

Kopie nur zum privaten Gebrauch

Der Selbstmanagement-Ansatz als grundlegendes Arbeitsmodell einer Erziehungsberatungsstelle

Dieter Schmelzer und Michael Trips

Der Selbstmanagement-Ansatz (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991) stellt mittlerweile ein international anerkanntes Konzept für Beratung und Therapie dar. In seinem Zentrum steht ein zielorientiertes, „funktional-systemisches“ Problemlösemodell, mit dessen Hilfe das – leider häufig nur als Floskel verwendete – Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ systematisch umgesetzt wird. Im vorliegenden Beitrag möchten wir zeigen, daß damit die Arbeit einer ambulanten „Erziehungsberatungsstelle“ adäquat organisiert werden kann. Wir beginnen zunächst mit der (1) Beschreibung des Arbeitsfelds „Erziehungsberatung“ (EB), um danach (2) das Selbstmanagement-Konzept in seiner Adaptation an dieses Gebiet sowie das (3) Vorgehen in der Praxis darzustellen.

aus:

Verhaltenstherapie Selbstregulation Selbstmanagement

Frederick H. Kanfer zum 70. Geburtstag

herausgegeben von

Hans S. Reinecker
und Dieter Schmelzer



Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle

1996 (S. 379–404)

1 Das Arbeitsfeld „Erziehungsberatung“

Erziehungs- und Familienberatungsstellen (analoge Bezeichnung: „Psychologische Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche“) sind in Deutschland dem Bereich „Jugendhilfe“ zuzuordnen. Entsprechend der Beschreibung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (BKfE) stehen sie „...allen Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen, Eltern und deren Familien offen, die im Erziehungsalltag auf Fragen, Schwierigkeiten oder Probleme stoßen, die die gesunde seelisch-geistige Entwicklung von jungen Menschen betreffen“ (BKfE, 1985; S.3). Im einzelnen haben sie folgende *Hauptaufgaben*:

1. *Diagnostik*: Feststellung der Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten, Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsstörungen unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds der Ratsuchenden.
2. *Beratung und Therapie*: Umfassende individuelle Beratung der Ratsuchenden und Durchführung der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen in

engem Zusammenwirken mit den Eltern der Kinder und Jugendlichen oder anderen an der Erziehung beteiligten Personen und Stellen.

3. *Vermittler-Funktion*: Vermittlung besonderer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen – soweit die Inanspruchnahme anderer Spezialeinrichtungen angezeigt ist.
4. *Prävention/Prophylaxe*: Mitwirkung bei vorbeugenden Maßnahmen, die geeignet sind, zur allgemeinen Aufklärung in Erziehungsfragen und zur Verbesserung des Erziehungsklimas in der Öffentlichkeit beizutragen, insbesondere in Wohngebieten mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.
5. *Beratung bei Problemen mit Partnerschaft, Trennung und Scheidung*: Ziele sind dabei, ein partnerschaftliches Zusammenleben in der Familie aufzubauen, Konflikte und Krisen in der Familie zu bewältigen und im Fall einer Trennung und Scheidung Bedingungen für die weitere Wahrnehmung der Elternverantwortung zu schaffen.¹

Elementare Voraussetzungen der Arbeit sind die (ebenfalls gesetzlich verankerten) Prinzipien der *Freiwilligkeit*, der *Verschwiegenheit* und der *Kostenfreiheit* für die Klienten.

Die Einrichtungen befinden sich mehrheitlich in der Trägerschaft von *freien* Wohlfahrtsverbänden (Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt usw.), in geringerem Maße ist die *öffentliche* Jugendhilfe (Städte oder Landkreise, kommunale Jugendämter usw.) Trägerin. Freie und öffentliche Träger werden hierbei nach bestimmten Richtlinien finanziell unterstützt. Bundesweit gibt es derzeit (Stand Oktober 1993; vgl. BKfE, 1993) 1258 solcher Einrichtungen, davon 284 in den neuen Bundesländern incl. West-Berlin. An den Beratungsstellen soll nach dem Willen des Gesetzgebers ein *interdisziplinäres Team* aus Fachkräften verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind. Nach den Zahlen von Presting (1991, S. 27) sind dies in der Regel Diplom-Psychologen (ca. 50 %), Diplom-Sozialpädagogen (28 %), Heilpädagogen bzw. Pädagogen (14 %), Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (5,5 %) und zu einem geringen Prozentsatz Ärzte (2,4 %, meist nur stundenweise oder nebenberuflich).

Einen Überblick über Fragestellungen bzw. Aufnahmekriterien von Erziehungsberatungsstellen (EBs) gibt die nachfolgende Tabelle 1. Im rechten Teil sind außerdem einige Kriterien formuliert, die eine *Weiterverweisung* an andere Personen/Institutionen erfordern.

Mit Blick auf die Weiterverweisungs-Kriterien der rechten Tabellenspalte wird deutlich, daß häufig eine *Kooperation* mit anderen Stellen – oft in Form einer *koordinierten Betreuung* – erfolgt, was eine gute Einbindung ins psychosoziale Netz der jeweiligen Region erforderlich macht.

¹ Punkte 1–4: Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1979; Punkt 5: KJHG, 1990 (vgl. z. B. Menne & Weber, 1990).

Tabelle 1

Aufnahmekriterien	Kriterien für Weiterverweisungen
<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsprobleme von Kindern (z. B. Entwicklungsrückstände, Sprachstörungen, Stottern, Motorikprobleme, Wahrnehmungsstörungen, Einnässen, Einkoten, Nägelkauen etc.) • Schulische Probleme (z. B. verhaltens- oder leistungsmäßige Schulschwierigkeiten, Konzentrationsmängel, Hausaufgabenprobleme, Schulangst, Prüfungsangst, Teilleistungsschwächen usw.) • Erziehungs- und Familienprobleme (z. B. Trotz, Lügen, Stehlen, Weglaufen, Geschwisterrivalität, Eifersucht, Schlafprobleme, Selbständigkeit, Pubertätsprobleme, Kontaktschwierigkeiten, soziale Unsicherheit, Ängste, Aggressionen, Gewalt in der Familie, sexueller Mißbrauch, Trennung der Eltern, Alleinerziehende usw.) • Schwierigkeiten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z. B. Ausbildungs- und Berufsprobleme, Ablösungsprobleme vom Elternhaus, Probleme mit dem anderen Geschlecht, Selbstfindung, Selbstwertprobleme, Minderwertigkeitsgefühle, dissozial-delinquentes Verhalten, Ängste, Eßstörungen, Sexualprobleme usw.) • Persönliche Probleme der Eltern, die die Erziehung und Entwicklung von Kindern beeinträchtigen (z. B. Erziehungsunsicherheiten, Selbstwertprobleme, soziale Unsicherheit, Ängste, Depressionen, Zwänge, Schwierigkeiten im Umgang mit sich und anderen, psychosomatische Beschwerden ohne feststellbare medizinische Ursachen usw.) • Fragen und Probleme von Eltern bezüglich Partnerschaft, Trennung und Scheidung, soweit ein Kind oder Jugendlicher mit betroffen ist. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kinderlose</i> Erwachsene mit klinischen Störungsbildern • Ehe-, Partnerschafts- und Sexualprobleme kinderloser Erwachsener (d. h. Erziehung bzw. Entwicklung eines Kindes ist <i>nicht</i> betroffen) • Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenprobleme • Akute psychotische Krisen • Schwangerschaftskonfliktberatung (§ 218) • AIDS-Beratung • Probleme älterer Menschen (gerontopsychologischer bzw. geriatrischer Bereich) • Arbeitssuche und Berufsberatung • Rechtsberatung • Schuldnerberatung • organmedizinische Abklärungen/Fragestellungen • Glaubensprobleme, Armut, Wohnungssuche etc.

2 Der Selbstmanagement-Ansatz in der Erziehungsberatung

Die Aufgaben einer Erziehungsberatungsstelle lassen sich – einer pluralistischen Sichtweise entsprechend – auf unterschiedliche Art und Weise erfüllen. War in den Anfängen der Erziehungsberatung (ab ca. 1920, insbesondere aber in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg) noch der „klassische Dreierschritt“ *Untersuchung-Diagnose-Maßnahme* – bei einem überwiegend kindzentrierten, tiefenpsychologisch orientierten Beratungs- und Therapieverständnis – vorherrschend, so hat sich in den letzten 25 Jahren das Bild weitgehend gewandelt: Durch die Einflüsse aus Verhaltens-, Gesprächs- und Gestalttherapie sowie durch eine deutliche Hinwendung zu systemisch-familientherapeutischen Sichtweisen ist eine höchst unterschiedliche Beratungslandschaft entstanden, in der zudem die Infrastruktur und psychosoziale Versorgung der jeweiligen Region adäquat zu berücksichtigen sind. Wir möchten hier die Gelegenheit nutzen, *unsere* Art von „Erziehungsberatung“ näher darzustellen, welche die Umsetzung des klassischen „*Entwicklungshilfe-Gedankens*“ zum Ziel hat (nach dem bekannten Satz: Statt dem Hungernden einen Fisch zu geben – lehre ihn fischen!). Dies impliziert in jedem Fall einen *Änderungsprozeß*, der – besonders beim Erwerb neuer oder zusätzlicher Fertigkeiten – erfahrungsgemäß einige Zeit dauert und nicht mit dem Erteilen gutgemeinter Ratschläge bzw. mit wenigen Sitzungen „empathischen Zuhörens“ erledigt ist.

