedoch nicht als alleinstehender Wirkfaktor behandelt werden, sondern eher als Mittel durch dessen die Umsetzung von therapeutischen Massnahmen eher wahrscheinlich erscheint.

Diese Ergebnisse verdeutlichen die beschriebenen zwei Arten der Wirkweise von Psychotherapie. Einerseits, so beschreiben dies Schär und Steinebach (2015), wird direkt in der therapeutischen Beziehung durch Befriedigung von Grundbedürfnissen ein höheres Wohlbefinden ermöglicht. Andererseits kann dadurch der Annäherungsmodus aktiviert werden, in welchem durch Exploration neue Lernerfahrungen gemacht werden können (Schär & Steinebach, 2015).

Das Ziel dieser Arbeit ist es, innerhalb der Wirkungsforschung der Kinder- und Jugendpsychotherapie die erste beschriebene Wirkweise, der Erfüllung von Grundbedürfnissen in der therapeutischen Beziehung genauer zu beleuchten. Gemäss bereits zitierter Literatur erscheint es grundlegend für eine gute therapeutische Beziehung, die Grundbedürfnisse von Patienten und Patientinnen im Beziehungsaufbau zu beachten und den Umgang damit stets zu reflektieren. Es erscheint auch mehrfach theoretisch begründet und erforscht, dass die Erfüllung der Grundbedürfnisse und das psychische Wohlergehen in einem Zusammenhang stehen. Es wurde bisher jedoch noch nicht erforscht, inwiefern die Befriedigung der Grundbedürfnisse innerhalb der therapeutischen Beziehung mit dem Therapieerfolg zusammenhängt. Die vorliegende Arbeit möchte diesen Umgang mit Grundbedürfnissen von Patienten und Patientinnen in der therapeutischen Beziehung betrachten und untersuchen, ob sich diesbezüglich ein Unterschied findet im Vergleich von erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien.

1.9 Fragestellung und Hypothesen

Wie unterscheidet sich der Umgang mit Grundbedürfnissen (Erfüllung/Frustration) in der therapeutischen Beziehung innerhalb erfolgreicher und nicht erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie?

Für die vorliegende Arbeit werden folgende Hypothesen untersucht:

1. In erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie werden die Grundbedürfnisse öfters erfüllt als frustriert.
2. In nicht erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie werden die Grundbedürfnisse öfters frustriert als erfüllt.

3. In erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie werden die Grundbedürfnisse öfters befriedigt als in nicht erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie.
4. In nicht erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie werden die Grundbedürfnisse öfters frustriert als in erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie.
5. In Kinderpsychotherapien erhält das Grundbedürfnis Bindung eine höhere Bedeutung in der therapeutischen Beziehung als in Jugendpsychotherapien.
6. Nebst dem Umgang (Erfüllung/Frustration) mit den Grundbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen, hat auch der Umgang mit den Grundbedürfnissen der nahen Bezugspersonen in der therapeutischen Beziehung einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg.

2 Methode

2.1 Dokumentation der Datenerhebung

Für die vorliegende Masterarbeit werden als Datengrundlage anonymisierte Fallberichte vom Master of Advanced Studies (MAS) Kinder- und Jugendpsychotherapie des Instituts für Angewandte Psychologie (IAP) verwendet. Diese werden von fünf Psychologiestudentinnen anhand unterschiedlicher Fragestellungen bearbeitet. Mit dem Ziel einer hohen Vergleichbarkeit und Aussagekraft werden Fälle ausgeschlossen, in denen Patienten und Patientinnen entweder stationär behandelt wurden, es sich um eine heilpädagogische Betreuung bei Vorhandensein von geistiger Behinderung handelte oder eine rein schulpsychologische Betreuung mit geringem therapeutischem Aspekt vorlag. Zudem werden Fallberichte mit einem Alter der Patienten und Patientinnen von < 3,0 Jahren oder >19,0 Jahren ausgeschlossen.

2.1.1 Einschätzung des Therapieerfolgs

In einem ersten Schritt wurden die verwendeten Fallberichte (N=72) anhand eines Laienratings von den fünf Studentinnen zum Erfolg der Therapie eingestuft. Dabei wurde Therapieerfolg operationalisiert durch den Veränderungswert von der Ausgangs- zur Endlage der Variablen Symptomebene, Motivationsebene und Funktionalität im Alltag. Nach einem Pretest mit 20 Fallberichten konnte schliesslich das im Anhang A vorliegende überarbeitete Kodiersystem zur Einschätzung des Therapieerfolgs verwendet werden.

Zusätzlich zu den aufgelisteten Kategorien wurden jeweils das Alter und Geschlecht des Patienten, sowie das Vorliegen eines Therapieabbruchs erfasst. Innerhalb der beschriebenen

Kategorie musste jeweils der Veränderungswert von der Ausgangs- zur Endlage des Therapieberichts eingeschätzt werden. Der Wert konnte dabei auf einer Skala von (1) *nicht vorhanden/keine* bis (5) *hoch/viele* liegen. Aus den drei Kategorien Symptomebene/ Motivationsebene/ Funktionalität im Alltag ergab sich pro Kategorie ein Gesamtdurchschnittswert aus den jeweiligen einzelnen Durchschnitten der fünf Kodierenden. Aus dem Durchschnitt dieser drei Gesamtdurchschnittswerte der Unterkategorien ergab sich somit der Endwert des Fallberichts. Dieser Endwert kann sowohl positiv als auch negativ sein. Ein negativer Endwert bedeutet eine gesamthafte Verschlechterung bzw. Abnahme der Werte der geschätzten Variablen von der Ausgangs- zur Endlage der Therapie. Dies kann sich in der Zunahme von Symptomen, der Abnahme der Motivation oder der Abnahme der Funktionalität im Alltag zeigen. Auf der Symptomebene wurde dabei für die Berechnungen das Vorzeichen gewechselt. Nach abgeschlossenem Rating wurden Fälle mit einer Varianz des kodierten Wertes von > 2 unter den fünf Kodierenden diskutiert und angepasst.

2.1.2 Bildung von Extremgruppen

Zur Bearbeitung der individuellen Fragestellungen wurden schlussendlich diese Endwerte der Fallberichte verwendet und jene 10 Fallberichte mit den höchsten und jene 10 Fallberichte mit den tiefsten Werten als Extremgruppen (erfolgreich/ nicht erfolgreich) definiert und ausgewählt. Es wurde festgelegt, dass die Extremgruppen je nach Fragestellung auf 15 Fallberichte ausgedehnt werden können. Es ist somit auch möglich Fallberichte, welche entsprechend der individuellen Fragestellung nicht oder nur schwer bearbeitbar erscheinen, mit anderen Fallberichten auszutauschen, welche innerhalb jener 15 Fallberichte der Extremgruppen liegen. Wichtig zu beachten ist dabei, dass der Patient oder die Patientin des ausgetauschten Fallberichtes ein ähnliches Alter aufweist, so dass sich die Altersverteilung der Extremgruppen nicht verändert und nach wie vor ein Altersvergleich innerhalb der individuellen Fragestellungen möglich ist.

2.1.3 Alterskategorien

Um Aussagen bezüglich des Vergleichs und der Differenzierung der Altersgruppen von Kindern und Jugendlichen machen zu können, werden zwei Alterskategorien definiert. Einerseits wird die Altersgruppe Kinder definiert, welche Kinder mit dem Alter von 3,0 bis 11,11 Jahren beinhaltet, und andererseits die Altersgruppe Jugendliche ab 12,0 bis 19,0 Jahren. Zur Vereinfachung wird der Begriff *Jugendliche* verwendet für die zweite Alterskategorie, auch wenn die Literatur unterschiedliche Grenzen zieht, ab wann ein Kind

zu einem Jugendlichen oder einer Jugendlichen wird. Es wird innerhalb der 15 Fallberichte der Extremgruppen eine ausgeglichene Stichprobe gezogen von jeweils 5 Fallberichten in der Alterskategorie Kinder und fünf für jene der Jugendlichen pro Extremgruppe. Somit werden insgesamt 20 Fallberichte bearbeitet.

2.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Extremgruppe der nichterfolgreichen Therapien (Gruppe A) besteht aus 10 Fallberichten, wovon 4 Knaben und 6 Mädchen sind. Die Alterskategorien sind mit je 5 Fallberichten gleichsam vertreten, wobei der Altersrange der Kategorie Kinder von 6,6 Jahren - 10,10 Jahren geht, und jener der Kategorie Jugendliche von 13,1 - 16,6 Jahren. Es befinden sich sieben Therapieabbrüche innerhalb der nicht erfolgreichen Therapien. Die Endwerte des Laienratings liegen zwischen 0,02 und -0,66, wobei alle Fälle ausser der eine Fall mit 0,02 ein negatives Vorzeichen haben.

Die Extremgruppe der erfolgreichen Therapien (Gruppe B) setzt sich aus 10 Fallberichten zusammen, wobei diese 4 Knaben und 6 Mädchen beinhalten. Die Alterskategorien sind auch mit je 5 Fallberichten gleichsam vertreten, wobei der Altersrange der Kategorie Kinder von 5,1 Jahren – 9,0 Jahren geht, und der Altersrange der Kategorie Jugendlichen von 14,0 Jahren – 19,0 Jahren geht. Es befinden sich keine Therapieabbrüche innerhalb der Gruppe der erfolgreichen Therapien. Die Endwerte des Laienratings liegen zwischen 0,88 und 1,37.

Die auszubildenden Therapierenden stellen ohne Ausnahme ausschliesslich Frauen dar. Daher wird im Verlauf der weiteren Arbeit, wenn von den Ergebnissen berichtet wird nur noch von der weiblichen Form der Therapeutin/ Therapeutinnen gesprochen. In der Diskussion wird, wenn nicht direkt von den Ergebnissen gesprochen wird, wieder von der therapierenden Person oder den Therapierenden gesprochen, da an dieser Stelle wiederbeide Geschlechter gemeint sind. Die auszubildenden Therapeutinnen befinden sich alle an unterschiedlichen Stellen der Psychotherapieweiterbildung und weisen somit eine unterschiedlichen Erfahrungsstand auf, was jedoch nicht erhoben wurde.

2.3 Operationalisierung der Fragestellung

Aufgrund wenig vorhandener Forschung zum Thema Grundbedürfnisse in der Kinder- und Jugendpsychotherapie wird das Datenmaterial qualitativ untersucht. Da es sich beim Datenmaterial um Fallberichte handelt und Häufigkeitsaussagen herausgearbeitet werden

wollen, wird eine evaluative qualitative Inhaltsanalyse gewählt. Diese Auswertungsmethode eignet sich für die fallbezogene Bewertung bestimmter Inhalte von qualitativem Material (Kuckartz, 2018). Im Anhang B befindet sich das Kodiersystem zur Erfassung der Grundbedürfnisse. Dieses wurde in Anlehnung an die beschriebenen Do's und Dont's im therapeutischen Umgang mit Grundbedürfnissen, beschrieben von Stucki und Grawe (2007) sowie weiterer zitierter Literatur erstellt. Dabei wird für jede der vier evaluativen Kategorien Bindung, Kontrolle, Selbstwert, Autonomie eine Abbildung einzeln aufgelistet. Die genannten Kategorien sind ordinalskaliert und enthalten die drei Ausprägungen: «Erfüllung des Grundbedürfnisses»/ «Frustration des Grundbedürfnisses»/ «nicht definierbar». Jeder Fallbericht wird entsprechend der vier Kategorien eingeschätzt, indem zutreffende Textstellen herausgearbeitet und den Ausprägungen zugeteilt werden. Dies wird einerseits für die Grundbedürfnisse der Kinder/Jugendlichen (K/J), und andererseits separat für die Grundbedürfnisse von nahen Bezugspersonen (BZP) gemacht.

Es werden sowohl Textstellen miteinbezogen, in welchen innerhalb der therapeutischen Beziehung explizit eine Handlung der Therapeutin entsprechend der Erfüllung bzw. Frustration von Grundbedürfnissen beschrieben wird, als auch Textstellen, in denen zwar keine explizite Handlung beschrieben wird, jedoch anhand der Reaktion des Verhaltens von Patienten und Patientinnen eine implizite Handlung auf Ebene der Grundbedürfnisse vermuten lässt. Zudem werden auch Textstellen kodiert, in welchen die Therapeutin nachträglich den Prozess reflektiert und die beschriebenen Kategorien in dieser Reflektion thematisiert. Dies erscheint sinnvoll, da daraus wichtige Erkenntnisse gewonnen werden können.

Während des Kodierprozesses war nicht ersichtlich, welcher Extremgruppe der jeweilige Fallbericht angehört. Trotzdem kann davon ausgegangen werden, dass die Kodiererin nicht komplett blind dafür war, da sie auch als Kodiererin bei der Einstufung des Therapieerfolgs der Fallberichte in vorherigem Schritt beteiligt war.

Nach einer groben Festlegung der Bewertungskategorien wurden in einem Testdurchlauf fast 25 % des Datenmaterials mit dem Kodiersystem eingeschätzt. Die Auswahl wurde quotiert, da bezüglich des Merkmals Alter klar unterscheidbare Gruppen gebildet wurden (Kuckartz, 2018). Somit wurde pro Extremgruppe je ein Fallbericht aus beiden Altersgruppen bearbeitet. Aus diesen vier kodierten Fallberichten wurde die Anzahl Ausprägungen definitiv festgelegt, die Definitionen der Ausprägungen ergänzt und wichtige Kodierregeln notiert.

2.3.1 Kodierregeln

Folgende vier Punkte wurden als Kodierregeln festgehalten:

1. Eine Textstelle kann, wenn sie besonders aussagekräftig ist, mehreren Grundbedürfnissen gleichzeitig zugeteilt werden.
2. Es sollen nur Textstellen kodiert werden, welche eine Erfüllung oder Frustration der Grundbedürfnisse innerhalb der therapeutischen Beziehung darstellen. Textstellen, welche von Erfüllung und Frustration von Grundbedürfnissen ausserhalb der Therapie handeln, sollen, auch wenn sie einen Zusammenhang zu Erfahrungen innerhalb der Therapie aufweisen, nicht miteinbezogen werden. Dieser Prozess wäre zu stark interpretativ.
3. Es sollen nur Verhaltensweisen und Reaktionen der Therapeutin, sowie Patienten und Patientinnen, welche tatsächlich stattgefunden haben, kodiert werden. Interventionen und Hypothesen zur Beziehungsgestaltung, welche sich die Therapeutin vor dem tatsächlichen Therapieprozess überlegt hat, werden nicht kodiert.
4. In den Fallberichten soll hauptsächlich das Kapitel Therapieprozess kodiert werden. Dies kann erweitert werden mit zusätzlichen Abschnitten, in welchen Reflexionen des Prozesses beschrieben werden. In Ausnahmefällen kann dies weiter ergänzt werden mit Textmaterial aus anderen Abschnitten, sofern dieses Textmaterial vollzogene therapeutische Handlungen beschreibt.

3 Ergebnisse

Im ersten Kapitel wird über Auswahl und Ausschluss von Daten informiert. Es wird erläutert, wie diese aufbereitet wurden und dargestellt werden. Im zweiten Kapitel werden die Hypothesentests dokumentiert und die Hypothesen beantwortet. Im dritten Kapitel erfolgen zusätzliche Analysen ausserhalb der zu untersuchenden Hypothesen.

3.1 Aufbereitung der Daten

Für die evaluative qualitative Inhaltsanalyse wurde das computergestützte Programm MAXQDA (Version Analytics Pro 2020, <https://www.maxqda.de/produkte/maxqda-analytics-pro>) verwendet. Alle 20 Fallberichte wurden für die Kodierung zweimal durchgegangen. Dabei wurden sämtliche Textstellen kodiert, welche eine Erfüllung oder Frustration der vier Grundbedürfnisse Bindung, Kontrolle, Autonomie, Selbstwert darstellten. Wie bereits in der Beschreibung der Methode erwähnt, wurden Erfüllung und Frustration der Grundbedürfnisse nicht wie anfangs geplant ausschliesslich für die Ebene K/J

erfasst, sondern zusätzlich auch für die Ebene BZP. Während des Testdurchlaufs des Kodierrasters mit einer quotierten Auswahl der Fallberichte fielen immer wieder Textstellen auf, in denen eine Erfüllung oder Frustration der Grundbedürfnisse der BZP beschrieben wurde. Es erschien somit relevant, auch diese Ebene zu kodieren und für die gesamte Auswertung der Hypothesen miteinzubeziehen.

Zur Beschreibung der Ergebnisse der evaluativen Inhaltsanalyse werden Häufigkeitsverteilungen der Anzahl kodierter Textstellen dargestellt. In Anhang C findet sich die gesamte Auswertung der Häufigkeitsverteilung für beide Extremgruppen, alle vier Grundbedürfnisse und beide analysierten Ebenen. Für die Hypothesentests werden im Folgenden im Sinne eines besseren Verständnisses die Häufigkeiten der jeweils verwendeten Subgruppen in Diagrammen dargestellt. Diese wurden mit MAXQDA über die Funktion Statistik für Subcodes erstellt. Mit dem Ziel einer besseren Übersicht, werden in diesen Diagrammen jeweils nur die beiden Ausprägungen Erfüllung und Frustration abgebildet. Auf die Ausprägung nicht definierbar wird im dritten Unterkapitel 3.3.2 Ausprägung nicht definierbar eingegangen.

