

Gleichaltrigenprobleme im Jugendalter

Eva Dresbach
Manfred Döpfner

SELBST – Therapieprogramm
für Jugendliche mit Selbstwert-,
Leistungs- und Beziehungsstörungen

Band 3

selbst 

Therapeutische Praxis

 **hogrefe**

selbst  Gleichaltrigenprobleme
Therapieprogramm für Jugendliche mit
Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen

Eva Dresbach
Manfred Döpfner

Gleichaltrigenprobleme im Jugendalter

SELBST – Therapieprogramm für Jugendliche
mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen

Band 3

Dr. Eva Dresbach, geb. 1976. 1995–2001 Studium der Psychologie in Trier. 2003–2007 Stipendiatin der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie. 2007 Approbation zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. 2010 Promotion. 2008–2011 Leitung Psychosozialer Dienst der Kinderonkologischen Abteilung des Zentrums für Kinderheilkunde, Universitätsklinikum Bonn. Weiterbildung in Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Seit 2011 niedergelassen in eigener Praxis in Bonn. Dozentin und Supervisorin bei verschiedenen Ausbildungsinstituten. 2015 ISST-Anerkennung als Advanced Level Schematherapist and Supervisor-Trainer in Child-Adolescent Schema-Therapy.

Prof. Dr. Manfred Döpfner, geb. 1955. 1974–1981 Studium der Psychologie in Mannheim. 1990 Promotion. 1998 Habilitation. Seit 1989 Leitender Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dort seit 1999 Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 1999 Leiter des Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKiP) an der Universitätsklinik Köln und seit 2000 Wissenschaftlicher Leiter des Instituts Köln der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Beate Hautsch, Göttingen
SELBST-Logo: Björn Mehnen, Berlin
Illustrationen: Klaus Gehrmann, Freiburg
Format: PDF

1. Auflage 2020

© 2020 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2234-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2234-4)

ISBN 978-3-8017-2234-0

<http://doi.org/10.1026/02234-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 7 |
| | |
| Kapitel 1: Das Therapieprogramm SELBST | 9 |
| 1.1 Übersicht über das Therapieprogramm SELBST | 9 |
| 1.2 Entwicklungsrelevanz von Gleichaltrigenproblemen | 12 |
| 1.3 Formen von Gleichaltrigenproblemen und Entstehungsmodell | 16 |
| 1.3.1 Formen von Gleichaltrigenproblemen | 16 |
| 1.3.2 Soziale Kompetenz und Schemata als Bedingungsfaktoren individueller Gleichaltrigenprobleme ... | 20 |
| 1.3.3 Entstehungsmodell der Gleichaltrigenprobleme | 26 |
| 1.4 Indikation und Kombination mit anderen Interventionsformen | 30 |
| 1.4.1 Indikation und Kontraindikation | 30 |
| 1.4.2 Kombination mit anderen Maßnahmen | 31 |
| 1.5 Aufbau des Therapiemanuals SELBST-Gleichaltrigenprobleme | 34 |
| 1.5.1 Übersicht über die Therapiebausteine | 34 |
| 1.5.2 Handhabung der Therapiebausteine: Auswahl, Kombination, Schwerpunktsetzung | 40 |
| 1.5.3 Setting und Strukturierung der Therapiesitzungen | 41 |
| 1.6 Anwendung des Therapiemanuals bei den häufigsten psychischen Störungen im Jugendalter | 42 |
| 1.6.1 Anwendung bei externalen Störungen: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens | 42 |
| 1.6.2 Internale Störungen: Angst, depressive Störungen und somatoforme Störungen | 44 |
| 1.6.3 Anwendung bei anderen Störungsbildern | 45 |
| 1.7 Wirksamkeit von SELBST-Gleichaltrigenprobleme | 47 |
| 1.8 Diagnostik und Verlaufskontrolle | 56 |
| 1.8.1 Instrumente zur Exploration und ersten Problemerkfassung | 56 |
| 1.8.2 Allgemeine Diagnostik | 58 |
| 1.8.3 Problemspezifische Diagnostik | 59 |
| 1.8.4 Ergänzende Verfahren | 60 |
| 1.8.5 Diagnostik im Behandlungsverlauf | 61 |
| 1.9 Therapeutische Beziehung | 62 |
| 1.9.1 Beziehungsaufbau und -gestaltung | 62 |
| 1.9.2 Therapeutische Beziehungsgestaltung und emotionale Grundbedürfnisse | 65 |
| 1.9.3 Umgang mit schwierigen Therapiekonstellationen | 66 |
| | |
| Kapitel 2: Therapiemanual SELBST-Gleichaltrigenprobleme | 69 |
| 2.1 Phase 1: Screening der Eingangsbeschwerden, Beziehungsaufbau und Informationsvermittlung ... | 71 |
| 2.2 Phase 2: Multimodale Diagnostik – Erfassung individueller Probleme und Kompetenzen sowie von Belastungen und Ressourcen im Umfeld | 75 |
| 2.3 Phase 3: Problemanalyse und Erarbeitung eines Störungskonzeptes | 82 |
| 2.4 Phase 4: Zielanalyse, Stärkung der Änderungsmotivation, Interventionsplanung | 98 |
| 2.5 Phase 5: Durchführung von Interventionen | 106 |

| | | |
|--------------------------------------|---|------------|
| 2.5.1 | Baustein 1 – Soziale Informationsverarbeitung und soziales Selbstbild | 111 |
| 2.5.2 | Baustein 2 – Kognitionen Jugendlicher | 119 |
| 2.5.3 | Baustein 3 – Kognitionen Eltern | 132 |
| 2.5.4 | Baustein 4 – Emotionsregulation | 140 |
| 2.5.5 | Baustein 5 – Soziales Problemlösen und soziale Fertigkeiten | 152 |
| 2.5.7 | Baustein 7 – Soziale Verstärkerbedingungen und Neuplatzierung | 180 |
| 2.6 | Phase 6: Zwischenevaluation und Zielerreichung | 188 |
| 2.7 | Phase 7: Stabilisierung und Rückfallprävention | 196 |
| Kapitel 3: Fallbeispiel | | 201 |
| | Leonie, 15 Jahre | 201 |
| Literatur | | 214 |
| Anhang | | 220 |
| | Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM | 220 |

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die zur Durchführung des Therapieprogramms verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Vorwort

Gleichaltrigenprobleme im Jugendalter zeigen sich als sozialer Rückzug, soziale Unsicherheit und Angst sowie aggressives Verhalten und begrenzte Konfliktlösefähigkeit. Sie können sowohl Ursache als auch Folge psychischer Störungen sein. Betroffene Jugendliche zeigen häufig problematisches soziales Verhalten, das durch Kompetenzdefizite bedingt sein kann. Häufig wird die soziale Performanz auch bei ausreichenden Kompetenzen durch negative interpersonale Schemata, dysfunktionale Grundannahmen ungünstig beeinflusst. Diese wirken sich auf die soziale Informationsverarbeitung, die Emotionsregulation, das Problemlösen und die Auswahl von Handlungsalternativen aus. Gleichaltrigenprobleme einzelner Jugendlicher müssen zudem auch im Kontext von Gruppenprozessen, wie z.B. Vernachlässigung und Ablehnung, sowie Viktimisierung durch Gleichaltrige betrachtet werden. Jugendliche leiden meist deutlich unter anhaltenden Gleichaltrigenproblemen. Auch die Identitätsentwicklung und der weitere Aufbau sozialer Fertigkeiten werden durch erlebte Schwierigkeiten negativ beeinflusst.

Interpersonale Probleme gehören zu den häufigsten Gründen, die Erwachsene zur Aufnahme einer Psychotherapie bewegen. Möglichst frühe Interventionen sind bei diesem Problemschwerpunkt wünschenswert, um Jugendlichen die Entwicklung sozialer Kompetenzen und positiver interpersonaler Schemata zu ermöglichen.