2.1 Grundannahmen des Selbstmanagement-Ansatzes

Das oberste Ziel des Selbstmanagement-Konzepts besteht darin, Menschen möglichst bald mit möglichst geringem Aufwand (wieder) zur eigenständigen Bewältigung ihrer Lebensvollzüge zu befähigen. Dabei integriert das Konzept alle empirisch-wissenschaftlich gestützten Maßnahmen, die geeignet sind, diesen Lern- und Veränderungsprozeß optimal zu vollziehen und auf die jeweiligen Personen und Lebensumstände individuell abzustimmen. Selbstmanagement-Therapeuten respektieren die vorhandenen Ressourcen, Anliegen, Interessen, Ziele und Motive ihrer Klienten und scheuen vor einer falsch verstandenen Expertenhaltung zurück, nach der sie allein wüßten, was für die Ratsuchenden gut sei und was diese demzufolge zu tun hätten. In diesem Zusammenhang wird Klienten jeweils das Maximum an Selbstbestimmung und Mitentscheidung zugestanden, zu dem sie gerade fähig sind. Wir nehmen Klienten daher keine Verantwortung ab, wo sie in der Lage sind, *selbst* die Initiative zu ergreifen. Dieser Grundsatz trifft nicht nur auf die Eltern zu, sondern genauso auf Kinder und Jugendliche, wenn auch etwas eingeschränkt in Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstand (vgl. Harter, 1982).

Die nachstehende Tabelle 2 enthält einen komprimierten Überblick über wichtige Basisannahmen des Selbstmanagement-Konzepts:

Tabelle 2: Wichtige Basisannahmen des Selbstmanagement-Ansatzes

- Autonomie und Selbstverantwortung als wichtige Werte im menschlichen Leben
- Therapie als *Lernprozeß*: Anleitung zu Problemlösen und Selbststeuerung (übergeordnetes Therapieziel: Leben *ohne* Therapie)
- Selbstregulation/Selbstkontrolle als *lernbare* Fähigkeit
- Rolle des Therapeuten: Problemlöse-Assistent, „Katalysator“ für Veränderungen sowie professioneller Helfer („Hilfe zur Selbsthilfe“), maximale Objektivität/Neutralität, möglichst *unbeeinflusst* von negativen persönlichen Motiven/Interessen
- Übergabe der jeweils maximal möglichen Verantwortung an Klienten (auch an Kinder und Jugendliche im Rahmen entwicklungsbedingter Grenzen)
- Ständige Mitbeteiligung der Klienten am Therapiesgeschehen (Transparenz des Vorgehens; Konsensbildung bei Entscheidungen)
- Akzeptieren eines prinzipiellen Pluralismus der Weltanschauungen, Werte und Lebensziele
- Individuelles, „maßgeschneidertes“ Vorgehen (bei jedem Fall neue Problem- und Zieldefinitionen)
- Enge Verbindung von klinischer Praxis mit aktuellen Befunden der psychologischen Grundlagenforschung
- Therapie als systematischer Veränderungsprozeß
- Schwerpunkt auf „erfahrungsorientiertem Lernen“ (bzw. „learning by doing“)
- Umsetzung dieser Prinzipien mittels eines 7-phasigen Prozeßmodells für die Praxis

Für eine *ausführliche* Darstellung des Ansatzes sei auf Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1991) verwiesen.

2.2 Besonderheiten bei der Anwendung des Selbstmanagement-Konzepts im Arbeitsfeld „Erziehungsberatung“

Spezifische Anforderungen des Arbeitsfelds „Erziehungsberatung“. Das bei Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1991) idealtypisch beschriebene Vorgehen bezieht sich in erster Linie auf die Arbeit mit Einzelklienten mit klinisch-psychologischen Problemstellungen. Im Arbeitsfeld „Erziehungsberatung“ müssen darüber hinaus noch folgende Gesichtspunkte besonders berücksichtigt werden:

1. *Umgang mit Mehrpersonen-Konstellationen bzw. „systemorientierte“ Betrachtungsweise:* Typischerweise haben es EB-Berater/Therapeuten meist mit *mehreren* Klienten in unterschiedlichsten Konstellationen (Eltern, Gesamtfamilien, Elternteile mit Kind, Gruppen etc.) zu tun, so daß ein Umgang mit $n > 1$ -Situationen erforderlich wird. Folglich müssen Grundkompetenzen in komplexem Problemlösen vorhanden sein (vgl. Dörner, 1989), ebenso in gruppendynamischen (z. B. Reichtien, 1992) sowie vor allem *familien- und*

systemorientierten Betrachtungsweisen und Interventionen (vgl. im Überblick z. B. Hahn & Müller, 1993; Heckerens, 1989; Reiter, Brunner & Reiter-Theil, 1988; Simon & Stierlin, 1984; Weiss, 1988 u.v.m.). Insbesondere können Anleihen bei solchen Ansätzen genommen werden, die der neueren Verhaltenstherapie relativ nahe stehen (wie z. B. Alexander & Parsons, 1982; de Shazer, 1989; Falloon, 1988; Fisch, Weakland & Segal, 1987; Haley, 1977; Pinosof, 1994 etc.).

2. *Entwicklungspsychologische Schwerpunkte:* Für die Beurteilung vieler kindlicher (und familiärer) Probleme sind gute entwicklungspsychologische Kenntnisse wichtig. Sie bieten den Hintergrund für die Einschätzung von „Entwicklungsverzögerungen“ bzw. erklären „zwangsläufig kritische“ Situationen (z. B. Pubertäts- und Ablösungsprobleme Jugendlicher). Dabei sind auch Grundkenntnisse der Entwicklungspsychologie über die gesamte Lebensspanne (vgl. z. B. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 1992) sowie der Familienentwicklungspsychologie (vgl. Petzold, 1992) von Bedeutung, insbesondere hinsichtlich entwicklungsbedingter Schwellensituationen/Übergänge (wie z. B. Veränderungen im Familien- bzw. Partnerschaftssystem durch die Geburt eines Kindes, Geburt von Geschwistern, Schuleintritt, Verlassen des Elternhauses bzw. „empty nest“ etc.).
3. *Spezielle Probleme des Kindes- und Jugendalters (auch: „Entwicklungspsychopathologie“):* Erfahrungen mit klinisch-psychologischen Störungsbildern des Erwachsenenalters (z. B. Depression, Ängste, Zwänge, Alkoholismus, Psychosomatik u.v.m.) reichen für die Arbeit in Erziehungsberatungsstellen nicht aus bzw. können nicht vorbehaltlos auf Kinder und Jugendliche übertragen werden. Typische Probleme und Störungen des Kindes- und Jugendalters (incl. Symptombeschreibung, Ätiologie, häufiger Bedingungsfaktoren, Diagnostik- und Interventionsmöglichkeiten) müssen EB-Beratern vertraut sein. Hierzu existiert mittlerweile wissenschaftlich-empirisch fundierte aktuelle Überblicksliteratur, die Pflichtlektüre darstellen sollte (z. B. Brack, 1993; Döpfner & Schmidt, 1993; Kusch, 1993; Mash & Terdal, 1988; F. Petermann, 1994; U. Petermann, 1994; Steinhausen, 1988 etc.).
4. *Besonderheiten bzw. aktueller Forschungsstand zum Thema „Kindertherapie“:* In engem Zusammenhang zum vorherigen Punkt stehen Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich (Verhaltens-)Therapie mit Kindern. Da Klienten u. E. einen Anspruch auf möglichst effektive Unterstützung haben, sollten Therapeuten bezüglich der aktuellen Behandlungsmöglichkeiten auf dem Laufenden sein. Auch hier gibt es zwischenzeitlich viele Literaturquellen, die Erziehungsberatern als Hilfe dienen können (z. B. Gelfand & Hartmann, 1987; Hersen & Van Hasselt, 1987; Kazdin, 1994; Kendall, 1990; F. Petermann, 1993; U. Petermann, in diesem Buch; Ross & Petermann, 1987; Steinhausen & von Aster, 1993 u.v.m.). Ein Beitrag (Borg-Laufs, 1993) beschäftigt sich sogar speziell mit dem Thema „Selbstmanagement-Therapie mit Kindern“.
5. *Direkter Umgang mit Kindern & Jugendlichen:* Gesprächsführung, Kontaktaufnahme, Interaktion etc. mit Kindern und Jugendlichen verläuft anders

(viele sagen *schwieriger*) als mit erwachsenen Klienten. Wiederum finden sich hilfreiche Hinweise in der Literatur (z. B. R. Kanfer, Eyberg & Krahn, 1983; Gross, 1985; Rahm, 1977 etc.); des Weiteren sind Erfahrungen mit kindgemäßen Materialien und „kreativen“ Hilfsmitteln (Malen, Puppen, Spiele etc.) von Vorteil, ebenso gewisse Kenntnisse bezüglich aktueller Trends der Kinder- und Jugendlichen-, „Szene“ (Kultfiguren aus Film und Fernsehen, Mode, Comics, Musik und Sport bis hin zu „coolen“ sprachlichen Ausdrucksweisen etc.).

6. *Spezieller Kontext der Therapie- und Beratungsräume:* Auch der Rahmen der Therapie muß auf die speziellen Adressaten zugeschnitten sein. Die Notwendigkeit von ausreichend großen Räumlichkeiten für Familiensitzungen/Gruppen, einer entsprechenden Ausstattung (Sitzmöbel, Spiel- und Therapiematerialien), spezieller Fördermaterialien für bestimmte Zwecke (z. B. Wahrnehmung, Motorik, sprachliches oder soziales Lernen), einer Vielzahl von Fähigkeits- und Leistungstests für eine differenzierte Entwicklungsdiagnostik, Videoanlage, Beobachtungsräumen mit Einweg-Scheibe etc. macht deutlich, daß eine adäquat ausgestattete Erziehungsberatungsstelle² in der Regel wesentlich höhere Anforderungen an die äußeren Rahmenbedingungen stellt als z. B. eine freie Praxis für Erwachsenentherapie.
7. *Modifizierte Beratungsformen für sozial unterprivilegierte Schichten:* Viele Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen haben in den letzten Jahrzehnten deutlich gemacht, daß Unterschicht-Klienten von den (meist mittelschichtorientierten) klassischen Therapieansätzen wenig profitieren. Seit den 70er Jahren liegen daher spezielle Konzepte vor, die auf die besonderen Bedürfnisse, Anliegen und Möglichkeiten sozial unterprivilegierter Schichten zugeschnitten sind. In erster Linie sind hier die verhaltenstherapeutisch orientierte „Strukturierte Lerntherapie“ von Goldstein und seinen Mitarbeitern zu nennen (vgl. z. B. Goldstein, 1973, 1981; Goldstein, Sprafkin & Gershaw, 1976 etc.). Diese zeichnet sich u. a. durch hohe Strukturierung, Aufbau alltagsnaher Bewältigungskompetenzen („skills“), Zerlegung von Fertigkeiten in kleine, handhabbare Verhaltenseinheiten, Orientierung an bewährten Interventionen zum Kompetenzaufbau (Modell-Lernen, Rollenspiel, Feedback, Transfer-Training etc.) aus. Selbstredend müssen solche Elemente in der Praxis berücksichtigt werden; daneben ist auch eine adäquate Anpassung an das jeweilige Sprachniveau (den sog. „restricted verbal code“) vorzunehmen.
8. *Berücksichtigung rechtlicher Grundlagen:* Erziehungsberater müssen auch über juristische Fragen (z. B. Sozialrecht, Jugendrecht, Familien- und Scheidungsrecht etc.) Bescheid wissen und insbesondere mit der rechtlichen Verankerung ihres Arbeitsfelds im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) vertraut sein.