3.2 Hypothesentests

Die erste Hypothese lautete: „In erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie werden die Grundbedürfnisse öfters erfüllt als frustriert.“ Die Hypothese konnte bestätigt werden. In erfolgreichen Therapien fand in allen vier Grundbedürfnissen häufigere Erfüllung als Frustration statt, sowohl auf Ebene K/J, als auch auf Ebene BZP. Auf Ebene der K/J fanden sich gesamthaft 162 Textstellen zur Erfüllung und 18 Textstellen zur Frustration. Auf Ebene der BZP waren es 79 Textstellen zur Erfüllung und 3 Textstellen zur Frustration. Die Häufigkeitsverteilung der Erfüllung und Frustration wird für jedes Grundbedürfnis einzeln in Abbildung 1 für die Ebene K/J und in Abbildung 2 für die Ebene BZP aufgelistet. In erfolgreichen Therapien auf Ebene K/J wurde das Grundbedürfnis nach Selbstwert mit 59 Textstellen am häufigsten erfüllt, gefolgt von ähnlichen Werten in Bindung mit 43 Textstellen, Autonomie mit 41 Textstellen und Kontrolle mit 28 Textstellen. In erfolgreichen Therapien auf Ebene BZP wurde hingegen das Grundbedürfnis Bindung am häufigsten erfüllt mit 34 Textstellen, gefolgt von Kontrolle mit 25 Textstellen und den beiden Bedürfnissen Selbstwert mit 15 und Autonomie mit 5 Textstellen.

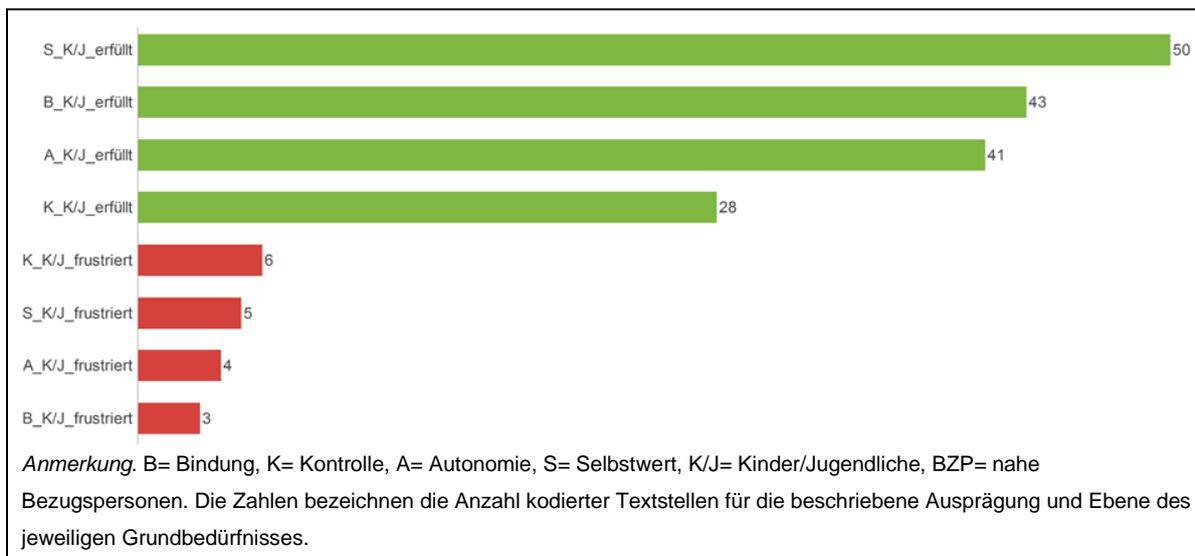


Abbildung 1. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen zur Erfüllung und Frustration der vier Grundbedürfnisse der K/J in erfolgreichen Therapien

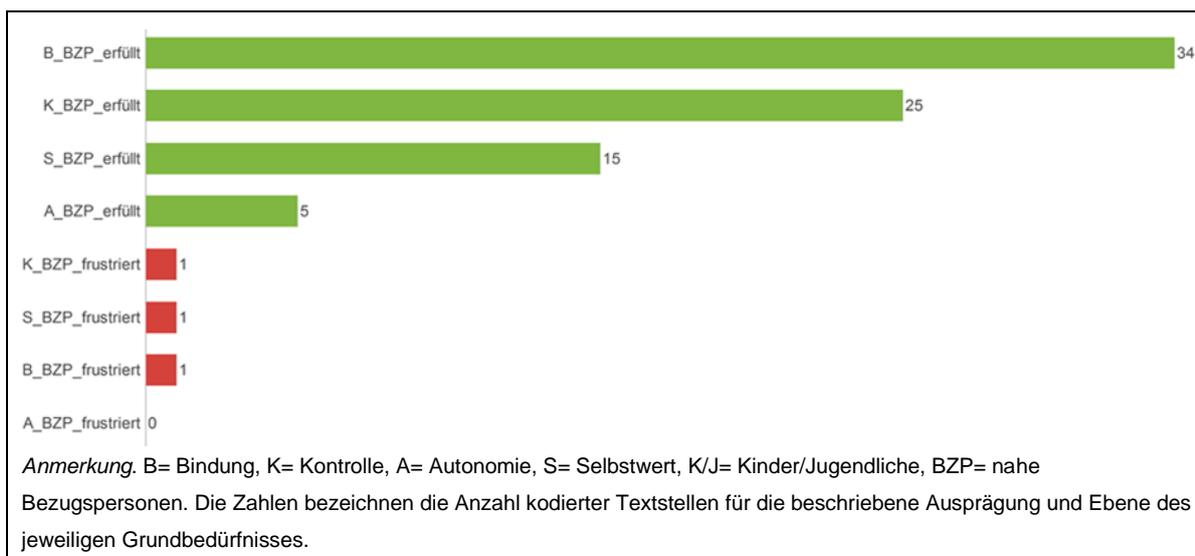


Abbildung 2. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen zur Erfüllung und Frustration der vier Grundbedürfnisse der BZP in erfolgreichen Therapien

Die zweite Hypothese lautete: „In nicht erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie werden die Grundbedürfnisse öfters frustriert als erfüllt.“ Die Hypothese konnte für die Ebene BZP bestätigt werden, nicht jedoch für die Ebene K/J. In nicht erfolgreichen Therapien fand auf Ebene K/J in allen vier Grundbedürfnissen eine häufigere Erfüllung als Frustration statt. Der Gesamtwert zur Erfüllung lag bei 111, jener zur Frustration bei 52, siehe Abbildung 3. Auf Ebene der BZP konnte die zweite Hypothese bestätigt werden, wenn der Gesamtwert der Erfüllung und Frustration verglichen wurde. Es fanden sich 30

Textstellen zur Erfüllung und 61 zur Frustration. Jedoch liess sich die Hypothese bei einzelner Betrachtung der Grundbedürfnisse nur für Bindung und Autonomie bestätigen, nicht jedoch für Kontrolle und Selbstwert. Im Grundbedürfnis Bindung fanden sich 11 Textstellen zur Erfüllung und 40 zur Frustration. Dies stellt die grösste Differenz zwischen Anzahl Textstellen zur Erfüllung und jener zur Frustration dar. Das Grundbedürfnis Autonomie enthielt 1 Textstelle zur Erfüllung und 5 zur Frustration. Wie in Abbildung 4 ersichtlich, fanden sich im Grundbedürfnis Kontrolle sowohl zur Erfüllung als auch zur Frustration 11 Textstellen. Für das Grundbedürfnis Selbstwert ergaben sich 7 Textstellen zur Erfüllung und 5 Textstellen zur Frustration. Diese Ergebnisse scheinen wichtige Informationen für die Hypothese 6 zu liefern. Somit wird darauf in der Beantwortung von Hypothese 6 nochmals genauer eingegangen.

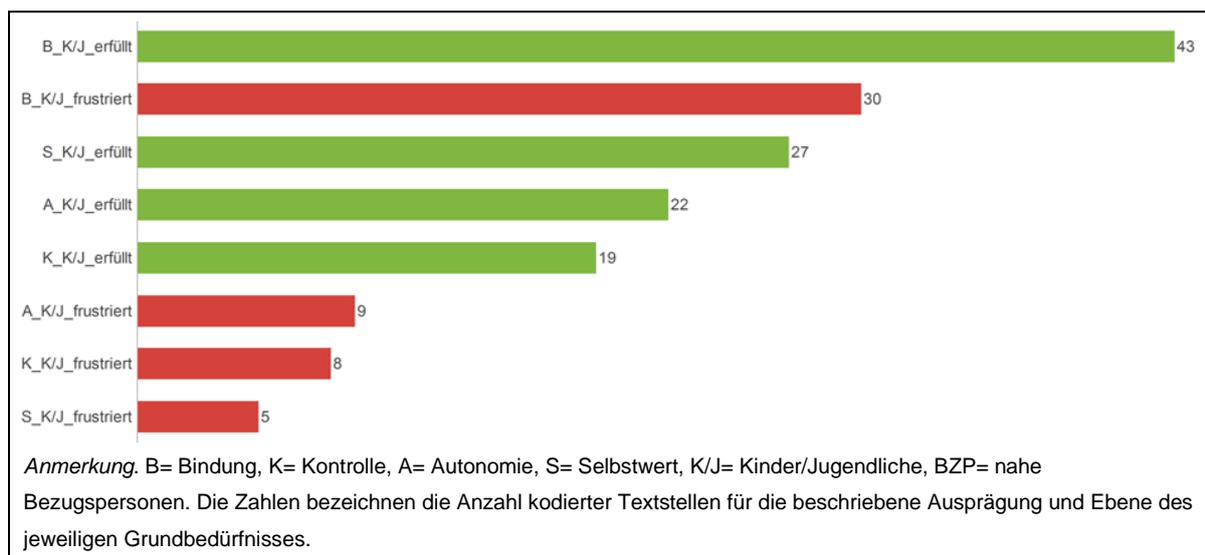


Abbildung 3. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen zu den vier Grundbedürfnissen der K/J in nicht erfolgreichen Therapien

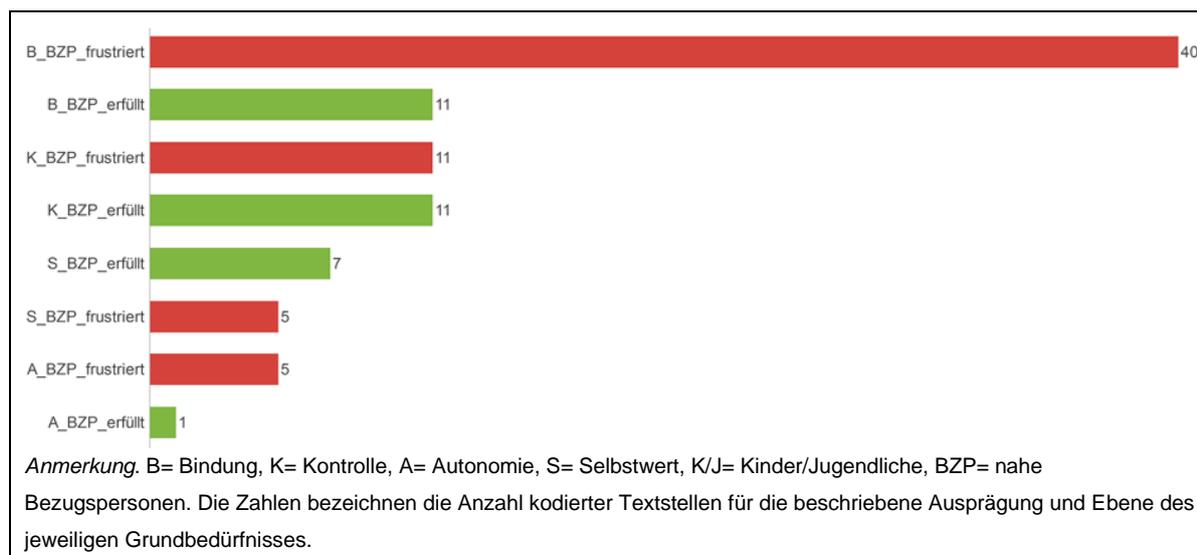


Abbildung 4. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen zu den vier Grundbedürfnissen der BZP in nicht erfolgreichen Therapien

In nicht erfolgreichen Therapien kann sowohl für Ebene K/J als auch für Ebene BZP zusammengefasst werden, dass von allen Grundbedürfnissen das Grundbedürfnis nach Bindung am häufigsten frustriert wurde. Auf Ebene K/J geschah dies mit einem Wert von 30, und auf Ebene BZP mit einem Wert von 40. Auf Ebene K/J lagen die anderen drei Grundbedürfnisse bei ähnlichen Werten zwischen 5 und 9 deutlich entfernt von der Häufigkeit der Frustration von Bindung. Auf Ebene BZP zeigte sich an zweithöchster Stelle der Frustration das Grundbedürfnis Kontrolle mit einem Wert von 11. Die anderen beiden Grundbedürfnisse lagen bei einem Wert von 5 zur Frustration. Die Reihenfolge auf Ebene BZP, bei welcher Bindung an höchster Stelle der Frustration und Kontrolle an zweithöchster Stelle liegt, stellt dieselbe Reihenfolge dar wie in erfolgreichen Therapien, wobei das Grundbedürfnis Bindung am häufigsten und das Grundbedürfnis Kontrolle am zweithäufigsten erfüllt wurde.

Die dritte Hypothese lautete: „In erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie werden die Grundbedürfnisse öfters befriedigt als in nicht erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie.“ Die Hypothese konnte sowohl für die Ebene K/J und die Ebene BZP bestätigt werden. Auf Ebene K/J wurde ein Gesamtwert zur Erfüllung in erfolgreichen Therapien von 162 summiert im Vergleich zu einem Gesamtwert von 111 in nicht erfolgreichen Therapien. Auf Ebene BZP wurde in erfolgreichen Therapien ein Gesamtwert von 79 Textstellen zur Erfüllung zusammengetragen, verglichen mit gesamthaft 30

Textstellen in nicht erfolgreichen Therapien. Verwendet wurden für diese Berechnung die Zahlen zur Häufigkeitsverteilung aus Abbildung 1-4.

Die vierte Hypothese lautete: „In nicht erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie werden die Grundbedürfnisse öfters frustriert als in erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie.“ Die Hypothese konnte für beide Ebenen K/J und BZP bestätigt werden. Auf Ebene K/J fanden sich 52 Frustrationen in nicht erfolgreichen Therapien im Vergleich zu 18 Frustrationen bei erfolgreichen Therapien. Auf Ebene BZP ergaben sich 61 Frustrationen in nicht erfolgreichen Therapien, verglichen mit 3 Frustrationen in erfolgreichen Therapien. Es wurde bei den Berechnungen wiederum Bezug genommen auf die Häufigkeitsverteilungen in Abbildung 1-4.

Die fünfte Hypothese lautete: „In Kinderpsychotherapien erhält das Grundbedürfnis Bindung eine höhere Bedeutung in der therapeutischen Beziehung als in Jugendpsychotherapien.“ Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Die höhere Bedeutung des Grundbedürfnisses Bindung wurde an der gesamten Anzahl Textstellen zu diesem Grundbedürfnis gemessen. Dabei wurden alle Textstellen beider Ebenen zur Erfüllung und Frustration, sowohl aus erfolgreichen als auch nicht erfolgreichen Therapien der jeweiligen Alterskategorie summiert. In Abbildung 5 ist ersichtlich, dass innerhalb der Alterskategorie Kinder 123 Textstellen zu Bindung gefunden wurden. Wie in Abbildung 6 erkennbar, wurden in der Alterskategorie Jugendliche hingegen nur 82 Textstellen gefunden. Diese beiden Zahlen beinhalten wie bereits beschrieben sowohl die Ebene K/J als auch die Ebene BZP. Wird die Ebene K/J einzeln betrachtet, so finden sich bei Kindern 67 Textstellen im Grundbedürfnis Bindung und bei Jugendlichen 52. Auf Ebene BZP finden sich bei Kindern 56 Textstellen und bei Jugendlichen 30.