Gleichaltrigenprobleme erfordern einen transdiagnostischen und multimodalen Behandlungsansatz unter Einbeziehung der Eltern und anderer Bezugspersonen. Beziehungserfahrungen in der Familie und unter Gleichaltrigen beeinflussen maßgeblich die Entstehung interpersonaler Schemata und dysfunktionaler Grundannahmen und prägen den Aufbau sozialer Kompetenzen im Jugendalter. Oft ist auch eine Zusammenarbeit mit der Schule indiziert, wenn dort negative Gruppen- und Verstärkerprozesse manifest werden.

Das modular aufgebaute Therapieprogramm SELBST ist als Behandlungsansatz für die Problemschwerpunkte Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen entwickelt worden. SELBST-Gleichaltrigenprobleme ist nach SELBST-Grundlagen (Walter et al., 2007) und SELBST-Leistungsprobleme (Walter et al., 2009), der dritte Band des Therapieprogramms und baut auf SELBST-Grundlagen auf. Dort werden die allgemeinen Strategien des Selbstmanagement-Ansatzes für Jugendliche mit den sieben Behandlungsphasen ausführlich vorgestellt. Der vorliegende Band kann zur transdiagnostischen und individualisierten Behandlung von Jugendlichen mit Gleichaltrigenproblemen eingesetzt werden, bei denen die psychische Symptomatik Ursache oder Folge der interpersonellen Probleme ist.

Die Anwendbarkeit und Wirksamkeit von Selbstmanagementtherapie konnte für verschiedene Störungsbilder und Patientengruppen bestätigt werden. Kanfer et al. (2012) befürworten explizit eine methodenoffene Anwendung ihres Ansatzes. Dadurch kann Selbstmanagementtherapie als ein im positiven Sinne konservativer Ansatz genutzt werden, der die Integration innovativer Methoden und Schwerpunktsetzungen in der therapeutischen Beziehungsgestaltung ermöglicht.

Wir möchten den Mitherausgebern des Therapieprogramms SELBST, Christiane Rademacher, Stephanie Schürmann und Daniel Walter an dieser Stelle ausdrücklich für ihre Unterstützung bei der Fertigstellung dieses Therapiemanuals danken. Kollegen und Supervisanden möchten wir für Anregungen zu den Materialien danken. Nicht zuletzt gilt unser Dank den Jugendlichen und ihren Eltern, deren Vertrauen und Mitarbeit eine erste Evaluation, sowie die weitere klinische Erprobung und Ausarbeitung des Therapiemanuals SELBST-Gleichaltrigenprobleme ermöglicht haben.

Köln, im Januar 2020

Eva Dresbach und
Manfred Döpfner

Kapitel 1

Das Therapieprogramm SELBST

1.1 Übersicht über das Therapieprogramm SELBST

Das SELBST-Programm (Walter et al., 2007) ist eine Adaptation der Selbstmanagementtherapie von Kanfer und Mitarbeitern (2000, 2012) für Jugendliche. Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen können mit dem problem- und ressourcenorientierten Therapieprogramm SELBST behandelt werden. Der Selbstmanagementtherapie liegt ein Menschenbild zugrunde, in dem das Streben nach Selbstbestimmung als zentrale Motivation betrachtet wird. Ziele sind der Aufbau von Selbstregulation und Selbstständigkeit sowie die Stärkung von Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit des Patienten. Dazu werden Selbstbeobachtung, Selbstverbalisation und Selbstverstärkung eingesetzt. Das daraus abgeleitete Vorgehen wird dem Bedürfnis jugendlicher Patienten nach Autonomie gerecht und unterstützt die Erfüllung von Entwicklungsaufgaben des Jugendalters.

Das SELBST-Programm zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

- **Ressourcenorientierung:** Kompetenzen des Jugendlichen und Ressourcen des Umfeldes werden aktiviert, genutzt und im Laufe der Behandlung weiterentwickelt.
- **Störungsübergreifende Behandlung:** Der Ansatz bezieht sich nicht auf einzelne Störungsbilder im Sinne der Klassifikationssysteme für psychische Störungen, sondern auf transdiagnostische Problemschwerpunkte.
- **Problemorientierung:** Als konkrete Problembereiche werden Selbstwert-, Leistungs-, und Beziehungsstörungen definiert und behandelt.
- **Lösungsorientierung:** Die Behandlung hat das Ziel, konkrete Lösungen mit dem Jugendlichen und den Bezugspersonen zu entwickeln.

Kasten 1: Regeln für das therapeutische Vorgehen nach Kanfer et al. (2012, S. 327)

- **Verhaltensorientiert denken (*think behavior*):** Probleme und potenzielle Lösungen so konkret wie möglich beschreiben. Fokus auf das eigene, veränderbare Verhalten, nicht auf das nicht kontrollierbare Verhalten der Interaktionspartner.
- **Lösungsorientiert denken (*think solution*):** Kleinste Schritte des Patienten in Richtung Lösung verstärken.
- **Positiv denken (*think positive*):** Fokus auf positive Ergebnisse, auch kleine Schritte, auf Ressourcen und ungenutzte Potenziale richten.
- **In kleinen Schritten denken (*think small steps*):** Ziele in erreichbare Teilziele und bewältigbare Schritte zerlegen.
- **Flexibel denken (*think flexible*):** Therapieziele und Methoden flexibel an Ereignisse und Veränderungen anpassen.
- **Zukunftsorientiert denken (*think future*):** Fokus auf die Ziele und die Zukunft. Verständnis vergangener Faktoren zur Umsetzung von aktuellen und zukünftigen Zielen nutzen.

Das problemübergreifende therapeutische Vorgehen mit dem Jugendlichen unter Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen wurde in SELBST-Grundlagen (Walter et al., 2007) ausführlich beschrieben. Die übrigen vier Bände widmen sich spezifischen Problembereichen. In jedem Band findet sich eine Übersicht über das allgemeine Vorgehen, so dass jeder Band unabhängig von den anderen genutzt werden kann. Das SELBST-Programm umfasst die folgenden Bände:

- **Grundlagen der Selbstmanagementtherapie bei Jugendlichen (SELBST-Grundlagen, Walter et al., 2007):** Einführung in die konzeptionellen Grundlagen und das Prozedere entsprechend der sieben

Phasen der Selbstmanagementtherapie nach Kanfer und Mitarbeitern (2000, 2012).

- *Leistungsprobleme im Jugendalter* (SELBST-Leistungsprobleme, Walter & Döpfner, 2009): Die Behandlung von Jugendlichen mit Leistungsproblemen – in der Schule oder am Ausbildungsplatz wird beschrieben. Die hier fokussierten Leistungsstörungen sind nicht durch Begabungsdefizite zu erklären, sondern stehen in Zusammenhang mit dysfunktionalen Überzeugungen, Motivationsproblemen und Problemen in der Lernorganisation.
- *Gleichaltrigenprobleme im Jugendalter* (SELBST-Gleichaltrigenprobleme): Der vorliegende Band dient der Behandlung von Gleichaltrigenproblemen. Diese resultieren aus Problemen der sozialen Informationsverarbeitung, aus dysfunktionalen Überzeugungen und interpersonalen Schemata, inadäquater Emotionsregulation oder einem Defizit an sozialen Fertigkeiten. Die Gleichaltrigenprobleme können sich als ausgeprägter sozialer Rückzug, soziale Ängstlichkeit, aggressives Verhalten, häufige Konflikte oder Beziehungsabbrüche manifestieren. Gruppenprozesse wie Vernachlässigung, Ablehnung oder Viktimisierung durch Gleichaltrige stehen häufig in Wechselwirkung mit den hier beschriebenen individuellen Problemen.
- *Familienprobleme im Jugendalter* (SELBST-Familienprobleme, Rademacher & Döpfner, in Vorb.): In diesem Band wird die Behandlung ausgeprägter Beziehungsstörungen zwischen Jugendlichen und Eltern vorgestellt, die sich zumeist als chronifizierte Konflikte und Streitigkeiten zeigen.
- *Selbstwertprobleme im Jugendalter* (SELBST-Selbstwertprobleme, Schreiter & Döpfner, in Vorb.): Der Band beschreibt die Behandlung von Jugendlichen mit Selbstwertstörungen, d. h. mit negativem Selbstbild und dysphorischem oder depressivem Affekt sowie einem reduzierten Niveau an Aktivitäten.