² Hierzu gibt es seitens der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Herrnstraße 53, 90763 Fürth) entsprechende „Hinweise zur räumlichen und sachlichen Ausstattung von Erziehungsberatungsstellen (1985)“.

9. *Position des eigenen Angebots im Gesamtgefüge psychosozialer und medizinischer Versorgung sowie Vernetzung mit anderen Diensten:* Um eine bestmögliche psychosoziale Versorgung zu gewährleisten, ist eine gute wechselseitige Abstimmung der in einer Region vorhandenen Angebote wichtig. Dazu gehören z.B. regelmäßige Informationskontakte sowie eine nüchterne Bestandsaufnahme der jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen.
10. *Interne und externe Kooperation:* Die interne Kooperation an EBs ist durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen in sog. „interdisziplinären Teams“ (aus Psychologen, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Ärzten etc.) gegeben. Dies impliziert gegenseitige Supervision, Fallbesprechungen, interne Fortbildung und die Möglichkeit kollegialer Unterstützung bei schwierigen Fällen oder „Helfer-Krisen“. Nach außen erfolgt Kooperation meist fallbezogen mit anderen Berufsgruppen (Ärzten, Erzieherinnen, Lehrkräften, Behörden, Kliniken etc.), immer unter der Voraussetzung, daß die Ratsuchenden mit solchen Kontakten einverstanden sind.
11. *Aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen:* Erziehungsberatungsstellen werden auch hautnah mit aktuellen Entwicklungen in der Gesellschaft und deren Auswirkungen konfrontiert. Dies betrifft u. a. die Themenkreise Trennung/Scheidung, Alleinerziehende, Stieffamilien bzw. zusammengesetzte (sog. „Patchwork“-)Familien, körperliche und sexuelle Gewalt sowie die familiären Folgen von sozialer Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot etc. In diesem Zusammenhang sind EBs auch eine Art „Frühwarnsystem“ und sollten kollektiv „Alarm schlagen“ und die sozialpolitische Ebene informieren, wenn in ihrem Bereich Häufungen von Problemen spürbar werden, die als Resultat mißlicher gesellschaftlicher Lebensbedingungen zu interpretieren sind. In diesem Fall müssen individualisierte Lösungsversuche als naiv-kurzfristig bezeichnet werden; stattdessen wären durchgreifende kollektive (soziale und politische) Veränderungen angezeigt.
12. *Präventive Arbeit:* Gerade Erziehungsberatungsstellen erfüllen wichtige Aufgaben der Prävention, indem sie nicht erst bei einer „Krankheit“ auf den Plan treten, sondern (a) bei auftretenden Schwierigkeiten möglichst frühzeitig helfend eingreifen und (b) durch aufklärende und kompetenzsteigernde Arbeit die Erziehungsfähigkeiten bzw. Lebensverhältnisse von Familien soweit stabilisieren, daß späteren gravierenden Störungen vorgebeugt werden kann. Da der Selbstmanagement-Ansatz von vornherein auf ein „empowerment“ hin angelegt ist, werden entsprechende Ansprüche von Präventions-Ansätzen eher erfüllbar (vgl. Keupp, 1992; Rappaport, 1985; Stark, 1991 etc.).

Konkrete Merkmale des SMT-Vorgehens in der Praxis. Generell zeichnet sich das Selbstmanagement-Vorgehen dadurch aus, daß den Empfehlungen des 7-phasigen Problemlösemodells gefolgt wird, welches den gesamten Thera-

pieprozeß strukturiert (vgl. unten, Kap.3.1). Die Ziele der einzelnen Phasen liegen in konkreter, schrittweise aufeinander aufbauender Form vor (z. B. Beziehungsaufbau, Motivationsförderung, Problemanalyse etc.) und dienen Therapeuten als allgemeine Leitlinie ihres Handelns.

In der unmittelbaren Interaktion wird das Selbstmanagement-Vorgehen außerdem durch ein kontinuierliches Beachten folgender „Grundregeln“ deutlich:

- *Verhaltensnahes Vorgehen* (Operationalisieren vager Begriffe wie z. B. „Das Kind ist hyperaktiv“ mittels konkreter Verhaltensbeschreibungen);
- *Lösungsorientierung* (konstruktives, zielgerichtetes Suchen nach Alternativen statt unproduktiver Beschäftigung mit Problemen, Fehlern, Versagen);
- *Aufmerksamkeitslenkung auf positive Elemente und Ressourcen* („realistischer Optimismus“ statt festgefahrener negativer Haltungen, jedoch ohne Bagatellisierung des Leidens von Klienten);
- *Prinzip der kleinen Schritte* (aktive Problembewältigung; dabei werden größere, weiter entfernte Ziele in kleine, handhabbare und deshalb erfolgreich zu bewältigende Teilschritte zerlegt);
- *Flexibles Planen und Handeln* (ständiges Berücksichtigen neuer/veränderter Einflüsse während der Therapie; Anpassen, Verändern von Interventionen je nach Sachlage);
- *Zukunftsorientierung* (Arbeit an der Bewältigung aktueller Probleme, um künftig besser zurechtzukommen – statt endloser Suche nach vermeintlichen „Wurzeln“ der Probleme in der Vergangenheit).

Die *Gesprächsführung* von Selbstmanagement-Therapeuten repräsentiert eine Mischung aus zugewandt-interessierter Grundhaltung, sokratischem Dialog, systematischer Anleitung zu Problemlösen (mittels entsprechender Fragen und Anregungen), Aufmerksamkeitslenkung auf bislang unterrepräsentierte Aspekte, Motivieren statt Überreden etc. Dabei handelt es sich häufig um eine Gratwanderung zwischen „empathischem Verstehen“ der Klienten einerseits und der *Arbeit an Veränderung* andererseits, wobei auch konfrontative, provokative und humorvolle Bemerkungen eingesetzt werden können, um bisherige (ineffektive) Lösungsversuche von Klienten in Frage zu stellen bzw. konstruktive Alternativen entwickeln zu lassen. Daneben kommen Interventionen zum Einsatz, die aus der üblichen VT-Arbeit bekannt sind, wie z. B. therapeutische Aufgaben und „Hausaufgaben“, Verhaltens- und Selbstbeobachtung, verhaltensdiagnostische Maßnahmen, Rollenspiele, Phantasieaufgaben etc. Die funktional-systemische Analyse hilft dabei, bei allen vorgebrachten Beschwerden („Symptomen“) die jeweiligen *Bedingungen* zu klären und in der Therapie zu bearbeiten. Das Respektieren der Autonomie unserer Klienten zeigt sich daran, daß diese an allen Entscheidungen mitbeteiligt sind und ständig über die ablaufenden und geplanten Maßnahmen informiert werden („Transparenz“ des Vorgehens). Hierzu gehört, daß Selbstmanagement-Therapeuten in der Lage sind, vor sich und anderen die eingeschlagenen Therapieschritte „relativ rational“ und nachvollziehbar zu begründen (vgl. Westmeyer, 1979).

2.3 Systemorientierung vs. individuelles Vorgehen

Neueren theoretischen Ansätzen der psychologischen Grundlagenforschung entsprechend läßt sich Beratung/Therapie als „Problemlösen in komplexen Systemen“ (vgl. z.B. Kaimer, 1986) verstehen. Der Begriff „System“ findet dabei als Metapher Verwendung und bezeichnet Elemente (auch Personen), zwischen denen bestimmte Beziehungen bestehen, welche sich z.B. als wiederkehrende Muster, Abläufe oder Regeln beobachten lassen. Natürlich können und wollen wir an dieser Stelle nicht alle Einzelheiten dieser Auffassung genauer darstellen (vgl. dazu z.B. Dörner, 1989; Karoly, 1993; Lieb, in diesem Buch; Simon, 1988; zusammenfassend auch Kanfer et al., 1991, S. 12ff.). Unter Bezug auf diese Literatur sind u.a. folgende Aspekte für unsere praktische Arbeit von Bedeutung:

(1) Jedes Verhalten, jede Person, jeder Teilaspekt steht immer in einem *Netz von Bedingungen*, die sich gegenseitig beeinflussen. (2) Jede Problematik ist *multikausal verursacht*, wobei immer psychische, soziale und biologische Einflußgrößen zusammenwirken. (3) Wegen der Komplexität des Alltags sind keine „vollständigen“ Analysen menschlicher Probleme und ihrer Bedingungen möglich. (4) Trotzdem kann ein „System“ (auch ohne die Kenntnis *all* seiner Vernetzungen) beeinflusst werden, indem pragmatisch nach dem Motto „*Global denken, lokal handeln*“ nach sensiblen Ansatzpunkten im System gesucht wird. Das Intervenieren an lokalen, aber funktional *grundlegenden* Elementen des Systems macht durchgreifende Änderungen des Gesamtsystems hochwahrscheinlich. (5) Selbst eine einfache therapeutische Maßnahme führt in der Regel zu *multiplen Konsequenzen*, d.h. jede Veränderung hat – ähnlich wie ein Stein, der ins Wasser geworfen wird – vielfache Auswirkungen auf andere Verhaltensbereiche, Personen und Lebenssituationen. Daher ist (6) eine permanente therapiebegleitende „*Hintergrundkontrolle*“ wichtig, d.h. ein sensibles Achten auf Effekte in Bereichen (oder bei Personen), die zur Zeit nicht im Brennpunkt der Aufmerksamkeit stehen. (7) Dies gibt auch Hinweise auf notwendige *Schwerpunktverlagerungen* (sog. „*Figur/Grund-Wechsel*“) im Verlauf der Arbeit. (8) Jeder Berater/Therapeut ist *selbst ein Teil des Systems*, was für die Praxis u.a. die besondere Bedeutung von kollegialem Austausch sowie interner und externer Supervision nahelegt, wenn verhindert werden soll, daß Berater/Therapeuten „im System gefangen“ bleiben.