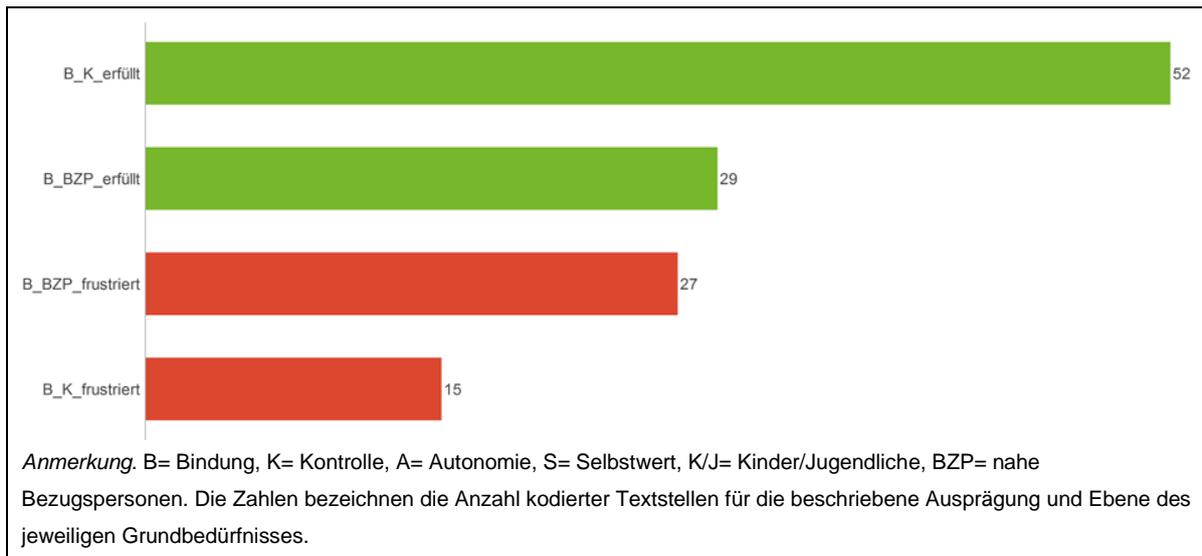


Abbildung 5. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen des Grundbedürfnisses Bindung innerhalb der Altersgruppe Kinder in erfolgreichen sowie nicht erfolgreichen Therapien

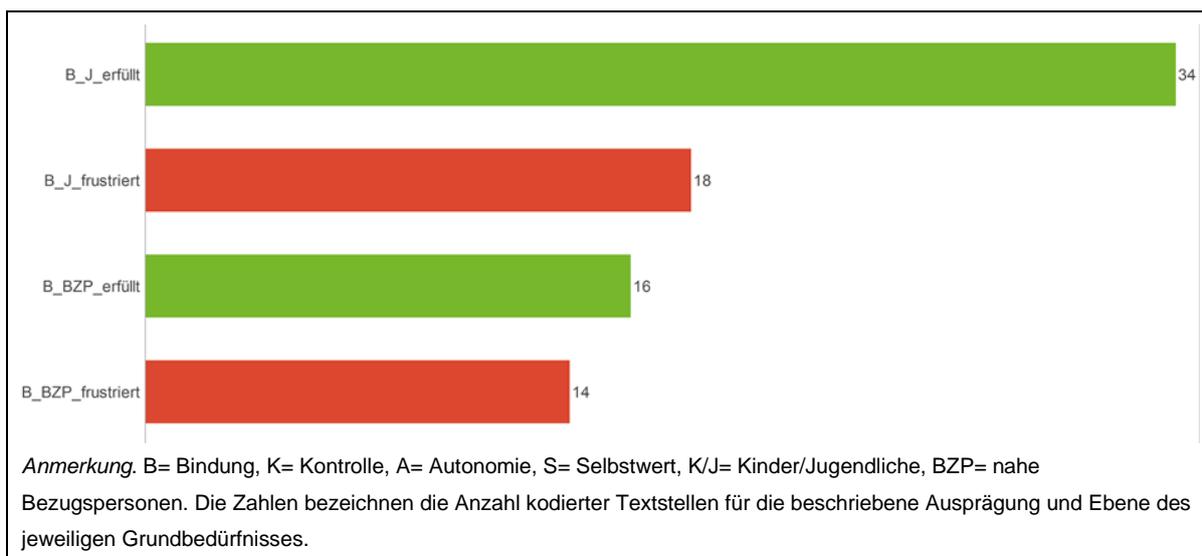


Abbildung 6. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen des Grundbedürfnisses Bindung innerhalb der Altersgruppe Jugendliche in erfolgreichen sowie nicht erfolgreichen Therapien

Die sechste Hypothese lautete: „Nebst dem Umgang (Erfüllung und Frustration) mit den Grundbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen hat auch der Umgang mit den Grundbedürfnissen der nahen Bezugspersonen in der therapeutischen Beziehung einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg.“ In den bereits beschriebenen fünf Hypothesen konnte erkannt werden, dass sich alle Hypothesen auch in alleiniger Betrachtung der Ebene BZP bestätigen liessen. Insbesondere Hypothese 2 verdeutlicht die Bedeutung der Ebene BZP. Es zeigte sich, dass in nicht erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie die

Grundbedürfnisse der K/J zwar nicht öfters frustriert als erfüllt wurden, jedoch jene der BZP. Dies galt bei einzelner Betrachtung der Grundbedürfnisse nur für Bindung und Autonomie, nicht jedoch für Kontrolle und Selbstwert. Die grösste Differenz von Erfüllung und Frustration konnte dabei im Grundbedürfnis Bindung auf der Ebene BZP gefunden werden. Dabei liegt der Wert der Erfüllung bei 11 und bei der Frustration bei 40.

Auf Basis der Erkenntnisse in Hypothese 2 möchten an dieser Stelle alle vier Grundbedürfnisse nochmals kurz beleuchtet werden und insbesondere das Grundbedürfnis Bindung nochmals differenziert betrachtet werden, um die Bedeutung der Ebene BZP erkennen zu können. Dazu werden die Häufigkeitsverteilungen innerhalb der erfolgreichen Therapien nochmals einzeln für das Grundbedürfnis Bindung in Abbildung 7 dargestellt, und jene für die nicht erfolgreichen Therapien in Abbildung 8. Die Zahlen für die anderen drei Grundbedürfnisse werden aus Abbildung 1-4 entnommen und werden der Übersichtlichkeit halber nicht nochmals separat dargestellt.

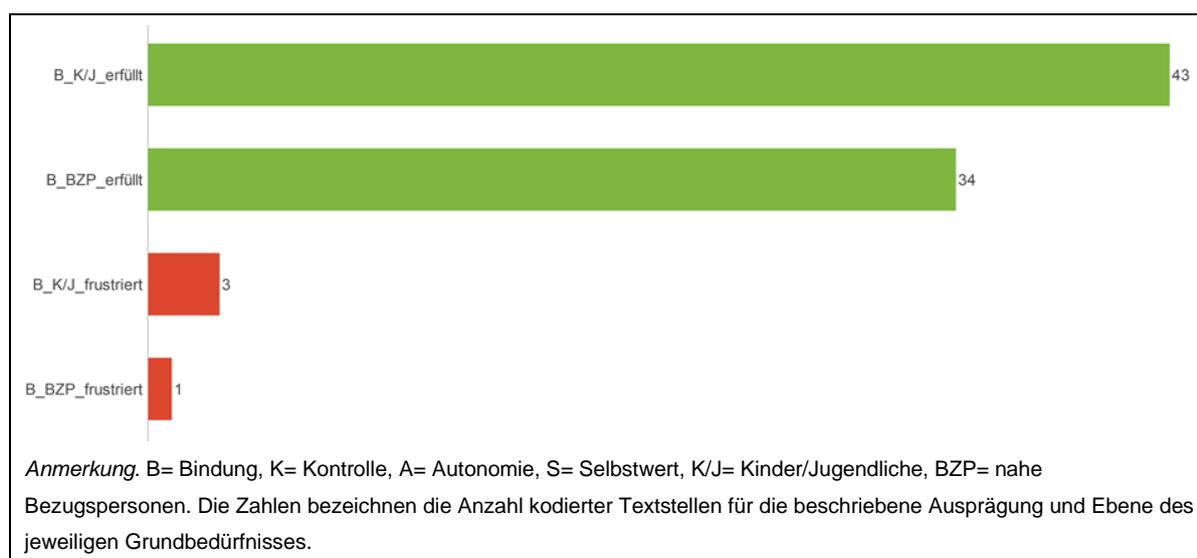


Abbildung 7. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen des Grundbedürfnisses Bindung in erfolgreichen Therapien

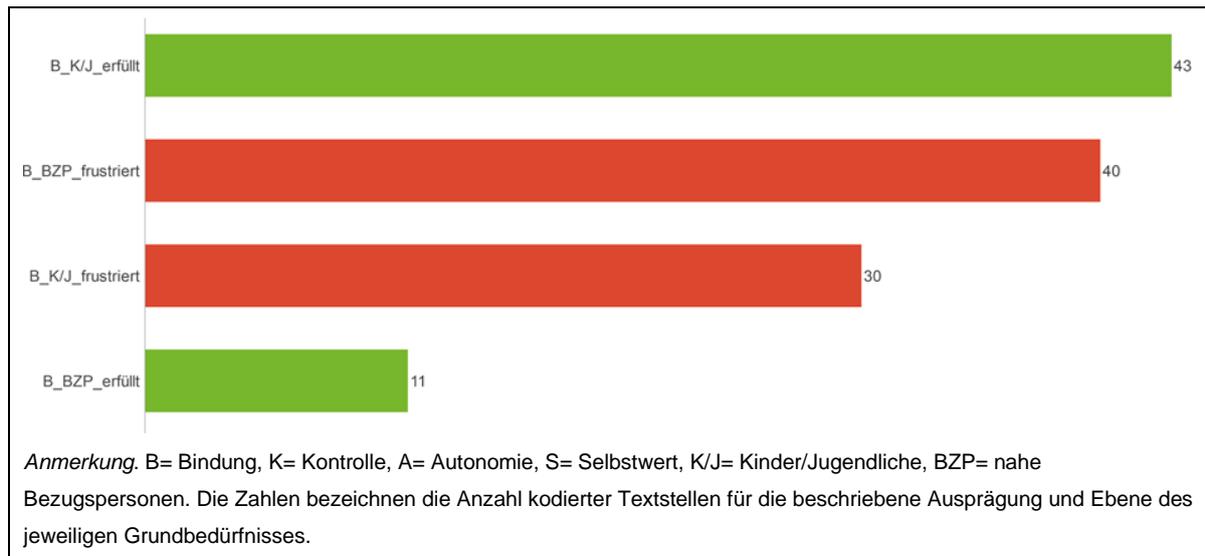


Abbildung 8. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen des Grundbedürfnisses Bindung in nicht erfolgreichen Therapien

Für das Grundbedürfnis nach Bindung kann bestätigt werden, dass nebst dem Umgang mit den Grundbedürfnissen der K/J, auch der Umgang mit den Grundbedürfnissen der BZP einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg hat. Es fanden sich in diesem Grundbedürfnis bei den nicht erfolgreichen Therapien wie bereits in Hypothese 2 beschrieben, auf Ebene K/J eine höhere Anzahl zur Erfüllung mit 43 Textstellen, verglichen mit 30 Textstellen zur Frustration. Somit kennzeichnete sich der Unterschied von den nicht erfolgreichen Therapien zu den erfolgreichen Therapien auf Ebene K/J dadurch, dass zwar mehr Textstellen zur Frustration gefunden wurden, jedoch nach wie vor bei beiden Extremgruppen die Textstellen zur Erfüllung überwiegen.

Auf Ebene BZP fanden sich hingegen bei nicht erfolgreichen Therapien nur noch 11 Textstellen zur Erfüllung, wo es bei erfolgreichen Therapien 34 waren. Die Textstellen zur Frustration sind 40 Mal vorgekommen bei nicht erfolgreichen Therapien im Vergleich zu einem Vorkommen von 1 Textstelle bei erfolgreichen Therapien.

Im Grundbedürfnis nach Autonomie konnte die Hypothese bestätigt werden, dass nebst dem Umgang mit den Grundbedürfnissen der K/J auch der Umgang mit den Grundbedürfnissen der BZP einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg hat. In nicht erfolgreichen Therapien fand sich auf Ebene K/J eine höhere Erfüllung mit 22 Textstellen zur Frustration mit 9 Textstellen. Dies gleicht der Verteilung auf Ebene K/J in der erfolgreichen Therapie mit 41 Textstellen zur Erfüllung und 6 zur Frustration, wobei in erfolgreichen Therapien doppelt so viele Textstellen zur Erfüllung gefunden werden

konnten. In erfolgreichen Therapien auf Ebene BZP ergab sich ein Verhältnis von Erfüllung mit 5 Textstellen zur Frustration mit 0 Textstellen. In nicht erfolgreichen Therapien hingegen zeigte sich ein umgekehrtes Verhältnis mit 5 Textstellen zur Frustration und 1 Textstelle zur Erfüllung. Somit kann auch bei diesem Grundbedürfnis das gleiche Fazit gezogen werden, und zwar, dass insbesondere bei nicht erfolgreichen Therapien dem Umgang mit dem Grundbedürfnis nach Autonomie der BZP eine wichtige Bedeutung zugemessen werden müsste.

Für das Grundbedürfnis Kontrolle konnte die Hypothese bestätigt werden. In erfolgreichen Therapien fand sich ein ähnliches Verhältnis der beiden Ebenen, mit einem Wert von 28 zur Erfüllung und 6 zur Frustration bei K/J und einem Wert von 25 zur Erfüllung und 1 zur Frustration auf Ebene BZP. Innerhalb nicht erfolgreicher Therapien zeigten sich auf Ebene K/J zwar deutlich weniger Textstellen zur Erfüllung mit einer Häufigkeit von 19, jedoch immer noch mehr im Vergleich zur Frustration mit 8 Textstellen. Hingegen ergab sich auf Ebene BZP eine andere Häufigkeitsverteilung als in erfolgreichen Therapien, mit je 11 Textstellen zur Erfüllung und Frustration. Somit kann auch bei diesem Grundbedürfnis das Fazit gezogen werden, dass bei nicht erfolgreichen Therapien dem Umgang mit dem Grundbedürfnis nach Kontrolle der Eltern eine wichtige Bedeutung zugemessen werden müsste.

Für das Grundbedürfnis nach Selbstwert konnte die Hypothese teils bestätigt werden. Sie kann in dem Sinne bestätigt werden, als dass sich für K/J und BZP ein ähnliches Verhältnis von mehr Textstellen zur Erfüllung in erfolgreichen und deutlich weniger Textstellen zur Erfüllung in nicht erfolgreichen Therapien zeigte. Anders als bei den anderen Grundbedürfnissen erschien in diesem Grundbedürfnis die Ebene BZP jedoch nicht eine spezifische eigene Aussagekraft zu haben und zusätzliche Erkenntnisse zu liefern. Es fanden sich in erfolgreichen Therapien auf Ebene K/J 50 Textstellen zur Erfüllung im Vergleich zu 5 Textstellen zur Frustration. Auf Ebene BZP ergab sich ein ähnliches jedoch deutlich reduziertes Verhältnis von Erfüllung mit 15 Textstellen zu Frustration mit 1 Textstellen. In den nicht erfolgreichen Therapien fanden sich auf Ebene K/J 27 Textstellen zur Erfüllung und 5 zur Frustration. Anders als bei den anderen Grundbedürfnissen zeigte sich diese Verteilung, wenn auch in einem kleineren Ausmass, auf Ebene BZP mit 7 Textstellen zur Erfüllung und 5 Textstellen zur Frustration. Somit zeigt sich eine ähnliche Häufigkeitsverteilung für die beiden Ebenen, jedoch erscheint dieses Grundbedürfnis

weniger aussagekräftig um eine Schlussfolgerung für den Unterschied der beiden Extremgruppen durch die einzelne Betrachtung der Ebenen zu ziehen.

Schlussendlich konnte somit die 6. Hypothese bestätigt werden. Es wird ersichtlich in den Ergebnissen, dass nebst dem Umgang mit Grundbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen auch der Umgang mit den Grundbedürfnissen der BZP einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg aufweist. Insbesondere wird dies ersichtlich für die drei Grundbedürfnisse Bindung, Autonomie und Kontrolle.

Im Vergleich von nicht erfolgreichen Therapien zu erfolgreichen Therapien zeigte sich in den genannten drei Grundbedürfnissen stärker abweichende Häufigkeitsverteilungen, mit höherer Frustration im Vergleich zur Erfüllung für die Ebene BZP als für die Ebene K/J.

Die Bedeutung der Ebene BZP soll folgend anhand von ausgewählten Textbeispielen illustriert werden:

Meine Oberärztin riet mir jedes Mal, wenn die KM hilfeschend E-Mails schrieb, das Gespräch mit der KM zu suchen und sie zu einem Gespräch einzuladen. So konnten die Bedenken der KM gleich besprochen und die Beziehung gestärkt werden. Dies empfand ich als sehr hilfreich. Eine Erkenntnis für mich ist daher, solange die KE nicht «im Boot» sind, ist es schwierig, mit den Jugendlichen Verbesserungen zu erzielen. (FB 65, S. 15)

Ich würde aber nicht sagen, dass bestimmte gezielte Interventionen mit L. den Anstoss für die Veränderung gegeben haben, sondern der Vertrauensgewinn der Eltern ausschlaggebend war. Die Eltern lassen mich inzwischen in ihre Familienwelt ein. Die Mutter erzählt, wie es dem kleinen Bruder in der Schule geht, wie der Umzug verlaufen ist, und dass sie für ihre Schwester einen Adventskalender gekauft hat. Small Talk, der L. zeigt, dass ihre Eltern mit mir über sich sprechen und mir vertrauen. (FB 54, S. 19)

Ich frage mich, ob ich die Mutter intensiver hätte zu Elterngesprächen einladen sollen. Sie ernst nehmen in ihren Sorgen und Ängsten. Wäre es möglich gewesen, den Abschied aus der HPS zu verhindern oder zumindest begleiten zu können? (FB 28, S. 18)

Darauf zu achten, den Bedürfnissen von beiden gerecht zu werden, war anspruchsvoll und ist mir auch nur teilweise gelungen. Ich verstehe das in diesem Setting teilweise veränderte Verhalten von E. auch so, dass er sich von mir zu wenig wahrgenommen gefühlt hat. (FB 2, S. 16)

In dieser Sitzung erzählte mir Herr W von seinen Sorgen um seinen Sohn, von seiner Hilflosigkeit und seiner Bereitschaft, ihn weiter zu unterstützen. Dieses Gespräch war nicht inhaltlich besonders aufschlussreich oder überraschend, die Wirkung, die es auf Herrn W jun. hatte, war entscheidend: nach dem Gespräch zwischen seinem Vater und mir war er bereit, mich hinter seine Rolle blicken zu lassen. Die Beziehungsarbeit war erfolgreich. (FB 70, S. 11)

3.3 Zusätzliche Analysen

3.3.1 Vergleich erfüllter Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen

Anschliessend an Hypothese 1 möchte an dieser Stelle noch eine differenzierte Analyse der Häufigkeitsverteilung der erfüllten Grundbedürfnisse in erfolgreichen Therapien für die Altersgruppe Kinder und die Altersgruppe Jugendliche getrennt gemacht werden. Dabei wird die Ebene BZP nicht miteinbezogen. In Abbildung 9 wird für die Kinder und in Abbildung 10 für die Jugendlichen ersichtlich, dass bei beiden Altersgruppen in erfolgreichen Therapien das Grundbedürfnis Selbstwert am häufigsten befriedigt wurde mit einem Wert von 27 bei Kindern und 23 bei Jugendlichen. Bei beiden fand sich zudem an zweiter Stelle das Grundbedürfnis Bindung mit einem Wert von 26 für Kinder und 17 für Jugendliche. Es folgte Autonomie mit dem Wert 24 bei Kindern und 17 bei Jugendlichen. Und an letzter Stelle befand sich somit bei den Kindern mit einem Wert von 12 und den Jugendlichen einem Wert von 16 das Grundbedürfnis Kontrolle. Es konnte somit kein Unterschied in der Reihenfolge der Häufigkeitsverteilung der erfüllten Grundbedürfnisse in erfolgreichen Therapien im Vergleich der Altersgruppe Kinder und der Altersgruppe Jugendliche gefunden werden.