Das Therapieprogramm SELBST ist in sieben Behandlungsphasen unterteilt, die den Bereichen Problem- und Zielanalyse (Phasen 1 bis 4) sowie Intervention und Verlaufskontrolle (Phasen 5 bis 7) zugeordnet werden (vgl. Abbildung 1 sowie Walter et al., 2007). Die 7 Phasen werden in jedem Modul durchgeführt, dabei wird das in SELBST-Grundlagen beschriebene Vorgehen an die einzelnen Problemschwerpunkte angepasst.

Jedes Modul umfasst in Phase 5 die spezifischen Interventionen für den jeweiligen Problemschwerpunkt. Dazu stehen in jedem Modul verschiedene Bausteine zur Verfügung, die abhängig von der Indikation eingesetzt werden. So kann für jeden Jugendlichen eine individuell zugeschnittene Behandlung konzipiert

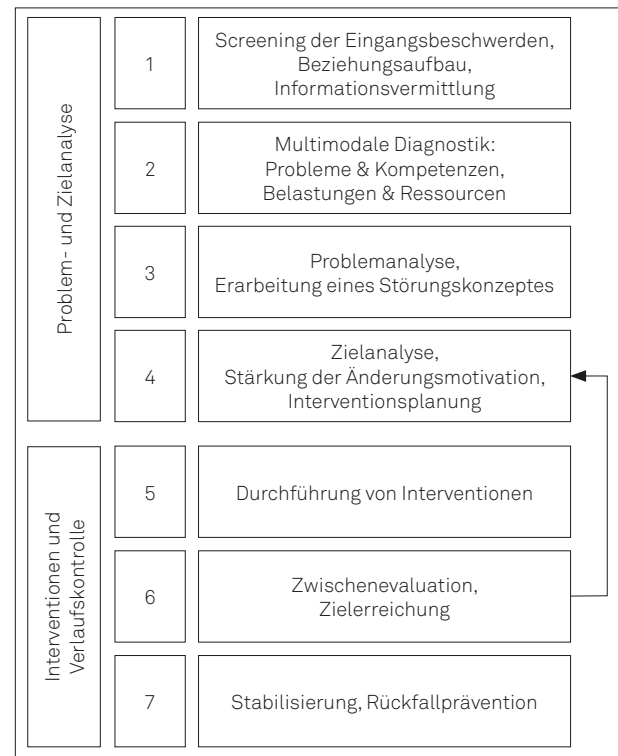


Abbildung 1: Die 7 Phasen des Behandlungsprogramms SELBST (aus Walter et al., 2007, S. 11)

werden. Dabei können auch Bausteine aus den verschiedenen Modulen des SELBST-Programms kombiniert werden. Jedes Modul umfasst Bausteine für Jugendliche, Eltern und Lehrer.

Im Folgenden wird ein Überblick über die einzelnen Phasen und deren Anwendung bei Gleichaltrigenproblemen gegeben:

- *Phase 1 – Screening der Eingangsbeschwerden, Beziehungsaufbau, Informationsvermittlung.* Die ersten Sitzungen werden zum Beziehungsaufbau und zur ersten Informationssammlung genutzt, um günstige Ausgangsbedingungen für die Therapie zu schaffen. Der Vorstellungsanlass aus Sicht aller Beteiligten wird erfasst und das Vorgehen bei der Behandlung erläutert. Dabei macht der Therapeut seine Arbeitsweise und seine Haltung transparent. Dem Jugendlichen wird vermittelt, dass die Behandlung auf Freiwilligkeit beruht. Voraussetzungen für eine tragfähige therapeutische Beziehung werden geschaffen. Bei allen Patienten sind die Therapieaufgaben von großer Bedeutung für den Behandlungserfolg. Diese werden ab Phase 1 kontinuierlich eingesetzt.
- *Phase 2 – Multimodale Diagnostik: Probleme und Kompetenzen, Belastungen und Ressourcen.* Die nächste Phase dient dem Aufbau von Änderungsmotivation und einer vorläufigen Auswahl von Problembereichen. Dazu wird multimodale Diagnostik eingesetzt, die der Identifikation der

Hauptprobleme dient. Neben der Exploration der Beteiligten werden standardisierte Fragebögen genutzt sowie eine für das Modul entwickelte Checkliste. Dabei werden die soziale Integration, soziale Fertigkeiten und interpersonale Schemata erfasst. Der Fokus wird auf Ressourcen und Stärken sowie positive Aspekte von möglichen Veränderungen gelegt. Der Jugendliche wird beim Aufbau von Änderungsmotivation unterstützt.

- *Phase 3 – Problemanalyse, Erarbeitung eines Störungskonzeptes.* Problembereiche werden definiert, in situativen und kontextuellen Verhaltensanalysen werden aufrechterhaltende Bedingungen erfasst. Mit dem Jugendlichen und den Bezugspersonen wird ein gemeinsames Störungsmodell entwickelt. Dabei wird zunächst mit dem Jugendlichen und den Bezugspersonen getrennt gearbeitet. Im Anschluss werden die einzelnen Perspektiven zusammengeführt. Die Vor- und Nachteile des Problemverhaltens werden erarbeitet. Die relevanten Verhaltensprobleme werden auf einer Problemliste zusammengefasst. Anschließend wird ausgehend von den subjektiven Modellen der Beteiligten ein gemeinsames Störungsmodell entwickelt. Therapeutische Ansatzpunkte zur Behandlungsplanung werden identifiziert.
- *Phase 4 – Zielanalyse, Stärkung der Änderungsmotivation, Interventionsplanung.* Diese Phase ist von zentraler Bedeutung für ein Gelingen der Behandlung. Analog zum Vorgehen in Phase 3 werden die Veränderungsziele mit allen Beteiligten im Einzelsetting besprochen und im Weiteren zu gemeinsamen Behandlungszielen zusammengefasst. Bei Bearbeitung der Gleichaltrigenprobleme werden die Bedürfnisse und Wünsche des Jugendlichen bezogen auf aktuelle und zukünftige Freundschaftsbeziehungen erarbeitet und ausgehend davon realisierbare Ziele definiert. Auf Grundlage der gemeinsamen Zieldefinition können abschließend die konkreten Interventionen abgeleitet werden. Auf dieser Grundlage kann in Phase 5 aus dem Pool der Bausteine für jeden Patienten ein individuelles Behandlungspaket erstellt werden.
- *Phase 5 – Durchführung von Interventionen.* Im nächsten Schritt werden die spezifischen Interventionen nach dem individuellen Behandlungsplan durchgeführt. Dazu werden für jeden Patienten relevante Therapiebausteine ausgewählt. Auch innerhalb der Bausteine wird für den Patienten eine Auswahl an Interventionen getroffen. Abhängig von den Problem- und Zieldefinitionen sowie vom individuellen Störungsmodell werden Schwerpunkte in der Durchführung der jeweiligen Bausteine gesetzt. Die Bausteine von SELBST-Gleichaltrigenprobleme umfassen:

- GP-I-J Soziale Informationsverarbeitung und soziales Selbstbild,
- GP-K-J Kognitionen Jugendlicher,
- GP-K-E Kognitionen Eltern,
- GP-E-J Emotionsregulation,
- GP-F-J Soziales Problemlösen und soziale Fertigkeiten,
- GP-V-E Verstärkerbedingungen Eltern,
- GP-P-J Soziale Verstärkerbedingungen und Neuplatzierung.