Ein systemorientiertes Vorgehen bedeutet allerdings nicht zwangsläufig, daß immer mit sämtlichen Personen des jeweiligen Systems gearbeitet wird. Wir sind diesbezüglich der gleichen Überzeugung wie z.B. Fisch, Weakland & Segal (1987), „... daß ein systemischer Ansatz vor allem einen *konzeptuellen* Rahmen braucht; worauf es ankommt, ist die *Sicht* der Probleme, nicht die Anzahl der Personen, die an einer Sitzung teilnehmen“ (S. 4; Hervorhebungen im Original). In Anlehnung an Pinsof (1994), der vom jeweiligen „*Patientensystem*“ spricht, welches ganz unterschiedliche Personen umfassen kann,

möchten wir den Begriff „*Klientensystem*“ verwenden: Je nach Relevanz bezieht sich dies auf eine Einzelperson, das Eltern-Subsystem, die Gesamtfamilie, Elternteil mit Kind, Geschwister bis hin zu Person-Konstellationen mit Lehrkräften, Erzieherinnen etc. (vgl. unten, Tabelle 3).

Tabelle 3

„Klientensystem“ (Mit wem wird gearbeitet?)	Beispielhafte heuristische Entscheidungskriterien
mit dem Kind allein:	<ul style="list-style-type: none"> • wenn Fähigkeitsdefizite vorhanden sind, die nicht durch eine Systemzentrierung zu beheben sind (z.B. Sprachtherapie, Konzentrationsförderung, motorische Entwicklungsförderung etc.); • „spieltherapeutische“ Interventionen bei bestimmten Problemstellungen (z.B. nach Traumatisierungen wie sexueller Mißbrauch oder bei Lernzielen wie Verarbeiten von Abschied/Trauer, Trennung/Scheidung etc.); • hypothesengenerierende und -überprüfende individualisierte Diagnostik bzw. neuropsychologisch orientierte Förderdiagnostik (z.B. bei Teilleistungsschwächen, Entwicklungsproblemen, Schulproblemen etc.); • Jugendliche bzw. junge Erwachsene, bei denen „Selbständigkeitsentwicklung“ das Ziel ist
mit einem Elternteil allein:	<ul style="list-style-type: none"> • dominante klinische Störungsbilder der betreffenden Person (z.B. Depression, Zwang, Agoraphobie etc.), die eine direkte Bearbeitung erforderlich machen (hier kann aber die Restfamilie <i>unterstützend</i> in die Behandlung einbezogen werden); • „Notlösung“ (wenn andere Systemmitglieder nicht zur Mitarbeit bereit sind, die „hauptleidtragende“ Person aber hohe Motivation bzw. Leidensdruck zeigt, oder falls <i>gemeinsame</i> Sitzungen unproduktiv-konflikthaft verlaufen; vgl. Fisch et al., 1987, S. 55) • zeitökonomische Gründe (ungünstige Arbeitszeiten bestimmter Familienmitglieder etc.)
mit Elternpaar allein (Partner-Subsystem):	<ul style="list-style-type: none"> • „Eltern“- bzw. „Partner“-Ebene ist betroffen (z.B. Partnerschaftskonflikte und/oder Sexualprobleme; Mediation bei Trennung/Scheidung etc.; auch: Konflikte über Erziehungsziele und inadäquates Erziehungsverhalten; auch: Akzeptieren von „Realitäten“ wie z.B. Behinderung/Tod eines Kindes etc.); • „Mediatorenarbeit“: wenn sehr junge Kinder (ca. <3 Jahre) „indirekt“ über die Eltern „behandelt“ werden

Tabelle 3: Fortsetzung

mit Dyade Elternteil + Kind:	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme, die primär diese Dyade betreffen (z. B. Machtspiele und Verstrickungen; spezielle Lernziele für diese Dyade: z. B. „Hausaufgabensituation verbessern“; Planung/Besprechung von Fördermöglichkeiten); • Reale Lebenssituation: Arbeit mit Alleinerziehenden
mit dem Gesamtsystem/ der Gesamtfamilie:	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme mit „Interaktionscharakter“ (<i>Fähigkeiten</i> zu adäquatem Verhalten sind vorhanden, werden aber nicht gezeigt; Beispiele: Machtkämpfe, „coercive systems“, Verstrickungen, kindlicher Zwang mit Kontrolle über die Eltern, EBStörungen etc.); • Beobachtung/Analyse von Bündnissen/Koalitionen, Rivalitäten, Familienregeln (Rechte & Pflichten), „Familiengeheimnissen“ etc.
mit „externen“ Systemen (z. B. Kindergarten / Schule etc.):	<ul style="list-style-type: none"> • Devise: Probleme möglichst dort beobachten und angehen, wo sie auftreten; • Interaktionsprobleme zwischen dem Kind und dortigen Personen; • fallübergreifende Aktivitäten (z. B. Mediatorentrainings, Kurse für Lehrer und Erzieher, Praxisberatung, Supervision etc.)

Individuelle Kompetenzen. Bei aller Betonung einer weitgefaßten systemischen Betrachtungsweise bleiben individuelle Kompetenzen wichtig. Dort nämlich, wo die notwendigen *Fertigkeiten* zur Realisierung eines bestimmten Verhaltens fehlen, kann auch durch noch so systemisches Denken und Intervenieren kein Handlungserfolg erwartet werden. Berechtigt wäre ein interaktionsorientiertes Arbeiten dagegen dann, wenn der Klient „eigentlich“ die nötigen Kompetenzen für entsprechendes Verhalten besäße, sie in einem speziellen System oder interaktionellen Kontext aber nicht ausführt (sog. „Performanzprobleme“, wie dies z. B. bei sekundärer Enuresis, EBStörungen usw. der Fall sein kann). *Nicht vorhandene* Kompetenzen sind jedoch nicht durch ein Intervenieren im Familiensystem, sondern meist nur mittels gezielter Einzelförderung aufzubauen. Dies bezieht sich sowohl auf die Kinder als auch auf Kompetenzen und Ressourcen von Erwachsenen bzw. Eltern (z. B. Kommunikationsfähigkeiten, Erziehungskompetenzen, „social skills“, intellektuelle Kapazitäten, besondere Talente bzw. Defizite und Behinderungen etc.).

Auf der Suche nach dem „optimalen Klientensystem“ – Mit wem wird wann gearbeitet? Wir bevorzugen hinsichtlich dieser Frage ein sehr flexibles Vorgehen, bei dem alle Entscheidungen – dem dynamischen Charakter unseres Modells entsprechend – immer vorläufig getroffen werden und „Gültigkeit bis auf Weiteres“ haben. Auch sind im Gesamtverlauf der Therapie Änderungen möglich (z. B. erst eine Zeitlang Arbeit mit den Eltern, dann mit dem Kind, dann mit der Gesamtfamilie, dann evtl. mit Eltern und Lehrkraft ge-

meinsam etc.), oder es kommt zu einer *parallelen* Vorgehensweise (z. B. Arbeit mit dem elterlichen Subsystem, während das Kind an einer zielorientierten Gruppe teilnimmt). In der obigen Tabelle 3 haben wir einige unserer diesbezüglichen heuristischen Entscheidungskriterien zusammengefaßt.

Weiter unten (vgl. Abb. 1) zeigt sich, daß Überlegungen hinsichtlich der Frage des „optimalen Klientensystems“ zur „Dauer-Begleit-Frage“ des gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozesses werden.

3 Das Vorgehen in der Praxis

In der Abbildung 1 (vgl. nächste Seite) versuchen wir, einen Überblick über wichtige Arbeitsangebote und typische Arbeitsabläufe unserer Beratungsstelle zu geben.

Wir unterscheiden die (zeitlich weitaus überwiegende) „Fallarbeit“ von „fallübergreifenden Aktivitäten“. Bei der Fallarbeit gibt es zunächst bestimmte generelle Aufnahmekriterien (vgl. Tabelle 1, S.381), die als eine Art Eingangss-„Filter“ wirken und darüber entscheiden, ob aus einer Anfrage eine Anmeldung wird bzw. eine Weiterverweisung an andere Personen/Einrichtungen sinnvoll erscheint. Aufgrund der hohen Nachfrage müssen die Anmeldungen zunächst auf einer Warteliste plaziert werden. Akute Krisenfälle (z. B. Suizidabsichten, Gewalt in der Familie, psychotische Anzeichen, Weglaufen von Kindern/Jugendlichen etc.) werden allerdings vorgezogen und sofort betreut – meist zu Lasten der übrigen Klienten.

Kriseninterventionen machen ein deutliches Abweichen vom sonstigen Selbstmanagement-Stil erforderlich: Während bei letzterem zunächst Beziehung und Motivation aufgebaut, der „Ball“ immer wieder den Klienten zurückgegeben und viel Zeit und Geduld für „entdeckendes Lernen“ verwendet wird, machen Kriseninterventionen eine aktiv-direktive „zupackende“ Haltung des Therapeuten erforderlich, der auch die Verantwortung für bestimmte Schritte übernehmen muß (z. B. Muß ich den Klienten/die Familie *sofort* einbestellen? Soll ich einen Arzt/das Jugendamt/die Polizei einschalten? Ist eine Klinikeinweisung notwendig? etc.). Da wir auf die speziellen Vorgehensweisen hier nicht näher eingehen können, sei auf die entsprechende Literatur verwiesen (vgl. z. B. Baldwin, 1979; Slaiken, 1990; Sonneck, 1989 etc.).