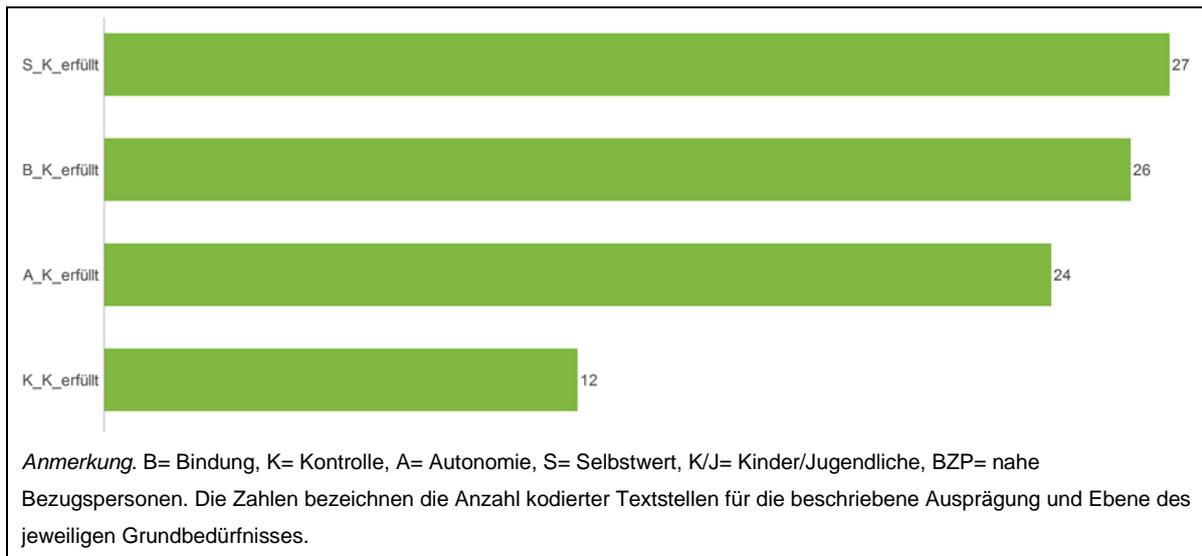


Abbildung 9. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen zur Erfüllung der Grundbedürfnisse für die Altersgruppe Kinder, ausschliessliche Ebene K/J in erfolgreichen Therapien

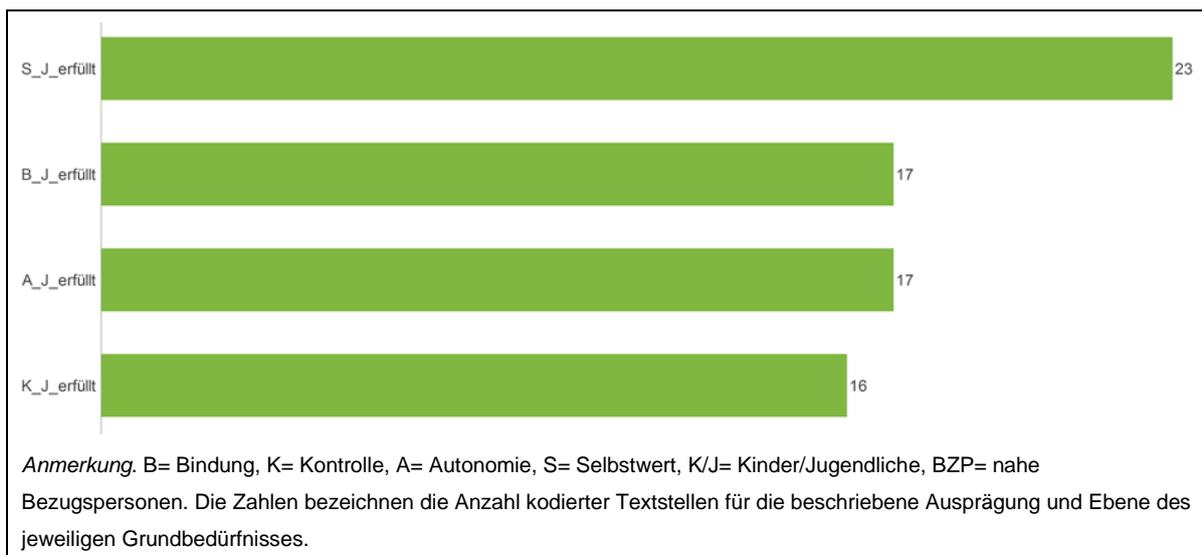


Abbildung 10. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen zur Erfüllung der Grundbedürfnisse für die Altersgruppe Jugendliche, ausschliessliche Ebene K/J in erfolgreichen Therapien

3.3.2 Ausprägung nicht definierbar

Wie bereits in der Einleitung der Ergebnisse erwähnt, möchte an dieser Stelle noch einzeln Bezug genommen werden auf die Ausprägung nicht definierbar. Die Häufigkeit innerhalb der vier Grundbedürfnisse findet sich in Abbildung 11 für erfolgreiche Therapien und Abbildung 12 für nicht erfolgreiche Therapien. Die beiden Ebenen K/J und BZP werden dabei zusammengefasst.

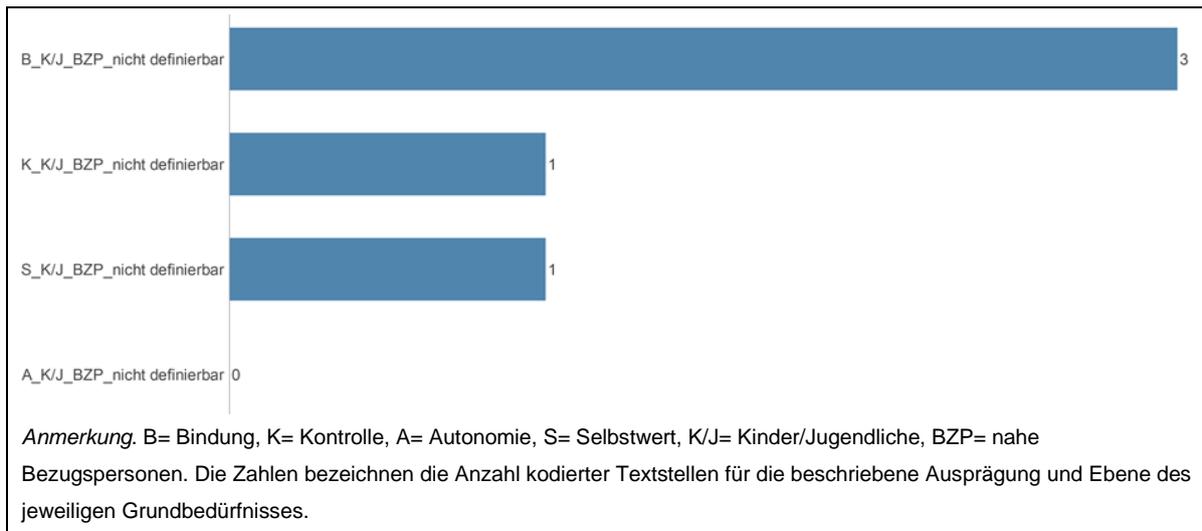


Abbildung 11. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen zur Ausprägung nicht definierbar für Ebene K/J und Ebene BZP zusammengekommen in erfolgreichen Therapien

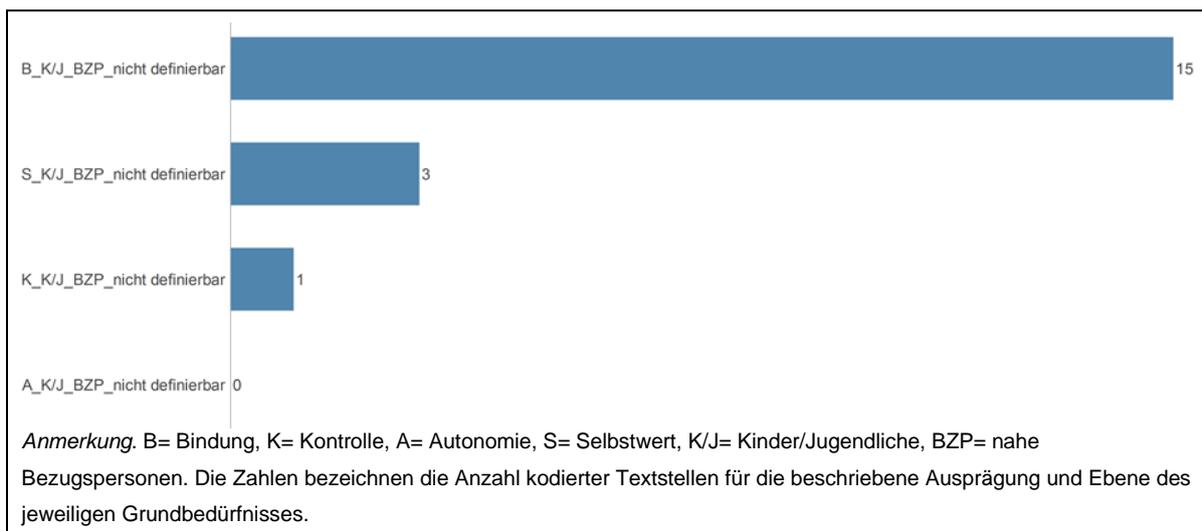


Abbildung 12. Häufigkeitsverteilung der Anzahl kodierter Textstellen zur Ausprägung nicht definierbar für Ebene K/J und Ebene BZP zusammengekommen in nicht erfolgreichen Therapien

Wie in Abbildung 12 ersichtlich, wurde der höchste Anteil nicht definierbarer Textstellen innerhalb des Grundbedürfnisses Bindung in nicht erfolgreichen Therapien gefunden. Die Definition der Ausprägung nicht definierbar beschreibt, dass Textstellen gleichzeitig eine Erfüllung als auch eine Frustration darstellen, thematisch das Thema der zugehörigen Kategorie erwähnen, jedoch nicht klar kategorisierbar sind. Eine kleinere Auswahl, der nicht definierbaren Textstellen möchte an dieser Stelle herausgearbeitet und genauer beleuchtet

werden. Es konnten bei allen folgenden Beispielen ein Wechselspiel oder gar eine gleichzeitige Aktiviertheit von Annäherungs- und Vermeidungsschemata festgestellt werden.

Es fanden sich einerseits Textbeispiele, in welchen das beschriebene Wechselspiel bei den K/J beobachtet wurde:

Ich erlebte M. mir gegenüber als schwankend zwischen Bindungsannäherung und Bindungsvermeidung: Teils war M. misstrauisch, teils interessiert, teils wirkte sie zurückhaltend, teils selbstbewusst im Kontakt. (FB 8, S. 15)

F. wich teilweise aus, nahm Termine nicht immer wahr oder meldete sich mit Notlügen ab. Sie konnte aber immer wieder für Gespräch gewonnen werden. (FB 72, S.16)

Das Vorhandensein gleichzeitig aktivierter Annäherungs- und Vermeidungsschemata im Grundbedürfnis Bindung konnte auch bei den BZP gefunden werden, wie die folgenden Textbeispielen erkennen lassen:

Dies äusserte sich auch seitens Kv und M. darin, dass sie immer wieder beteuerten Unterstützung in Anspruch nehmen zu wollen, die Termine jedoch bis hin zum Abbruch nicht wahrnahmen. (FB 8, S. 15)

Ein paar Wochen später schreibe ich den Bericht, welcher den Eltern mit dem Zeugnis abgegeben wird. Zu diesem Zeitpunkt lade ich die Eltern jeweils zu einem Gespräch ein und erläutere ihnen den Bericht. Bei Frau Z. überlege ich mir, ob ich das machen soll, da sie ja erst bei mir war und von mir ja gar nichts wissen wollte. Ich entscheide mich, sie dennoch einzuladen. Postwendend kommt ihre Anmeldung zurück. Überrascht über diese Zusage bin ich gespannt auf das Gespräch. Eine Stunde vor dem Gespräch meldet sich die Mutter auf dem Sekretariat ab mit der Erklärung, sie könne ja dann im Bericht lesen, was ich zu sagen habe. Ich bedauere diese Absage, wäre es doch eine Möglichkeit gewesen, die Frau besser kennen zu lernen. (FB 28, S.16)

Und zuletzt fanden sich vergleichbare Ambivalenzen von Annäherungs- und Vermeidungsthemen, wenn auch nicht direkt im Handeln, so dennoch in den Überlegungen auch auf Seite der Therapeutin, wie dieses Zitat zeigt:

Hier hatte ich weiterhin den Eindruck, dass die Beziehung einer zu starken Konfrontation nicht gewachsen wäre, zugleich war es mir unwohl, dieses Spiel so lange mitzumachen und somit allenfalls aufrechterhaltend zu wirken. (FB 8, S.16)

Die Therapeutin beschrieb in diesem Zitat eine Ambivalenz bezüglich der Gestaltung weiterer therapeutischen Interventionen. Einerseits glaubte sie, sei die Beziehung einer konfrontierenden Intervention noch nicht gewachsen, was allenfalls eine Frustration von Grundbedürfnissen bedeuten würde. Andererseits schien es ihr unwohl im Sinne der Grundbedürfnisbefriedigung weiterhin eine komplementäre Beziehungsgestaltung zu verfolgen, in der Sorge eine aufrechterhaltende Wirkung auf die Schwierigkeiten zu haben.

Dieses letzte Textbeispiel deutet auf eine weitere wichtige Erkenntnis und neue Hypothese hin, welche während des Forschungsprozesses herausgearbeitet werden konnte. Die neue Hypothese wird in der Diskussion erläutert.

4 Diskussion

In der Diskussion werden zuerst die wichtigsten Ergebnisse bezüglich der Fragestellung nochmals zusammengefasst, diskutiert und theoretisch eingebettet. Anschliessend wird eine sich aus den Beobachtungen der Ergebnisse neue ergebende Hypothese beschrieben. Darauf folgt ein kritisches Hinterfragen der Methodik, welches überleitet zu Empfehlungen und einem Ausblick für zukünftige Forschung. Abgeschlossen wird die Diskussion mit Implikationen für die therapeutische Praxis.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu überprüfen welche Unterschiede sich im Umgang mit Grundbedürfnissen (Erfüllung/Frustration) in der therapeutischen Beziehung zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Kinder- und Jugendpsychotherapien finden.

4.1 Hypothese 3 und 4

Grundsätzlich konnten die beiden Hypothesen bestätigt werden, dass die Grundbedürfnisse in erfolgreichen Kinder- und Jugendpsychotherapien sowohl öfters erfüllt als auch weniger oft frustriert werden als in nicht erfolgreichen Kinder- und Jugendpsychotherapien. Diese beiden Hypothesen gelten sowohl beim Betrachten der Ebene Kinder und Jugendliche als auch der Ebene Bezugspersonen. Für diese beiden Hypothesen wurden jeweils Erfüllung und Frustration aller Grundbedürfnisse gesamthaft verwendet und nicht differenziert betrachtet für die einzelnen vier Grundbedürfnisse. Betrachtet man die folgenden beiden Hypothesen zur genaueren Analyse des Themas, zeigt sich, dass die

Häufigkeitsverteilungen innerhalb der jeweiligen Extremgruppen differenzierter betrachtet werden müssen.