- *Phase 6 – Zwischenevaluation, Zielerreichung.* Im Therapieprozess werden Fortschritte evaluiert. Positive Veränderungen werden verstärkt. Wenn Prozesse nur sehr langsam vorangehen oder stagnieren, wird in der Zwischenevaluation geprüft, welche Faktoren dem Erfolg der Behandlung im Wege stehen. Dies erfolgt über eine Misserfolgs- oder Widerstandsanalyse. Hierbei können Barrieren und Selbstschutzstrategien identifiziert und bearbeitet werden, die eine Umsetzung der Behandlungsziele behindern. Bei Barrieren können Ziele angepasst oder neue Ziele definiert werden, so dass ein rekursiver Prozess zwischen den Behandlungsphasen stattfindet. Zum Umgang mit Selbstschutzverhalten und Widerstand werden spezifische Interventionen vorgestellt.
- *Phase 7 – Stabilisierung, Rückfallprävention.* Wenn Behandlungsziele zumindest größtenteils erreicht werden konnten und der Patient, die Bezugspersonen und der Therapeut eine hinreichende Verbesserung feststellen können, werden abschließend Interventionen zur Erfolgsoptimierung und Rückfallprophylaxe durchgeführt. Die Frequenz der Sitzungen wird schrittweise reduziert, so dass der Jugendliche und die Eltern erproben können, wie Selbstmanagementkompetenzen und spezifische Fertigkeiten auch ohne intensive Unterstützung des Therapeuten umgesetzt werden können. In dieser Phase sollten auch mögliche zukünftige Herausforderungen vorweggenommen und Bewältigungsstrategien entwickelt werden. Zum Abschluss der Behandlung finden im Abstand von 3 bis 6 Monaten Sitzungen zur Auffrischung statt.

SELBST-Gleichaltrigenprobleme nutzt kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken zur Veränderung sozialer Informationsverarbeitung und sozialer Kompetenzen, die Anwendbarkeit und Wirksamkeit des Vorgehens wurde überprüft (Schmitt, 2010). In die Weiterentwicklung des Manuals sind innovative Techniken aus der dritten Welle der Verhaltenstherapie integriert worden, die sich in der klinischen Praxis als wirksam erwiesen haben und die klassischen kognitiv-behavioralen Methoden mit einer gezielten Ressourcenaktivierung, der Erleichterung motiva-

tionaler Klärung und vor allem der Problemaktualisierung ergänzen. Beim Beziehungsaufbau und bei der Beziehungsgestaltung wird eine Orientierung an den emotionalen Grundbedürfnissen des Jugendlichen empfohlen (vgl. Grawe, 2004). Die Grundstruktur des Therapiemanuals ist beibehalten worden.

Der Anwender hat die Möglichkeit, Bausteine und Schwerpunkte flexibel zu wählen und für jeden Jugendlichen ein individualisiertes Behandlungskonzept zu erstellen. Auch wenn der größte Teil der Sitzungen mit dem Jugendlichen stattfindet, werden die Bezugspersonen – Eltern und Lehrer – in der Regel in allen Behandlungsphasen mit einbezogen. Niedergelassene Therapeuten können die Behandlungsphasen im Rahmen einer Kurz- oder Langzeittherapie durchführen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass während der Probatorik die Phasen 1, 2 und 3 durchgeführt werden. Bei einem großen Teil der Patienten wird die Phase 3 (Problemanalyse und Erarbeitung eines Störungskonzeptes) auch über den Umfang der Probatorik hinausgehen.

In der Regel werden die Behandlungsphasen aufeinander aufbauend durchgeführt. Dabei können im Behandlungsprozess immer wieder Situationen entstehen, die ein erneutes Aufgreifen der Inhalte vorheriger Phasen erforderlich machen. Auch nach erfolgreicher Durchführung von Interventionen kann eine erneute Zieldefinition erforderlich sein, wenn zusätzliche Problembereiche zuvor verdeckt waren. Die Phasen des Selbstmanagementansatzes stellen einen rekursiven Prozess dar, in dem der Therapeut den Patienten immer besser kennenlernt. Die klare Abfolge der Phasen führt zu einem strukturierten Vorgehen, der rekursive Charakter ermöglicht, flexibel auf neue Informationen und veränderte Bedingungen in der Lebenssituation des Patienten einzugehen.

1.2 Entwicklungsrelevanz von Gleichaltrigenproblemen

Freundschaften mit Gleichaltrigen wirken als protektive Faktoren und als Katalysatoren der Entwicklung Jugendlicher (Seiffge-Krenke, 2008). Gleichaltrige geben in der Adoleszenz zunehmend emotionale Unterstützung, Bestätigung des Selbstwertes oder Orientierung durch Normen der Gruppe. Die sukzessive Ablösung von den Eltern wird durch die soziale Einbindung in die Peergroup erleichtert. Selbstoffenbarung in engen Freundschaften und Identitätsentwicklung bedingen sich gegenseitig (Buhrmester, 1990). Die für das Erwachsenenalter notwendigen sozialen Fertigkeiten

werden im Kontakt mit den Gleichaltrigen entwickelt und verfeinert. Positive Gleichaltrigenbeziehungen bilden somit die Basis für die Bewältigung einiger Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. Anerkennung und Akzeptanz durch Gleichaltrige sind den meisten Jugendlichen starke Bedürfnisse (Brechtwald & Prinsteiner, 2011) und wirken als soziale Verstärker.

Interpersonale Probleme mit Gleichaltrigen stellen demgegenüber eine deutliche Belastung für Jugendliche sowie einen Risikofaktor für deren weitere Entwicklung dar. Sie können Ausdruck, Folge aber auch Ursache verschiedener psychischer Störungen und Verhaltensprobleme sein. Sie manifestieren sich als sozialer Rückzug, Vermeidung oder aggressives Verhalten oder auch in Form der Einnahme von Opfer- und Täterrollen bei Viktimisierung (Cole et al., 2010; Olweus et al., 1999; Salmivalli et al., 1996).

Gleichaltrigenprobleme treten vor dem Hintergrund verschiedener internaler und externaler psychischer Störungen im Jugendalter auf, vor allem bei Depression (Abel & Hautzinger, 2013), sozialer Angst (Melfsen, 2002) oder in Zusammenhang mit Störungen des Sozialverhaltens (Görtz-Dorten & Döpfner, 2019). Bei Persönlichkeitsakzentuierungen und beginnenden Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter stellen dysfunktionale Interaktionsmuster Kernsymptome dar (Schmeck & Schlüter-Müller, 2008). Jugendliche, die unter einer Störung des autistischen Formenkreises leiden, sind durch die komplexer werdenden sozialen Situationen und das wachsende Bewusstsein um die eigenen Schwierigkeiten häufig von sozialen und emotionalen Problemen betroffen. Darüber hinaus leiden viele Jugendliche mit anderen psychischen Störungen an Gleichaltrigenproblemen, auch wenn diese nicht zu den Kernkriterien der entsprechenden Diagnose zu zählen sind, beispielsweise bei ADHS, Angst- oder Zwangsstörungen sowie bei belastenden Lebenssituationen.

Kasten 2: Rollenverteilung bei Bullying

- 12 % üben als *Täter* eine Form von Bullying aus.
- 8 % sind als *Opfer* von Bullying betroffen.
- 17 % nehmen die Rolle *potenzieller Verteidiger* ein und stehen den betroffenen Mitschülern zur Seite.
- 20 % treten als *Verstärker der Täter* auf und beteiligen sich indirekt an Viktimisierung.
- 7 % sind *Assistenten* und unterstützen die Täter aktiv.
- 24 % tun als *Außenstehende* nichts gegen die Täter und „schauen weg“.