Bei allen anderen Fällen, die *nicht* als Krise vorgezogen werden, beginnt nach Freiwerden eines Beratungs-/Therapieplatzes dann der eigentliche diagnostisch-therapeutische Prozeß.

Im folgenden Text werden wir zunächst unser *allgemeines Beratungs-/Therapiemodell* in Form eines 7-Phasen-Ablaufschemas (3.1) darstellen. Danach erläutern wir einige Besonderheiten der *Verhaltensdiagnostik* im EB-Bereich

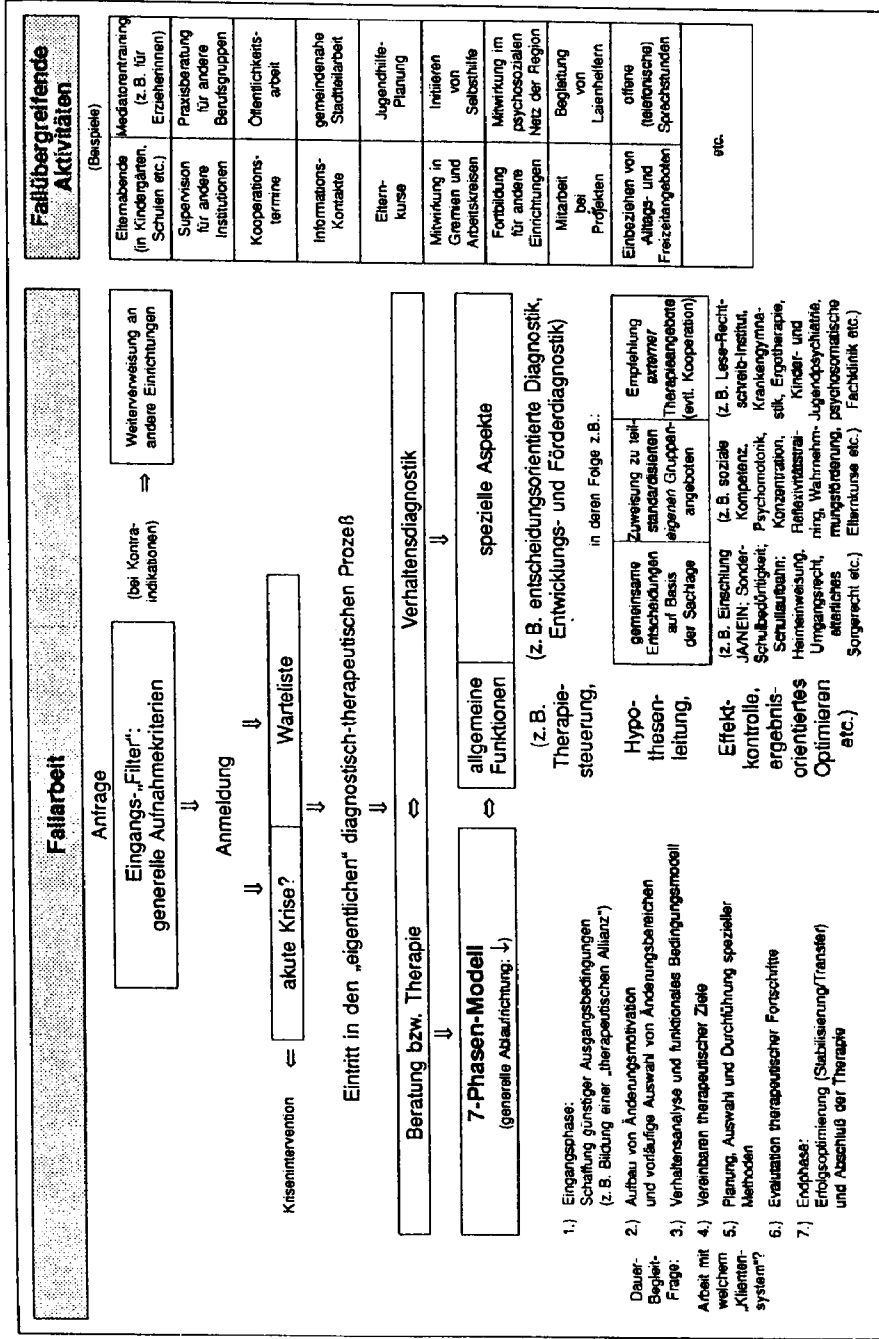


Abbildung 1: Überblick über wichtige Arbeitsangebote und typische Arbeitsabläufe der Beratungsstelle

(3.2), insbesondere zu Aspekten der entscheidungsorientierten sowie der kompetenzbezogenen Entwicklungs- und Förderdiagnostik, und beenden das Kapitel mit einer Skizzierung fallübergreifender Aktivitäten (3.3).

3.1 Das allgemeine Beratungs-/Therapiemodell: Ein siebenphasiges Prozeßmodell als Orientierungsrahmen für die Praxis

Das theoretische Gerüst für unser praktisches Vorgehen besteht aus sieben Phasen (vgl. Kanfer et al., 1991, S. 145ff.) mit Hilfe derer es möglich ist, die jeweils unterschiedliche, einzigartige Lebenssituation der Klienten so zu berücksichtigen, daß in jedem Einzelfall eine „maßgeschneiderte“ Beratung/Therapie entworfen werden kann. Es bietet außerdem die Chance, manche Methoden aus anderen therapeutischen Schulrichtungen zielorientiert zu integrieren und sowohl *mehrdimensional* als auch *interdisziplinär* zu arbeiten. Dabei besagt die innere Logik des Modells, daß immer dann zur nächsten Phase fortgeschritten werden kann, wenn die Ziele der momentanen Stufe erreicht sind, bzw. daß zu früheren Phasen zurückgekehrt werden muß, falls bestimmte Schwerpunktziele nicht (mehr) erfüllt sind.

In der **Phase 1** („Eingangsphase“) geht es zunächst darum, günstige Bedingungen für den gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozeß herzustellen: Am bedeutsamsten ist hierbei das Herstellen einer vertrauensvollen Atmosphäre (Kontaktaufbau, kooperative Therapeut-Klient-Beziehung mit allen beteiligten Personen usw.; vgl. den Wirkfaktor: „unterstützende therapeutische Beziehung“ bei Grawe, 1994). *Inhaltlich* erfolgt ein erstes, vorsichtiges Sondieren von möglichen Problembereichen und Therapieerwartungen. Umgekehrt werden Klienten über die wichtigsten organisatorischen Abläufe (z. B. Kostenfreiheit, Schweigepflicht) und über die Spielregeln, Möglichkeiten und Grenzen einer Beratung/Therapie informiert. Falls sich erst im persönlichen Kontakt herausstellen sollte, daß die Ratsuchenden bei anderen spezialisierten Kollegen oder Institutionen besser aufgehoben wären, kommt eine Weiterweisung bzw. eine koordinierte Zusammenarbeit in Frage. Außerdem fallen Entscheidungen darüber, ob für bestimmte Schritte verhaltensdiagnostische Abklärungen erforderlich sind.

In **Phase 2** stehen der „Aufbau von Änderungsmotivation“ und eine (vorläufige) „Auswahl von Änderungsbereichen“ im Mittelpunkt. Durch eine gezielte Aufmerksamkeitslenkung auf positive Ressourcen, alternative Betrachtungs- und Handlungsweisen und eine Beschäftigung mit konstruktiven Entwicklungsmöglichkeiten wird die zu Therapiebeginn häufig vorherrschende Mut- und Hoffnungslosigkeit durch eine realistisch-optimistische Haltung ersetzt (Wirkfaktor: „Ressourcenorientierung“ bei Grawe, 1994). Diese ermöglicht es allen Beteiligten, sich auch in ersten Ansätzen mit Fragen zu beschäftigen wie z. B.: „Wie könnte die Situation denn anders – besser – sein?“ bzw. „Wie

müßte es werden, damit die Probleme *keine* „Probleme“ mehr darstellen?“ sowie „Welche Stärken sind vorhanden, die eventuell in Zukunft noch besser genutzt werden könnten?“ Außerdem fallen erste gemeinsame Entscheidungen über wichtige Themenbereiche der Arbeit (z. B. zunächst Abklärung der Schulprobleme des Sohnes, dann Bearbeiten der Konflikte zwischen Eltern und Großeltern etc.) und über die Konstellation der beteiligten Personen (siehe Tabelle 3).

Sobald eine erste Festlegung therapeutischer Ansatzpunkte vollzogen ist, beginnt die **Phase 3** („*Verhaltensanalyse*“). Hier werden die vorgebrachten Probleme nach verhaltensdiagnostischen Regeln auf ihre Bedingungen, Entstehungsgeschichte und Zusammenhänge hin untersucht. Die „funktional-systemische“ Bedingungsanalyse stellt dabei ein Hilfsmittel dar, um sowohl individuelle Kompetenzen/Defizite als auch systembezogene Einflußfaktoren zu klären. Ihr Prinzip liegt darin, daß jedes Verhalten als *Resultat* zunächst noch unbekannter *Bedingungen* aufgefaßt wird, die erst analysiert werden müssen, bevor an den „richtigen“ Stellen angesetzt werden kann.

Durch die konkrete Beschreibung *repräsentativer* Problemsituationen, den Vergleich mit Episoden, in denen die Probleme nicht oder stark reduziert auftreten, die Analyse von Entstehungsgeschichte, subjektiven Erklärungsmustern der Beteiligten und bisherigen (vergeblichen wie erfolgreichen) Lösungsversuchen werden insbesondere solche Bedingungsfaktoren herausgearbeitet, die bei der derzeitigen *Aufrechterhaltung* des Problems eine Rolle spielen. Auf *Systemebene* wird analysiert, ob bestimmte Probleme als Funktion von „Systemregeln“ zu verstehen sein könnten, ob ein System erst durch bestimmte Probleme „funktioniert“ bzw. ob *konflikthafte* Systemregeln (durch Zugehörigkeit zu *verschiedenen* Systemen) von Bedeutung sind.