4.2 Hypothese 1 und 5

Es zeigte sich, dass in erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie die Grundbedürfnisse sowohl auf Ebene Kinder und Jugendliche als auch auf Ebene Bezugspersonen öfters erfüllt als frustriert wurden. Dies konnte für die gesamthafte Anzahl Erfüllung zu Frustration, als auch dessen Verhältnis innerhalb der einzelnen Grundbedürfnisse bestätigt werden. Auf Ebene Kinder und Jugendliche wurde das Grundbedürfnis nach Selbstwert am häufigsten erfüllt, gefolgt von ähnlicher Häufigkeit im Bedürfnis nach Bindung und dem Bedürfnis nach Autonomie. Auf Ebene Bezugspersonen stand an erster Stelle das Grundbedürfnis nach Bindung und an zweiter Stelle jenes nach Kontrolle. Mit tieferen Werten folgten die beiden anderen Bedürfnisse. In einer zusätzlichen Analyse zeigte sich, dass sich in erfolgreichen Therapien keinen Unterschied in der Rangfolge der Häufigkeitsverteilung der Grundbedürfnisse für die Altersgruppe Kinder und jene für die Altersgruppe Jugendliche fand. Ergänzend wird an dieser Stelle das Ergebnis aus Hypothese fünf angefügt. Die Hypothese, bei welcher in Kinderpsychotherapie das Grundbedürfnis Bindung eine höhere Bedeutung erhält als in Jugendpsychotherapie, konnte dahingehend bestätigt werden, als dass sich in der Alterskategorie Kinder mehr Textstellen zum Grundbedürfnis Bindung fanden als in der Alterskategorie Jugendliche. Dabei zeigte sich diese grössere Differenz der Anzahl Textstellen jedoch einzig auf Ebene Bezugspersonen zwischen den Altersgruppen und nicht auf Ebene Kinder und Jugendliche.

Das Ergebnis, dass sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen in der Rangfolge der Häufigkeit der Erfüllung in erfolgreichen Therapien an erster Stelle Selbstwert stand, gefolgt von Bindung an zweiter Stelle und den beiden weiteren Bedürfnissen folgend, erscheint interessant. Das Grundbedürfnis Selbstwert als das häufigste erfüllte Bedürfnis in erfolgreichen Therapien verdeutlicht die von Klemenz (2012) beschriebene Wichtigkeit und Wirksamkeit aktionaler Aktivierung von Grundbedürfnisbefriedigungsressourcen. Durch aktionale Ressourcenaktivierung können gleichzeitig mehrere Grundbedürfnisse befriedigt werden. Die grundsätzlich höhere Erfüllung der Grundbedürfnisse als Frustration in erfolgreichen Therapien bestätigt die Literatur von Lambert (2004), in welcher er beschreibt, dass erfolgreiche Therapierende auf Patienten und Patientinnen unterstützender und empathischer wirken und sich diese von den Therapierenden stärker akzeptiert und

verstanden fühlen. Dass sich auf Ebene der Bezugspersonen eine grössere Abstufung der Erfüllung der Bedürfnisse zeigte, könnte einerseits bedeuten, dass für die Bezugspersonen hauptsächlich die beiden Grundbedürfnisse Bindung und Kontrolle wichtig sind, wo es bei Kinder und Jugendlichen hauptsächlich die drei Bedürfnisse Selbstwert, Bindung und Autonomie sind. Oder aber es könnte aufzeigen, dass es schwieriger ist, auf Ebene Bezugspersonen nebst Bindung und Kontrolle auch die Grundbedürfnisse Selbstwert und Autonomie zu befriedigen.

Borg-Laufs (2012) postulierte eine höhere Wichtigkeit der Erfüllung des Grundbedürfnisses Bindung über den anderen Bedürfnissen, je jünger die Kinder sind. Diese Aussage kann anhand der Ergebnisse nur bedingt bestätigt werden. Es zeigte sich in erfolgreichen Therapien keine höhere Wichtigkeit anhand einer höheren Häufigkeit in der Erfüllung des Grundbedürfnisses Bindung über den anderen Grundbedürfnissen, weder für Kinder noch für Jugendliche. Es kann jedoch passend zur Aussage von Borg-Laufs (2012) zusammengefasst werden, dass vor allem die Frustration des Grundbedürfnisses Bindung, sowohl auf Ebene Kinder und Jugendliche als auch auf Ebene Bezugspersonen, als wichtiges Merkmal in nicht erfolgreichen Therapien angesehen werden kann. Dieses Ergebnis wird im nächsten Abschnitt genauer beschrieben.

4.3 Hypothese 2 und 6

Die Hypothese, dass in nicht erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie die Grundbedürfnisse öfters frustriert als erfüllt werden, konnte nur für die Ebene Bezugspersonen, nicht jedoch für die Ebene Kinder und Jugendliche bestätigt werden. Auf Ebene Kinder und Jugendliche ergab sich in nicht erfolgreichen Therapien sowohl im Gesamtwert als auch in jedem Grundbedürfnis einzeln ein höheres Verhältnis der Erfüllung zur Frustration. Für die Ebene Bezugspersonen fand sich im Gesamtwert aller Grundbedürfnisse eine höhere Frustration als Erfüllung. Bei Betrachtung der einzelnen Grundbedürfnisse fand sich dieses Verhältnis nur für Bindung und Autonomie, sowie ein gleiches Verhältnis von Erfüllung und Frustration im Grundbedürfnis Kontrolle. In nicht erfolgreichen Kinder- und Jugendpsychotherapien wurde sowohl auf Ebene Kinder und Jugendliche als auch auf Ebene Bezugspersonen Bindung am häufigsten frustriert.

An dieser Stelle möchten, da inhaltlich aufbauend, die Ergebnisse aus Hypothese sechs ergänzt werden. Die Hypothese lautete: „Nebst dem Umgang (Erfüllung und Frustration) mit den Grundbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen hat auch der Umgang mit den

Grundbedürfnissen der nahen Bezugspersonen in der therapeutischen Beziehung einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg.“ Es zeigte sich, dass alle Hypothesen auch bei alleiniger Betrachtung der Ebene Bezugspersonen bestätigt werden konnten. Besonders aussagekräftig erscheint dabei für die Bedeutung der Ebene BZP in der Kinder- und Jugendpsychotherapie das Ergebnis der Hypothese 2. Auf Basis dieses Ergebnisses wurden in der sechsten Hypothese die vier Grundbedürfnisse nochmals einzeln differenziert zur Unterscheidung der Ebenen betrachtet. Es konnte bestätigt werden, dass nebst dem Umgang mit Grundbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen die Ebene Bezugspersonen insbesondere in den drei Grundbedürfnissen Bindung, Autonomie, Kontrolle einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg aufweist. Im Vergleich von nicht erfolgreichen Therapien zu erfolgreichen Therapien zeigten sich in Bindung und Autonomie stärker abweichende Häufigkeitsverteilungen, mit höherer Frustration im Vergleich zur Erfüllung für die Ebene BZP als für die Ebene K/J. Es erscheint interessant, dass in nicht erfolgreichen Therapien ausschliesslich die Grundbedürfnisse der Bezugspersonen öfters frustriert als erfüllt werden, nicht jedoch jene der Kinder und Jugendlichen.

Es kann schlussgefolgert werden, dass der Ebene Bezugspersonen grundsätzlich in Bezug auf die Grundbedürfnisse und den Therapieerfolg einen hohen Stellenwert zugeschrieben werden muss, da sich alle Hypothesen auch bei alleiniger Betrachtung dieser Ebene bestätigen liessen. Wie die Ergebnisse aus Hypothese 2 aufzeigen, erscheint es wichtig, innerhalb nicht erfolgreicher Therapien den Grundbedürfnissen der Bezugspersonen, insbesondere dem Umgang mit deren Grundbedürfnis nach Bindung mehr Gewicht zuzuschreiben als dem Umgang mit den Grundbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen. In der Frage nach «Was wirkt in der Kinder- und Jugendpsychotherapie?», oder gerade umgekehrt betrachtet, «Was verhindert die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendpsychotherapie?», könnte dies ein wichtiges zukünftiges Forschungsgebiet darstellen. Für zukünftige Forschung möchte als Anregung folgende Hypothese aufgestellt werden: «In nicht erfolgreichen Kinder- und Jugendpsychotherapien findet sich ein stärkerer Zusammenhang mit der Frustration von Grundbedürfnissen der Bezugspersonen, als mit der Frustration von Grundbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen.»

In der Rangfolge der Häufigkeit von Frustrationen der Grundbedürfnisse liegt sowohl auf Ebene Kinder/Jugendliche, als auch auf Ebene Bezugspersonen an oberster Stelle das Grundbedürfnis Bindung. Wie König (2018) betont, scheint es wichtig, dass sich die therapierende Person sowohl gegenüber dem Kind als auch den Eltern wie eine

Bindungsperson feinfühlig verhält und auf deren Bedürfnisse achtet. Entsprechen die Erfahrungen in der Therapie nicht den aktivierten Grundbedürfnissen, so stellt dies ein Zustand von Inkongruenz dar, welcher gemäss Grawe (2004) Vermeidungsziele aktivieren und daraus motivationale Schemata, Vermeidungsverhalten und folglich ein Abbrechen der therapeutischen Beziehung zur Folge haben können.

Spannend bezüglich dem Grundbedürfnis Bindung scheint auch, dass sich auf Ebene Kinder und Jugendliche dieses Grundbedürfnis zwar auch am häufigsten aller Grundbedürfnissen frustriert wurde, jedoch trotzdem gesamthaft häufiger erfüllt als frustriert wurde. Der Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen in der Therapie wird deutlich mehr Raum und Zeit gewidmet als der Beziehung zu den Bezugspersonen. Es könnte daher interpretiert werden, dass auf Ebene Kinder und Jugendliche Frustrationen schneller erkannt und «repariert» werden können durch erfüllende Interventionen. Allfällig durch Frustration von Grundbedürfnissen ausgelöstes Vermeidungsverhalten kann somit gestoppt werden. Frustrationen auf Ebene Bezugspersonen werden möglicherweise durch den weniger intensiven Kontakt zu diesen erst verzögert für die therapierende Person sichtbar und werden daher erst erkannt, wenn die Bezugsperson bereits im Vermeidungsmodus und nicht mehr erreichbar in der Beziehung zur therapierenden Person ist. Es könnte somit die Hypothese aufgestellt werden, dass Frustrationen auf Ebene Bezugspersonen verheerender sind als Frustrationen in der Bindung zu den Kindern und Jugendlichen. Diese Schwierigkeit wird noch betont durch die Tatsache, dass die Bezugspersonen die Autorität haben und bestimmen, ob Kinder und Jugendliche weiterhin in die Therapie kommen oder nicht. Folgende beiden Textbeispiele verdeutlichen die Wichtigkeit der Beachtung der Grundbedürfnisse der BZP für den Therapieverlauf:

Eine spezielle Erfahrung war das Zusammentreffen mit Z's Mutter. Bis heute kann ich nicht einordnen, was in dieser Begegnung abgelaufen ist. Rückblickend gehe ich davon aus, dass Frau Z. in ihrem Selbstwert gekränkt war, sich nicht ernst genommen und zugehörig fühlte und daher die Kontrolle haben wollte. Durch die eingerichtete Familienhilfe wurde sie zudem eingeschränkt in ihrem Freiheitsbedürfnis. Diese Erkenntnis führt mir vor Augen, dass Frau Z. in allen vier psychischen Grundbedürfnissen beschnitten wurde. Dies kann denn auch als Ursprung für ihr Handeln gesehen werden.

Nach den Sommerferien kam Z. nicht mehr zur Schule. Die Mutter hatte ihn und seinen Bruder in Serbien bei den Grosseltern gelassen. Sie selber ist in die Schweiz zurückgekehrt. Diese Information gab mir einen Stich ins Herz. (FB 28, S. 18)

Meine Oberärztin riet mir jedes Mal, wenn die KM hilfeschend E-Mails schrieb, das Gespräch mit der KM zu suchen und sie zu einem Gespräch einzuladen. So konnten die Bedenken der KM gleich besprochen und die Beziehung gestärkt werden. Dies empfand ich als sehr hilfreich. Eine Erkenntnis für mich ist daher, solange die KE nicht «im Boot» sind, ist es schwierig, mit den Jugendlichen Verbesserungen zu erzielen. (FB 65, S. 15)

Das Ergebnis, dass alle Grundbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in nicht erfolgreichen Therapien häufiger erfüllt als frustriert wurden, erstaunt. Im Anschluss an dieses Ergebnis möchte auf die Arbeit von Schaffert (2019) verwiesen werden, welche hervorhebt, dass eine Frustration von Grundbedürfnissen nicht nur schlecht sein muss, im Gegenteil sogar förderlich in einer Therapie sein kann. Die Autorin erläutert, dass eine Frustration von Grundbedürfnissen im geschützten Rahmen der Therapie es ermöglicht, direkt auf die angewandten Annäherungs- und Vermeidungsstrategien eines Kindes einzugehen und mit diesen zu arbeiten. Es können durch die direkt erlebbar gemachten Schwierigkeiten und Problemen verschiedene Strategien ausprobiert werden, um der Frustration zu entkommen, bzw. das Bedürfnis wieder zu befriedigen. Es müsse dabei jedoch auf allfälliges Vermeidungsverhalten oder Widerstand als Folge von Frustration geachtet werden. Wichtig in der Arbeit mit gezielter Bedürfnisfrustration stellt gemäss Schaffert (2019) die gleichzeitige Arbeit mit Stärken und Ressourcen des Kindes dar, anhand welcher Strategien zur Bedürfnisbefriedigung erarbeitet werden können. Das langfristige Ziel der Bedürfnisfrustration als Intervention in der therapeutischen Beziehung stellt dabei die Förderung von Eigenmotivation zur Verhaltensänderung bei den Kindern dar.

4.4 Neue Hypothese

In der differenzierten Betrachtung der dritten Ausprägung nebst Erfüllung und Frustration wurden Textstellen als nicht definierbar eingestuft. Die meisten kodierte Textstellen in dieser Ausprägung fanden sich im Grundbedürfnis Bindung in nicht erfolgreichen Therapien. Dies stellten bei genauerer Betrachtung Textstellen dar, in welchen sowohl Annäherungs- als auch Vermeidungsschemata gleichzeitig aktiviert waren, seitens

Patienten und Patientinnen oder deren Bezugspersonen. Gemäss Grawe (2005) stellt diese Nichtbefriedigung von Grundbedürfnissen, in denen sich Annäherungs- und Vermeidungsstrategien gegenseitig hemmen eine Form der Inkonsistenz, die sogenannte Diskordanz dar. Auch auf Seite der Therapeutinnen zeigten sich Textstellen, welche als nicht definierbar eingestuft wurden. Folgendes Textbeispiel zur Illustration:

Es stellt sich hier die Frage, wie lange kann man therapeutisch «gewährend» sein, mit dem Ziel die therapeutische Beziehung nicht zu gefährden, so dass man dann aber doch noch mal den Übergang zu mehr Konfrontation finden kann bzw. nicht mit dem System mitvermeidet. (FB 8, S. 15)

Innerhalb der Textstellen der Therapeutinnen fand sich eine Ambivalenz beschrieben bezüglich der therapeutischen Beziehungsgestaltung im Zusammenhang mit Annahmen über Annäherungs- und Vermeidungsschemata von Patienten und Patientinnen. Es zeigte sich wiederholt die Frage, ob man als Therapeutin weiterhin im Sinne komplementärer Beziehungsgestaltung mit dem Ziel der Erfüllung der Grundbedürfnisse die Beziehung aufbauen und stärken sollte, jedoch mit der Sorge das Vermeidungsverhalten zu unterstützen. Oder ob als andere Option, eine Konfrontation, wie beispielsweise eine Intervention zur Problemaktualisierung gemacht werden sollte, welche idealerweise zu Lernverhalten und Problemlösung führt. Dies birgt jedoch die Gefahr, durch Frustration von Grundbedürfnissen die therapeutische Beziehung zu gefährden. Diese Unschlüssigkeit bezüglich der therapeutischen Beziehungsgestaltung möchte ergänzt werden mit einer während des Prozesses des Kodierens wiederholt gemachten Beobachtung.

Es wurden in den Fallberichten immer wieder ähnliche Textstellen gefunden, in welchen in den Augen der Kodiererin die ausgeführte Intervention der Therapeutin eine Frustration der Grundbedürfnisse der Patienten und Patientinnen hätte zur Folge haben können. Es zeigte sich jedoch nur in bestimmten Fällen als Folge eine Frustration und in anderen nicht. Somit stellt sich die Frage, was es ausmacht, ob eine Intervention zu einer Frustration von Grundbedürfnissen führt oder auf eine positive Art konfrontierend wirkt und Patienten und Patientinnen zur Problemlösung verhilft. Aufbauend auf die geschilderten Beobachtungen möchte folgende Hypothese aufgestellt werden: „Ob eine Intervention zu einer Erfüllung oder Frustration von Grundbedürfnissen führt, hängt davon ab, wie die therapeutische Beziehung aktuell seitens Patienten und Patientinnen, sowie deren Bezugspersonen erlebt wird.“ Anlass zur Formulierung der genannten Hypothese gaben Textbeispiele, die während

des Prozesses des Kodierens auffielen. Die folgenden Textbeispiele zeigen auf, dass die therapeutische Intervention zu einer Frustration der Grundbedürfnisse führte.