Die Belastung Jugendlicher durch Gleichaltrigenprobleme wird auch durch die Bullyingforschung verdeutlicht. Initiale Untersuchungen zur Rolle von Jugendlichen bei Bullying finden eine recht hohe direkte Beteiligung von Jugendlichen und stabile Rollen (Salmivalli et al., 1996; Olweus, 1999; vgl. Kasten 2). In neueren Untersuchungen werden diese Rollen ebenfalls gefunden, dabei nimmt ein Teil der Schüler im Wechsel die Rolle als Opfer oder als Täter ein (Scheithauer et al., 2006; Lester, Cross, Shaw & Dooley, 2012).

Auch bezogen auf Cybermobbing werden ähnliche Rollenverteilungen und Häufigkeiten gefunden (Schultze-Krumbholz et al., 2016) sowie Überschneidungen zwischen Bullying und Cybermobbing (Wachs & Wolf, 2011). In einer aktuellen Befragung jugendlicher Internetnutzer zwischen 12 und 19 Jahren geben 8 % an, selbst Opfer von Cybermobbing geworden zu sein. 34 % der Jugendlichen beschreiben, dass ein Jugendlicher aus dem Bekanntenkreis Opfer von Cybermobbing geworden ist (JIM, 2018). Auch wenn in den Untersuchungen unterschiedliche Erhebungsmethoden angewandt werden, zeigen die Ergebnisse der Bullying-Forschung, dass ein bedeutsamer Anteil der Jugendlichen in dysfunktionale Gruppenprozesse mit Gleichaltrigen involviert ist. In diesen Erhebungen bleiben andere Gleichaltrigenprobleme wie Vernachlässigung, Ablehnung, häufige Konflikte, Vermeidung und sozialer Rückzug noch unberücksichtigt.

Bezüglich psychischer Störungen werden 10 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen als belastete Gruppe oder als Risikogruppe beschrieben (KIGGS-Studie, 2014) und haben damit auch ein höheres Risiko, von Gleichaltrigenproblemen betroffen zu sein.

Gleichaltrigenprobleme belasten die soziale und emotionale Entwicklung und erhöhen das Risiko weiterer psychosozialer Probleme und psychischer Störungen, auch im Erwachsenenalter (Allen et al., 2006; Calvete, 2014). Insbesondere bei Jugendlichen, die Viktimisierung erfahren, besteht ein höheres Risiko für Verhaltensprobleme wie Schulabsentismus oder Mediensucht, Selbstgefährdung durch Verletzungen und Suizidalität sowie Fremdgefährdung (McDougall & Vaillancourt, 2015). Auch eine Einbindung in eine dissoziale Peergroup kann mit gravierenden Entwicklungsbelastungen verbunden sein. Somit können durch Gleichaltrigenprobleme im Jugendalter langfristig hohe persönliche und gesellschaftliche Kosten entstehen. Gleichaltrigenprobleme stellen im Jugendalter einen bedeutsamen Problembereich dar, dem durch Prävention und therapeutische Interventionen begegnet werden sollte.

Nicht zuletzt sind die anhaltenden Veränderungen der Lebenswelt Jugendlicher zu berücksichtigen, die sich

negativ auf Gleichaltrigenbeziehungen auswirken können. Jugendliche verbringen einen zunehmenden Anteil ihrer Freizeit mit Mediennutzung (JIM, 2018). Diese dient einerseits dem Aufbau und der Festigung von Kontakten, andererseits verringert sich dadurch der Freizeitanteil, in der direkte Kontakte mit Freunden oder Gruppen stattfinden, so dass sich bei einigen Jugendlichen weniger direkte „Übungsmöglichkeiten“ zum Aufbau und zur Differenzierung sozialer Fertigkeiten ergeben. Das Medienverhalten erzeugt eigene Lernerfahrungen und kann sich auch auf Gleichaltrigenbeziehungen auswirken, indem z.B. persönliche Normen für den Umgang mit Aggression, Sexualität, Emotionsausdruck oder Privatsphäre beeinflusst werden. Daher wird empfohlen, den Aufbau von Medienkompetenz mit einer Förderung sozialer Kompetenzen zu verknüpfen (Schultze-Krumbholz et al., 2012).

Soziale Interaktionen zwischen Jugendlichen finden bislang hauptsächlich in Präventionsprogrammen oder Sozialtrainings für Gruppen und einzelne Jugendliche Berücksichtigung (Jürgens & Lübben, 2014; Petermann & Petermann, 2017; Scheithauer & Bull, 2007, 2010; Spröber et al., 2008; vgl. Tabelle 1). Präventionsprogramme und Gruppentrainings sind, trotz guter Wirksamkeit, bei bereits chronifizierten Schwierigkeiten eines einzelnen Jugendlichen nicht als wirksame Behandlungsmöglichkeiten interpersonaler Probleme zu betrachten, da die soziale Gruppe im Fokus der Interventionen steht, die Interventionen nicht individualisiert eingesetzt werden oder keine intensive Behandlung zugrunde liegender dysfunktionaler Überzeugungen oder emotionaler Barrieren ermöglicht wird. Zur Behandlung im Einzel- oder Gruppensetting liegen störungsspezifische Therapieprogramme vor (Abel & Hautzinger, 2013; Büch & Döpfner, 2012; Görtz-Dorten & Döpfner, 2019). Hier zeigt sich eine gute und sehr gute Wirksamkeit bei individualisierter und multimodaler Behandlung. Einige Programme dienen der Behandlung von Grundschulkindern und jüngeren Jugendlichen und sind für ältere Jugendliche nicht geeignet. Zudem ermöglichen die Ansätze keine individualisierte störungsübergreifende Behandlung, die bei Jugendlichen meist indiziert ist (Walter et al., 2007). Da interpersonale Probleme häufig durch transdiagnostische Faktoren bedingt sind (McKay et al., 2013), ist ein störungsübergreifender Ansatz für diesen Problemschwerpunkt besonders sinnvoll.

Sowohl die Gruppenprogramme zum Aufbau sozialer Kompetenzen und zur Prävention von Bullying als auch soziale Fertigkeitentrainings im Rahmen störungsspezifischer Programme haben sich in der Regel als wirksam erwiesen. Dabei zeigt sich, dass es vor allem bei Kindern und jüngeren Jugendlichen relevant ist, die Eltern einzubeziehen. Bei nicht individualisier-

Tabelle 1: Übersicht über relevante deutschsprachige Therapie- und Präventionsprogramme

| Programm | Beschreibung |
|---|---|
| Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter (Abel & Hautzinger, 2013) | <ul style="list-style-type: none"> • Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren • Einzel- oder Gruppenpsychotherapie im ambulanten oder stationären Setting • Einbezug der Bezugspersonen • Kognitive Interventionen, Übungen zur Aktivierung, Aufbau sozialer Fertigkeiten, Strategien zum Problemlösen mit und innerhalb der Familie des betroffenen Jugendlichen • Signifikanter Abfall depressiver Symptomatik; große Effekte bezüglich komorbider sozialer Probleme und sozialen Rückzugs |
| Soziale Ängste – Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) (Büch & Döpfner, 2012) | <ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 14 Jahren • Einzelpsychotherapie und Kleingruppen ambulant • Multimodale Therapie sozialer Angst • Individualisiertes Vorgehen • Kognitive Interventionen, Soziales Fertigkeitentraining mit Rollenspielen zu individuellen Problemsituationen, Konfrontation in vivo • Reduktion vermeidungsverstärkenden Erziehungsverhaltens der Bezugspersonen • Gute Anwendbarkeit; gute Wirksamkeit in einer Pilotstudie |
| Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV) (Görtz-Dorten & Döpfner, 2019) | <ul style="list-style-type: none"> • Kinder zwischen 6 und 12 Jahren • Einzelpsychotherapie und Kleingruppen ambulant • Multimodale Therapie aggressiven und oppositionellen Verhaltens • Individualisiertes Vorgehen • Schulung sozial-kognitiver Informationsverarbeitung, Impulskontrolltraining, soziales Problemlöse- und Fertigkeitentraining, Förderung von Empathie, Vermittlung der Konsequenzen von aggressivem Verhalten • Abbau von aggressionsverstärkendem Erziehungsverhalten der Bezugspersonen • Mehrere Wirksamkeitsstudien (Eigenkontrollgruppendesign Einzeltherapie, Kontrollgruppendesign Einzeltherapie, Eigenkontrollgruppendesign Gruppe), signifikante Effekte, auch über das Behandlungsende stabil |
| Gruppentraining sozialer Kompetenzen für Kinder und Jugendliche (GSK-KJ) (Jürgens & Lübber, 2014) | <ul style="list-style-type: none"> • Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren • Prävention oder störungsübergreifende, begleitende therapeutische Intervention bei Jugendlichen mit emotionaler oder Verhaltensstörung • Gruppentraining • Manual für ein Training zum Aufbau selbstsicheren Verhaltens in den Situationsklassen Recht/Beziehung/Sympathie • Psychoedukation zu Situationstypen und selbstsicherem Verhalten; Diskriminationstraining; Soziales Problemlöse- und Fertigkeitentraining mit Rollenspielen zum Einüben der Fertigkeiten in der jeweiligen Situationsklasse, Entspannungstraining, In-vivo-Training, Alltagstransfer • In zwei Studien zur Wirksamkeit als präventives Training bei Jugendlichen wurden jeweils positive Veränderungen der Kompetenzen im Selbsturteil gefunden. |
| Training mit Jugendlichen – Aufbau von Arbeits- und Sozialverhalten (Petermann & Petermann, 2017) | <ul style="list-style-type: none"> • Jugendliche zwischen 13 und 20 Jahren • Universelle Prävention; stationäre Behandlung, auch im ambulanten Setting einsetzbar • Gruppen in Kombination mit Einzelsitzungen • Aufbau von Arbeits- und Sozialverhalten • Training von Selbst- und Fremdwahrnehmung; Arbeit am Selbstbild; Definition privater und beruflicher Ziele; Soziales Fertigkeitentraining • Wirksamkeitsuntersuchung in Kontrollgruppendesign über Fragenbogenurteil (Jugendliche und Lehrer) sowie Verhaltensbeobachtung. Interventionsgruppe zeigt gegenüber Kontrollgruppe positive Veränderungen im Verhaltensrating und in der Selbsteinschätzung |

Tabelle 1: Fortsetzung

| Programm | Beschreibung |
|---|--|
| Unterrichtsbegleitende Förderung sozialer Kompetenzen und Prävention von Bullying im Jugendalter – das fairplayer.manual (Scheithauer & Bull, 2010) | <ul style="list-style-type: none"> • Schüler zwischen 11 und 15 Jahren • Lehrer als Multiplikatoren, Eltern werden einbezogen • Präventionsprogramm zur Förderung sozialer Kompetenz und Zivilcourage • Psychoedukation zu dissozialem Verhalten/Mobbing & prosozialem Verhalten/Zivilcourage; Förderung Eigenverantwortung & Handlungsbereitschaft; Training sozialer-emotionaler Kompetenzen: prosoziales, faires Verhalten; Gewalt vorbeugen; überlegtes Eingreifen; Unterstützung aktivieren • Mehrere Wirksamkeitsstudien: Deutlicher Rückgang von Mobbing/Intensität von Mobbing, relationaler Aggression; Prosozialität signifikant verbessert; signifikanter Rückgang der Gewaltlegitimation |
| Medienhelden: Unterrichts-Manual zur Förderung von Medienkompetenz und Prävention von Cybermobbing (Schultze-Krumbholz, Zagorscak, Siebenbrock & Scheithauer, 2012) | <ul style="list-style-type: none"> • Sekundarschüler der 7. bis 10. Klasse • Präventionsprogramm • Lehrer als Multiplikatoren, Eltern werden einbezogen • Prävention und Eindämmung von Cybermobbing sowie Förderung von Sozial- und Internetkompetenz und Wissen im Umgang mit „Neuen Medien“ (z.B. soziale Netzwerke) • Psychoedukation zu Gefahren von „Neuen Medien“; Cybermobbing: Definitionen & Konsequenzen, Sensibilisierung & Edukation, Gefühle & Perspektiven, Empathietraining; Participant-Role-Ansatz & Aufbau von Handlungsmöglichkeiten, Rollenspiele • Wirksamkeit für die Langversion des Trainings (mehrere Termine) bestätigt, Reduktion der Bereitschaft zu Cybermobbing; Langzeiteffekte sowohl auf das Verhalten als auch auf zugrunde liegende Risikofaktoren |
| Bullying in der Schule: Das Präventions- und Interventionsprogramm ProACT + E (Spröber et al., 2008) | <ul style="list-style-type: none"> • Schüler der 5. Klasse (Entwicklungsübergang Beginn weiterführende Schule) • Prävention und Intervention • Schulklasse, Lehrerberatung und Elternteraining • Universelles multimodales Schul-Programm zur Reduktion von Bullying und zur Förderung des positiven Sozialverhaltens • Psychoedukation zu Bullying, Diskrimination von sozial-kompetentem Verhalten und Bullying; Förderung von Perspektivenübernahme und Empathie; kognitive Modellierungen und Aufbau von Selbstverbalisation in Konfliktsituationen, Problemlösetraining und Rollenspiele zum Umgang mit Konflikten • Wirksamkeitsprüfung im Kontrollgruppendesign; signifikante und stabile Reduktion verbaler Aggression und der Gewaltbereitschaft der Schüler, wenn Eltern in das Programm mit einbezogen werden |

ten Gruppenprogrammen können Probleme bei der Stabilisierung von Effekten auftreten. Die Interventionen zum Aufbau sozialer Kompetenzen sollten individuelle Problemsituationen fokussieren und aufrechterhaltende Bedingungen berücksichtigen.

Der Großteil der beschriebenen Behandlungsansätze ist für Gruppen konzipiert. Folgende Punkte sprechen aus unserer Sicht für die einzeltherapeutische Behandlung interpersonaler Probleme bei Jugendlichen:

- Individuelle Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltende Faktoren können differenzierter erarbeitet werden.
- Die individuelle soziale Informationsverarbeitung und zugrunde liegende dysfunktionale Grundannahmen und Schemata können berücksichtigt werden, so dass der Aufbau von Strategien zur Emo-

tionsregulation und das Fertigkeitentraining darauf abgestimmt werden können.

- Weiterhin können im Einzelsetting in der therapeutischen Beziehung interpersonale Probleme aktiviert und bearbeitet werden. Bei Gruppeninterventionen werden sie durch die Beziehungen zu den Gruppenmitgliedern deutlich. Die Einzeltherapie mit SELBST-Gleichaltrigenprobleme kann grundsätzlich mit einigen Gruppensitzungen im Rahmen des Fertigkeitentrainings kombiniert werden, so dass die Vorteile beider Ansätze genutzt werden können.

Bisher liegen kaum transdiagnostische, multimodale Therapieansätze vor, welche interpersonale Probleme bei Jugendlichen als zentralen Schwerpunkt behandeln. Dies ist unser Ziel mit dem Manual SELBST-Gleichaltrigenprobleme.

1.3 Formen von Gleichaltrigenproblemen und Entstehungsmodell

1.3.1 Formen von Gleichaltrigenproblemen

Gleichaltrigenprobleme können zum einen als individuelle Schwierigkeiten eines Jugendlichen verstanden werden, zum anderen können sie als Prozess beschrieben werden, der innerhalb der sozialen Gruppe stattfindet. Entsprechend dieser beiden Perspektiven werden im Folgenden verschiedene Gleichaltrigenprobleme anhand kurzer Fallbeispiele dargestellt.

Gleichaltrigenprobleme als Resultat von Verhaltensproblemen des Jugendlichen

Gleichaltrigenprobleme resultieren aus Problemen des Jugendlichen, sich sozial kompetent und angemessen zu verhalten. Diese können in Zusammenhang mit unterschiedlichen Störungsbildern auftreten.

Beispiel: Marie – Vermeidung

Marie, 15 Jahre, hat in der Grundschule und nach dem Wechsel auf die weiterführende Schule Abbrüche von Freundschaften erfahren, die sie nicht einordnen konnte. Sie bemüht sich sehr, es anderen recht zu machen und vermeidet Konflikte. Beide Eltern beschreiben das eigene Verhalten als „zurückhaltend“. Wenn Marie den Eindruck hat, nicht gemocht zu werden, vermeidet sie es, mit den Gleichaltrigen zu sprechen. In Gruppen fühlt sie sich sehr unwohl, möchte auf keinen Fall im Mittelpunkt stehen. Sie ist dabei, aber meist still. Auch hat sie Angst, sich zu blamieren und vermeidet Kontakt zu fremden Gleichaltrigen.

Bei verschiedenen internalen Störungen stellt Vermeidung sozialer Interaktionen ein zentrales Problem dar. Als ein Hauptsymptom der Sozialen Phobie dient sie der Reduktion von Angst vor negativer Bewertung. Vermeidungsverhalten kann sich auf bestimmte Interaktionen oder Situationen beziehen und dazu führen, dass soziale Fertigkeiten nicht genutzt werden (Hinsch & Pfingsten, 2002; Plück et al., 2000). Das Vermeidungsverhalten kann mit erheblichen Funktionseinschränkungen einhergehen, wie beispielsweise bei einer vollständigen Vermeidung des Schulbesuchs.

Beispiel: Max – Sozialer Rückzug

Max, 13 Jahre, leidet seit einiger Zeit unter bedrückter Stimmung. In seiner Familie erlebt er Spannungen der Eltern, die durch Stress im Beruf und einen Umbau des Hauses sehr gefordert sind. Max fehlt die Motivation, etwas für die Schule zu tun und sich zu verabreden. Das führt immer wieder zu Konflikten mit seiner Mutter. Seine Mitschüler ärgern ihn manchmal, weil er so oft schlechte Laune hat. Er hat mittlerweile den Eindruck, es niemandem recht machen zu können und zieht sich zurück. In der Schule verbringt er die Pausen seltener in der Gruppe, in seiner Freizeit beschäftigt er sich meistens mit Online-Spielen.

Bei depressiven Störungen oder als Reaktion auf Belastungen, aber auch bei Störungen des autistischen Formenkreises und Persönlichkeitsakzentuierungen zeigen Jugendliche Rückzug von Interaktionen mit Gleichaltrigen (Rubin, 1993; Sautter et al., 2012; Schmeck & Schlüter-Müller, 2008). Der Jugendliche kann dabei Kontaktangebote ablehnen, selbst keine Initiative ergreifen oder Aktivitäten mit Gleichaltrigen abbrechen. Häufig treten Wechselwirkungen zwischen dem Rückzug des Jugendlichen und Gruppenprozessen wie Vernachlässigung oder Ablehnung auf.

Beispiel: Linus – Impulsives oder aggressives Verhalten

Linus, 17 Jahre, lebt in einer Wohngruppe und gerät wiederholt in Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen. Er fühlt sich rasch provoziert und reagiert darauf impulsiv. Schon in der Grundschulzeit hatte Linus oft Wutausbrüche und Konflikte. Andere Kinder haben sich daher oft von ihm zurückgezogen. Bis heute ist er sich oft nicht sicher, ob ihn jemand mag. Anschluss findet er an Jugendliche, die selbst häufiger aggressiv reagieren oder Probleme mit Regeln haben.

Jugendliche mit ADHS erleben als Folge der Primärsymptomatik häufig soziale Probleme. Eine komorbide Störung des Sozialverhaltens oder komorbide internalisierende Symptomatik, z.B. Selbstwertprobleme und soziale Unsicherheit (Döpfner et al., 2013; Petermann et al., 2007), können ebenfalls die Interaktionen mit Gleichaltrigen belasten, auch wenn keine emotionale Störung manifest wird. Jugendliche mit externalen Verhaltensproblemen reagieren im Kontakt mit Gleichaltrigen häufig impulsiv und aggressiv (Görtz-Dorten & Döpfner, 2019). Auch in Zusammenhang mit narzisstischer oder emotional-instabiler Persönlichkeitsentwicklung treten häufiger impulsive

oder aggressive Reaktionen auf (Schmeck & Schlüter-Müller, 2008). Diese werden von Gleichaltrigen mit Ablehnung beantwortet und erschweren die Integration in prosoziale Gruppen.

Beispiel: Nick – Manipulatives, abwertendes oder abhängiges Verhalten

Nick, 15 Jahre, ist in der Schule mehrfach wegen seines abwertenden und manipulativen Verhaltens gegenüber Gleichaltrigen aufgefallen. Er kann sehr schnell erkennen, wenn andere Schüler unsicher sind und schikaniert diese. Das gibt ihm ein Gefühl der Überlegenheit. Nick hat in den letzten Jahren eine komplizierte Trennung seiner Eltern erlebt. Einerseits bewundert Nick seinen Vater für dessen Berufserfolg und Durchsetzungsvermögen. Andererseits hat er selten den Eindruck, dass der Vater sich wirklich für ihn interessiert. Wegen seines dominanten Verhaltens sind viele Mitschüler Nick gegenüber misstrauisch, er hat eine Clique, aber keinen besten Freund. Um nicht verlassen zu werden, hat Nick mehrere Beziehungen sehr früh beendet.

Bei Persönlichkeitsakzentuierungen oder Persönlichkeitsstörungen werden dysfunktionale Interaktionsstile gezeigt (Schmeck & Schlüter-Müller, 2008). Die betroffenen Jugendlichen lassen unbalancierte Beziehungen zu oder stellen diese her. Dies kann mit häufigen Konflikten, Kränkungen und Beziehungsabbrüchen einhergehen. Dabei werden die dysfunktionalen Interaktionsmuster meist kurzfristig verstärkt, verhindern aber langfristig den Aufbau zufriedenstellender Beziehungen.

Beispiel: Emma – Ineffektives, inkompetentes Verhalten in sozialen Situationen

Emma, 14 Jahre, hat nur einen Freund in ihrer Klasse. Beide werden von den meisten Mitschülern abgelehnt. Emma und ihr bester Freund wollen sich beide nicht „anpassen“. Vor allem ist es Emma wichtig, dass sie immer ihre Meinung offen vertritt. Ihre Eltern bestärken sie darin, „gegen den Strom zu schwimmen“. Emma hatte bereits im Kindergarten nur wenige Freunde, weil sie immer bestimmen wollte, was die anderen mit ihr spielen. Emma verbringt viel Zeit zu Hause mit ihrer Mutter und ihrer Schwester.

Nahezu alle Jugendlichen mit Gleichaltrigenproblemen zeigen ineffektives Verhalten in sozialen Situationen. Dies kann durch soziale Fertigkeiten-

defizite begründet sein, die u.a. durch geringe Übungsmöglichkeiten bei frühen Integrationsproblemen entstehen können. Das ineffektive Verhalten kann auch durch eine Störung der Performanz bedingt sein, wenn der Jugendliche zwar über ein Repertoire sozialer Fertigkeiten verfügt, er diese aber nicht nutzt, weil Wahrnehmungsverzerrungen oder starke Emotionen wie Angst oder Wut ineffektive Reaktionen auslösen (Crick & Dodge, 1996).

Gleichaltrigenprobleme als Gruppenprozesse

Gruppenprozesse unter Gleichaltrigen, in der Schulklasse oder in anderen Gruppen betreffen überdauernde Reaktionen der Interaktionspartner und die Integration des Jugendlichen. Sie stellen die soziale Realität des Jugendlichen dar und beeinflussen sein soziales Selbstbild, interpersonale Schemata und seine sozialen Reaktionen.

Beispiel: Emma – Ablehnung durch Gleichaltrige

In ihrer Klasse hat Emma den Ruf, zu nerven und komisch zu sein. Bei der Abstimmung über die Klassenfahrt hat Emma als Einzige gegen Segeln gestimmt, obwohl sie wusste, dass der Vorschlag von allen angenommen werden muss. Seither hat niemand Lust, sich mit ihr zu unterhalten, wenn sie in der Pause zu einer Gruppe kommt.

Die Zurückweisung eines Einzelnen durch eine Gruppe kann sich sowohl in aktiver Ablehnung als auch in einer negativen Einstellung der Gruppe gegenüber dem Jugendlichen ausdrücken (Lopez & DuBois, 2005). Der Einzelne ist bei den Gleichaltrigen unbeliebt, wird offen oder verdeckt abgelehnt, jedoch nicht schikaniert. Zuweilen verletzen die abgelehnten Jugendlichen bewusst oder unbewusst explizite und implizite Gruppenregeln. Aufgrund der Ablehnung durch Gleichaltrige gerät der Jugendliche in eine Außenseiterposition. Die Ablehnung ist häufig mit Selbstwertproblemen des Jugendlichen assoziiert (Bierman, 2004). Langfristig kann sich eine erhöhte Ablehnungssensitivität entwickeln (Marston et al., 2010).

Beispiel: Marie – Vernachlässigung durch Gleichaltrige

Die meisten Mitschüler wissen nicht, wie es Marie geht. Niemand macht sich Gedanken um Marie. Sie ist einfach da und redet nicht viel mit den anderen. Marie wird nur selten zu Geburtstagen oder Partys eingeladen. Wenn die Mitschüler überlegen, mit wem sie Spaß haben können, fällt

ihnen Marie meistens nicht ein. Aber viele kommen auf die Idee, Marie zu schreiben, wenn sie die Hausaufgaben brauchen.

Die betroffenen Jugendlichen werden aufgrund bestimmter Eigenschaften oder Verhaltensweisen von den Gleichaltrigen „übersehen“ und daher nicht in soziale Aktivitäten der Gruppe integriert. Dabei handelt es sich nicht um eine absichtliche Aktion. Es können durchaus Kontakte zu Gleichaltrigen bestehen, jedoch nicht im Sinne einer stabilen Integration oder naher Freundschaften. Häufig sind Jugendliche betroffen, die unter Stimmungsproblemen leiden und denen geringere soziale Attraktivität zugeschrieben wird (LaGreca & Moore-Harrison, 2005; Prinstein, Cheah & Guyer, 2005).

Beispiel: Lea – Viktimisierung

Viele in der Schule finden Lea, 16 Jahre, sehr hübsch. Sie selbst ist aber mit ihrem Aussehen gar nicht zufrieden und nicht sehr selbstbewusst. Isabels Freund hat Lea vor ein paar Monaten ein paarmal angeschrieben und wollte sich mit ihr treffen. Obwohl Lea kein Interesse hatte, behauptet Isabel, sie hätte ihr den Freund wegnehmen wollen. Isabel lästert über Lea und sorgt dafür, dass Lea von den Mitschülerinnen ignoriert wird. Lea fühlt sich sehr schlecht und hat mittlerweile jeden Morgen Angst, zur Schule zu gehen.

Viktimisierung durch Gleichaltrige liegt vor, wenn ein einzelner Jugendlicher wiederholt Opfer negativer Verhaltensweisen einer Gruppe wird (Lopez & DuBois, 2005). Dabei besteht ein signifikanter Unterschied in der sozialen Position des Opfers und der Täter. Kennzeichen des Opfers ist meist ein geringerer Grad an sozialer Integration, d.h. weniger Kontakte mit Gleichaltrigen, wodurch ihm auch weniger soziale Unterstützung zur Verfügung steht. Nicht selten werden bei Opfern von Viktimisierung auch Selbstwertprobleme, Depression, Ängste und bei einem Teil auch Suizidgedanken beobachtet (Mohr, 2000; Smith & Ananiadou, 2003). Weiterhin kann zwischen *offener* (Drohungen, verbale oder körperliche Aggression) und *verdeckter Viktimisierung* (Zurückweisung und Ausschluss von Aktivitäten oder Informationen) unterschieden werden (LaGreca & Moore-Harrison, 2005). Bei männlichen Jugendlichen dominiert offene, bei Mädchen vor allem verdeckte, relationale Viktimisierung (Shute et al., 2002). Bei der *relationalen Viktimisierung* wird das Gefühl von Zugehörigkeit des Jugendlichen verletzt, indem der Jugendliche intentional ignoriert wird oder negativ über diesen gesprochen wird. Dabei werden auch andere Gruppenmitglieder direkt oder subtil dazu

aufgefordert, den Jugendlichen zu ignorieren. Emotionale und Verhaltensprobleme werden sowohl bei den Opfern als auch bei den Tätern gefunden (Owens et al., 2000; Crick & Dodge, 1996). Gleichzeitig zeigen Befunde, dass Täter in Viktimisierungsprozessen nicht selten über hohe soziale Intelligenz und Perspektivenübernahmefähigkeit verfügen, diese Kompetenz jedoch nicht in prosoziales Verhalten umsetzen und scheinbar weniger Mitgefühl empfinden (Scheithauer & Bull, 2007, 2010).

Beispiel: Tom – Bullying

Tom, 14 Jahre, geht in Nicks Klasse und wird von Nick und seiner Clique immer wieder fertig gemacht. Meistens mit Worten, aber manchmal nehmen die anderen ihm auch Sachen weg oder drohen, ihn zu verprügeln. Tom hatte in der Grundschule eine Klasse übersprungen. Er wehrt sich kaum gegen die Schikane. Einige Mitschüler, vor allem einige Mädchen finden es gemein, dass Tom immer wieder fertiggemacht wird, sie trauen sich aber nicht, was dagegen zu machen. Die meisten denken, dass es sie selbst treffen könnte. Einige Schüler in der Klasse finden es spannend, wenn Nick Tom fertigmacht und machen manchmal Videos davon. Tom kann seit Wochen nicht mehr gut schlafen und hat regelmäßig morgens vor der Schule Bauchschmerzen. Wenn er nicht zur Schule kommt, erhält er Nachrichten, in denen Nick und die Clique ihn beleidigen.

Bullying mit Schikanieren und tötlich aggressivem Verhalten (Olweus, 2002) ist durch hohe Stabilität der Rollen im Gruppenprozess gekennzeichnet. Dabei wird zwischen Tätern, Opfern, Assistenten, Verteidigern und Außenstehenden unterschieden (Scheithauer & Bull 2007, 2010). Für die Entstehung einer Opferrolle konnten einige Risikofaktoren identifiziert werden (Scheithauer & Bull, 2010): geringe Zahl an Freunden, vor allem solche, die nicht selbst Opfer sind, Ablehnung durch Gleichaltrige bei soziometrischer Befragung und überbehütendes Verhalten der Eltern. Unter Grundschulkindern werden eher instabile Opferrollen, jedoch relativ stabile Täterrollen gefunden. Im Jugendalter werden auch Opferrollen stabiler. Aufgrund der komplexeren sozialen Strukturen im Jugendalter steht den Mitgliedern eines sozialen Netzwerkes mehr Information über den Status anderer zur Verfügung. So können unterlegene Jugendliche besser als potenzielle Opfer identifiziert werden. Olweus (1993) beschreibt, dass Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Verhaltensproblemen „einfache Ziele“ für Gleichaltrige sind. Sowohl bei Opfern als auch bei den Tätern im Mobbingprozess finden sich emotionale und Verhaltensprobleme,