Meist zeigt sich, daß eine Therapie nicht an den „Anmeldungsgründen“, sondern in ganz anderen Bereichen (nämlich den *Bedingungen* der eingangs genannten Schwierigkeiten) ansetzen muß. Von den jeweiligen Zusammenhängen und interpersonellen „Verflechtungen“ hängt u. a. ab, *mit wem* letztlich gearbeitet wird.

Selbst bei guter Kenntnis der Problemzusammenhänge ist meist noch unklar, welche Ziele mit der Therapie erreicht werden sollen. Dies wird in der **Phase 4** („*Vereinbaren therapeutischer Ziele*“) genauer herausgearbeitet. Vielfach ist hier – z. B. bei familiären Entwicklungssprüngen oder existentiellen Wendepunkten – eine grundlegende Neuorientierung und die eingehende Klärung von Zielen, Werten bis hin zur Frage nach dem „Sinn des Lebens“ erforderlich, so daß in manchen Fällen die gesamte Therapie hier ihren Schwerpunkt nimmt (Wirkfaktor „Klärungsperspektive“ bei Grawe, 1994). Dazu hat der Selbstmanagement-Ansatz eine Fülle von Anregungen zu bieten, die als „*Ziel- und Wertklärung*“ bezeichnet werden (vgl. Kanfer et al., 1991, S. 442ff.; Schmelzer, 1994). Bei allen anderen Fällen, in denen sich Therapeut und Klienten relativ schnell auf Ziele einigen

können, ist – unter Berücksichtigung der Grundregeln positiver, konkreter, realistischer Zielsetzung – ein rascher Übergang zur nächsten Phase möglich.

In **Phase 5** („*Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden*“) wird gemeinsam an die Planung und Umsetzung konkreter Therapiemaßnahmen herangegangen (Wirkfaktor: „Problembewältigungsschritte“ bei Grawe, 1994). Diese werden nach Möglichkeit im natürlichen Umfeld (Familie, Kindergarten, Schule) plaziert, d. h. alle Problemstellungen werden primär dort angegangen, wo sie auftreten. Im Fall einer Förderung in der künstlichen Therapiesituation (mit Rollenspielen, direkten Fördermaßnahmen etc.) werden konkrete Vorkehrungen zur *Generalisierung* der jeweiligen Lernschritte getroffen (vgl. auch Phase 7). Dazu gehören auch die obligatorischen therapeutischen Aufgaben und „Hausaufgaben“ für den Alltag der Beteiligten, die für unser Vorgehen typisch sind.

Da therapeutische Schritte nicht „automatisch“ positive Wirkungen erbringen, muß in jedem Einzelfall geprüft werden, ob die in Phase 4 vereinbarten Ziele mit Hilfe der Therapie tatsächlich erreicht werden. Dies ist Schwerpunkt der **Phase 6** („*Evaluation therapeutischer Fortschritte*“) und kann bedeuten, daß bei Mißerfolg/Teilerfolg die ein oder andere bereits durchlaufene Phase nochmals bearbeitet werden muß. Auch in die Beurteilung von Fortschritten sind unsere Klienten stets aktiv mit einbezogen.

In der **Phase 7** („*Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluß der Therapie*“) entscheidet sich zunächst, ob zusätzlich zu den bereits bearbeiteten Schwerpunkten noch andere Bereiche auf eine Bewältigung warten, was einen erneuten Eintritt in das Phasenmodell (meist in Phase 3) impliziert. Falls sich die Therapie insgesamt ihrem Abschluß nähert, werden gezielte Maßnahmen getroffen, damit die bislang vollzogenen Verhaltensänderungen nach Ende der Therapie (a) stabil bleiben und (b) sich erfolgreich auf das natürliche Lebensumfeld übertragen lassen. In dieser Phase lernen Klienten/Familien außerdem, wie man *prinzipiell* besser mit Problemen umgehen bzw. eigene Ressourcen noch effektiver nutzen kann. Schließlich sieht diese Phase auch die Ablösung der Klienten von der Therapie vor (meist über ein allmähliches „Ausblenden“ der Kontakte). In der allerletzten Sitzung bitten wir die Klienten zudem um eine retrospektive Einschätzung des Therapieablaufs und um „Feedback“ über unsere Art der Beratung/Therapie. Etwa 1/2 Jahr nach Therapieende führen wir noch eine Nachbefragung („*Katamnese*“) durch.

Mit diesem 7-Phasen-Modell wurde in groben Zügen das prinzipielle Vorgehen bei *therapeutischen* Aufgabenstellungen skizziert. Letztere machen seit Jahren den Hauptanteil unserer Tätigkeit aus und bedeuten in der Regel eine intensive Betreuung unserer Klienten, in deren Verlauf ein *systematischer Veränderungsprozeß* in Gang gesetzt wird. Demgegenüber ist unter „*Beratung*“ eine normalerweise kurzdauernde (mehr auf Informationsvermittlung in kritischen Erziehungsfragen abzielende) Kontaktaufnahme zu verstehen. Auch für diesen Zweck kann das obige Phasenmodell Orientierungshilfen bieten; es wird dann

jedoch sozusagen im „Schnelldurchgang“ durchlaufen, wobei viele Elemente des „selbstentdeckenden Lernens“ wegfallen müssen.

3.2 Besonderheiten der Verhaltensdiagnostik in der Erziehungsberatung

Nach unseren langjährigen Erfahrungen wird „Diagnostik“ in Erziehungsberatungsstellen eklatant unterschiedlich gehandhabt:

So werden mancherorts nach wie vor „Persönlichkeitstests“ im traditionellen Stil praktiziert bzw. aus veralteten (z.T. projektiven) Tests weitreichende Schlußfolgerungen gezogen. Anhänger sogenannter „humanistischer“ Therapieverfahren verzichten dagegen völlig auf diagnostische Beurteilungen und vertrauen auf die universelle Wirkung einer „wachstumserleichternden“ Gesprächsatmosphäre. Andere kombinieren eine radikale „Systemsicht“ mit der (berechtigten) Kritik an Persönlichkeitsdiagnostik und lehnen aus diesen Gründen jede Art von Diagnostik ab. Oder es wird unterstellt, ein Übermaß an kindorientierter Diagnostik sei „... gewissermaßen der ‚Expertenmantel‘, den sich der Berater anzieht, um seine Ängste vor einer gefürchteten Auseinandersetzung mit den Eltern zu dämpfen“ (Neeral, 1978, S.27/28).

Daher erscheinen uns einige Bemerkungen zu den *Besonderheiten von „Verhaltensdiagnostik“* sinnvoll. Mit Blick auf die obige Abbildung 1 (S.392) differenzieren wir diesbezüglich *allgemeine Funktionen* und *spezielle Aspekte*:

Allgemeine Funktionen der Verhaltensdiagnostik

Die Verhaltensdiagnostik hat – wie in der Verhaltenstherapie üblich – eine *generelle Funktion* bei der individuellen Therapieplanung und -steuerung. Statt „trait“-orientierter Persönlichkeitsmaße (mit dem Ziel einer diagnostischen Etikettierung) werden möglichst verhaltensnahe Daten via Interview, Verhaltensbeobachtung, Verhaltensinventaren usw. erhoben, um z. B. konkrete Kompetenzschwerpunkte bzw. -defizite festzustellen, Lernziele zu konkretisieren und eine entsprechende Förderung einzuleiten. Hypothesengeleitete Diagnostik und Therapie sind ständig miteinander verwoben und bedingen sich wechselseitig, indem neue Informationen sofort wieder im Planungsprozeß berücksichtigt werden. Die zusätzliche *therapiebegleitende* Diagnostik ermöglicht die fortwährende Überprüfung der therapeutischen Effekte und ein „ergebnisorientiertes Optimieren“ der weiteren Schritte. Ein solches Vorgehen macht (über den direkten Kontakt mit Klienten hinaus) eine zeitintensive Vor- und Nachbereitung der Termine erforderlich, ist jedoch – auch aus Gründen der ethischen Verantwortung unseres Tuns – für eine „kontrollierte Praxis“ (Petermann, 1992) unverzichtbar.

Spezielle Aspekte

Entscheidungsorientierte Diagnostik. Diagnostik wird auch notwendig zur gezielten Sammlung von Informationen, um bei bestimmten Fragestellungen eine gemeinsame Entscheidung auf sachlicher Grundlage zu erleichtern. Dies können z. B. sein: Beurteilung der Schulfähigkeit, Schullaufbahnfragen, Sonderschulbedürftigkeit, Empfehlungen zur Handhabung des elterlichen Sorgerechts bei Trennung/Scheidung, evtl. Heimeinweisung oder andere fürsorgliche Maßnahmen. Andere Entscheidungen betreffen die Zuweisung zu teilstandardisierten Gruppenangeboten an unserer eigenen Einrichtung. So führen wir regelmäßig Gruppen zur Verbesserung der Sozialen Kompetenz von Kindern (zum Teil in Anlehnung an Petermann & Petermann, 1994, 1995), Konzentrations- und Reflexivitätstrainings (vgl. Lauth & Schlottke, 1993) oder auch psychomotorische Fördergruppen durch bzw. bieten Kurse für Eltern an (vgl. unten, S.399).

Bisweilen ergeben sich – auf der Basis unserer Kompetenzdiagnostik (vgl. nächster Abschnitt) – auch Empfehlungen für *externe* Therapie- und Förderangebote (wie z. B. Förderung bei umschriebener Lese-Rechtschreib-Störung an einem anerkannten Legasthenie-Institut nach § 35 a KJHG, krankengymnastische oder sensumotorische Übungsbehandlung, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung etc.). Dies bedingt dann entweder eine dortige Weiterführung der Beratung/Therapie oder eine *koordinierte* Form der Betreuung mit genauer Absprache der jeweiligen Arbeitsschwerpunkte (z. B. externe Ergotherapie eines Kindes bei begleitender Familientherapie oder Elternarbeit bei uns).

Kompetenzorientierte Entwicklungs- und Förderdiagnostik. Für viele Störungsbilder und Probleme lohnt es sich, neben einer funktionalen und systemischen Analyse möglicher Zusammenhänge zumindest einen kurzen Blick durch die spezifisch „entwicklungsdiagnostische Brille“ (vgl. z. B. Kusch, 1993) zu werfen und gezielt nach Kompetenzen bzw. Defiziten zu forschen:

So mag es z. B. bei einem 6jährigen Kind mit Anmeldegrund „Enuresis nocturna ohne organischen Befund“ zwar deutliche systembezogene Ein- und Auswirkungen bzw. Interaktionen mit dem „Familiensystem“ geben; wenn jedoch auch ein massiver Entwicklungsrückstand des Kindes im sprachlichen und motorischen Bereich festgestellt wurde, ist es fraglich, ob unter diesen Voraussetzungen ein ausschließlich systemzentriertes Arbeiten Fortschritte brächte. Da in einem solchen Fall z. B. nicht von einer adäquaten Ausreifung des ZNS ausgegangen werden kann (die für eine erfolgreiche nächtliche Blasenkontrolle erforderlich wäre), muß zumindest mit einem erschwerten bzw. verlängerten Verlauf einer sonst üblichen Enuresis-Therapie (vgl. Grosse, 1986) gerechnet werden; manchmal ist sogar fraglich, ob überhaupt schon eine „psychologische“ Therapie begonnen werden sollte.

Auch bei anderen Anmeldegründen sollten eventuelle Schwächen in den Basisfunktionen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung und Motorik (im Sinne Lurias, 1973) als „problemmitbedingende Faktoren“ adäquat berücksichtigt und gefördert werden: Solche oft noch vage formulierten „Präsentierbeschwerden“ sind z. B. Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten/Schule und zuhause (wie z. B. extrem zurückgezogenes, „autistisches“ bzw. „mutistisches“ oder aber motorisch unruhiges/ausagierendes Verhalten bis hin zu einer Verweigerungshaltung), „Schulphobie“, Verdacht auf Minderbegabung, Konzentrationsprobleme/Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, leistungsmäßige Schulprobleme, Lese-Rechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche bzw. sogenannte „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ nach ICD 10/DSM III-R, Fragen zur Schulreife/Einschulungsdiagnostik, psychomotorische und graphomotorische Auffälligkeiten, unklare Händigkeit/Lateralität, Sprachentwicklungsprobleme usw.

Neben einer ausführlichen Entwicklungsanamnese, die z. B. der Abklärung von möglichen prä-, peri- oder postnatalen Risikofaktoren, familiären Belastungen, bisherigen Interventionen usw. dient, wird eine „funktionsspezifische Feindiagnostik“ (Dietel & Kassel 1993, S. 300) notwendig im Sinne eines „differenziell-sequenziellen Testens und Untersuchens jeweils verschiedener Funktionen“ (Steinhausen, 1992, S. 170). Fortschritte der Neuropsychologie und der Entwicklungspsychopathologie (vgl. Kusch, 1993) liefern mittlerweile den theoretischen Hintergrund für diese spezielle Form des diagnostischen Arbeitens, das vor allem mit Hilfe von theoriegeleiteten Beobachtungen, Fähigkeits-tests und selbstkonstruierten Aufgabenreihen zur Prüfung bestimmter Wahrnehmungs-, Informationsverarbeitungs- und Motorikfunktionen abläuft. Hauptziel dieser „hypothesegeleiteten Förderdiagnostik“, die nach Art eines Entscheidungsbaums immer subtileren Verästelungen zustrebt, ist „... eine detaillierte aufgaben- und prozessbezogene Beschreibung von Stärken und Schwächen, unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen Beteiligung sensorischer, motorischer und sprachlich-kognitiver handlungsregulierender Systeme“ (Dietel & Kassel, 1993, S. 300). In deren Gefolge werden dann detaillierte, individuell passende Maßnahmen zur Förderung der fraglichen Kompetenzen geplant und umgesetzt.

3.3 Fallübergreifende Aktivitäten

Zum Aufgabengebiet von Erziehungsberatungsstellen gehört auch eine Vielzahl „fallübergreifender“ Aktivitäten wie z. B.: (1) Öffentlichkeitsarbeit, (2) Informationskontakte zu anderen Einrichtungen des psychosozialen Umfelds, (3) Kooperation mit anderen Stellen, (4) Mitwirkung in Gremien und Arbeitskreisen, (5) Vorträge, Diskussionsabende, Podiumsveranstaltungen, (6) Elternabende in Kindergärten und Schulen, (7) Elternkurse, (8) Arbeit mit „Multi-

plikatoren“ wie z. B. Erzieherinnen, Lehrkräfte, (9) Fortbildung für andere Einrichtungen, (10) Supervision/Praxisberatung für andere Berufsgruppen, (11) Mitarbeit im psychosozialen Netz der Region, (12) Mitwirkung bei Projekten, (13) Trägerkontakte, (14) offene (telefonische) Sprechstunden, (15) regelmäßige Teamsitzungen zur Fallbesprechung und internen Supervision, (16) interne und externe eigene Fortbildung der MitarbeiterInnen, (17) Anleitung/Begleitung von PraktikantInnen, (18) Dokumentation, Statistiken und organisatorisch-verwaltungstechnische Arbeiten etc. Bei allen fallübergreifenden Hilfsangeboten halten wir uns – dem Prinzip „Eigeninitiative“ folgend – dort zurück, wo es im Stadtteil bereits entsprechende Offerten gibt (z. B. Hausaufgabenbetreuung, Babysitter-Dienste, Treffen für Alleinerziehende, Selbsthilfegruppen, Mutter-Kind-Gruppen u. v. m.).

Aus Platzgründen gehen wir nur beispielhaft auf unsere Art der Durchführung von (A) Elternkursen sowie auf unsere (B) Arbeit mit „Multiplikatoren“ (z. B. Erzieherinnen aus Kindergärten) näher ein:

(A) *Elternkurse* gehen weit über eine Informationsvermittlung in Erziehungsfragen hinaus; im Verlauf von 6–8 wöchentlichen (jeweils etwa dreistündigen) Einheiten erwerben bzw. verfeinern Eltern wichtige Erziehungs Kompetenzen (z. B. Erziehungsziele klären und systematisch umsetzen, Einsatz positiver und negativer Erziehungsmittel, adäquate Hilfestellung geben, Konsequenzen setzen, gemeinsam mit allen Beteiligten adäquate Familienregeln aufstellen u. v. m.). Nach der Schaffung einer vertrauensvollen Gruppenatmosphäre werden am Beispiel eines alltäglichen Erziehungsproblems, das die Teilnehmer sowohl in den Sitzungen als auch mittels „Hausaufgaben“ im Alltag bearbeiten, die üblichen Problemlösestufen durchlaufen. Alle Lernschritte (z. B. Wirkung von Lob und Strafe „am eigenen Leib“ erfahren) werden mittels einer Kombination aus didaktischer Hinführung und erfahrungsorientiertem Lernen (z. B. „Belohnungs-/Bestrafungsspiel“, „Hilfspiel“: Innerhofer, 1977) vermittelt und danach auf die eigenen Problemstellungen übertragen. Besonderer Wert wird auch auf die gegenseitige Hilfestellung und Unterstützung der Gruppenteilnehmer untereinander gelegt. Dabei ist das generelle Kurskonzept so angelegt, daß es mit geringfügigen Änderungen auch für Kurse mit Erzieherinnen, Pflegepersonal, Lehrkräften etc. verwendbar wird.

(B) *Multiplikatorenarbeit*: Fortbildungsarbeit mit Angehörigen anderer Berufsgruppen hat vor allem das Ziel, diese über neuere theoretische Entwicklungen zu informieren, praktisches „Know-How“ weiterzugeben und somit Fachwissen und -kompetenzen zu „multiplizieren“. Im Beispiel unseres Kurses für Kindergarten-Erzieherinnen zum Thema „Wahrnehmungsstörungen bei Vorschulkindern“ lernen die TeilnehmerInnen z. B., ihren Blick und ihre Sensibilität für bestimmte Auffälligkeiten zu schärfen, Maßnahmen für kleinere Teilprobleme selbst einzuleiten oder bei komplexeren Problemen mit spezialisierten Stellen zu kooperieren. Hier ist neben der genannten Sensibilisierung und Wissensvermittlung auch einzuüben, wie man die Eltern der Kinder möglichst

behutsam auf solche Probleme ansprechen und zu einer Zusammenarbeit motivieren könnte.

Beide Beispiele verdeutlichen, daß auch in diesem Bereich der Maxime des *Kompetenzerwerbs* gefolgt und ein „empowerment“ (Keupp, 1992; Rappaport, 1985 etc.) angestrebt wird.

Abschließende Bemerkungen

Der Selbstmanagement-Ansatz liefert mit seinen Grundannahmen und praktischen Vorgehensweisen u.E. ein gutes Strukturgerüst für die Aufgaben einer ambulanten „Erziehungsberatungsstelle“. Als einige der Hauptvorteile dürfen gelten: (1) Systematische Unterstützung der Autonomie von Personen durch eine kompetenzorientierte Förderung, (2) ständige Mitbeteiligung der Klienten unter Berücksichtigung ihrer Ziele und Interessen, dadurch (3) hohe Motivation zur Mitarbeit; (4) Erleichterung von Generalisierung und Transfer durch ein alltagsnahes Vorgehen, sowie (5) enge Verbindung von Theorie bzw. empirischer Therapieentwicklung mit der klinischen Praxis. Dabei kann von einem *schulenübergreifenden, methodenoffenen und transtheoretischen Modell* gesprochen werden, bei dem die systematische Förderung von Veränderungsprozessen im Mittelpunkt steht.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auch für eine intensivere *Orientierung an Ergebnissen der Grundlagenforschung* und eine Selbstverpflichtung zu *Qualitätssicherung und Effektivitätskontrollen* werben; beides tut gerade im EB-Bereich not, da sich dieser (nicht nur nach unseren Beobachtungen: vgl. auch Heckerens, 1989, S. 241ff.) von empirischen Effektivitätsdaten ziemlich abgekoppelt hat und in den letzten drei Jahrzehnten in einer kaum nachvollziehbaren Weise von therapeutischen Modewellen durchströmt wurde (vgl. auch Schmelzer 1991, S. 256).

Im psychosozialen Netz einer Gesellschaft können Erziehungsberatungsstellen als „Dienst erster Instanz“ (Heckerens, 1989, S. 238) fungieren, d.h. ein Modell für ein basisnahes, ambulantes Betreuungsangebot darstellen, in der nicht erst eine „Krankheit“ im Sinne der RVO festgestellt werden muß, um aktiv zu werden, sondern mit der auch eine präventive und gemeindenahere psychosoziale Grundversorgung der Bevölkerung sichergestellt wird. Optimal wäre der Ausbau in Richtung einer fortschrittlichen, leicht erreichbaren, alltagsnahen Institution, die mit dem Wissensstand über psychische Gesundheit in Einklang steht, mit interdisziplinären Teams arbeitet, aus öffentlichen Mitteln finanziert wird (und damit auch „sozialschwachen“ Gesellschaftsschichten offensteht) und sich an verbindlichen professionellen Qualitätsstandards orientiert. Diesem Ideal kann sich allerdings nur dann genähert werden, wenn eine Übernahme der Kosten durch die öffentliche Hand auf Dauer gewährleistet ist. Letztlich sind Ausgaben für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe eine

Investition in die Zukunft der Gesellschaft und damit automatisch ein wichtiger Akt der Prävention.

Literatur

- Alexander, J.F. & Parsons, B.V. (1982). *Functional family therapy: Principles and procedures*. Carmel (CA): Brooks/Cole.
- Baldwin, B.A. (1979). Crisis intervention: An overview of theory and practice. *Counseling Psychologist*, 8, 43–52.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (1979). *Vorläufige Richtlinien zur Förderung von Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen*; Bekanntmachung vom 14. September 1979 Nr. VI 4–6858/3–36/79 (AMBI Nr. 19/1979)
- Borg-Laufs, M. (1993). Selbstmanagement-Therapie mit Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 2, 122–128.
- Brack, U.B. (Hrsg.). (1993). *Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern* (2. Aufl.). München/Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Bundeskongress für Erziehungsberatung (BKfE). (1985). Jahresbericht 1984. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen der Bundeskongress für Erziehungsberatung*, Heft 1–2/85, 2–7.
- Bundeskongress für Erziehungsberatung (BKfE). (1990). *Kommissionsinformation 1190*, Ausgewählte Auszahlungsergebnisse (Stand 31.12.1987). Fürth: BKfE.
- Bundeskongress für Erziehungsberatung (BKfE). (1993). *Erziehungs- und Familienberatungsstellen – Verzeichnis 1993*. Fürth: BKfE.
- Dietel, B. & Kassel, H. (1993). Diagnostik von Teilleistungsstörungen. Neuropsychologisch-psycholinguistisch orientierte Diagnose und Therapie von Lese-Rechtschreibschwächen. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 5, 297–316.
- Döpfner, M. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1993). *Kinderpsychiatrie – Vorschulalter*. München: Quintessenz.
- Dörner, D. (1989). *Die Logik des Mißlingens*. Reinbek: Rowohlt.
- Falloon, I.R.H. (Ed.). (1988). *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford.
- Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W. & Strehmel, P. (1992). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters*. Stuttgart: Kohlhammer-Urban.
- Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L. (1987). *Strategien der Veränderung. Systemische Kurzzeittherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gelfand, D.M. & Hartmann, D.P. (1984). *Child behavior analysis and therapy*. New York: Pergamon.
- Goldstein, A.P. (1973). *Structured learning therapy: Toward a psychotherapy for the poor*. New York: Academic Press.
- Goldstein, A.P. (1981). *Psychological skill training*. New York: Pergamon.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P. & Gershaw, N.J. (1976). *Skill training for community living: Applying structured learning therapy*. New York: Pergamon.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 26(3), 357–370.

- Gross, A. M. (1985). Children. In M. Hersen & S. M. Turner (Eds.), *Diagnostic interviewing* (pp. 309–355). New York: Plenum.
- Grosse, S. (1986). *Bettmässen. Diagnostik und Therapie*. München/Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Hahn, K. & Müller, F.-W. (Hrsg.). (1993). *Systemische Erziehungs- und Familienberatung*. Mainz: Grünewald.
- Haley, J. (1977). *Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen*. München: Pfeiffer.
- Harter, S. (1982). A developmental perspective on some parameters of self-regulation in children. In P. Karoly & F. H. Kanfer (Eds.), *Self-management and behavior change* (pp. 165–204). New York: Pergamon.
- Heekerens, H. P. (1989). *Familientherapie und Erziehungsberatung*. Heidelberg: Asanger.
- Hersen, M. & Van Hasselt, V. B. (Eds.). (1987). *Behavior therapy with children and adolescents. A clinical approach*. New York: Wiley.
- Innerhofer, P. (1977). *Das Münchner Trainingsmodell*. Berlin: Springer.
- Kaimer, P. (1986). Therapie in komplexen Systemen. *Verhaltensmodifikation*, 7, 213–234.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kanfer, R., Eyberg, S. M. & Krahn, G. L. (1983). Interviewing strategies in child assessment. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (pp. 95–108). New York: Wiley.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: A systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23–52.
- Kazdin, A. E. (1994). Psychotherapy for children and adolescents. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; pp. 543–594). New York: Wiley.
- Kendall, P. C. (Ed.). (1990). *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford.
- Keupp, H. (1992). Von der fürsorglichen Belagerung zum Empowerment. Perspektiven der Psychiatriereform. *Selbsthilfe*, 5–6, 62–65.
- Kusch, M. (1993). *Entwicklungspsychopathologie und Therapieplanung in der Kinderverhaltensberatung*. Frankfurt/Main: Lang.
- Lauth, G. W. & Schlottke, P. F. (1993). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern: Diagnostik und Therapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lieb, H. (1996). Selbstorganisation und Selbstmanagement aus verhaltenstherapeutischer und systemtherapeutischer Sicht (in diesem Buch).
- Luria, A. R. (1973). *The working brain. An introduction to neuropsychology*. New York: Basic Books.
- Mash, E. J. & Terdal, L. G. (Eds.). (1988). *Behavioral assessment of childhood disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Menne, K. & Weber, M. (1990). Kommentar zum KJHG. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung*, Heft 2/90, 9–12.
- Neeral, T. (1978). Probleme in Erziehungsberatungsstellen bei der Umorientierung von kindzentrierter zu familienorientierter Beratungsarbeit. In LAG hessischer Erziehungsberatungsstellen (Hrsg.), *Familientherapie in der Erziehungsberatung* (S. 26–32). Frankfurt/Main: Selbstverlag.

- Petermann, F. (1992). *Einzelfalldiagnose und klinische Praxis* (2. Aufl.). Berlin: Quintessenz.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1993). *Verhaltenstherapie mit Kindern. Themen der 25. Verhaltenstherapiewoche 1992*. München: Röttger.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1994). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1995). *Training mit aggressiven Kindern* (7. Aufl.). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Petermann, U. (Hrsg.). (1994). *Verhaltensauffällige Kinder*. Salzburg: Otto Müller.
- Petermann, U. (1996). *Kinderverhaltenstherapie* (in diesem Buch).
- Petermann, U. & Petermann, F. (1994). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Petzold, M. (1992). *Familienentwicklungspsychologie. Einführung und Überblick*. München: Quintessenz.
- Pinsof, W. (1994). *Integrative problem centered therapy: The synthesis of family and individual therapies*. New York: Basic Books.
- Presting, G. (Hrsg.). (1991). *Erziehungs- und Familienberatung*. Weinheim/München: Juventa.
- Rahm, D. (1977). Zur Gesprächsführung mit Jugendlichen: Kreative Ansätze zur Motivationsförderung in der Anfangsphase. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 7, 274–278.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17(2), 257–278.
- Rechtien, W. (1992). *Angewandte Gruppendynamik*. München: Quintessenz.
- Reiter, L., Brunner, E. S. & Reiter-Theil, S. (Hrsg.). (1988). *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin: Springer.
- Ross, A. O. & Petermann, F. (1987). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Schmelzer, D. (1991). Modeströmungen, öffentliches Image und die „wahren Werte“ der Verhaltenstherapie – ein persönlicher Kommentar zum Artikel von H.-P. Heekerens: „Zur sozialen Akzeptanz von Verhaltenstherapie“. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 12, 254–261.
- Schmelzer, D. (1994). Ziel- und Wertklärung – ein zentraler Prozeß der Selbstmanagement-Therapie. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Therapieziele im Wandel?* (S. 79–93). Geesthacht: Neuland.
- Shazer, S. de (1989). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, F. B. & Stierlin, H. (1984). *Die Sprache der Familientherapie: Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, F. B. (Hrsg.). (1988). *Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie*. Berlin: Springer.
- Staiken, K. A. (1990). *Crisis intervention: A handbook for practice and research* (2nd ed.). Needham Heights (MA): Allyn & Bacon, Longwood Division.
- Sonneck, G. (1989). Krisenintervention bei Suizidalität und Lebenskrisen. *Suizidprophylaxe*, 16, 55–72.

- Stark, W. (1991). Prävention und Empowerment. In G. Hörmann & W. Körner (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch* (S.213–232). Reinbek: Rowohlt.
- Steinhausen, H.-C. (1988). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Steinhausen, H.-C. (Hrsg.). (1992). *Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen*. Berlin: Springer.
- Steinhausen, H.-C. & von Aster, M. (Hrsg.). (1993). *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Weiss, T. (1988). *Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten*. München: Kösel.
- Westmeyer, H. (1979). Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychologischer Praxis. In H. Albert & K.H. Stapf (Hrsg.), *Theorie und Erfahrung. Beiträge zur Grundlagenproblematik in den Sozialwissenschaften* (S. 139–162). Stuttgart: Klett.

Adressen der Autoren:

Dr. Dieter Schmelzer (Dipl.-Psych.)
Kühnertsgasse 24
D-90402 Nürnberg

Michael Trips (Dipl.-Psych.)
Psychologische Beratungsstelle
für Eltern, Kinder & Jugendliche
Giesbertsstraße 67 b
D-90473 Nürnberg-Langwasser