Ref. spricht C. darauf an, dass es immer Sit. geben wird, die man nicht 100%ig kontrollieren kann, egal wie gut man sich darauf vorbereitet und plant. Es gäbe die Möglichkeit an der eigenen Einstellung zu arbeiten, damit diese Situationen anders erlebt werden können, oder daran Strategien zu entwickeln, damit man ruhiger mit diesen Situationen umgehen kann. C. stellt sich vor eher zu lernen, wie sie mit den Situationen ruhiger umgehen kann. Weiterarbeit an Vor- und Nachteilliste: Vorteile = Job hat mit Musik zu tun, Arbeit an Instrumenten, Chef und Arbeitsteam sind verständnisvoll und nett, Schule ist nicht anstrengend, danach kann ich ins Militär und bin meinem Traumjob einen Schritt näher Nachteile = Distanz, Kundenberatung, eine andere Lehre hätte mich mehr interessiert Ref. meint, dass sie Erinnerung an die Vorteile und warum C. die Lehre mache, auch helfen könnte mit den unkontrollierbaren Situationen umzugehen. Eine weitere Terminsuche gestaltet sich als äusserst schwierig. C. scheint sich keine Zeit für einen neuen Termin nehmen zu können. Nächster Termin erst in sechs Wochen. (FB 13, S. 13)

Die Arbeit mit C. zeigte mir auf, dass ich mich zuerst vermehrt auf die Beziehungsgestaltung konzentrieren sollte. Der Klient muss sich sicher, verstanden und wertgeschätzt fühlen bei mir, damit er überhaupt bereit ist einen kritischen Blick auf sich selbst zu werfen. Vorher macht es oft wenig Sinn schon an der möglichen Problemlösung zu arbeiten. Wahrscheinlich habe ich C. zu früh damit konfrontiert, dass z.B. ihr Starker Wille und der Wunsch alles richtig zu machen auch ein Teil ihres Problems sein könnte. Dadurch könnte sie sich nicht ernst genommen gefühlt haben. Was ein Grund für den Abbruch hätte sein können. (FB 13, S. 15)

Weiterhin blieb der Fokus der Therapie jedoch auf den Beziehungsaufbau einer therapeutischen Beziehung, nur ganz am Rande waren störungsspezifische Interventionen und die Klärung von problematischen Verhaltensweisen und Situationen aus dem Alltag möglich. Wurden von der Referentin diese Themen angesprochen, so blockierte D. weitgehend und zeigte noch keinerlei Bereitschaft, sich diesen Themen anzunehmen. (FB 82, S. 14)

Die nachfolgenden Textbeispiele hingegen zeigen, dass die therapeutische Intervention nicht zu einer Frustration der Grundbedürfnisse führte.

Zwischengeschaltet wurde das Thema Verlieren lernen von der Th. in Form eines Videos von Fabian Grolimund auf (s. Serie Selbstbewusstsein stärken: Verlieren lässt sich lernen) aufgegriffen. An der gemeinsamen punktuellen Arbeit an einem Bilderbuch über ein Pony wurde im Verlauf deutlich, dass C. flexibler auf Inputs der Th. reagierte und auch besser mit Begrenzungen der Th. (z.B. Zeichnen) umgehen konnte. (FB 57, S. 12)

Auf ihre Fähigkeit angesprochen, eigene Schwächen wie etwa verlieren gerne zu vergessen, konnte sie etwas lachen. In der nächsten Sitzung brachte sie mehrere «Schwächen» mit und äusserte, dass sie dazu nur schwer Zugang habe. Anhand Bildvorlagen zu Stärken und Schwächen konnte sie auch Angst als eine Schwäche benennen. C. konnte sich auf die Psychoedukation mittels «Kirsten Boie erzählt vom Angsthaben» nun entgegen anfänglichen Sitzungen einlassen. (FB 57, S. 14)

Die Beziehungs- und Vertrauensgestaltung zu S. und den Ke scheint in diesem Fall von essenzieller Bedeutung gewesen zu sein. Dadurch konnten die Ke ihre Erziehung kritisch betrachten und Inputs von der Ref. Annehmen. (FB 16, S. 14)

Es könnte sein, dass in der Frage nach dem Umgang mit Grundbedürfnissen in der therapeutischen Beziehung, die aktuell von Patienten und Patientinnen erlebte Beziehungsqualität eine Moderatorvariable darstellt für den Zusammenhang einer Intervention und der Wirkung dieser auf die Grundbedürfnisse von Patienten und Patientinnen. Verantwortlich dafür, wie eine bestimmte Intervention wirkt, könnte somit die aktuell erlebte Beziehungsqualität sein. Fühlen sich Patienten und Patientinnen der therapierenden Person gegenüber sicher gebunden und vertrauen dieser, kann eine Intervention wie beispielsweise von der therapierenden Person induzierte Problemaktualisierung zwar durchaus als Konfrontation empfunden werden, führt jedoch nicht zu einer Verletzung der Grundbedürfnisse und dementsprechendem Vermeidungsverhalten. Innerhalb einer guten Beziehung ermöglicht diese konfrontierende Intervention kritisches Hinterfragen der eigenen Person und somit ebenfalls Lernverhalten. Fühlen sich Patienten und Patientinnen der therapierenden Person gegenüber hingegen nicht

sicher gebunden und vertrauen dieser nicht, kann eine Intervention als Frustration von Grundbedürfnissen empfunden werden, Vermeidungsschemata auslösen und schliesslich gar eine Distanzierung aus der therapeutischen Beziehung zur Folge haben. Je nach Thema der Intervention hat es vermutlich auch noch einen Einfluss, welche Vermeidungs- bzw. Annäherungsschemata Patienten und Patientinnen und deren Bezugspersonen bezüglich des Themas bereits in sich tragen. Grösstenteils kann jedoch vermutet werden, dass als Beispiel zu frühe Problemaktualisierung bei noch nicht sicherer Beziehung zu Vermeidungsverhalten führt, da mit ihr eine Frustration des Grundbedürfnisses nach Kontrolle einhergehen kann. Wie in anderen wichtigen Beziehungen, geht Caspar (2007) davon aus, dass auch in der therapeutischen Beziehung Erfahrungen angestrebt werden, welche entsprechend zur Befriedigung von Grundbedürfnissen führen im Sinne von Annäherungszielen oder diese nicht verletzen im Sinne von Vermeidungszielen. Die Hypothese könnte auch in die andere Richtung formuliert werden: „Je nachdem, wie eine potenziell frustrierende Intervention der therapierenden Person von Patienten oder Patientinnen erlebt wird, zeigt dies deren aktuelles Empfinden der therapeutischen Beziehung auf.“ Daraus könnte schlussfolgert werden:

Zuerst muss eine vertrauensvolle, sichere Beziehung aufgebaut werden anhand einer komplementären bedürfniserfüllenden Beziehungsgestaltung der therapierenden Person, wie dies Stucki und Grawe (2007) im Berner Konzept der Bedürfnis- und Motivorientierten Beziehungsgestaltung beschreiben. Dies entspricht dem Prozessstrang im dualen Modell nach Schulte und Eifert (2002). Mit der Basis einer vertrauensvollen Beziehung sind konfrontierende Interventionen möglich, ohne dass sie als Frustration der Grundbedürfnisse erlebt werden. Durch die bedürfniserfüllende Therapiebeziehung wird Energie freigesetzt, welche folglich für die Problembearbeitung der eigentlichen Therapieziele genutzt werden kann. Dies verdeutlicht den sogenannten Methodenstrang gemäss Stucki und Grawe (2007). Oder wie auch König (2018) den Vergleich macht, dass Therapierende sich Patienten und Patientinnen, sowie deren Bezugspersonen wie Eltern dem Kind gegenüber als Bindungsperson zu verhalten hat. Kann die Familie zur therapierenden Person eine sichere Bindung erleben, so stellt dies die Grundlage für die Explorationsbereitschaft dar. Diese ermöglicht wiederum korrektive Lernerfahrungen. Das Ergebnis erscheint passend zur beschriebenen Literatur von Najavits und Strupp (1994), welche besagte, dass erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapierende sich vielmehr durch ihr Beziehungsverhalten als durch ihre spezifische Technik unterscheiden. Wie Schär und Steinebach (2015) diesbezüglich beschreiben, gelangt jeder Mensch mit unterschiedlich aktivierten

Grundbedürfnissen in die Therapie, und je nach Zeitpunkt im Therapieprozess verändern sich diese auch wieder. Somit müssen Therapierende stets feinfühlig erarbeiten, welche Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Erfolgreiche Therapien sind gemäss Lammers und Schneider (2009) gekennzeichnet durch eine hohe Flexibilität in der Beziehungsgestaltung der therapierenden Person.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch die Berner Therapievergleichsstudie von Grawe, Caspar und Ambühl (1990). In dieser wurden vier verschiedene Therapierichtungen miteinander verglichen. Zwei klassische Formen beinhalteten eine Gesprächstherapie und eine reine Verhaltenstherapie. Daneben wurden zwei verhaltenstherapeutische Psychotherapien (Einzel- und Gruppensetting) mit interaktionellem Schwerpunkt (IVT) untersucht. In der IVT wurden die Therapierenden in der Plananalyse nach Caspar (1989) geschult und angeleitet, sich den wichtigsten Motiven der Patienten und Patientinnen entsprechend komplementär zu verhalten. Es zeigte sich, dass die Patienten und Patientinnen der IVT im Gegensatz zu den anderen beiden Therapierichtungen zufriedener waren mit der Problemsicht und dem Vorgehen der Therapierenden und diese zudem sympathischer fanden und sich aufgehobener fühlten. Auch beurteilten sie den Umgang der Therapierenden mit ihren Gefühlen als angemessener. Die Therapierenden der IVT im Vergleich zu den Therapierenden aus den anderen beiden Richtungen empfanden die Patienten und Patientinnen umgekehrt als motivierter, engagierter, kooperativer und interaktionell weniger schwierig. Sowohl die Patienten und Patientinnen als auch die Therapierenden der IVT erlebten die Beziehung besser als jene aus den beiden Vergleichsgruppen. Externe Rater und Raterinnen beurteilten die Therapierenden der IVT als kompetenter, engagierter und aktiver als jene der klassischen Gesprächstherapie und Verhaltenstherapie. Zudem wurden die Therapierenden der IVT als flexibler in ihrem Beziehungsverhalten beurteilt.

Mit dem Ziel von möglichst erfolgreicher Kinder- und Jugendpsychotherapie kann somit abschliessend aus den Ergebnissen sowie zitierter Literatur zusammengefasst werden, dass der Fokus der Therapie vermehrt daraufgesetzt werden sollte, Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie derer Bezugspersonen zu erfüllen und eine Frustration dieser zu verhindern. Insbesondere das Grundbedürfnis nach Bindung der Bezugspersonen sollte wo möglich nicht frustriert werden. Zwei Pfade, welche dabei grosse Beachtung erhalten sollten, ist einerseits die Ressourcenaktivierung und andererseits die komplementäre Beziehungsgestaltung sowohl zu den Kindern und Jugendlichen als auch zu den Bezugspersonen. Wie bereits anfangs der Arbeit beschrieben, bezeichnet Grawe (2004)

unsichere Bindungen im Kindesalter als grössten Risikofaktor für die Entwicklung später auftretender psychischer Störungen. Leicht pointiert könnte an dieser Stelle formuliert werden, dass eine unsichere Bindung in der Therapie zum Kind oder Jugendlichen, aber vor allem auch zu dessen Bezugspersonen einhergehend mit einer hohen Frustration des Grundbedürfnisses Bindung den grössten Risikofaktor für den Erfolg einer Therapie darstellt.

4.5 Methodenkritik

Als Datengrundlage der vorliegenden Masterarbeit wurden Fallberichte von angehenden Therapeutinnen aus dem MAS Kinder- und Jugendpsychotherapie verwendet. Mit diesem Material konnten bereits anregende Ergebnisse für weiterführende Forschungsgebiete erarbeitet werden. Als Datenmaterial Fallberichte zu verwenden, beinhaltet die Einschränkung einer einseitig reflektiven Beschreibung der Therapie aus Sicht der Therapeutin. Es wäre wichtig in zukünftiger Forschung direkt die Patienten und Patientinnen und deren Bezugspersonen zu interessierenden Variablen, wie der erlebten Beziehungsqualität und dem Erleben des Umgangs mit Grundbedürfnissen, zu befragen. Weiter zeigte sich in der Vergleichbarkeit der Fallberichte die Schwierigkeit, dass trotz einem vorgegebenen Grundraster zur Erstellung der Berichte, diese sich dennoch stark in Länge, Tiefe und Art der inhaltlichen Beschreibung eines Falles unterschieden. Insbesondere im Versuch den Erfolg der Therapie zu beurteilen, ergaben sich teils Schwierigkeiten, da nicht alle Fallberichte, die, von den Kodiererinnen nachfolgend festgelegten Kriterien zur Definierung des Erfolgs wie beispielsweise «Funktionalität im Alltag» überhaupt im Bericht erwähnten. Auch an dieser Stelle wäre es sehr wichtig und spannend zukünftig die Therapierenden, als auch die Patienten und Patientinnen, sowie deren Bezugspersonen den Erfolg der Therapie einschätzen zu lassen.

Die Unterschiedlichkeit der Fallberichte zeigte sich auch darin, dass nicht alle Fallberichte als fixer Bestandteil das von Schär und Steinebach (2015) aufbauend auf Grawe (2004) erstellte Grundbedürfnis- Frustrationsmodell (ersichtlich in Anhang D) als Therapietool zur Therapieplanung beinhalteten. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Fallberichte aus verschiedenen vorangegangenen Jahren der Weiterbildung miteinbezogen wurden und zu Beginn der Weiterbildung noch nicht mit diesem Modell gearbeitet wurde. Es kann daher vermutet werden, dass nicht alle Therapeutinnen den Umgang mit den Grundbedürfnissen gleich bewusst im Fokus hielten und in die Beziehungsgestaltung und

den Therapieprozess miteinbezogen. Um dem entgegen zu halten, wurden im Kodierprozess bewusst auch Textstellen miteinbezogen, in denen keine explizite Thematisierung auf Ebene Grundbedürfnisse durch die Therapeutin beschrieben wurde, sondern stärker implizit von der Kodiererin eine Erfüllung oder Frustration vermutet wurde. Es wäre wichtig bei weiteren Untersuchungen die Therapierenden gleichermaßen zu instruieren, um allfällige Verzerrungen und Störvariablen für die Interpretation der Ergebnisse zu minimieren.

Das Kodieren von implizit erkennbarer Grundbedürfnisfrustration verdeutlicht eine weitere Schwierigkeit der Differenzierung des Kodierens, die wichtig zu erwähnen scheint. Ein gezeigtes und somit als Frustration kodiertes Vermeidungsverhalten von Patienten und Patientinnen muss nicht in jedem Fall heissen, dass die therapierende Person tatsächlich Grundbedürfnisse frustriert hat. Es kann auch einfach bedeuten, dass Patienten und Patientinnen mit einem bereits stark aktivierten und ausgeprägten Vermeidungsmodus in die Therapie gelangten und in diesem feststecken blieben. Diese interaktionell schwierigeren Patienten und Patientinnen stellen eine besondere Herausforderung für die komplementäre Beziehungsgestaltung dar, worauf in den Implikationen für die Praxis nochmals vertiefter eingegangen wird.

Die gewählte Methode der evaluativen qualitativen Inhaltsanalyse erfordert, wie dies die letzten Abschnitte verdeutlichen, eine hohe Interpretationskompetenz der kodierenden Person. Gemäss Kuckartz (2018) wäre eine Einschätzung des Datenmaterials von mehreren Ratern und Raterinnen mit dem Ziel hoher Interraterreliabilität anstrebenswert.

Abschliessend kann gesagt werden, dass sich durch die evaluative Inhaltsanalyse auf Basis wenig bestehender Forschung zur Wirksamkeit in Kinder- und Jugendpsychotherapie, insbesondere zu Grundbedürfnissen in der therapeutischen Beziehung auf explorative Art, spannende mögliche Zusammenhänge zeigten. Diese Zusammenhänge geben wichtige Implikationen, welche mit weniger interpretativen Verfahren weiter erforscht und vertieft werden sollten.

Folgend möchten einige dieser möglichen weiterführenden Implikationen aufgezeigt werden.

4.6 Zukünftige Forschung

Die Autorin findet es wichtig, den Einbezug und die Beachtung der Grundbedürfnisse der Bezugspersonen in zukünftiger Forschung zur Kinder- und Jugendpsychotherapie zu betonen. Dies erscheint in Betrachtung des Alters nicht nur bei Kindern, sondern auch bei

Jugendlichen essenziell. Im Jugendalter geschieht der Prozess der Ablösung in der Beziehung zu den wichtigen Bezugspersonen, und gerade dadurch betonten Simon und Stierlin (1984), erhalten diese Beziehungen eine hohe Bedeutung. Es wäre in diesem Zusammenhang wünschenswert, dass in der Erforschung der Grundbedürfnisse und insbesondere in jenem nach Bindung eine Verbindung auch mit anderen Wissenschaftstraditionen, wie der Bindungsforschung erfolgen würde, so auch König (2018).

In weiterführender Forschung wäre es grundsätzlich gemäss Borg-Laufs und Spancken (2010) wichtig zu untersuchen, inwiefern sich die Grundbedürfnisbefriedigung in erfolgreichen Therapien auch tatsächlich verbessert. Bezogen auf das Ergebnis des am häufigsten erfüllten Grundbedürfnis Selbstwert von Kinder und Jugendlichen in erfolgreichen Therapien, wäre es spannend zu untersuchen, inwiefern sich mehr und weniger erfolgreiche Therapien in der Form der Ressourcenaktivierung nach Grawe (2004) unterscheiden.

In zukünftiger Forschung wäre es gemäss Borg-Laufs und Spancken (2010) weiter wichtig, differenzierte Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen psychischen Störungen und dem Status der Befriedigung der Grundbedürfnisse zu untersuchen. Es stellt sich die Frage, ob sich bei bestimmten Störungsbildern eine ähnliche Verteilung von aktivierten Grundbedürfnissen, Motiven und Schemata finden lassen würde.

Wie bereits Schofield (1964) beschrieb, können nicht nur Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen, sondern auch persönliche Bedürfnisse der Therapierenden in einer Beziehung auf den Erfolg der Therapie einen Einfluss nehmen. In den untersuchten Fallberichten im Kapitel Reflexion des Prozesses wurde ersichtlich, dass auch auf Seite der Therapeutinnen Grundbedürfnisse aktiviert waren. Es wurde beispielsweise spürbar, dass Therapeutinnen sich als inkompetent wahrgenommen haben und somit im Grundbedürfnis Selbstwert frustriert waren, wie folgendes Beispiel aufzeigt: «Die letzte Therapiephase war insbesondere für mich als Therapeutin mit grossen Fragen und Unsicherheiten verbunden (welche Fehler hätte ich vermeiden können? Wie hätte ich es schaffen können, dass es zu einem anderen Verlauf gekommen wäre?).» (FB 82, S. 18)

Es wäre spannend, auch die aktivierten Grundbedürfnisse der Therapierenden und das Ausmass an Erfüllung und Frustration, sowie die motivationalen Schemata, also Annäherungs- und Vermeidungsziele dieser zu erfassen und in Zusammenhang mit dem Erfolg einer Therapie zu setzen. In einer Studie von Stucki (2004) konnte bereits ein

Zusammenhang zwischen Annäherungs- und Vermeidungsmotiven der Therapierenden und des intuitiven Reagierens auf und Wahrnehmungen von Patienten und Patientinnen gefunden werden. Es zeigte sich, dass wenn bei Therapierenden die eigenen Vermeidungsmotive dominierten, solche auch stärker bei Patienten und Patientinnen wahrgenommen wurden. So werden generell dieselben Motive stärker bei Patienten und Patientinnen gesehen, welche auch bei der therapierenden Person stärker ausgeprägt sind (Stucki, 2004). Dieses Ergebnis verdeutlicht den Zusammenhang von aktivierten Grundbedürfnissen der Therapierenden und Patienten und Patientinnen und betont zudem die Wichtigkeit, das Zusammenspiel der jeweiligen Motive und Schemata der beiden Personengruppen genauer zu untersuchen.

An dieser Stelle möchte nochmals Bezug genommen werden, zur am Anfang der Arbeit erwähnten Diskussion in der Frage nach Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Caspar, Grossmann, Unmüßig und Schramm (2005) stellen diesbezüglich die interessante Hypothese auf, dass bei Therapierenden, welche die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung in der Frage nach Wirkfaktoren der Psychotherapie mehrheitlich ausblenden, es sich möglicherweise um ein persönlich motiviertes Vermeidungsverhalten handelt.

4.7 Implikationen für die Praxis

Wie bereits Borg-Laufs und Spancken (2010) aufzeigten, sollte die empirisch orientierte Kinder- und Jugendpsychotherapie die Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse stärker beachten. Caspar et al. (2005) beschrieben, dass es Therapierenden schwerer fällt zu feindselig-dominanten Patienten und Patientinnen eine gute Beziehung aufzubauen als zu freundlich-submissiven, und dies zudem mit einer schlechteren Erfolgsprognose zusammenhängt. Gerade die erstgenannten Patienten und Patientinnen sind jedoch jene, die oft Mühe haben Fortschritte in der Therapie zu erreichen. Die komplementäre Beziehungsgestaltung grundsätzlich und insbesondere in der Anwendung mit interaktionell herausfordernden Patienten und Patientinnen sollte somit als wichtiges Thema immer wieder besprochen und Kompetenzen dafür trainiert werden, sowohl in Therapieweiterbildungen als auch in der nachfolgenden Laufbahn in der Supervision. Auch die Studie von Stucki (2004) betont, dass generell diejenigen Motive stärker bei Patienten und Patientinnen gesehen werden, welche auch bei der therapierenden Person stärker ausgeprägt sind. Somit nimmt eine therapierende Person Vermeidungsmotive bei Patienten und Patientinnen stärker wahr, wenn diese bei sich selbst dominieren. Gerade auch dadurch, dass sich dieses Ergebnis unabhängig des Erfahrungsstandes der therapierenden Person findet, zeigt die Wichtigkeit

auf, sich der eigenen Motive und Schemata im Zusammenhang mit Grundbedürfnissen stets möglichst bewusst zu sein und diese zu reflektieren.

Zur Verbesserung der komplementären Beziehungsgestaltung empfiehlt Stucki (2004) die anfängliche Diagnostik der Motive der Patienten und Patientinnen. Eine Möglichkeit in der direkten Patienten- und Patientinnenbefragung stellt dafür der FAMOS - Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) dar. In der Erschliessung durch die therapierende Person kann einerseits die eigene intuitive Reaktion genutzt werden und zusätzlich mit der Plananalyse (Caspar, 1989) gearbeitet werden. Ein weiteres Instrument welches in der Untersuchung von Borg-Laufs und Spancken (2010) verwendet wurde, sind die *GBKJ-Skalen* (Borg-Laufs, 2011). Es werden 14 bipolare Skalen verwendet, welche die Kernbereiche der psychischen Grundbedürfnisse bei Kindern und Jugendlichen darstellen. Diese eignen sich einerseits für die Beurteilung des Schweregrades von Problemen, und geben zudem Impulse zur Therapieplanung. Es liegen drei Formen von Fragebogen zu den GBKJ-Skalen vor. Der Fremdbeurteilungsbogen für die Eltern (GBKJ-FB-E), der Selbstbeurteilungsbogen Jugendliche ab 12 Jahren (GBKJ-FB_J), sowie der Fremdbeurteilungsbogen für Therapierende (GBKJ-FB-T).

Ein weiteres wichtiges Thema im Umgang mit Grundbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen in der Therapie wäre die Grundbedürfnisbefriedigung durch enge Bezugspersonen zu thematisieren und fördern. Eine belastbare Bindung stellt gemäss Klemenz (2012) eine wichtige potenzielle Metaressource dar. Gemeinsam mit den Eltern könnten Verhaltensmuster der Kinder analysiert werden, insbesondere wie die Kinder und Jugendlichen mit Belastungssituationen umgehen und welche Unterstützung die Eltern ihnen darin geben können (König, 2018). Anhand Videoanalysen könnte die Wahrnehmung der Eltern für die Grundbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen geschärft werden, und gleichzeitig könnten die Eltern dadurch in ihren eigenen Bedürfnissen nach Bindung, Kontrolle, Autonomie und Selbstwert gestärkt werden. Insgesamt liesse sich somit die Feinfühligkeit der Eltern verbessern und das Bewusstsein für die förderliche Wirkung von komplementären Verhaltensweisen gegenüber den Kindern und Jugendlichen erhöhen (König, 2018). Somit könnte eine schlussendlich bessere Grundbedürfnisbefriedigung der Kinder und Jugendlichen erreicht werden, indem den Eltern das Konzept im Umgang mit den Kindern erklärt wird, nach welchem man sich als therapierende Person selber in der Beziehung sowohl zu den Eltern als auch zu dem Kind verhält (König, 2018).

In der Frage nach der Wirkweise von Kinder- und Jugendpsychotherapie, möchte somit das Schlussfazit gezogen werden, dass dem flexiblen Beziehungsverhalten der Therapierenden und einem bewussten reflektierten Umgang mit den Grundbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen und deren Bezugspersonen eine hohe Bedeutung zugeschrieben werden kann. Es erscheint wichtig, das Thema Grundbedürfnisse im Zusammenhang mit der Wirksamkeit von Kinder- und Jugendpsychotherapie weiter zu erforschen.

Literatur

- Adler, A. (1907). *Studie über die Minderwertigkeit von Organen*. Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- Adler, A. (1920). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer*. München: Bergmann.
- Berk, L. E. (2011). *Entwicklungspsychologie* (5. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Borg-Laufs, M. (2002). Verhaltenstherapie mit aggressiven Jugendlichen. Ableitungen aus der Entwicklungspsychopathologie. In Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (Hrsg.), *Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust. Identitätsarbeit in der Psychotherapie mit Jugendlichen* (S. 107–131). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Borg-Laufs, M. (2011). *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ). Manual für die Therapieplanung* (2. Aufl.). Tübingen: DGVT.
- Borg-Laufs, M. (2012). Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Weg und Ziel der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 22(1), 6–21.
- Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (2010). Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Ziel psychosozialer Arbeit. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 7–22). Tübingen: DGVT.
- Borg-Laufs, M. & Spancken, A. (2010). Psychische Grundbedürfnisse bei gesunden und bei kranken Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In M.

- Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 23–38). Tübingen: DGVT.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Brown, J. D. (1993). Motivational conflict and the self: The double-bind of low self-esteem. In R.F. Baumeister (Hrsg.), *Plenum series in social/clinical psychology. Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (S. 117–130). New York: Plenum Press.
https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9_6
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüssig, C. & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research, 15*, 91–102.
<https://doi.org/10.1080/10503300512331327074>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2004). *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Hrsg.), *Handbook of personality: Theory and research* (S. 165–192). New York: Guilford.
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M. & Willutzki, U. (2009). Working with the patient's strengths - A microprocess approach. *Psychotherapy Research, 19*, 213–223.
<https://doi.org/10.1080/10503300902755300>
- Freud, S. (1904). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Frankfurt am Main: Fischer.

- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Beziehung. In J. Margraf & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215–245). München: Röttger.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). Eine konsistenztheoretische Interpretation des dualen Therapiemodells. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 281–305). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. R. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 338–361.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73. <https://doi.org/10.1007/s002780050149>
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). *FAMOS. Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata*. Göttingen: Hogrefe.
- Klemenz, B. (2012). *Ressourcenorientierte Erziehung. Ein grundbedürfnisorientiertes und neurobiologisch gestütztes Erziehungsmodell* (2.Aufl.). Tübingen: DGVT.
- Klemenz, B. (2015). Grundbedürfnisorientiertes Erstgespräch. In M. Schär & C. Steinebach (Hrsg.), *Resilienzfördernde Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Grundbedürfnisse erkennen und erfüllen* (S. 202–211). Weinheim: Beltz.
- König, L. (2018). *Bindung in Therapie und Beratung: Ein ressourcenorientierter Ansatz für die Arbeit mit Kindern*. Weinheim: Beltz.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl.). New York: Wiley.
- Lammers, C. H. & Schneider, W. (2009). Die therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 54, 469–485. <https://doi.org/10.1007/s00278-009-0701-7>
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Miller, G. H., Galanter, E. & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the Structure of Behavior*. New York: Holt.
- Najavits, L. M. & Strupp, H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114–123. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.1.114>
- Norcross, J. C. (Hrsg.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: University Press.
- Pfammatter, M. Junghan, U. M., Tschacher, W. (2012), Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 17, 17–31.
- Rogers, C. R. (1980). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 185–237). Mainz: Grünewald.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>

- Schaffert, S. (2019). *Förderung der Eigenmotivation bei Kindern und Jugendlichen mit autistischen Zügen* (Unveröffentlichte Masterarbeit). IAP Institut für Angewandte Psychologie, Zürich.
- Schär, M. & Steinebach, C. (2015). Überblick: Grundbedürfnisse bei Kindern, Jugendlichen und Familien. In M. Schär & C. Steinebach (Hrsg.), *Resilienzfördernde Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Grundbedürfnisse erkennen und erfüllen* (S. 16–42). Weinheim: Beltz.
- Schofield, W. (1964). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Schulte, D. & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical psychology: Science and practice*, 9, 312–328.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.312>
- Simon, F. B. & Stierlin, H. (1984). *Die Sprache der Familientherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stucki, C. (2004). *Die Therapiebeziehung differentiell gestalten. Intuitive Reaktionen, Patientenwahrnehmung und Beziehungsverhalten von Therapeuten in der Psychotherapie* (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Bern.
- Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Psychotherapeut*, 52, 16–23. <https://doi.org/10.1007/s00278-006-0507-9>
- Van der Linden, J. (2010). Traumata bei Frauen durch sexuellen Missbrauch in der Kindheit - Ressourcenorientierte Beratung. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 197–243). Tübingen: DGVT.

Wagner, E. (2010). Zur Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse bei aggressiven Jugendlichen. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 39–58). Tübingen: DGVT.

Anhang

Der nachfolgende Anhang besteht aus mehreren einzelnen Anhängen mit Abbildungen. In Anhang A wird das Kodiersystem zur Einschätzung des Therapieerfolgs abgebildet. Anhang B enthält das Kodiersystem zur Erfassung der Grundbedürfnisse, wobei jedes der vier Grundbedürfnisse als eigene Abbildung dargestellt wird. In Anhang C wird die gesamte Auswertung der Häufigkeitsverteilungen abgebildet und in Anhang D findet sich schlussendlich noch eine Abbildung des Grundbedürfnis- Frustrationsmodells nach Schär und Steinebach (2015).

Anhang A

Kodiersystem zur Einschätzung des Therapieerfolgs

Ausgangslage vs. Ergebnis (Veränderungswert einschätzen)

1.Symptomebene:

1a) Wohlbefinden/Leidensdruck: Wie stark ist das Wohlbefinden der betroffenen Person und System beeinträchtigt?

1b) Symptome: Wie stark ausgeprägt sind die Symptome?

(1=gar nicht/2=eher wenig/3=mittel/4=eher stark/5=stark; nicht beurteilbar=9)

(→Durchschnitt der Symptomebene, Vorzeichen wechseln im gemeinsamen Dokument der Durchschnitte)

Auch noch zu erfassen von jedem Rater aber nicht in den Durchschnitt der Symptomebene miteinrechnen:

1e) Externalisierende Störung: Wie viele externalisierende Symptome sind vorhanden? (Bspw. Depression, Angst, soziale Phobie)

1f) Internalisierende Störung: Wie viele internalisierende Symptome sind vorhanden? (Bspw. Aggression, oppositionell)

(1=keine/2=eher wenig/3=mittel/4=eher viele/5=viele; nicht beurteilbar=9)

2. Motivationsebene

2a) Motivation Individuum: Wie hoch ist die Therapiemotivation/ Veränderungsmotivation der betroffenen Person?

2b) Motivation System: Wie hoch ist die Therapiemotivation/ Veränderungsmotivation ihrer Bezugsperson/ Eltern?

(1= nicht vorhanden/2=eher tief/3=mittel/4=eher hoch/5=hoch; nicht beurteilbar=9)

3.Funktionalität im Alltag

3a) Familie: Ist mindestens eine tragfähige Beziehung innerhalb des Familiensystems vorhanden?

3b) Peers: Sind soziale Kontakte ausserhalb der Familie vorhanden (Beziehung zu Gleichaltrigen)?

(1=nicht vorhanden/2=kaum vorhanden, nicht tragfähig/3=vorhanden aber nicht tragfähig /4=vorhanden und mehr oder weniger tragfähig/5=vorhanden und tragfähig)

3b)Alltagsleben: Wie aktiv nimmt die betroffene Person am Alltag teil? (Stärke der Beeinträchtigung miteinbeziehen, im Alltag, Schule, Arbeit, Bspw. wenn Kind in die Schule geht aber dort sehr passiv ist=3)

3c)Freizeitleben: Ist die Person in der Lage sich aktiv an Freizeitaktivitäten zu beteiligen? (Hobbies) (Freunde treffen auch als Hobby raten) Wird explizit erwähnt dass etwas Gutes für das Kind gefunden wird innerhalb der Therapie? Neue Hobbies?

(1=überhaupt nicht/ eher wenig/mittel/eher stark/stark, nicht beurteilbar=9)

Grundbedürfnisse als Wegweiser in der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Anhang B

Kodiersystem zur Erfassung der Grundbedürfnisse

Ausprägung Ebene K/J	Ausprägung Ebene BZP	Definition	Beispiele Ebene K/J	Beispiele Ebene BZP
Erfüllung des Grundbedürfnis des K/J	Erfüllung des Grundbedürfnisses der BZP	<ul style="list-style-type: none"> -Th.(Therapeut/Therapeutin) bietet Vertrauen, Trost, Sicherheit, Nähe oder Pat.(Patient/Patientin) sucht dieses und Th. Erfüllt es -es geschieht eine emotionale Öffnung seitens Pat. -Th. Ist verlässlich, interessiert, wertschätzend, verständnisvoll -Th. gestaltet Beziehung komplementär -Th gibt dem Pat. das Gefühl nicht alleine zu sein -Th. Betont, dass man gemeinsam an Problemen arbeitet -Th. Vermittelt dem Pat. dass seine Nöte und Anliegen gut aufgehoben sind beim Th. -Selbstoffenbarung des Th. -Pat. möchte Th. ins Spiel miteinbeziehen -Th. mag Patient -Pat. öffnet sich emotional →Annäherungsmodus (lässt sich bspw. gerne auf Beziehungen ein) 	Z. begrüsst mich mit den Worten: «Ich bin so glücklich, dass ich hier sein darf». Sofort macht er sich dann an die Weiterarbeit Sätze ergänzen und arbeitet das Blatt fertig.»	«Die vielen Extraeinladungen schienen zum Erleben von positiven Beziehungssignalen und auch zur Stärkung des Selbstwerts schienen soweit beigetragen zu haben, dass sie jeweils den nächsten Termin Wahrnahmen.»
Verletzung des Grundbedürfnis des K/J	Verletzung des Grundbedürfnisses der BZP	<ul style="list-style-type: none"> -Th. Lässt Pat. alleine, vergisst Sitzungen, kommt zu spät -Th. Kann sich nicht mehr an wichtige Gegebenheiten erinnern -Th. gibt dem Pat. das Gefühl einer von vielen zu sein -Th. kritisiert und wertet ab -Th. ist abgelenkt -Th. reagiert auf persönliche Fragen des Pat. abwehrend -Pat. hat Misstrauen gegenüber Th. -Pat zieht sich zurück, lügt -Th. reagiert nicht einfühlsam -Pat. fühlt sich unverstanden -Th. reagiert verzögert oder inkonsistent auf Signale -Th. Ist nicht verlässlich -Pat. hält sich nicht an Abmachungen -Pat. weicht einem Thema aus →Vermeidungsmodus (vermeidet Beziehungen) 	«Am Ende der Intervention als es in Richtung stationärer Aufenthalt ging, hatte ich den Eindruck, S zu verlieren und mich nicht mehr für sie einsetzen zu können. Ich hatte den Eindruck, sie hätte sich von mir gewünscht, dass ich Stellung für ihre Seite beziehe und mich für sie einsetze. Über den Therapeutenwechsel schien sie sich zu freuen.»	«Da ich weiss, dass die Km nach der Geburt von E in psychiatrischer Behandlung war, greife ich die Frage einer erneuten Behandlung auf. Die Km weist dies weit von sich, auch eine Therapie könne ihre Mutter nicht zurück bringen.»
nicht definierbar	nicht definierbar	-gleichzeitig erfüllend und frustrierend, nicht klar klassifizierbar, jedoch thematisch erwähnt	«Ich erlebte M. mir gegenüber als schwankend zwischen Bindungsannäherung und Bindungsvermeidung: Teils war M. misstrauisch, teils interessiert, teils wirkte sie zurückhaltend, teils selbstbewusst im Kontakt.»	«Auf dem Telefon-beantworter sagt sie, sie werde sich wieder melden. Als ich nichts höre, rufe ich sie an. Es geht ihr nicht gut, sie hatte einen Arbeitsunfall und ist wegen Rückenschmerzen krankgeschrieben. Sie möchte aber weiterhin mit E. zu mir kommen. Wir vereinbaren, dass sie sich nach den Sommerferien wieder meldet. Als ich nach den Ferien nichts höre, versuche ich zunächst telefonisch die Km zu erreichen, da sie sich auf meine Nachrichten auf der Combox nicht meldet, schreibe ich ihr einen kurzen Brief mit der Bitte um einen kurzen Kontakt. Die Km meldet sich jedoch nicht mehr.»

Abbildung B1. Bindung/ Zugehörigkeit

Grundbedürfnisse als Wegweiser in der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Ausprägung Ebene K/J	Ausprägung Ebene BZP	Definition	Beispiele Ebene K/J	Beispiele Ebene BZP
Erfüllung des Grundbedürfnis des K/J	Erfüllung des Grundbedürfnis es der BZP	<ul style="list-style-type: none"> -Th. bezieht Pat. mit ein bei Entscheidungen, stellt diesem Wahlmöglichkeiten bereit -Th. lässt Pat. bestimmen was passiert, -Th. erfragt aktiv, Bereitschaft für bestimmtes Vorgehen beim Pat. -Th. geht auf Anregungen, Vorschläge und Initiative des Pat. ein -Th. gestaltet Vorgehen so dass Patient dabei gut mitmachen kann und weder über- noch unterfordert ist -Th. lässt Pat. spüren dass es um die Verwirklichung seiner Ziele geht -Th. gibt Struktur (Rituale, Formulieren was geschieht) -Th. ist transparent und authentisch -Th. klärt auf über Schweigepflicht -Th. klärt den Auftrag -Th. unterstützt Pat. Wünsche und Handlungen wichtiger BZP nachvollziehen zu können -Th. erarbeitet Erklärungsmodelle gemeinsam mit Pat. oder macht Psychoedukation -Th. erarbeitet Skills mit Pat. um diesen zu stärken in der Selbstkontrolle →Annäherungsmodus (übernimmt bspw. gerne Verantwortung) 	«In einem zweiten Schritt geht es um Psychoedukation zu Suizidalität (= keine überlegte Handlung) und Depression (Abwärtsspirale). Dabei geht es darum, M. eine gewisse Orientierung zu vermitteln und ein erstes sehr grobes Erklärungsmodell für die Kernsymptomatik zu erarbeiten.»	«Durch die Psychoedukation und die Arbeit mit der Life Line verstanden B. und die Ke besser wie die Symptome und Ängste von B. funktionierten und sie hatten eine gemeinsame Vorstellung wofür sie stehen könnten.»
Verletzung des Grundbedürfnis des K/J	Verletzung des Grundbedürfnis es der BZP	<ul style="list-style-type: none"> -Th. entscheidet selber -Th. gibt die Therapieziele vor -Th. drängt Pat. zu etwas -Th. blockt Eigeninitiative des Patienten ab -Th. lässt Pat.im unklaren was gerade geschieht -Th. drückt sich uneindeutig/ missverständlich aus -Th. fokussiert zu stark auf Problemaktivierung -Th. über-, unterfordert Pat. -Th. bestraft ungerecht -Th. zieht unklare, diffuse Grenze -Th. reagiert verzögert oder nicht auf Signale des Pat. (Kontrollüberzeugung) -Th. entscheidet Dinge über den Kopf des Pat. -Pat. fühlt sich ausgeliefert →Vermeidungsmodus (Vermeidet bspw. Verantwortung) 	«Sie zeigt sich genauso angepasst wie zuvor, gegen eine Problemaktualisierung schien sie sich zu weigern. Die gesamte Familie zeigte sich nicht stark therapiemotiviert und schien grossen Respekt vor Veränderungen zu haben.»	«Aufgrund der aktuellen Lage wünscht sich die Familie einen Aufbau von Elenas Selbstwertes. Sie können sich auf eine fortführende Therapie einlassen, wenn es hauptsächlich um Elenas Stärken gehe und weniger die vergangenen Vorkommnisse behandelt würden. »
nicht definierbar	nicht definierbar	-gleichzeitig erfüllend und frustrierend, nicht klar klassifizierbar, jedoch thematisch erwähnt	Im darauffolgenden Gespräch mit Saskia und dem Vater wurde von der Therapeutin vorgeschlagen, einen genauen Anwesenheitsplan für den Unterricht zu machen sowie die Anwesenheit von Saskia schrittweise aufzubauen. Es wurde vereinbart, dass Saskia grundsätzlich den ganzen Tag in der Schule bleiben soll und bei starken Schmerzen (gemäss Saskia) ins Krankenzimmer gehen darf. Der Vater war mit der Vorgehensweise sofort einverstanden, während Saskia zuerst sehr überrascht war. Sie fühlte sich von der Anwesenheitspflicht (Klassenzimmer oder Krankenzimmer) unter Druck gesetzt und hatte nicht mehr die Möglichkeit, nach Hause auszuweichen. Sie konnte dann jedoch im Gespräch formulieren, dass die genaue Abmachung sie vor der täglichen Entscheidung entlastete, ob sie nun in die Schule gehen sollte oder nicht.	-

Abbildung B2. Kontrolle/ Orientierung

Grundbedürfnisse als Wegweiser in der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Ausprägung Ebene K/J	Ausprägung Ebene BZP	Definition	Beispiele Ebene K/J	Beispiele Ebene BZP
Erfüllung des Grundbedürfnis des K/J	Erfüllung des Grundbedürfnisse s der BZP	<ul style="list-style-type: none"> -Pat. hat das Gefühl eigene Gedanken, Wünsche etc. haben zu dürfen -Th. bezieht Pat. mit ein -Th. gibt Pat. die höchst mögliche persönliche Kontrolle -Pat. hat beim Th. einen sicheren Rückzugsort darf sich jedoch frei fühlen -Pat. kann selber entscheiden -der Pat. ist Autor seiner Lebensgeschichte, seiner Ziele, er bestimmt -Pat. bestimmt das Tempo, die Themen und wozu er bereit ist -Th. ist nicht direktiv -Der Pat. darf mitbestimmen, ob und wann etwas geschieht in der Therapie (bspw. Einbezug Eltern, Setting) <p>→Annäherungsmodus</p>	«Beim dritten Abklärungstermin lasse ich E. ein freies Spiel wählen, er wendet sich der Puppenstube zu, entwickelt hier die Geschichte einer grossen Familie bei der nebst Mama, Papa und Kind (E) Tanten, Onkel und Cousins leben.»	«Nebst Suchen von Lösungen (z.B. C. teilbares Spielzeug aussuchen lassen) wurde der Km geraten zu reflektieren, welche Regeln sie gegenüber dem anderen Mädchen durchsetzen möchte.»
Verletzung des Grundbedürfnis des K/J	Verletzung des Grundbedürfnisse s der BZP	<ul style="list-style-type: none"> -Pat. hat das Gefühl keine eigenen Gedanken haben zu dürfen -symbiotische Beziehung oder unklare Grenzen in Th. -Th. entscheidet für den Pat. -Th. wird nicht miteinbezogen -Pat. erhält nur eine kleine persönliche Kontrolle -Th. verhält sich direktiv -Pat. fühlt sich nicht frei -Der Pat. darf nicht bestimmen ob und wann etwas geschieht in der Th. (bspw. Einbezug Eltern, Setting) <p>→Vermeidungsmodus</p>	«Das Thema Essen wurde von der Therapeutin im Spiel mit Handpuppen dahingehend aufgegriffen, als dass die Themen „für sich selbst zu Sorgen“, „gut zu kauen“ sowie nicht zu viel oder zu wenig zu essen im Vordergrund standen. Mathias konnte diese Angebote noch nicht akzeptieren.»	«Die Mutter erscheint rauschend zum Elterngespräch, stellt ihre Forderungen und Ansichten dar und verlässt genauso rauschend den Raum. Z. sein ein ruhiges Kind, das ungerecht behandelt werde. Er werde zu Unrecht des Lügens bezichtigt, werde falsch beschult und hier (in der HPS) krank gemacht. Sie werde ihn aus der Schule nehmen und in Serbien beschulen lassen. Dort könne er die Regelschule besuchen und lerne viel mehr.»
Nicht definierbar	nicht definierbar	-gleichzeitig erfüllend und frustrierend, nicht klar klassifizierbar, jedoch thematisch erwähnt	-	-

Abbildung B3. Autonomie/ Freiheit

Grundbedürfnisse als Wegweiser in der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Ausprägung Ebene K/J	Ausprägung Ebene BZP	Definition	Beispiele Ebene K/J	Beispiele Ebene BZP
Erfüllung des Grundbedürfnis des K/J	Erfüllung des Grundbedürfnisses der BZP	<ul style="list-style-type: none"> -Th. lässt Pat. sich selber als gut empfinden in Th. -Th betont Kompetenzen/ Stärken (aktiv) -Th lässt Patient seine Stärken spüren (passiv) -Th traut dem Pat. etwas zu -Th. springt Dinge an, die eine positive Bedeutung für den Pat. Haben -Th. lobt und macht Komplimente -Th. betont gesunde Anteile des Pat. -Th. attribuiert Erfolge auf Patientenfähigkeiten -Th. ermöglicht dem Pat. wohltuende Erfahrungen -Th. fördert die Selbstakzeptanz -Th ist interessiert, erachtet Pat. als wertvoll und wichtig -Pat. Fühlt sich akzeptiert und wertgeschätzt →Annäherungsmodus (bspw. versucht in Freizeit und Schule für ihn schwierige Aufgaben zu bewältigen) 	«Zum Abschluss beginnen wir mit der Stärkenhand. E ist zwar schon müde, legt sich für einen kurzen Moment auf den Teppich, danach ist er nochmals motiviert dabei, sagt, dass er gut zählen und turnen kann, ich ergänze nach seinem Spiel, dass er viele gute Ideen hat.»	«Durch das genaue Nachfragen zu dieser Situation wird die Erinnerung aktiviert, die Km sagt, es tue ihr gut, daran zurück zu denken.»
Verletzung des Grundbedürfnis des K/J	Verletzung des Grundbedürfnisses der BZP	<ul style="list-style-type: none"> -Th. Wertet Pat. ab, oder kritisiert ihn -Th. zeigt wenig Interesse für den Pat. -Th. ist unbeeindruckt, genervt vom Pat. -Th. stellt das das bisher erreichte als wenig hilfreich dar -Th. stellt kranke Anteile des Pat. in den Vordergrund -Th. attribuiert Misserfolge auf Patientendefizite -Pat. weicht einem Thema aus -Th. konfrontiert Pat. mit unangenehmem →Vermeidungsmodus (bspw. vermeidet für ihn/ sie schwierige Aufgaben in der Schule und Freizeit)) 	«Das Bauen nach Plan schien ihm jedenfalls mehr Spass zu machen. Hier wurde offensichtlich, wie schwer es Z. fällt, sich ein Ganzes vorzustellen, das Grundgerüst zu erstellen und anschliessend mit den Details auszumücken. Er wählte den umgekehrten Weg. Dadurch gelang es ihm bis zum Schluss nicht, das Gebäude des Zoos zusammen zu bauen. Die Stunde zu beenden fiel Z. schwer.»	«Gleich zu Beginn des nächsten (und letzten) Termins erzählt mir E., dass die Km nur einmal beim Legospielen dabei war. Die Km bestätigt, dass sie oft müde sei und wenig Zeit habe. Als ich E frage, wie es ihm geht, wenn die Mama keine Zeit hat, antwortet er „gut“, es gehe ihm sowieso immer gut.»
nicht definierbar	nicht definierbar	-gleichzeitig erfüllend und frustrierend, nicht klar klassifizierbar, jedoch thematisch erwähnt	«Darauf angesprochen, dass es den Eindruck mache, dass sobald eine Beziehung besser laufe, sich eine neue Schwierigkeit ergebe, bestätigte M., dass dies bei ihr immer so sei.»	«Das ressourcenorientierte Vorgehen hat bei der Km kurzfristig Freude und Lebendigkeit sowie den Wunsch nach mehr positiven Erlebnissen mit E. (und somit mehr Beziehung) geweckt. Aufgrund ihrer psychischen Verfassung sowie der grossen Belastung im Alltag war sie jedoch nicht in der Lage, auch nur kleine Schritte in den Alltag zu übertragen.»

Abbildung B4. Selbstakzeptanz/ Selbstwert

Anhang C

Gesamte Auswertung der Häufigkeitsverteilung

Erfolgreiche Therapie	Bindung/ Zugehörigkeit	Erfüllung	Kind/Jugendliche/r	43	
			BZP	34	
		84	Frustration	Kind/Jugendliche/r	3
				BZP	1
	Erfüllung total	3	Kind/Jugendliche/r	2	
			BZP	1	
	Kontrolle/ Orientierung	Erfüllung	Kind/Jugendliche/r	28	
			BZP	25	
		61	Frustration	Kind/Jugendliche/r	6
				BZP	1
	Erfüllung total	1	Kind/Jugendliche/r	1	
			BZP	0	
Autonomie/ Freiheit	Erfüllung	Kind/Jugendliche/r	41		
		BZP	5		
	50	Frustration	Kind/Jugendliche/r	4	
			BZP	0	
Frustration total K/J:	0	Kind/Jugendliche/r	0		
		BZP	0		
Selbstakzeptanz/ Selbstwert	Erfüllung	Kind/Jugendliche/r	50		
		BZP	15		
	72	Frustration	Kind/Jugendliche/r	5	
			BZP	1	
Frustration total:	1	Kind/Jugendliche/r	1		
		BZP	0		
Nicht erfolgreiche Therapie	Bindung/ Zugehörigkeit	Erfüllung	Kind/Jugendliche/r	43	
			BZP	11	
		139	Frustration	Kind/Jugendliche/r	30
				BZP	40
	Erfüllung total	15	Kind/Jugendliche/r	10	
			BZP	5	
	Kontrolle/ Orientierung	Erfüllung	Kind/Jugendliche/r	19	
			BZP	11	
		50	Frustration	Kind/Jugendliche/r	8
				BZP	11
	Erfüllung total	1	Kind/Jugendliche/r	1	
			BZP	0	
Autonomie/ Freiheit	Erfüllung	Kind/Jugendliche/r	22		
		BZP	1		
	37	Frustration	Kind/Jugendliche/r	9	
			BZP	5	
Frustration total K/J:	0	Kind/Jugendliche/r	0		
		BZP	0		
Selbstakzeptanz/ Selbstwert	Erfüllung	Kind/Jugendliche/r	27		
		BZP	7		
	47	Frustration	Kind/Jugendliche/r	5	
			BZP	5	
Frustration total:	3	Kind/Jugendliche/r	2		
		BZP	1		

Anhang D

Grundbedürfnis- Frustrationsmodell nach Schär und Steinebach (2015)

	Kindebene	Elternebene	Weitere Ebene
Verhalten:			
Kognitionen / Emotionen			
Umweltreaktionen			
Frustrierte Grundbedürfnisse			
Annäherungs- und Vermeidungsschemata (bestehend aus Annahmen und Bewältigungsstrategien)			
Innere und äussere Konflikte			

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: