

# Hochbegabte Kinder und Jugendliche in der (Verhaltens-)Therapie

eine Analyse von Therapieverläufen

Anne-Christin Hoge



Fachgebiet: Erziehungswissenschaft

**Hochbegabte Kinder und Jugendliche  
in der (Verhaltens-)Therapie:  
eine Analyse von Therapieverläufen.**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Philosophischen Fakultät

der

Westfälischen Wilhelms-Universität

zu

Münster (Westf.)

vorgelegt von

Diplom-Pädagogin

Anne-Christin Hoge

aus Steinfurt

2010

Tag der mündlichen Prüfung: 17.12.2010

Dekan: Prof. Dr. C. Pietsch

Gutachter: Prof. Dr. AOR H. Mair

Zweitgutachterin: Prof. Dr. D. Bergs-Winkels

**Anne-Christin Hoge**

**Hochbegabte Kinder und Jugendliche in der (Verhaltens-)Therapie**



WESTFÄLISCHE  
WILHELMS-UNIVERSITÄT  
MÜNSTER

Wissenschaftliche Schriften der WWU Münster

## Reihe VI

Band 6

**Anne-Christin Hoge**

# **Hochbegabte Kinder und Jugendliche in der (Verhaltens-)Therapie**

eine Analyse von Therapieverläufen

## **Wissenschaftliche Schriften der WWU Münster**

herausgegeben von der Universitäts- und Landesbibliothek Münster

<http://www.ulb.uni-muenster.de>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Buch steht gleichzeitig in einer elektronischen Version über den Publikations- und Archivierungsserver der WWU Münster zur Verfügung.

<http://www.ulb.uni-muenster.de/wissenschaftliche-schriften>

Anne-Christin Hoge

„Hochbegabte Kinder und Jugendliche in der (Verhaltens-)Therapie: eine Analyse von Therapieverläufen“  
Wissenschaftliche Schriften der WWU Münster, Reihe VI, Band 6

© 2011 der vorliegenden Ausgabe:

Die Reihe „Wissenschaftliche Schriften der WWU Münster“ erscheint im Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG Münster

[www.mv-wissenschaft.com](http://www.mv-wissenschaft.com)

ISBN 978-3-8405-0037-4 (Druckausgabe)

URN urn:nbn:de:hbz:6-25409590557 (elektronische Version)

© 2011 Anne-Christin Hoge

Alle Rechte vorbehalten

Satz: Pamela Lampel, Großalmerode

Umschlag: MV-Verlag

Druck und Bindung: MV-Verlag



<b>Danksagung</b> .....	9
-------------------------	---

<b>Einleitung</b> .....	11
-------------------------	----

## **I Theoretische Grundlagen**

<b>1 Phänomenologie von Hochbegabung</b> .....	21
--	----

1.1 Definition .....	21
----------------------	----

1.2 Modelle von Hochbegabung .....	24
------------------------------------	----

1.3 Identifikation von Hochbegabung.....	27
--	----

1.4 Förderung von Hochbegabten.....	31
-------------------------------------	----

1.5 Underachiever .....	37
-------------------------	----

1.6 Hochbegabung und Beratung .....	39
-------------------------------------	----

<b>2 Verhaltenstherapie</b> .....	47
-----------------------------------	----

2.1 Definition Psychotherapie .....	47
-------------------------------------	----

2.2 Psychotherapieverfahren und Einordnung der Verhaltenstherapie .....	50
---	----

2.3 Historische Entwicklung der Verhaltenstherapie.....	54
---	----

2.4 Historische Entwicklung der Kindertherapie.....	56
---	----

2.5 Ätiologisches Grundverständnis .....	59
--	----

2.6 Verhaltenstherapeutische Methoden.....	63
--	----

2.7 Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie .....	71
---	----

2.8 Der Prozess der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.....	73
---	----

<b>3 Hochbegabte Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten</b> .....	79
---	----

3.1 Historischer Abriss zum Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten und Hochbegabung.....	79
---	----

3.2 Forschungsstand.....	91
--------------------------	----

<b>4 Resümee</b> .....	99
------------------------	----



## II Empirischer Teil

<b>1 Ziele der empirischen Untersuchung</b> .....	101
<b>2 Methodisches Vorgehen</b> .....	104
2.1 Zielpopulation .....	104
2.2 Design .....	105
2.3 Instrumente .....	111
2.4 Durchführung .....	113
2.5 Auswertung .....	114
<b>3 Darstellung der Ergebnisse</b> .....	121
3.1 Darstellung der Ergebnisse der Fragebogenerhebung .....	121
3.1.1 Univariate Auswertung .....	121
3.1.1.1 Soziodemographische Merkmale .....	121
3.1.1.2 Zum Thema Hochbegabung .....	125
3.1.1.3 Vergleich der Therapieanlässe .....	127
3.1.1.4 Vergleich der Anwendung von Methoden .....	129
3.1.1.5 Vergleich der Therapiedauer .....	130
3.1.1.6 Interaktionsgestaltung .....	131
3.1.1.7 Abschließend .....	135
3.1.2 Bi- und multivariate Auswertung .....	137
3.1.2.1 Bivariate Auswertung .....	137
3.1.2.2 Multivariate Auswertung .....	144
3.2 Darstellung der Ergebnisse der Experteninterviews .....	155
3.3 Verknüpfung der Ergebnisse der Untersuchungsansätze .....	168
<b>4 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse</b> .....	183
<b>Schlussbetrachtung und Ausblick</b> .....	203

## **Anhang**

<b>Univariate Auswertung</b> .....	211
<b>Bivariate Auswertung</b> .....	214
<b>Multivariate Auswertung</b> .....	233
<b>Fragebogen</b> .....	241
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	245
<b>Abbildungs-, Diagramm- und Tabellenverzeichnis</b> .....	251
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	256



# Danksagung

Eine Dissertation schreibt sich nicht von allein. Auch wenn es der Autor ist, der die Gedanken zu Papier bringt. Ich bin vielen Personen zu Dank verpflichtet:

An erster Stelle Herrn Prof. Dr. AOR Helmut Mair, der diese Arbeit von Beginn an begleitete. Ohne seine fachliche Unterstützung, seine unzähligen Anregungen und die persönlichen Gespräche wäre diese Arbeit so nicht entstanden. Dafür meinen herzlichen Dank.

Weiterhin danke ich Frau Prof. Dr. Dagmar Bergs-Winkels für ihren engagierten Einsatz, ihre Unterstützung sowie ihrer persönlichen Begleitung.

Ebenfalls danke ich Herrn Dr. AOR Dietmar Pfeiffer für die tatkräftige Unterstützung und fruchtbaren Diskussionen besonders der empirischen Fragestellungen.

Ein besonderer Dank geht an die engagierten Therapeuten, die mich bei der Erhebung quantitativer und qualitativer Daten unterstützt haben. Sie haben die Fragebögen ausgefüllt und sich zu Interviews bereit erklärt. Ohne ihre Mithilfe wäre diese Studie in dieser Form nicht möglich gewesen.

Abschließend danke ich meiner Familie und meinen Freunden, insbesondere Daniel Kunstleben, M.A., für ihr Verständnis und ihren Beistand in der zweijährigen Bearbeitungsphase dieser Dissertation.

Allen voran danke ich meinen Eltern, Gabriele und Gerhard Hoge, für ihre vielfältige Unterstützung. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet.

*Anne-Christin Hoge*

*Münster, im Dezember 2010*





## 1 Problemstellung

Das Thema Hochbegabung steht seit einigen Jahren im Fokus des öffentlichen als auch wissenschaftlichen Interesses.

Presse, Funk und Fernsehen titeln mit Überschriften wie: „Das kann ja jedes Kind. Von wegen! Der achtjährige Kieron Williamson gilt als Wunderkind der Malerei. Sammler zahlen für seine Bilder viele Tausend Pfund“ (Die Zeit, 27.08.2010) oder „Klein und schlau. Hochbegabte können schon im Kindergarten gefördert werden. Muss das sein?“ (Die Zeit, 28.09.2006). Wie die Zitate verdeutlichen, werden immer mal wieder außergewöhnliche Leistungen einzelner Personen beschrieben. Es wird aber auch ein kritischer Umgang mit diesem Thema in der Öffentlichkeit deutlich.

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Hochbegabung wurden bislang Definitionen von Hochbegabung als auch verschiedene Intelligenz- sowie Hochbegabungsmodelle diskutiert. Weiterhin wurden Identifikationsmöglichkeiten von Hochbegabung entwickelt als auch Maßnahmen, die der Förderung von Hochbegabten dienen, hergeleitet und durchgeführt.

Es ist heute allgemeiner Konsens, dass Hochbegabung als individuelles Fähigkeitenpotential für außergewöhnliche Leistungen verstanden werden kann, welches jedoch erkannt und gefördert werden muss. Wie Hochbegabungsmodelle verdeutlichen, kann erst durch das möglichst optimale Zusammenwirken von Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren eine hohe Performanz in verschiedenen Bereichen erreicht werden (vgl. Fischer, 2006a). Damit wird der Umwelt eine entscheidende Rolle für den Prozess der Umsetzung von Fähigkeiten in Leistungen zugeschrieben.

Zur Diagnostik stehen verschiedene objektive Testverfahren zur Verfügung, die für unterschiedliche Altersbereiche entwickelt wurden. Subjektive Testverfahren können Hinweise auf eine mögliche Hochbegabung liefern, sind jedoch zur Diagnostik nicht geeignet. Nach Stapf (2003) ist das

*„Erkennen der außergewöhnlichen Intelligenz, der Bedürfnisse und Entwicklungsbesonderheiten Hochbegabter (...) eine wichtige Voraussetzung für die Schaffung förderlicher Entwicklungs- und Lebensbedingungen“ (Stapf, 2003, S. 107).*

Doch wie genau diese förderlichen Entwicklungs- und Lebensbedingungen gestaltet werden können, was also unter Begabtenförderung zu verstehen ist, ist bislang nicht eindeutig definiert worden. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass Unterforderung sowie psychische Störungen vermieden und stattdessen eine Entfaltung der Begabungen, Persönlichkeit und Leistungsaktivierung erreicht werden sollen. Es können dabei schulische von außerschulischen Begabtenförderungsmaßnahmen unterschieden werden. Allen gemein ist jedoch, dass durch Modifikation der Umwelt eine individuell angepasste Lernumwelt entstehen soll. Diese pädagogische Ausrichtung auf die Organisation und Passung von Lernbedingungen zielt auf das wechselseitige Verhältnis vom Individuum in seiner Umwelt.

Diese Passung von Umweltbedingungen an individuelle Bedürfnisse wurde in einem „Modell der Passung“ bereits thematisiert. Dieses Modell wurde zuletzt von Thomas und Chess (1980) weiterentwickelt. Es geht davon aus, dass Kinder eher Verhaltensstörungen entwickeln, wenn ihre Fähigkeiten und Bedürfnisse nicht mit den Vorstellungen und Verhaltensanforderungen der Umwelt übereinstimmen.

Dieses „Nicht-übereinstimmen“ von individuellen Bedürfnissen und Umweltbedingungen wird für Underachiever angenommen. Diese Kinder und Jugendlichen sind nicht in der Lage, ihr hohes Potential in Leistung umzuwandeln. Als ursächlich werden eine mehrjährige Unterforderungssituation, mangelnde Fähigkeiten bei der Umsetzung der Absichten in Handlungen sowie unzureichende Methodenkompetenzen im Lern- und Arbeitsverhalten erachtet. Symptome können zunächst mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Flüchtigkeitsfehler, die Flucht in Traumwelten oder Schulunlust umfassen. Nach einer längeren Zeit können sich jedoch auch Leistungsverweigerung, apathisches Verhalten, chronische Kopf- und Bauchschmerzen, sozialer Rückzug bis hin zu depressiven Störungen einstellen (vgl. Huser, 2004).

*„Es ist eine Tatsache, dass Unterforderung schwerwiegende psychische Folgen nach sich ziehen kann, auch wenn solche Symptome ganz andere Ursachen*

*haben können. Eine spezialisierte professionelle Begleitung ist bei diesen gravierenden Symptomen dringend zu empfehlen“ (Huser, 2004, S. 22).*

Familien mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen, die Auffälligkeiten zeigen oder bei denen es Entwicklungsschwierigkeiten gibt, können sich an Beratungsstellen wenden, die teilweise eigens ein Konzept für diese Klientel entwickelt haben. Inhaltlich geht es in den Beratungen häufig um die Korrektur bezogen auf die Passung von Lernbedingungen. Es werden die Bedürfnisse der hochbegabten Kinder und Jugendliche ermittelt, verfügbare Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten erörtert, die Anforderungen an die betreffenden Kinder und Jugendlichen durch die Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrern und anderen Einrichtungen verändert (vgl. Colangelo, 1991; Elbing, 2000).

Aus Evaluationen der Beratungsanlässe ist ein breites Spektrum an Beratungsbedarfen bekannt (vgl. Wittmann, 2003). Diese weisen teilweise auf die Notwendigkeit einer Psychotherapie hin, denn bei Verhaltens-, Entwicklungsstörungen und Depressionen ist eine Psychotherapie indiziert, da in diesen Fällen von einer Beeinträchtigung der psychischen Funktionen und somit vom Vorliegen einer psychischen Störung ausgegangen werden kann.

Für hochbegabte Kinder und Jugendliche, die jedoch über eine Beratung hinaus, in diesem Fall therapeutische Hilfe, benötigen, gibt es keine spezifischen Konzepte. Dabei sind Verhaltensauffälligkeiten auch bei ihnen sowie allgemein im Kindes- und Jugendalter nicht zu unterschätzen, denn diese können möglicherweise die weitere Entwicklung gefährden.

Es stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang von Hochbegabung und Verhaltensauffälligkeiten bzw. Verhaltensstörungen. Es wurden bislang nur einzelne Untersuchungen durchgeführt, die übereinstimmend zu dem Urteil kommen, dass es keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen Hochbegabung und psychischen Störungen gibt (vgl. Reis & Renzulli, 2004; Brackmann, 2005; Gauck, 2007). Auch Korrelationen zu einzelnen Störungen sind bisher wissenschaftlich nicht belegt. Dennoch bleibt die Frage offen, ob nicht auch in einer Psychotherapie, die bei psychischen Störungen indiziert ist, auf die Persönlichkeitsfaktoren Hochbegabter eingegangen werden muss und ob sich dadurch der therapeutische Prozess im Ver-



gleich zum Prozess mit normalbegabten Kindern und Jugendlichen verändert. Dabei werden in den therapeutischen Prozessen immer auch die Umwelt bzw. Bezugspersonen der betroffenen Kinder und Jugendlichen einbezogen. Die Arbeit mit Eltern und Lehrern von Hochbegabten könnte sich möglicherweise ebenfalls unterscheiden von der Arbeit mit dem Bezugssystem normalbegabter Kinder und Jugendlicher.

Zu diesem Aspekt liegen bisher nur drei Erfahrungsberichte von Verhaltenstherapeuten vor. Sie berichten von häufigen Verhaltensproblemen Hochbegabter, geben Hinweise zum Umgang mit hochbegabten Patienten und leiten Empfehlungen auf der Grundlage eigener Erfahrungen ab. Ihre Berichte sind dabei jedoch sehr allgemein gehalten.

An dieser Stelle setzt die im Folgenden vorgestellte Untersuchung an. Es wird die Frage verfolgt, ob es Unterschiede in der (Verhaltens-)Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu normalbegabten Kindern und Jugendlichen gibt. Diese Frage bezieht sich auf die Aspekte der Therapieanlässe, der angewandten (verhaltens-)therapeutischen Methoden, der Therapiedauer als auch auf den Arbeitsaufwand. Weiterhin wird den Fragen nachgegangen, ob die Merkmale Hochbegabter in der Anwendung (verhaltens-)therapeutischer Maßnahmen Rücksicht finden müssen und wie gegebenenfalls ein Therapiekonzept aussehen müsste.

Insgesamt betrachtet geht es auch in einer Psychotherapie um die Korrektur bezogen auf die Passung von Lernbedingungen, denn aus dem Modell zur Entwicklung von psychischen Störungen (vgl. Resch, Mattejat & Remschmidt, 2006) ist bekannt, dass aus dem Nicht-Erreichen von entwicklungsnotwendigen Handlungszielen Anpassungsstörungen entstehen können. Diese können sich wiederum zu psychischen Störungen entwickeln, wenn keine Anpassungsstrategien realisiert werden können. Psychische Störungen können sich verstärken oder chronifizieren, falls auslösende Faktoren anhalten oder wenn keine geeigneten Gegenmaßnahmen getroffen werden. Es geht also um die Korrektur von Anpassungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten teilweise auch in präventiver Hinsicht, um Verfestigungen bzw. Chronifizierungen zu vermeiden.

Auch im Rahmen einer Psychotherapie muss eine Passung zwischen Patient und Therapeut hergestellt werden. Dabei liegt die Verantwortung hierfür zunächst beim Therapeuten. Mit zunehmendem Alter des Kindes bzw. Jugendlichen jedoch wird

auch dem Patienten mehr Verantwortung, besonders für Veränderungen, die durch die Therapie erlernt werden sollen, übertragen. Hier zeigt sich ein pädagogisches Paradoxon: die Verantwortung für den Therapieprozess wird zunächst vom Therapeuten übernommen, soll aber im Verlauf des Prozesses vom Patienten getragen werden.

Insofern unterscheiden sich pädagogische Prozesse in ihrer Grundstruktur nicht von therapeutischen Prozessen. Beide Prozesse stellen eine Form sozialen Handelns dar, die auf Veränderungen menschlicher Verhältnisse ausgerichtet ist und Lernerfahrungen ermöglichen soll. Sie zielen beide auf eine selbstbestimmte Lebensführung. Psychotherapie geht jedoch über dieses hinaus und ist angezeigt, wenn die Passung zwischen subjektiven Anpassungsmöglichkeiten und objektiven Anpassungsanforderungen absehbar nicht mehr alleine oder ohne Mithilfe anderer gelingt, wenn dadurch subjektive Leidenszustände und Funktionseinschränkungen auf der Verhaltens-, Erlebens-, körperlichen oder sozialen Ebene entstehen, die pathologische Ausmaße annehmen. Es wird davon ausgegangen, dass eine pädagogische Unterstützung von Eltern, Lehrern u. a. an dieser Stelle allein nicht mehr ausreichend hilfreich ist.

Um die Fragen nach den Unterschieden in den Therapien zu beantworten, wurden Verhaltenstherapeuten mit der Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche im Bundesland Nordrhein-Westfalen befragt. Ich habe mich zugunsten dieser Psychotherapierichtung entschieden, da diese nachgewiesenermaßen die stärksten Effekte erzielt (vgl. Kap. I 1.6, I 2.4) als auch in dem Bundesland Nordrhein-Westfalen am häufigsten Anwendung findet (vgl. Kap. II 2.1). Zusätzlich liegen drei Veröffentlichungen von Verhaltenstherapeuten zu dieser Fragestellung vor. Darüber hinaus basiert die Verhaltenstherapie auf Lernprozessen, die hochbegabten Kindern und Jugendlichen besonders entgegen kommen müsste, da sich diese laut Weinert (2000) in fünffacher Hinsicht durch Lernpotenziale unterscheiden.

Diese Forschungsfragen entstanden vor dem Hintergrund eigener therapeutischer Erfahrungen. So befinde ich mich in einer Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Auf Basis meiner im Pädagogik-Studium erworbenen Kenntnisse über das Phänomen Hochbegabung begann ich mit der Ausbildung, in der das Thema Hochbegabung keine besondere Berücksichtigung fand. Ich ent-

schloss mich dazu, meinen Fragen zum Zusammenhang von Hochbegabung, psychischen Störungen und Verhaltenstherapie im Rahmen des Promotionsstudiums nachzugehen, denn es liegen dazu bislang keine wissenschaftlichen Publikationen vor.

Bei dieser primärstatistischen Datenerhebung wurde eine Totalerhebung/Vollerhebung zu einem Zeitpunkt (Querschnittsdesign) angestrebt. Ebenfalls hat die vorliegende Studie einen explorativen Charakter, in der hypothesengenerierend vorgegangen wurde. Dieses geschah aufgrund des Mangels an Informationen in diesem Untersuchungsfeld.

Es wurde ein zweistufiges Vorgehen ausgewählt. In einem ersten Schritt und im Rahmen einer quantitativen Studie wurden die Therapeuten schriftlich befragt. Es standen an dieser Stelle vor allem die organisatorischen Gesichtspunkte und das Vorgehen bei den Therapieprozessen im Vordergrund. Es wurden Fragen zum Thema Hochbegabung, zu Therapieanlässen, zur Anwendung von Methoden, zur Therapiedauer und zur Interaktionsgestaltung immer im Vergleich zwischen hochbegabten Patienten und Patienten insgesamt gestellt.

In einem zweiten Schritt wurden im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns Experteninterviews durchgeführt. Hier lag der Fokus des Interesses überwiegend auf der Wahrnehmung der Therapieprozesse mit hochbegabten Patienten aus Sicht der Therapeuten. Es standen der Therapieprozess an sich sowie die Gestaltung dessen im Mittelpunkt.

Es folgt eine Methoden-Triangulation, in der die quantitativen und qualitativen Ansätze auf der Ebene der Ergebnisse verbunden wurden. Dieses wurde mit dem Ziel des Erkenntniszuwachses als auch der Validierung der Ergebnisse durchgeführt.

Aufgrund dieses Vorgehens rücken die Therapieprozesse mit hochbegabten Patienten aus Sicht der Therapeuten erstmals in den Mittelpunkt des Interesses. Es können differenzierte Aussagen zu diesen Prozessen getroffen werden. Damit bietet diese Untersuchung eine erste Orientierung in dem bisher wenig berücksichtigtem Zusammenhang von Hochbegabung, psychischer Störung und (Verhaltens-) Therapie.

## 2 Vorgehensweise

Im ersten Kapitel der theoretischen Grundlagen wird zunächst die Phänomenologie von Hochbegabung dargestellt, die als Basis für diese Arbeit dient. Bestandteile sind unter anderem Definitionen (Kap. I 1.1) sowie verschiedene Hochbegabungsmodelle (Kap. I 1.2). Ebenfalls werden Identifikationsmöglichkeiten einer Hochbegabung (Kap. I 1.3) sowie Förderansätze (Kap. I 1.4) aufgezeigt. Es wird davon ausgegangen, dass hochbegabte Kinder und Jugendliche der Förderung bedürfen, um aus ihrem Potential Leistungen zu entwickeln.

Anschließend wird der Fokus auf hochbegabte Kinder und Jugendliche gelenkt, in deren Entwicklung es zu Schwierigkeiten und Problemen kommt. Es wird exemplarisch auf Underachiever eingegangen (Kap. I 1.1.5). Diese hochbegabten Kinder und Jugendliche können ihr Potential nicht mehr in Leistungen umwandeln und bleiben hinter ihren kognitiven Fähigkeiten zurück. Es wird ein gestörter Passungsprozess zwischen Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren bei diesen Kindern und Jugendlichen angenommen. Abschließend wird auf den Zusammenhang von Hochbegabung und Beratung eingegangen (Kap. I 1.6). Familien mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen, bei denen es zu Entwicklungsschwierigkeiten kommt, können sich an Beratungsstellen wenden, die eigens für diese Klientel Beratungskonzepte entwickelt haben. Diese sowie die Beratungsanlässe werden in diesem Kapitel dargestellt.

In Kapitel zwei der theoretischen Grundlagen wird auf den aktuellen Forschungsstand der Verhaltenstherapie eingegangen. Zunächst wird der Begriff Psychotherapie definiert (Kap. I 2.1), bevor die Verhaltenstherapie in diesen Kontext eingeordnet wird (Kap. I 2.2). An dieser Stelle wird noch einmal betont, warum sich zugunsten dieser Psychotherapieform entschieden wurde. Im Anschluss werden die historische Entwicklung dieser Therapieform (Kap. I 2.3) sowie die historische Entwicklung der Kindertherapie beschrieben (Kap. I 2.4). Es wird deutlich, dass es verschiedene Entwicklungsphasen gab, die die Verhaltenstherapie maßgeblich beeinflusst haben. Es folgen Kapitel zum ätiologischen Grundverständnis (Kap. I 2.5) sowie zu einzelnen verhaltenstherapeutischen Methoden (Kap. I 2.6). Aus der Ätiologie wird deutlich, dass sich psychische Störungen nicht monokausal, sondern aus einem Zusammenwirken mehrerer Faktoren entwickeln. An diesen Faktoren setzen die anschließend beschriebenen verhaltenstherapeutischen Methoden an, um die drohende Verstär-

kung bzw. Chronifizierung zu vermeiden. Dieses Kapitel wird abgeschlossen mit den Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie (Kap. I 2.7) sowie mit deren Prozess (Kap. I 2.8). Es wird deutlich, dass in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen verschiedene Aspekte, die sich aus ihrem Alter und Entwicklungsstand ergeben, berücksichtigt werden müssen.

Die beiden Aspekte Hochbegabung sowie Verhaltenstherapie werden im dritten Kapitel zusammengeführt. Es wird in einem historischen Abriss auf den Zusammenhang von Hochbegabung und Verhaltensauffälligkeiten eingegangen (Kap. I 3.1), denn diesem wird bereits seit dem 19. Jahrhundert nachgegangen. Abschließend wird der aktuelle Forschungsstand bezüglich Hochbegabung und Verhaltenstherapie dargestellt (Kap. I 3.2). Es werden die neuesten Untersuchungen sowie Veröffentlichungen zu diesem Thema dargelegt.

Das Resümee am Ende des Kapitels fasst die wichtigsten Aussagen der theoretischen Grundlagen bezogen auf die anstehende Untersuchung zusammen und bildet einen Übergang zu dem folgenden empirischen Teil.

Im zweiten Teil dieser Arbeit steht die eigene empirische Untersuchung im Vordergrund.

Im ersten Kapitel des empirischen Teils werden die Ziele der empirischen Untersuchung anhand der forschungsleitenden Fragestellungen dargelegt.

Vor diesem Hintergrund wird in Kapitel zwei das konkrete methodische Vorgehen beschrieben. Dieses erfolgt zunächst anhand des Eingehens auf die Zielpopulation (Kap. II 2.1), bevor das Untersuchungsdesign begründet (Kap. II 2.2) sowie die angewandten Instrumente (Kap. II 2.3) erläutert werden. Anschließend wird die Durchführung dieser Untersuchung beschrieben (Kap. II 2.4) als auch die Auswertungsstrategien begründet und erläutert (Kap. II 2.5).

Im Anschluss (Kapitel II 3) werden die Ergebnisse dieser Untersuchung beschrieben als auch interpretiert. Zunächst erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Fragebogenerhebung, sortiert nach der uni- bzw. bi- und multivariaten Auswertung. Anschließend werden die Ergebnisse der Experteninterviews erläutert. Abschließend werden diese beiden Untersuchungsansätze im Rahmen einer Methoden-Triangulation auf der Ebene der Ergebnisse miteinander verknüpft.

In dem Kapitel vier werden die dargestellten Ergebnisse zusammengefasst als auch vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert sowie im Hinblick auf die forschungsleitenden Fragestellungen analysiert. Abschließend folgt im letzten Kapitel die Schlussbetrachtung sowie ein Ausblick<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> In dieser Arbeit wird aufgrund der besseren Lesbarkeit durchgehend die männliche Form der Begriffe Jugendlicher, Patient und Therapeut benutzt. Es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.







## 1 Phänomenologie von Hochbegabung

Im folgenden Kapitel wird der aktuelle Forschungsstand bezüglich der Phänomenologie von Hochbegabung dargestellt. Es werden sowohl Definitionen von Hochbegabung als auch Hochbegabungsmodelle erläutert. Ebenfalls wird eine Abgrenzung zur Hochleistung vorgenommen und die Merkmale des Lernens Hochbegabter dargestellt. Weiterhin wird auf Identifikationsmöglichkeiten und die Bedeutung der Begabtenförderung eingegangen. Ergeben sich Schwierigkeiten in der Entwicklung von hochbegabten Kindern und Jugendlichen, so können sie sich zu Underachievern entwickeln. Auf diese Gruppe wird ebenfalls eingegangen sowie auf Beratungsmöglichkeiten.

### 1.1 Definition

In der Literatur wird immer wieder betont, dass es keine einheitliche Definition von Hochbegabung gibt (vgl. Freund-Braier, 2001; Heller, 2001a; Huser, 2004; Rost & Schilling, 2006). Dieses liegt nach Rost und Schilling (2006) in einem unklaren Begabungsbegriff begründet. Dieser kann als statisch (angeboren) oder als dynamisch (entwicklungsfähig) verstanden werden.

Als ein Vertreter des *statischen* Begabungsbegriffs kann Lewis Terman (1877–1956) benannt werden. Terman ging davon aus, „dass Hochbegabung biologisch determiniert sei und dass Intelligenz, die psychometrisch erfasst werden kann, der bestimmende Faktor sei“ (Mönks, 2000, S. 20). Um diese Annahme zu belegen, begann Terman 1921 mit einer Langzeitstudie, in der er 1528 hochbegabte Schüler im Alter zwischen acht und 12 Jahren aufnahm. Seine Studie kam zu dem Ergebnis,

*„dass hohe Intelligenz eine wichtige und notwendige Voraussetzung für Leistungserfolg ist, dass jedoch andere Faktoren mindestens so entscheidend sind, Faktoren, wie Unterstützung und Bestätigung durch Eltern und Lehrer, Umgang mit Gleichgearteten (intellektuellen Peers), sowie persönlicher Anstrengungswille (Motivation)“ (ebd., S. 21).*



Terman gab den statischen Begabungsbegriff und seine daraus resultierende Einfaktorentheorie zugunsten eines dynamischen Begabungsbegriffs sowie der Mehrfaktorentheorie auf.

Als Vertreter eines *dynamischen* Begabungsbegriffs können die heutigen Begabungsforscher genannt werden (Heller, 2001b; Mönks, 2005; Fischer, 2006a). Nach ihnen ist Hochbegabung als Produkt einzelner Faktoren zu verstehen. Auf ihr Begabungsverständnis wird im Folgenden noch genauer eingegangen.

Weiterhin verweisen Rost und Schilling (2006) darauf, dass in der Literatur intellektuelle von nicht-intellektuellen Begabungen (soziale oder praktische Begabungen) unterschieden werden.

Als nicht-intellektuelle Begabungen werden von Drewelow (2000), der sich in seinen Aussagen an Weinert (1998) anlehnt, künstlerische und sensomotorische Fähigkeiten benannt. Diese fallen aus der Definition von Hochbegabung heraus, wenn eine hohe Intelligenz als einziges Kriterium für Hochbegabung angesehen wird. Dieses würde eine Benachteiligung einseitig begabter Kinder zur Folge haben (vgl. Drewelow, 2000).

Innerhalb der intellektuellen Begabungen werde laut Rost und Schilling (2006) wiederum zwischen allgemeinen Begabungen im Sinne Spearman und „multiplen Intelligenzen“, sowie konvergierendes und divergierendes Denken im Bereich der Kreativität, als auch Kompetenz von Performanz unterschieden (vgl. Rost & Schilling, 2006).

Charles Spearman entwickelte in den 1920er Jahren ein eindimensionales Intelligenzmodell, das zusammengefasst folgendermaßen aussah:

*„Die allgemeine Intelligenz als bereichsunspezifische, umfassende Fähigkeit, die für die Bewältigung geistiger Aufgaben benötigt wird, wobei von Fall zu Fall noch spezifische, auf die jeweilige Aufgabe bezogene Kompetenzen hinzukommen müssen“ (Perleth, 1999, S. 75).*

Dieser Generalfaktor der Intelligenz wird auch als g-Faktor bezeichnet. Diese Auffassung von Intelligenz kann von der differierenden Auffassung des Intelligenzforschers Howard Gardner unterschieden werden. Gardner hat 1983 die Theorie der vielfachen (oder auch: multiplen) Intelligenzen entwickelt. Er benannte sieben Intelligenzen, über die der Mensch verfügt. Er unterschied die

*„sprachliche, logisch-mathematische, räumliche, musikalische, körperlich-kinästhetische, sowie die inter- und intrapersonale Intelligenz. Inzwischen hat er sein Konzept um die naturalistische Intelligenz erweitert“ (Mönks & Ypenburg, 2005, S. 28).*

Mihaly Csikszentmihalyi (1996) unterscheidet in seinem Aufsatz zur Kreativität konvergierendes vom divergierenden Denken. Da konvergierende Denkweisen die korrekte Lösung von rationalen Problemen beschreiben, werden diese durch Intelligenztestungen gemessen.

*„Das divergierende Denken führt zu keinerlei allgemein anerkannten Antworten. Dazu gehört (...) die Fähigkeit, eine große Anzahl von Ideen zu entwickeln, ferner Flexibilität oder die Fähigkeit, wechselnde Perspektiven einzunehmen, und schließlich Originalität im Sinne ungewöhnlicher Ideenverknüpfungen“ (Csikszentmihalyi, 1996, S. 92).*

Kompetenz und Performanz werden im Bereich der intellektuellen Begabungen wie folgt unterschieden: Mit Kompetenz (oder auch: Potential) werden die Begabungen eines Menschen, mit Performanz seine erbrachten Leistungen bezeichnet. Klauer (1992) weist auf die notwendige Unterscheidung der beiden Bereiche hin, da hohe Kompetenzen nicht immer in hohe Performanz umgesetzt werden können.

*„Die hohen oder gar exzeptionellen Leistungen, die jemand erbringen mag (...), sind allenfalls ein Indiz, aber kein Beleg für hohe Begabung. Man muß damit rechnen, daß es zumindest in gewissen Fällen Gründe außerhalb der hohen Begabung gibt, die zu hoher Leistung führen können. Ebenso muß man damit rechnen, daß es Gründe gibt, die verhindern, daß manche Hochbegabte zu wirklich hohen Leistungen finden“ (Klauer, 1992, S. 206).*

Trotz dieser angeführten unterschiedlichen Ansichten in Bezug auf den Begabungsbegriff, konnte dennoch ein gemeinsamer Konsens bezüglich Hochbegabung in der Wissenschaft erreicht werden. Dieser wird von Heller (2001b) folgendermaßen beschrieben:

*„Allgemein lässt sich ‚Hochbegabung‘ als individuelles Fähigkeitspotential für außergewöhnliche Leistungen in einem bestimmten Bereich (z.B. Mathematik, Fremdsprachen, Musik, Kunst, Sport usw.) oder – seltener – in mehreren Bereichen (sog. Multitalente oder Universalbegabungen) definieren“ (Heller, 2001b, S. 209).*

Diese Aussage unterstreicht, dass Hochbegabung als Voraussetzung für hohe Leistungen gelten kann. Mönks und Ypenburg (2005) weisen aber weitergehend darauf hin: „Damit aus dem Potential des einzelnen hohe Leistungen entstehen können, müssen in der Person und in der Umwelt unterstützende und erfolgssteigernde Faktoren gegeben sein“ (Mönks & Ypenburg, 2005, S. 33). Diese Erkenntnis beruht dabei nicht nur auf der Studie von Terman (s. oben). Die unterstützenden Faktoren werden in Hochbegabungsmodellen benannt und dargestellt, die im Folgenden vorgestellt werden.

## 1.2 Modelle von Hochbegabung

Das Münchner Hochbegabungsmodell von Heller (2007) ist eines der aktuellsten Hochbegabungsmodelle. Es beschreibt, dass persönliche Begabungsfaktoren, nichtkognitive Persönlichkeitsmerkmale und Umweltmerkmale Einflüsse auf die Leistungsbereiche haben. Unter Begabungsfaktoren werden dabei die individuellen intellektuellen, kreativen, künstlerischen und praktischen Fähigkeiten, die soziale Kompetenz, Musikalität und Psychomotorik verstanden. Zu den nichtkognitiven Persönlichkeitsmerkmalen zählen laut Heller die Stressbewältigung, Leistungsmotivation, Arbeits- und Lernstrategien, (Prüfungs-) Angst und Kontrollüberzeugungen. Die familiäre Lernumwelt, das Familien- und Klassenklima, die Instruktionsqualität sowie kritische Lebensereignisse werden den Umweltmerkmalen zugeordnet. Wie oben bereits erwähnt, beeinflussen diese Merkmale die Leistungen, die entweder im Bereich Mathematik, Naturwissenschaften, Technik, Informatik/Schach, in der Kunst (musikalisch oder künstlerisch) oder in Sprachen, Sport sowie in sozialen Beziehungen auftreten können (vgl. Abb. 1).

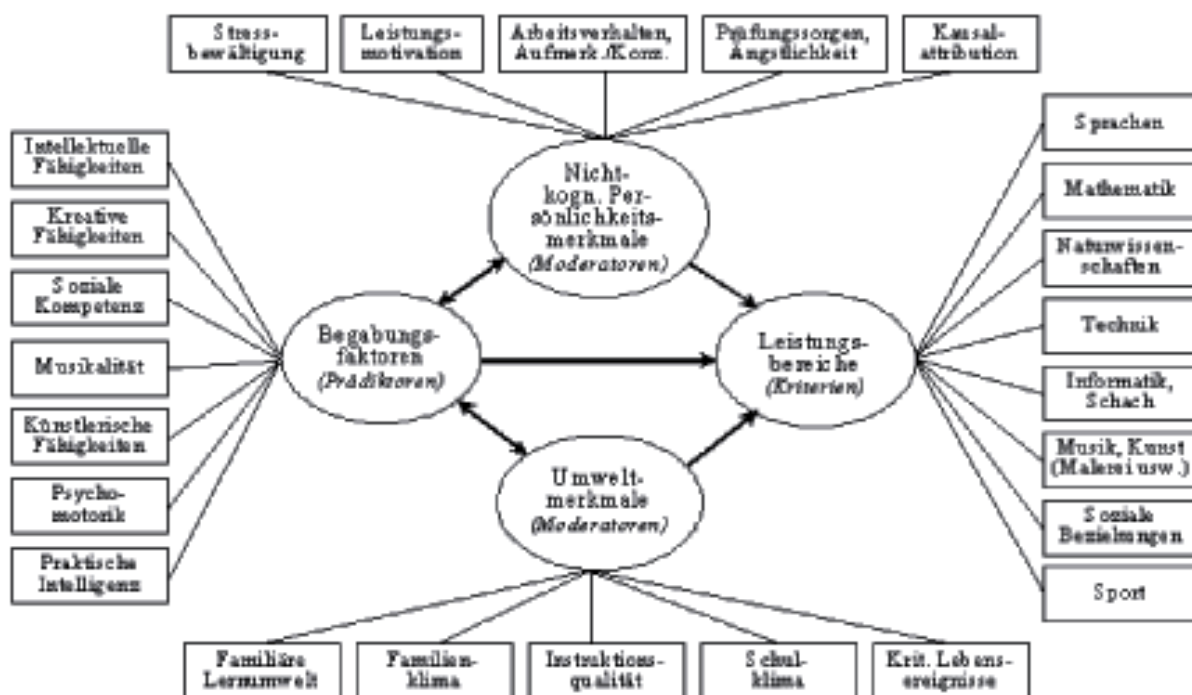
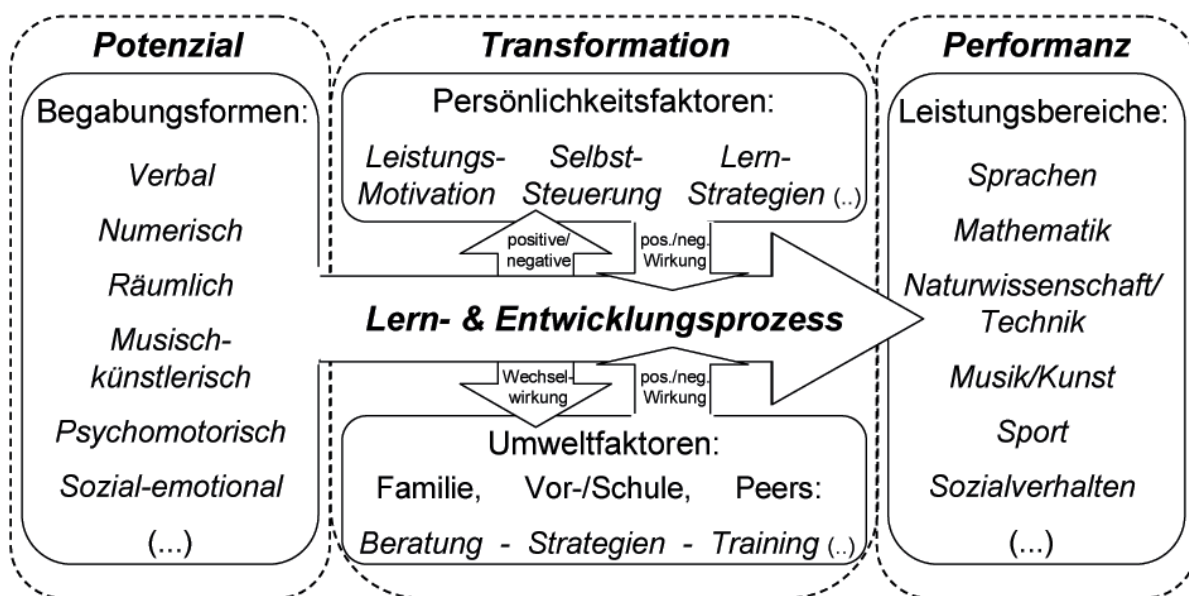


Abb. 1: Münchener Hochbegabungsmodell von K.A. Heller (2007), aus: Fischer, Grindel & Westphal (2007), S. 8.

Hochbegabung kann, laut diesem Modell in intellektuellen Fähigkeiten, wie beispielsweise dem besonders schnellen Erkennen von Strukturen vorliegen. Neben diesem Begabungsfaktor kann die Leistungsmotivation als nichtkognitives Persönlichkeitsmerkmal und die familiäre Lernumwelt als Umweltmerkmal, die Leistung beispielsweise in Sprachen beeinflussen. Die Begabungsfaktoren werden auch als Prädiktoren, die nichtkognitiven Persönlichkeits- und die Umweltmerkmale als Moderatoren bezeichnet. „Entsprechend lässt sich das Leistungskriterium als Produkt von Prädiktoren und Moderatoren bestimmen“ (Heller, 2001a, S. 25). Dieses Hochbegabungsmodell geht also von einem dynamischen Begabungsverständnis aus. Ebenfalls werden die Begabungen differenziert betrachtet. Intellektuelle Begabungen als auch praktische Fähigkeiten werden in dieses Modell mit einbezogen. Die intellektuellen Begabungen werden in diesem Modell nicht weiter differenziert.

Fischer (2006a) geht in seinem integrativen Begabungsmodell ebenfalls von einem dynamischen Begabungsbegriff aus. In diesem Modell werden Begabungsformen als Potential bezeichnet, welche durch einen Lern- und Entwicklungsprozess zu Performanz in verschiedenen Leistungsbereichen transformiert werden können. Dieser Lern- und Entwicklungsprozess wird dabei von Persönlichkeits- und Um-

weltfaktoren beeinflusst. Fischer (2006a) betont in seinem Modell die Bedeutung von Selbststeuerung und Lernstrategien als Persönlichkeitsfaktoren, sowie die Bedeutung von Beratung, Strategien und Training als Umweltfaktoren. Diese werden in dem Modell von Heller (2007) vernachlässigt.



**Abb. 2:** Integratives Begabungsmodell von C. Fischer (2006a), S. 68.

Beide Modelle stellen mehrdimensionale Hochbegabungsmodelle dar, da sie mehrere Faktoren für die Umsetzung der Fähigkeiten in Leistungen berücksichtigen. Nach Heller (2001b) erklären diese Modelle Hochbegabung differenzierter, als es eindimensionale Hochbegabungskonzepte können, welche auf Spearman zurückgehen (s. oben). Beispielhaft genannt sei das Berliner-Intelligenzstrukturmodell (BIS) von Jäger (1982), das die Allgemeine Intelligenz „g“ von Jugendlichen bestimmt. Eindimensionale Hochbegabungsmodelle wurden seit den 1980er Jahren von den mehrdimensionalen Konzepten aufgrund der differenzierteren Ansichten abgelöst (vgl. Heller, 2001b).

Wie bereits erwähnt, ist Hochbegabung nicht mit Hochleistung gleichzusetzen. Hoberg und Rost (2000) bezeichnen Hochleistung als „exzellente Performanz (Jahrgangsstufenbester)“ (Hoberg & Rost, 2000, S. 352). Da hohe Leistungen auch ohne hohe Begabungen erbracht werden können (s. oben), müssen diese beiden Begriffe unterschieden werden.

Nach Weinert (2000) lassen sich „durch frühe Diagnose und angemessene Förderung hochbegabter Kinder (...) aus Lernpotentialen potente Leistungen entwickeln“ (Weinert, 2000, S. 2). Werden hochbegabte Kinder nicht erkannt oder gefördert, können sie sich zu Underachievern entwickeln. Diese Kinder und Jugendliche sind dann nicht mehr in der Lage, ihr hohes Potential in Leistung umzuwandeln. Dabei stehen ihnen die „oftmals gering ausgeprägten Fertigkeiten der Selbstmotivierung“ sowie „mangelnde Fähigkeiten bei der Umsetzung von Absichten in Handlungen sowie unzureichende Methodenkompetenzen in ihrem Lern- und Arbeitsverhalten“ (Fischer, 2006a, S. 68) im Weg (weiteres s. Kap. 1.5).

Laut Weinert (2000) unterscheiden sich Hochbegabte durch die Art und Weise des Lernens von Normalbegabten. Dieses beobachtet er in fünffacher Hinsicht: Zunächst lernen hochbegabte Kinder und Jugendliche schneller. „Neben der größeren Schnelligkeit ist es vor allem die Tiefe und Höhe des Verständnisses für die neu erworbenen Begriffe, Regeln, Gesetzmäßigkeiten und Prinzipien, die Hochbegabte auszeichnet“ (ebd., S. 10). Als dritten Unterschied benennt der Autor die intelligenter Organisation des Wissens, welches vernetzt werde und daher flexibel nutzbar sei. Viertens verfügen Hochbegabte über metakognitive Kompetenzen. Das heißt, sie verfügen über Planungs- und Strategiewissen und können ihre Lernprozesse selber überwachen. „Viele, aber keineswegs alle Menschen mit hoher intellektueller Begabung verfügen auch über kreative Fähigkeiten (...)“ (ebd., S. 11). Der Autor folgert aus diesen Überlegungen, dass hochbegabte Kinder und Jugendliche durch Anregung, Unterstützung und Ermöglichung herausfordernder Lernprozesse gefördert werden sollten.

### **1.3 Identifikation von Hochbegabung**

Nach Aussagen von Rost und Schilling (2006) und Stapf (2003) wird am häufigsten ein Intelligenztest zur Diagnostik von Hochbegabung herangezogen. Es existieren derzeit mehrere Intelligenztests, die für verschiedene Altersstufen konzipiert wurden. Diese unterscheiden sich dabei nicht nur in Bezug auf die Zielgruppe, sondern bestehen auch aus unterschiedlichen Untertests. Nach Angaben von Stapf (2003) wurde der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest (HAWIK III) von Tewes et al. 1999 entwickelt und stellt den am häufigsten angewendeten Test dar. 2008 wurde



der Nachfolgetest HAWIK-IV von Petermann und Wechsler veröffentlicht. Dieser Intelligenztest ist für Kinder zwischen 6,0 (sechs Jahre, null Monate) und 16,11 Jahren (16 Jahre, 11 Monate) geeignet und gibt ein Leistungsprofil an, in dem der Gesamt Intelligenzquotient als auch die vier Indizes Sprachliches Verständnis, Wahrnehmungsgebundenes logisches Denken, Arbeitsgedächtnis, Verarbeitungsgeschwindigkeit aufgeführt sind. Diese vier Indizes ergeben sich aus einer Berechnung von 15 Untertests, beispielsweise dem „Gemeinsamkeiten finden“ oder „Buchstaben-Zahlen-Folgen“<sup>2</sup>.

Psychologische Testungen und daher auch Intelligenztestungen unterliegen verschiedenen Gütekriterien (vgl. Stapf, 2003). Sie müssen objektiv, reliabel und valide sein. Das Gütekriterium der Objektivität ist dann gewährleistet, wenn verschiedene Testleiter bei einem Test zu dem gleichen Ergebnis kommen. Als reliabel oder zuverlässig gilt ein Test, wenn er bei einer wiederholten Messung zu dem gleichen Ergebnis kommt. Ein Test ist dann valide, wenn er das misst, was er zu messen vorgibt (in diesem Fall die Intelligenz).

Darüber hinaus muss ein psychologischer Test normiert sein, d.h. die Ergebnisse müssen mit denen einer Bezugsstichprobe vergleichbar sein. Diese darf nicht veraltet sein, da sonst der Test die Fähigkeiten von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen über- oder unterschätzen könnte.

Feger und Prado (1998) ordnen den Intelligenztest den objektiven Diagnoseverfahren zu. Als vorteilhaft an einem Intelligenztest bewerten die Autoren die ökonomische, valide und zuverlässige Messung von Intelligenz. Nachteilig werden an diesem Instrument der Deckeneffekt (keine Unterscheidung von sehr hohen Werten möglich) und die Schichtspezifität beurteilt. Als weitere objektive Verfahren werden bei den Autoren noch Leistungs-, Eignungs- und Kreativitätstests sowie Wettbewerbe genannt. Diese sagten jedoch wenig über Hochbegabung aus oder verfügen nur über eine geringe Validität und sind so letztlich zur Diagnostik ungeeignet.

---

<sup>2</sup> Weitere Untertests: Mosaik-Test, Zahlen nachsprechen, Bildkonzepte, Zahlen-Symbol-Test, Wortschatz-Test, Matrizen-Test, Allgemeines Verständnis, Symbol-Suche, Bilder ergänzen, Durchstreich-Test, Allgemeines Wissen, Rechnerisches Denken, Begriffe erkennen (vgl. Petermann & Wechsler, 2008).

Im Gegensatz zu Feger und Prado (1998) bewertet Huser (2004) Intelligenztests kritisch. Nach Ansicht der Autorin können Intelligenztests nur einen Teil der Intelligenz ermitteln, nämlich das analytische Denken. Kreatives oder praktisches Denken werde in den Tests nicht abgefragt. Weiterhin „vermitteln (Intelligenztests) den Eindruck einer gegebenen statischen Größe“ (Huser, 2004, S. 6). Bezogen auf diesen Aspekt muss daher bei einer Intelligenzdiagnostik auf die Veränderbarkeit und die Dynamik der Intelligenz hingewiesen werden. Als weiteres kritisches Argument benennt Huser (2004) die Benachteiligung von kulturell anders geprägten Kindern, die in Intelligenztests schlechter abschnitten.

Abschließend weist die Autorin darauf hin, dass Intelligenztests nur bei sehr hohen Ergebnissen zuverlässig seien, „da niedrige Ergebnisse durch viele verschiedene Faktoren, wie zum Beispiel Prüfungsangst, entstehen können“ (Huser, 2004, S. 6).

Neben Intelligenztestungen, die Hochbegabung diagnostizieren, gibt es weitere Methoden, um hochbegabte Kinder zu erkennen. Diese Verfahren sind jedoch nicht als Diagnostikverfahren geeignet, sondern können als Hinweise auf eine mögliche Hochbegabung dienen.

Als subjektive Verfahren werden von Feger und Prado (1998) Zensuren, Schulnoten und Zeugnisse sowie Lehrermeinungen, Checklisten und Beobachtungsbögen als auch Aufnahmeprüfungen oder Nominationsverfahren benannt. Diese subjektiven Verfahren sind jedoch empirisch als wenig zuverlässig und wenig genau einzustufen.

Nach Rost und Schilling (2006) existiert eine Vielzahl an Studien zu Lehrermeinungen, die belegen, dass Lehrer eher die gezeigte Leistung bewerten, als das intellektuelle Potential von Schülern. Dieses Verfahren ist also alleine nicht zu einer Hochbegabungsdiagnostik geeignet.

Auch Checklisten, die eine Aufzählung von beobachtbaren Verhaltensweisen darstellen, können nicht als Diagnostikinstrument eingesetzt werden, allerdings als „pädagogisches Hilfsmittel zur Beobachtung und Beschreibung hochbegabter Kinder dienen“ (Stapf, 2003, S. 140).

Bei Nominationsverfahren werden Personen dazu aufgefordert, andere Personen (Fremdnomination) oder sich selber zu nennen (Selbstnomination), wenn sie sich für hochbegabt halten (vgl. Stapf, 2003). Auch dieses Verfahren ist nicht valide.



Heller (2001b) empfiehlt als Konsequenz eine „sequentielle Entscheidungsstrategie“ (Heller, 2001b, S. 210). Eine solche Strategie impliziert zunächst den Einsatz von Checklisten, bevor Testungen durchgeführt werden. Nach den Aussagen des Autors habe sich dieses Verfahren bewährt.

Nach Stapf (2003) umfasst eine psychologische Diagnostik die *„Untersuchung geistiger Leistungsfähigkeit sowie der Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen des Kindes unter Abklärung aller relevanten Einflußbedingungen, die für eine professionelle Beratung erforderlich sind“* (Stapf, 2003, S. 114).

Weiterhin lehnt sich Stapf (2003) an Kubinger (1995) an und beschreibt sechs Phasen einer psychologischen Diagnostik. Zunächst wird in einem Gespräch die genaue Fragestellung formuliert. Geht es in der psychologischen Diagnostik um die Feststellung von Hochbegabung, wird die Fragestellung verfolgt, ob ein Kind hochbegabt ist oder nicht. In einem zweiten Schritt wird aus den unterschiedlichen, zur Verfügung stehenden diagnostischen Verfahren ein bestimmtes ausgewählt und in der dritten Phase angewendet sowie ausgewertet. Die Interpretation der Ergebnisse und eine Entscheidung über Handlungsempfehlungen erfolgen im vierten Schritt. Erst im Anschluss erfolgt ein Beratungsgespräch und die Erstellung eines Gutachtens. In der sechsten und letzten Phase werden weitergehende Interventionen festgelegt, die bei hochbegabten Kindern und Jugendlichen in Form von Förderangeboten stattfinden sollten.

Die Autorin weist weiter darauf hin, dass das „Erkennen der außergewöhnlichen Intelligenz, der Bedürfnisse und Entwicklungsbesonderheiten Hochbegabter (...) eine wichtige Voraussetzung für die Schaffung förderlicher Entwicklungs- und Lebensbedingungen (ist)“ (Stapf, 2003, S. 107).

Wie sich förderliche Entwicklungs- und Lebensbedingungen auszeichnen, wird im nächsten Kapitel dargestellt.

## 1.4 Förderung von Hochbegabten

Wie in den vorangegangenen Kapiteln verdeutlicht wurde, ist sich die Fachwelt einig, dass auch besonders begabte Schüler der Förderung bedürfen (vgl. Weinert, 2000; Solzbacher, 2002; Stapf, 2003). „Begabtenförderung“ als Begriff ist dabei nicht eindeutig definiert, sondern weit gefasst. Viele Autoren weisen auf unterschiedliche Bereiche und Aspekte hin, in denen Begabtenförderung realisiert und berücksichtigt werden soll.

Nach Cropley, McLeod & Dehn (1988) kann Begabtenförderung durch die Methode eines differenzierten Curriculums geschaffen werden. Das Ziel stellt dabei die „Entfaltung kognitiver, persönlicher und motivationaler Merkmale“ (Cropley et al., 1988, S. 194) dar. Die Autoren beziehen sich bei der Begabtenförderung demnach auf den schulischen Bereich.

Auch Keller (1990) sieht als Maßnahme der Begabtenförderung ein schulisches Förderprogramm, als Ziel benennt er die Entfaltung der Begabungen, begabungsgerechte Motivation und Förderung. Der Autor setzt bei diesem Prozess zusätzlich auf Bildungsberatung: „(...) Beratungsangebote tragen dazu bei, hochbegabte Kinder und Jugendliche bei der Entfaltung ihrer Begabung wirksam zu unterstützen und ihr persönliches Wachstum zu fördern“ (Keller, 1990, S. 56). Ziele der Begabtenförderung sind nach Keller (1990) die Entfaltung der Begabung und das persönliche Wachstum. So sieht der Autor neben der Förderung in der Schule auch die zusätzliche Förderung in Form einer Beratung als notwendig an.

Auch Freeman (1992) sieht als Methode der Begabtenförderung die „Anwendung flexibler Erziehungs- und Unterrichtsmaßnahmen, mit denen die unterschiedlichen Bedürfnisse aller Schüler berücksichtigt werden“ (Freeman, 1992, S. X). Dabei betont die Autorin, dass die Förderung abhängig ist von der Kenntnis der Eltern und Lehrer. Zusätzlich bezieht die Autorin allgemeine Erziehungsmaßnahmen neben schulischen Maßnahmen mit ein.

Neber (1992) betont gleichzeitig wie Freeman, dass es Aufgabe der Begabtenförderung sei, die Lernumgebung zu optimieren (vgl. Neber, 1992). Diese soll „reichhaltige, verbal und nonverbal explorierbare Lernumwelten“ (Neber, 1992, S. 217) bieten. Als Ort der Förderung benennt er das Erziehungs- und Bildungswesen, als

Grundlage der Begabtenförderung nennt er die Orientierung an Begabungsmodellen. Auch dieser Autor geht über die Begabtenförderung in der Schule hinaus und lenkt den Blick auf Umwelten.

„Die Förderung von Hochbegabten besteht in der Anregung, Unterstützung und Ermöglichung herausfordernder Lernprozesse sowie in der Hilfe bei der Wahl und Realisierung anspruchsvoller Bildungsziele“ (Weinert, 2000, S. 15). Herausfordernde Lernprozesse sieht Weinert (2000) darin, „diesen intellektuell privilegierten Schülern eine hinreichend große Anzahl und Varietät von Lerngelegenheiten zu schaffen, die sie als Herausforderung erleben (...)“ (ebd., S. 18). Dieses schließe sowohl das Lernen in homogenen als auch heterogenen Gruppen ein, sowie die Möglichkeit, Selbstwirksamkeit zu erfahren. Anspruchsvolle Bildungsziele umfassen zunächst die Unterstützung bei der Suche nach Bildungs- und Ausbildungszielen, „die den persönlichen Eignungen und Neigungen entsprechen“ (ebd., S. 16). Im Anschluss müsse es dann um den Erwerb inhaltlichen Wissens und Könnens gehen. Vier Bildungsziele verdeutlichen diesen Prozess: erstens ginge es um den Erwerb von Lernkompetenzen, zweitens um die Förderung von Interessen, drittens um den Erwerb sozialer Kompetenzen und viertens um den Erwerb von Wertorientierungen. Bei Weinert (2000) spielt also ebenfalls wie bei Neber, die Umwelt eine bedeutende Rolle, die bei Lernprozessen und -gelegenheiten sowie bei der Suche nach Bildungszielen unterstützend wirken soll.

Drewelow (2000) zeigt auf, was seiner Meinung nach bei den bisherigen Diskussionen um Begabtenförderung vernachlässigt werde: „psychomotorische Fähigkeiten mit technischen Interessen verbundene praktische Fertigkeiten, soziale Kompetenz und andere Persönlichkeitsmerkmale als Ziele schulischer Begabtenförderung“ (Drewelow, 2000, S. 181). Er sieht als Ort von Begabtenförderung die Schule und fordert schulische Programme, die diese Begabungsrichtungen fördern. Es geht ihm also nicht nur um die Förderung intellektueller Begabungen.

Hany (2000) formuliert Gründe für Begabtenförderungsmaßnahmen:

*„Maßnahmen der Begabtenförderung werden eingeführt, weil die in unserem Schul- und Bildungssystem vorgesehenen Formen der Wissensvermittlung, der Wert- und Interessensentwicklung und der Persönlichkeitsförderung als nicht*

*ausreichend für die Lernbedürfnisse und Lernkompetenzen hochbegabter junger Menschen beurteilt werden“ (Hany, 2000, S. 134).*

Als Folge formuliert der Autor drei Ansprüche, die Begabtenförderung erfüllen soll. Erstens müssten diese Maßnahmen ihr Ziel erreichen – gemeint ist damit die Förderung hochbegabter Schüler –, zweitens sollten diese Maßnahmen besser wirken als regulärer Unterricht und drittens müssten nur Hochbegabte von diesen Maßnahmen profitieren, ansonsten sei es nicht gerechtfertigt, dass nur diese Schüler Zugang zu diesen Maßnahmen hätten (vgl. Hany, 2000).

Nach Platzer (2000) sollten als Voraussetzung für Begabtenförderung Leistungs- und Begabungsprofile differenziert werden. Heller (2001b) setzt an diesem Punkt an und sieht als Postulat der Hochbegabungsförderung die „Passung zwischen Lernumgebung mit hochbegabungsspezifischen individuellen Lernbedürfnissen“ (Heller, 2001b, S. 209).

Nach Ziegler (2002) stelle Begabtenförderung eine Reaktion auf unzureichende Fördermöglichkeiten im Rahmen bestehender Bildungseinrichtungen dar (vgl. Ziegler, 2002). Ihm zufolge stehen als Grundlagen der Begabtenförderung der Lernprozess und Maßnahmen, die diesen unterstützen, im Vordergrund.

Individualisierung als Grundlage von Begabtenförderung wird von Huser (2004) benannt. Bei Fördermaßnahmen ginge es darum, Flowmomente<sup>3</sup> zu ermöglichen, an der persönlichen Leistungsgrenze zu arbeiten, eigenständig zu lernen und vertieftes Arbeiten zu ermöglichen. Diese Ziele von Begabtenförderung bezieht die Autorin auf die schulische Begabtenförderung.

Insgesamt betrachtet weisen diese Definitionen auf teilweise unterschiedliche Bereiche und Aspekte hin, in denen Begabtenförderung realisiert und berücksichtigt werden soll. Die einzelnen Aspekte sollen in der folgenden Tabelle systematisiert werden und einen Überblick ermöglichen:

---

<sup>3</sup> „Flow (als) einen erstrebenswerten Zustand von höchster Motivation und Erfüllung“ (Huser, 2004, S. 30).

<b>(Hoch-) Begabtenförderung</b>	
<b>1. Ziele</b>	
1.1 Persönliche Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönliches Wachstum (Keller, 1990)</li> <li>- Entfaltung der Begabungen (Keller, 1990)</li> <li>- Entfaltung kognitiver, persönlicher und motivationaler Merkmale (Cropley et al., 1988)</li> <li>- Vermeidung von Unterforderung und psychischen Störungen (Lexikon, 1995)</li> <li>- Leistungsdispositionen aktivieren (Handlexikon, 1989)</li> <li>- Soziale Kompetenz steigern (Drewelow, 2000)</li> <li>- Psychomotorische Fähigkeiten, mit technischem Interesse verbundenen praktischen Fertigkeiten u. a. Persönlichkeitsmerkmale fördern (Drewelow, 2000)</li> <li>- Finden von persönlichen Bildungszielen (Weinert, 2000)</li> <li>- Flow ermöglichen (Huser, 2004)</li> </ul>
1.2 Organisatorische Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lernumgebung an hochbegabungs-spezifische individuelle Lernbedürfnisse anpassen (Neber, 1992)</li> <li>- Umwelten optimieren (Neber, 1992)</li> <li>- Schaffung hochqualifizierter Ausbildungsmöglichkeiten (Lexikon, 1995)</li> <li>- Anspruchsvolle Bildungsziele und Lerngelegenheiten bieten (Weinert, 2000)</li> </ul>
<b>2. Maßnahmen/Methoden</b>	
	<p>Allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lernprozesse herausfordern (Weinert, 2000)</li> <li>- An persönlicher Leistungsgrenze arbeiten (Huser, 2004)</li> <li>- Eigentätig lernen (Huser, 2004)</li> <li>- Vertieftes Arbeiten (Huser, 2004)</li> </ul>
2.1 Finanzielle Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stipendien (Laerum, 1957; Orlik, 1967; Seidenspinner &amp; Seidenspinner, 1969)</li> <li>- Studienstiftung des deutschen Volkes (Zeitlexikon, 2005)</li> </ul>
2.2 Flexible Erziehungsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bildungsberatung (Keller, 1990)</li> <li>- Schülerwettbewerbe</li> </ul>
2.3 Flexible Unterrichtsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulisches Programm (Keller, 1990)</li> <li>- Differenziertes Curriculum (Cropley et al., 1988)</li> </ul>
<b>3. Orte von Begabtenförderung</b>	
	<p>Allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erziehungs- und Bildungswesen/Schul- und Bildungssystem (Neber, 1992; Hany, 2000; Ziegler, 2002)</li> </ul>
3.1 Schulischer Bereich	(inhaltlich siehe Tabelle 2)
3.2 Außerschulischer Bereich	(inhaltlich siehe Tabelle 3)
<b>4. Voraussetzungen</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientierung an Begabungsmodellen (Neber, 1992)</li> <li>- Leistungs- u Begabungsprofile differenzieren (Platzer, 2000)</li> <li>- Individualisierung (Huser, 2004)</li> <li>- Früherkennung (Zeitlexikon, 2005)</li> <li>- Ziel erreichen, besser wirken, profitieren (Hany, 2000)</li> <li>- Kenntnis der Eltern und Lehrer (Freeman, 1992)</li> </ul>

**Tab. 1:** Aspekte der Begabtenförderung

<b>Schulische Begabtenförderungsmaßnahmen</b>
Sonderschulen (Cropley et al., 1988)
Sonderklassen <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Cluster Gruppierungen (Cropley et al., 1988)</li> <li>b) Klassenbildung nach Leistungsfähigkeit (innerhalb einer Klasse: innere Differenzierung) (Cropley et al., 1988)</li> </ul>
→ Homogene Gruppen (ability grouping) (Neber, 1992)
Akzeleration <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Vorzeitige Einschulung (Cropley et al., 1988; Stamm, 1992; Huser, 2004; Mönks &amp; Ypenburg, 2005)</li> <li>b) Überspringen von Klassen (Cropley et al., 1988; Stamm, 1992; Huser, 2004; Mönks &amp; Ypenburg, 2005)</li> <li>c) Fachspezifische Akzeleration (Cropley et al., 1988)</li> <li>d) Adaptive Akzeleration (D-Zug-Klassen) (Cropley et al., 1988; Stamm, 1992; Mönks &amp; Ypenburg, 2005)</li> <li>e) Frühzeitige Zulassung zur Universität (Cropley et al., 1988; Stamm, 1992; Mönks &amp; Ypenburg, 2005)</li> </ul>
Anreicherung /Enrichment <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ressourcenlehrer (Cropley et al., 1988)</li> <li>b) Ressourcenzimmer (Cropley et al., 1988; Mönks &amp; Ypenburg, 2005)</li> <li>c) Arbeitsgemeinschaften (Cropley et al., 1988; Mönks &amp; Ypenburg, 2005)</li> <li>d) Zusatzkurse (Cropley et al., 1988; Mönks &amp; Ypenburg, 2005)</li> <li>e) Innere Differenzierung und Individualisierung des Unterrichts (Stamm, 1992)</li> <li>f) Niveau-, Förder-, Intensivkurse (Stamm, 1992; Fischer, 2004)</li> <li>g) Teilunterricht in höheren Klassen (Stamm, 1992)</li> <li>h) Projektarbeit an Interessensgebieten der Schüler (Huser, 2004; Mönks &amp; Ypenburg, 2005)</li> </ul>
Weiteres: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Individuelle Ordner (Huser, 2004)</li> <li>b) Lehrer als Coach (Huser, 2004)</li> <li>c) Zusammenarbeit mit Museen, Musik- oder Theaterschulen (Mönks &amp; Ypenburg, 2005)</li> </ul>

**Tab. 2:** Schulische Begabtenförderungsmaßnahmen

<b>Außerschulische Begabtenförderungsmaßnahmen</b>
Elternvereine (Wagner, 1987)
Selbsthilfegruppen (Wagner, 1987)
Hochschulen (Wagner, 1987; Cropley et al., 1988)
Bildungsberatung (Keller, 1990)
Betreuung der Schüler durch Mentoren/Tutoren (Stamm, 1992)
Vereine (Mönks & Ypenburg, 2005)
Samstags-Clubs (Stamm, 1992; Cropley et al., 1988; Mönks & Ypenburg, 2005)
Feriencamps (Stamm, 1992; Mönks & Ypenburg, 2005)
Schülerakademien (Mönks & Ypenburg, 2005)

**Tab. 3:** Außerschulische Begabtenförderungsmaßnahmen



Ausgehend von diesen Überlegungen kann Folgendes festgestellt werden:

Damit begabte Kinder von Begabtenförderungsmaßnahmen profitieren können, müssen auf Grundlage von Begabungsmodellen die individuellen Leistungs- und Begabungsprofile begabter Kinder von den Eltern, Lehrern und sonstigen Personen in der Umwelt, möglichst früh erkannt und berücksichtigt werden.

Begabtenförderungsmaßnahmen verfolgen das Ziel, Fähig- und Fertigkeiten (Kompetenzen) begabter Kinder sowie ihre Persönlichkeitsmerkmale auf kognitiver, persönlicher als auch motivationaler Ebene unter Vermeidung von Unterforderung und psychischen Störungen zu entwickeln und so zu einer Entfaltung von Begabungen, Persönlichkeit und Leistungsaktivierung (Performanz) beizutragen. Dieses kann durch optimale Modifikationen der Umwelt, in Form von individuell angepassten Lernumwelten bis hin zu hochqualifizierenden Ausbildungsmöglichkeiten erreicht werden.

Maßnahmen und Methoden der Begabtenförderung sind dabei von den Orten der Förderung abhängig. Es kann unterschieden werden zwischen Begabtenförderung im Schul- und Begabtenförderung im außerschulischen Bildungssystem. Im Schulsystem kann Begabtenförderung durch flexible Gestaltung des schulischen Förderprogramms sowie des Unterrichts erreicht werden. Begabtenförderung im außerschulischen Bildungssystem kann durch Schülerwettbewerbe, Ferienakademien, Bildungsberatung und weitere Angebote realisiert werden. Gleichzeitig kann auch eine finanzielle Förderung die Zielerreichung unterstützen. Dieses kann in Form von Stipendien oder des Schülerbafögs geschehen.

Wichtig bei diesen Maßnahmen und Methoden der Begabtenförderung ist, dass die begabten Kinder eigentätig lernen und vertieft an ihrer persönlichen Leistungsgrenze arbeiten können.

Als Definition von Begabtenförderung wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit Folgendes verstanden:

*Begabtenförderung: Individuelle Maßnahmen des Schul- und außerschulischen Bildungssystems, um Fähig- und Fertigkeiten (Kompetenzen) begabter Kinder sowie ihre Persönlichkeitsmerkmale auf kognitiver, persönlicher als auch motivationaler Ebene unter Vermeidung von Unterforderung und psychischen Störungen zu entwickeln und so zu einer Entfaltung von Bega-*

*bungen, Persönlichkeit und Leistungsaktivierung (Performanz) beizutragen (Hoge, 2007, unveröffentlichtes Manuskript).*

Da diese zahlreichen Fördermaßnahmen schon seit einigen Jahren umgesetzt werden, liegen auch Evaluationsberichte zu einzelnen Maßnahmen vor. Dennoch beklagen Sparfeldt et al. (2004), die sich in ihren Aussagen an Hany (2000) anlehnen, dass die in Deutschland angebotenen Fördermaßnahmen unzureichend, unsystematisch und selten evaluiert werden. Auch Rost und Schilling (2006) kritisieren, dass es an empirischer Forschung fehle:

*„Allgemein ist die Forschungslage zu Stärken und Schwächen unterschiedlicher Fördermaßnahmen für Hochbegabte als recht dürftig zu bezeichnen, insbesondere fehlen vergleichende Evaluationen, so dass bislang noch kein wissenschaftlich begründetes Urteil über Vor- und Nachteile unterschiedlicher Förderkonzepte getroffen werden kann“ (Rost & Schilling, 2006, S. 241).*

Abschließend benennen die Autoren Vorschläge zur Verbesserung von Fördermaßnahmen. Besonders interessant ist dabei der Aspekt der Verbesserung der Betreuung und Beratung, den sich die Autoren durch Lehrerweiterbildung, Einrichtung von Mentorenprogrammen und durch einen Ausbau von begabungsdagnostischen Beratungs- und Förderberatungsstellen vorstellen können.

## 1.5 Underachiever

*„Kommt es zu einem Zusammenwirken negativer Faktoren in der Entwicklung eines Kindes mit hohen Begabungen, kann das geringe Leistungen zur Folge haben, das „Underachievement“. Als „Underachiever“ oder Minderleister werden Kinder bezeichnet, die weit hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben“ (Fischer, Grindel & Westphal, 2007, S. 9).*

Mönks und Ypenburg (2005) weisen darauf hin, dass unter diesen Umständen eine Diskrepanz zwischen den Fähigkeiten und den erbrachten Leistungen der Kinder und Jugendlichen besteht.



Als Ursachen für das Underachievement nennen Fischer, Grindel & Westphal die im Hochbegabungsmodell von Heller (2007) dargestellten nicht-kognitiven Persönlichkeitsmerkmale des Kindes und/oder Umweltmerkmale. „Häufig zeigen hochbegabte Minderleister mangelnde Fähigkeiten bei der Umsetzung ihrer Absichten in Handlungen sowie unzureichende Methodenkompetenzen in ihrem Lern- und Arbeitsverhalten“ (ebd., S. 9).

Huser (2004) sieht Unterforderung als Ursache für das Underachievement und beschreibt Symptome von Unterforderung. Nach kurzer Zeit von Unterforderung können mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Flüchtigkeitsfehler, lustlose Arbeitshaltung, heftige Gefühlsreaktionen sowie eine Flucht in Traumwelten auftreten. Starke Schulunlust bis zur Leistungsverweigerung, Verlust von Selbstvertrauen, häufige Erkrankungen, Energieverlust, apathisches Verhalten, Schlaf- und Essstörungen, chronische Kopf- und Bauchschmerzen, andere psychosomatische Störungen können nach längerer Zeit von Unterforderung auftreten. Die Autorin weist darauf hin, dass diese Symptome in den Ferien teilweise oder ganz verschwinden können.

Nach mehreren Jahren der Unterforderung können nach Huser (2004) Antriebsarmut, starker Verlust von Selbstvertrauen, Hilflosigkeit, Leistungsdefizite, Wissenslücken, sozialer Rückzug sowie neurotische oder depressive Störungen auftreten.

*„Es ist eine Tatsache, dass Unterforderung schwerwiegende psychische Folgen nach sich ziehen kann, auch wenn solche Symptome ganz andere Ursachen haben können. Eine spezialisierte professionelle Begleitung ist bei diesen gravierenden Symptomen dringend zu empfehlen“ (Huser, 2004, S. 22).*

Auch Mönks und Ypenburg (2005) beschreiben auffallende Verhaltensmerkmale von Underachievern. Diese Kinder und Jugendlichen weisen nach den Autoren äußere Kontrollüberzeugungen, eine schwache Konzentration, negatives schulisches Selbstkonzept, geringes Lerntempo im Vergleich zu Mitschülern, geringe Schulmotivation, Unzufriedenheit über die eigenen Studiengewohnheiten und die erreichten Resultate, Prüfungsangst sowie ein geringes soziales Selbstvertrauen auf. Häufig fühlen sich diese Kinder und Jugendlichen von den Klassenkameraden nicht akzeptiert. Daher betonen die Autoren die besondere Relevanz der Erkennung von hochbegabten Kindern und Jugendlichen:

*„Wenn man sie richtig erkennt, kann man auch besser auf die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes eingehen. Für eine gute Entwicklung des Selbstbildes, eine zentrale Schaltstelle unseres Verhaltens und psychischen Wohlbefindens, ist es erforderlich, dass von Anfang an auf die besonderen Entwicklungsbedürfnisse von Kindern eingegangen wird. Werden Lern- und Wissbegierde nicht erkannt, verneint oder abgebremst, kann es schon früh zu Entwicklungsstörungen kommen“ (Mönks & Ypenburg, 2005, S. 46).*

## 1.6 Hochbegabung und Beratung

Familien mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen, die Auffälligkeiten zeigen oder bei denen es Entwicklungsschwierigkeiten gibt, wenden sich in der Regel an Beratungsstellen. Diese können teilweise auf Hochbegabung spezialisiert sein.

### Konzept einer Hochbegabtenberatung

Wittmann (2003) beklagt, „dass bislang wenig Beratungskonzepte evaluiert wurden, so ist für die Hochbegabtenberatung festzustellen, dass es kaum Konzepte gibt“ (Wittmann, 2003, S. 48). Bezogen auf die Entwicklung eines Beratungskonzepts haben nach Wittmann (2003) folgende Autoren erste Pionierarbeit geleistet: Colangelo (1991), Perleth, Schmidt & Hoffmann (1988) bzw. Perleth & Heller (1992).

Colangelo (1991) formuliert sechs Komponenten für die Konzeption eines Beratungsprogramms. Erstens soll eine explizite Begründung der Hochbegabtenberatung erfolgen, zweitens soll sich das Programm an den kognitiven, motivationalen und sozial-emotionalen Bedürfnissen der hochbegabten Kinder und Jugendlichen orientieren, drittens sollen die Berater beratungspsychologisch qualifiziert sowie kompetent im Bereich Hochbegabung sein, viertens soll eine Zusammenarbeit zwischen rehabilitativen und therapeutischen Einrichtungen stattfinden, fünftens sollen Lehrer, Schulverwaltung, Eltern und Schüler beteiligt werden und sechstens soll das Beratungspersonal kontinuierlich fort- und weitergebildet werden (vgl. Elbing & Heller, 1996).

*„Das von Perleth, Schmidt und Hoffmann (1988) bzw. Perleth & Heller (1992) vorgestellte Mediatorenmodell der Hochbegabtenberatung greift we-*

*sentliche Elemente der Programmatik von Colangelo auf. Die Aufgabe der Hochbegabtenberatung wird in diesem Integrationsmodell als Kooperation verschiedener Beratungsinstanzen einerseits sowie als Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Beratungspraxis und (Begabungs-)Forschung andererseits konzipiert“ (Elbing & Heller, 1996, S. 68).*

Elbing (2000) hat Strategien für die Beratung von Eltern hochbegabter Kinder veröffentlicht, die er ebenfalls in der Begabungspsychologischen Beratungsstelle der Ludwig-Maximilian-Universität München umsetzt. Nach ihm bestimmen fünf übergreifende Bedingungsfaktoren das beraterische Vorgehen: Prozesswissen (was tue ich konkret im aktuellen Beratungsgeschehen?), Objektwissen (Struktur themaspezifischer Konzepte), normative Überzeugungen (die gesamte Persönlichkeitsentwicklung wird betrachtet), strukturelle Rahmenfaktoren (verfügbare Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten) sowie situative Anforderungsstrukturen (Aufgreifen und Bearbeiten des Beratungsanlasses).

## **Anlässe der Hochbegabtenberatung**

Es liegen derzeit drei Studien vor, die die Beratungsanlässe systematisch erfasst haben: Keller (1992) untersuchte die Merkmale hochbegabter Ratsuchender an der Bildungsberatungsstelle Ulm in den Schuljahren 1988 – 1990. Elbing & Heller (1996) erhoben die Anlässe der Hochbegabtenberatungsstelle der Universität München im Zeitraum von 1988 – 1994. Die dritte Studie wurde von Wittmann (2003) durchgeführt. Die Autorin untersuchte die Beratungstätigkeit der Deutschen Gesellschaft für das hochbegabte Kind e.V. im Zeitraum von 1999 bis 2000.

Nach Keller (1992), der die Beratungsanlässe der Bildungsberatungsstelle Ulm in den Jahren 1988 – 1990 untersucht hat, lassen sich drei Bereiche der Beratungsanlässe finden:

1. Entscheidungsschwierigkeiten: Entscheidungsschwierigkeiten bei Schullaufbahnproblemen, 48,8%
2. Lern- und Leistungsprobleme: Lernschwierigkeiten, Leistungsschwächen, 39,0%
3. Verhaltensprobleme: Probleme im sozialen und emotionalen Bereich, 12,2%.

Der Autor schlussfolgert aus seiner Untersuchung, dass Schulen präventiv tätig sein sollen, um „Hochbegabtenproblemen“ vorzubeugen: „Drittens sind auch besondere sozialintegrative Bemühungen notwendig, um zu verhindern, daß Hochbegabte in Verhaltensstörungen geraten“ (Keller, 1992, S. 132).

Elbing & Heller (1996) fanden Probleme im Sozialverhalten, Hochbegabungsdignose, Suche nach Fördermöglichkeiten, Unterforderung und Langeweile als häufigste Beratungsanlässe. Sie erweitern jedoch das Blickfeld und kommen zu dem Urteil:

*„Obwohl das von unterschiedlichen Quellen stammende Spektrum hochbegabungsspezifischer Beratungsanlässe weitgehend identische Probleme beinhaltet, ergibt sich je nach Besonderheit des lokalen Beratungsangebots ein mehr oder weniger verändertes Nachfrageprofil. Die Nachfragestruktur wird also durch die Spezifität des Beratungsangebots mit beeinflusst“ (Elbing & Heller, 1996, S. 59).*

Die Autoren fanden weiterhin in ihrer Untersuchung, dass hochbegabungsspezifische Beratungsanlässe altersabhängig sind (Unterforderung und Langeweile überwiegen in der Vor- und Grundschulzeit, Leistungsstörungen überwiegend in der Sekundarstufe), das Klientel männlich dominiert ist sowie dass die Beratungsanlässe mit Familienstatusmerkmalen (klare Dominanz akademischer Berufe der Eltern) interagieren.

Wittmann (2003) liefert eine Auflistung der in der Literatur am häufigsten genannten Anlässe für eine Hochbegabtenberatung. Dazu gehören:

- Unterforderung (Feger & Prado, 1998)
- Hochbegabungsdignose sowie Ergebnisbescheinigung (Feger & Prado, 1998)
- Informationsvermittlung zu schulischen und außerschulischen Fördermöglichkeiten (Elbing, 2000) sowie Erörterung der Möglichkeiten der Früheinschulung oder des Überspringens (Feger & Prado, 1998)
- Underachievement (Feger & Prado, 1998; Moon & Hall, 1998)
- Aggressives Verhalten (Elbing, 2000)
- Soziale Isolierung und Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt (Elbing, 2000; Feger & Prado, 1998; Genshaft, Birely & Hollinger, 1995; Webb, Meckenstroth & Tolan, 1998)

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Moon et al., 1997)
- Elterliches Gefühl der Unzulänglichkeit und Überforderung; Befürchtung der adäquaten Erziehung und Förderung des Kindes nicht gewachsen zu sein (Colangelo & Dettmann, 1983; Elbing, 2000; Hackney, 1981; Silverman, 1993c; Wendorf & Frey, 1985)
- Elterliche Unsicherheit über das Anderssein des eigenen Kindes sowie über den Umgang mit kindlichen Eigenschaften und Problemen, z.B. Perfektionismus, Depressionen, Aufgabenverweigerung, besondere Sensibilität (Elbing, 2000; Feger & Prado, 1998); Suche nach Verständnis für die eigene erzieherische Unsicherheit und teilweise auch Suche nach Bestätigung des eigenen Standpunktes bei fehlender Änderungsbereitschaft (Elbing, 2000)
- Elterliche Konflikte aufgrund unterschiedlicher Einschätzungen der Begabung des Kindes (Cornell, 1984; Keirouz, 1990)
- Auseinandersetzungen der Eltern mit Lehrern des Kindes, die seinen intellektuellen Bedürfnissen nicht gerecht werden (Colangelo & Dettmann, 1983; Hackney, 1981).

„Aus der Auflistung wird bereits eine große Vielzahl an Beweggründen für das Aufsuchen einer Hochbegabtenberatung deutlich“ (Wittmann, 2003, S. 52).

Über diese Literatur hinaus verweist auch Stapf (2003) auf mögliche Beratungsanlässe. Sie unterscheidet dabei Beratungsanlässe von möglichen Anlässen für eine Identifikation (Diagnostik).

Als Beratungsanlässe nennt die Autorin Schwierigkeiten bei der Erziehung, Entwicklungsstörungen, aggressives Verhalten oder schulische Leistungsprobleme. Eltern benötigen dabei häufig praktische Entscheidungshilfen.

Als Identifikationsanlässe benennt Stapf (2003) Lern- und Leistungsstörungen. Diese könnten bei Vorschulkindern durch die Verweigerung des Kindergartens deutlich werden. Ein möglicher Ausweg könne die Entscheidung einer vorzeitigen Einschulung gelten. Gründe für Lern- und Leistungsprobleme bei Grundschulkindern können nach Stapf (2003) aufgrund von Langeweile im Unterricht, Schulunlust oder Störverhalten auftreten. Bei 5. bis 12. Klässlern können diese Probleme aufgrund von Schulleistungsproblemen oder aufgrund des Störverhaltens oder wegen eines schwierigen Sozialverhalten auftreten.

Diese in der Literatur genannten Beratungsanlässe weisen teilweise auf die Notwendigkeit einer Psychotherapie hin. Gerade bei Verhaltens-, Entwicklungsstörungen oder Depressionen ist eine Therapie indiziert, da in diesen Fällen von einer Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ausgegangen werden kann.

Stapf (2003) beurteilt jedoch die „Notwendigkeit von therapeutischen Eingriffen (...) mit dem Ziel der Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderung des hochbegabten Kindes“ (Stapf, 2003, S. 159) kritisch. Die Autorin geht dabei von dem Passungsmodell aus, das sie für die Entstehung von Problemen bei Hochbegabten heranzieht. (Das Passungsmodell wurde von Thomas und Chess (1980) weiterentwickelt. Es geht davon aus, dass Kinder eher Verhaltensstörungen entwickeln, wenn ihre Fähigkeiten und Bedürfnisse nicht mit den Vorstellungen und Verhaltensweisen der Umwelt übereinstimmen).

Daraus leitet die Autorin ab, dass die Beratung und Veränderung der Umwelt, der familiären und schulischen Bedingungen ausschlaggebend sei. „Eine Therapie des Kindes ist in den meisten Fällen nicht erforderlich“ (ebd., S. 159). Bei Wahrnehmungsdefiziten oder Lese-Rechtschreibschwächen könnten Trainings durchgeführt werden, bei „gehemmten, sozial ängstlichen Hochbegabten“ sei ein Einüben sozialer Verhaltensweisen in der Gruppe anzuraten.

Die Autorin führt als Argumente eine wenig effektive Spieltherapie an, die auch von Schmidtchen (1999) nur in Kombination mit begleitender Familientherapie effektiv sei. Als weitere Argumente wird auf die Verhaltenstherapie hingewiesen:

*„Bei der Überprüfung der Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien erzielten zwar kognitiv-behaviorale Verfahren die stärksten Effekte (...), aber auch für verhaltenstherapeutische Interventionen wird betont, daß „eine nur auf das Kind zentrierte Verhaltenstherapie nicht optimal wirksam ist“ (Petermann und Petermann 1999, S. 419)“ (ebd., S. 161).*

Aus Kostengründen seien darüber hinaus unnötige Therapien zu vermeiden. Zudem könne diese das Selbstkonzept des betreffenden Kindes negativ beeinflussen. Stapf (2003) lehnt sich an Silverman (1993) an, die eine Beratung oder Therapie erst an letzter Stelle der Interventionen favorisiert. Nur der psychologische Interventionsansatz „Triple P“ wird von Stapf (2003) für geeignet gehalten, da dieser



konkrete Anregungen für Eltern liefere sowie eine kompetente Diagnostik als Voraussetzung für eine erfolgreiche Lösung der Probleme einsetze.

An diesen Inhalten ist einiges kritisch anzumerken:

Die Autorin geht zu Recht von dem Passungsmodell aus, dass Verhaltensstörungen als Folge einer mangelnden Passung zwischen Fähigkeiten und Bedürfnissen des Kindes/Individuums sowie den Vorstellungen und Verhaltensweisen der Umwelt betrachtet. Weiterhin umfasst der Begriff der Passung:

*„Ein Mangel an Passung zwischen dem Individuum und der Umwelt wird in seinen negativen Auswirkungen bedeutsamer eingeschätzt als isolierte externe oder internale Einzelfaktoren. (...) Die Passung zwischen Kind und Bezugsperson drückt sich in positiven Bildungsmustern aus. Mangelnde Passung bewirkt einen reduzierten affektiven Austausch und ist durch einen misslingenden emotionalen Dialog gekennzeichnet. (...) Wir müssen davon ausgehen, das psychosoziale Resonanzphänomene und die Feinabstimmung der interaktionalen Prozesse in der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes eine fundamentale Rolle spielen“ (Resch, Mattejat, Remschmidt, 2006, S. 76).*

Kritisch angemerkt wird also, dass lediglich eine Veränderung der äußeren Umweltbedingungen (familiäre und schulische) ausschlaggebend sowie eine Therapie des Kindes in den meisten Fällen nicht notwendig sei. Aus einer mangelnden Passung können sich, wie oben beschrieben, weitere Probleme für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes ergeben. Liegen diese vor, so müssen sie mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen selbst bearbeitet werden. Die Umwelt kann hier unterstützend wirksam sein, die Hauptaufgabe jedoch liegt beim betroffenen Individuum.

Sicherlich kann und wird eine angestrebte Passung im Rahmen einer Psychotherapie an diesen, den äußeren Umweltbedingungen betreffenden Stellen ansetzen, jedoch ist das Individuum immer dann mit einzubeziehen und eine Psychotherapie indiziert, wenn psychische Erkrankungen bzw. Störungen vorliegen<sup>4</sup>. Eine Beratung

---

<sup>4</sup> Die Begriffe Krankheit und Störung werden wie folgt verwandt: von Krankheit wird gesprochen, wenn Symptome eine organische Ursache haben. Eine Störung liegt auch dann vor, wenn Veränderungen feststellbar sind, bei denen keine organische Ursache festgestellt werden kann (vgl. Rettenbach, 2007).

oder Veränderung von Umweltfaktoren allein wird ebenfalls nicht optimal wirksam sowie auch beim Vorliegen einer psychischen Störung nicht ausreichend sein, um eine Erkrankung zu heilen oder lindern.

Es ist davor zu warnen, Verhaltensauffälligkeiten oder Symptome nicht ernst zu nehmen und keine professionelle Meinung einzuholen bzw. Diagnostik durchführen zu lassen. Im schlimmsten Fall drohen so Chronifizierungen, selbst- oder fremdverletzendes Verhalten. Dabei muss nicht immer ein Therapeut aufgesucht werden, sondern auch in Beratungsstellen kann über das Ausmaß der Auffälligkeiten gesprochen und ggfs. weitere Maßnahmen geplant und koordiniert werden.

Wie Stapf (2003) selber anführt, erzielen kognitiv-behaviorale Therapieverfahren (Synonym: Verhaltenstherapie) die stärksten Effekte in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (vgl. Kap. I 2.4). Neben den empirisch nachweisbaren Effekten umfasst die Verhaltenstherapie

*„störungsspezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüfem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problemänderungen an“ (Margraf, 2009, S. 6).*

Im Rahmen dieser Arbeit wird sich im weiteren Verlauf auf dieses Verfahren beschränkt, da dieses nachgewiesenermaßen die stärksten Effekte erzielt als auch in dem Bundesland Nordrhein-Westfalen am häufigsten Anwendung findet (weiteres vgl. Kap. II 2.1).

Bezogen auf das Argument von Stapf (2003), dass eine nur auf das Kind zentrierte Verhaltenstherapie nicht optimal wirksam sei, lässt sich feststellen, dass die Integration von eltern- und familienorientierten Ansätzen in den 70er Jahren eine wichtige Erweiterung innerhalb der Entwicklung der Verhaltenstherapie war (vgl. Kap. II 2.4). Bis heute steht den Bezugspersonen eines Patienten innerhalb einer genehmigten Therapie ein eigenes Stundenkontingent zu. Somit erhalten Eltern im



Rahmen der Therapie ihres Kindes genaue und konkrete Handlungsanregungen – dieses wird also nicht nur, wie von der Autorin dargestellt, im Interventionsansatz „Triple P“ verfolgt. Ebenfalls geht nicht nur bei „Triple P“ der Intervention eine „kompetente Diagnostik“ voraus. Diese steht auch im Rahmen einer Psychotherapie an erster Stelle. Es folgen eine Verhaltensanalyse, die Vermittlung eines Störungsmodells, ein daraus abgeleiteter Behandlungsplan inklusive Therapieziele sowie einer Prognose nach (Leitlinien für Diagnostik und Therapie finden sich auf der Internetseite der AWMF – Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V.).

Ebenfalls widerspricht das Gutachterverfahren dem Argument von Stapf (2003), dass unnötige Therapien zu vermeiden seien. Eine Psychotherapie ist keine Regelleistung der Krankenkassen, sondern muss vom Patienten beantragt werden. Das nun folgende Gutachterverfahren beurteilt die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Psychotherapie. Erst wenn ein unabhängiger Gutachter die Behandlung befürwortet, werden die entstehenden Kosten von der Krankenkasse übernommen. Dieses Verfahren steht der von Stapf (2003) benannten „unnötige Therapie“ entgegen (diese würde erst gar nicht genehmigt, läge nicht eine Störung von Krankheitswert vor).

Auch Stapfs (2003) Argument, dass das Selbstkonzept von Kindern und Jugendlichen durch eine Therapie negativ beeinflusst werden könnte, ist zu widersprechen. Kinder und Jugendliche, die merken, dass sie sich von anderen unterscheiden, profitieren i. d. R. davon, über diese Unterschiede aufgeklärt zu werden. Wird diese Aussage verbunden mit der Botschaft, dass sie etwas daran verändern können etc., gehen die Patienten häufig gestärkt aus der Therapie hervor, wenn sie merken, dass sie ihre Ängste, negativen Gedanken etc. bewältigt haben.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Beratung oder Therapie nicht erst an letzter Stelle der Interventionen einzusetzen sind (aus o.g. Gründen). Schließlich befinden sich Kinder und Jugendliche auch in Entwicklung, diese könnte durch psychische Störungen beeinträchtigt werden.

Über den Zusammenhang von Hochbegabung und Therapie gibt es über die Publikation Stapfs hinaus jedoch kaum Literatur (weiteres s. Kap. I 3).

## 2 Verhaltenstherapie

Im Folgenden wird der aktuelle Forschungsstand zur Verhaltenstherapie dargestellt. Zunächst wird dabei der Begriff „Psychotherapie“ definiert. Dieses Kapitel umfasst eine Definition von Psychotherapie, geht auf unterschiedliche psychotherapeutische Settings ein und stellt einen kurzen historischen Abriss der ambulanten Psychotherapie in Deutschland dar. Im Kapitel I 2.2 werden verschiedene Psychotherapieverfahren benannt und die Verhaltenstherapie wird darin eingeordnet. In den weiteren Kapiteln steht nun die Verhaltenstherapie im Fokus. Erläutert werden zunächst die historischen Entwicklungen der Verhaltenstherapie (Kap. I 2.3) und der Kindertherapie (Kap. I 2.4). Das ätiologische Grundverständnis sowie ein schematisches Modell zur Entwicklung von psychischen Störungen werden anschließend beleuchtet (Kap. I 2.5). Im darauf folgenden Kapitel wird konkret auf verhaltenstherapeutische Methoden und Verfahren (Kap. I 2.6) eingegangen. Es werden die am häufigsten eingesetzten Verfahren näher erläutert, die ebenfalls ein breites Anwendungsspektrum aufweisen. Die Besonderheiten der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kap. I 2.7) sowie der Prozess der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Kap. I 2.8) bilden den Abschluss dieses Kapitels.

### 2.1 Definition Psychotherapie

Unter Psychotherapie versteht Strotzka (1975) einen

*„bewusste(n) und geplante(n) interaktionale(n) Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig“ (Strotzka, 1975, S. 4).*

Psychotherapie kann dabei in unterschiedlichen Settings durchgeführt werden: stationär, teilstationär oder ambulant. Bei der stationären Psychotherapie halten sich die Patienten während der gesamten Dauer der Therapie in einer klinischen Einrichtung auf.

*„Stationäre Verhaltenstherapie ist (...) immer dann angezeigt, wenn eine ambulante Behandlung nicht infrage kommt oder aus unterschiedlichen Gründen nicht Erfolg versprechend ist. Dies ist vor allem dann angebracht, wenn entweder eine umfassende Psychodiagnostik oder Verhaltensbeobachtung im ambulanten Setting nicht möglich oder eine besonders intensive Therapie (z.B. über mehrere Stunden am Tag bzw. an jedem Tag in der Woche) notwendig ist“ (Vogel, 2001, S.421).*

Teilstationäre Behandlung findet meist in Tageskliniken statt.

*„Im Vergleich zur stationären Behandlung sind teilstationäre Einrichtungen kostengünstiger, der Alltagsbezug bleibt für die Patienten erhalten und die Angehörigenarbeit wird erleichtert. Die teilstationäre psychotherapeutische Betreuung setzt allerdings eine relativ hohe Stabilität der Patienten voraus“ (Rettenbach, 2007, S. 183).*

Da in dieser empirischen Arbeit niedergelassene Psychotherapeuten befragt werden, wird nicht näher auf die stationäre oder teilstationäre Psychotherapie eingegangen.

Bei der ambulanten Psychotherapie kommt der Patient regelmäßig, meist wöchentlich zur Behandlung in eine psychotherapeutische Praxis.

*„Niedergelassene (verhaltenstherapeutische) Praxen werden bei einer Reihe von Störungen und von unterschiedlicher Klientel in Anspruch genommen: Entwicklungsstörungen (etwa Sprachretardierung, Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten), Verhaltensstörungen (etwa Störungen des Sozialverhaltens), Erlebnisstörungen (etwa Schulphobie) und psychosomatische Störungen (etwa Spannungskopfschmerzen, Asthma bronchiale). Traditionellerweise liegt der Schwerpunkt der Tätigkeit auf der Behandlung von Verhaltens-, Entwicklungs- und Erlebnisstörungen“ (Lauth, Brack & Linderkamp, 2001, S. 429).*

Nachstehend wird kurz auf die historische Entwicklung der ambulanten Psychotherapie eingegangen.

Nach Dahm (2007) kann die Entwicklung der ambulanten Psychotherapie als Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung in fünf Phasen eingeteilt werden. Die erste Phase beginnt nach dem Autor mit dem Inkrafttreten der 1. Psychotherapie-Richtlinien im Jahr 1967. Zu dem Zeitpunkt hatte der gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Aufgabe, den psychotherapeutischen Versorgungsbereich in der gesetzlichen Krankenversicherung festzulegen und abzugrenzen. „Mit diesen Psychotherapie-Richtlinien von 1967 beginnt überhaupt erst eine ambulante Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland“ (ebd., S. 744). Diese war zum damaligen Zeitpunkt auf akute neurotische Krisen und die analytisch begründeten Psychotherapieverfahren begrenzt.

Nach Dahm (2007) beginnt die zweite Phase der Entwicklung der ambulanten Psychotherapie mit der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien im Jahr 1976. Es wurde das Indikationsgebiet um die chronifizierten neurotischen Erkrankungen erweitert, als auch um die Leistungen zur Rehabilitation.

„Mit der Einführung der Verhaltenstherapie und ihrer methodischen Abgrenzung auf bestimmte Indikationsgebiete wurde eine wesentliche Erweiterung des Behandlungsspektrums erreicht“ (ebd., S. 744). Dieses geschah am 1. Oktober 1987, als die Richtlinien in vollständig überarbeiteter Form neu vorgelegt und klare Entscheidungshilfen für die Auswahl geeigneter Therapieverfahren gegeben wurden. Der Autor benennt dieses Datum als den Beginn der dritten Phase in der psychotherapeutischen Versorgung.

„Die 4. Phase kann mit dem Beginn der deutschen Wiedervereinigung 1989 angesetzt werden“ (ebd., S. 744). Es wurden Übergangsregelungen für die psychotherapeutische Versorgung in den neuen Bundesländern geschaffen.

*„Ein wesentlicher Einschnitt und der Beginn einer neuen 5. Phase ist mit der Verabschiedung des Psychotherapeuten-Gesetzes im Frühjahr des Jahres 1998 erfolgt. Aufgrund dieser Gesetzesinitiative wurden die neuen Heilberufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-*

*Psychotherapeuten geschaffen, die von nun an im Bereich der Psychotherapie selbstständig und eigenverantwortlich tätig werden“ (ebd., S. 744).*

Durch eigene Approbationen und den Nachweis einer berufsrechtlichen Qualifikation können sie die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung erlangen. Das Gesetz trat am 1.1.1999 in Kraft.

Dahm (2007) kommt zu dem Schluss:

*„Auf diesem geschichtlichen Hintergrund ist festzuhalten, dass mit den Initiativen von Kassenärzten und Krankenkassen die Psychotherapie aus einer Privatbehandlung, die nur wenigen, finanziell entsprechend ausgestatteten Personen zur Verfügung stand, zu einer Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde, auf die jeder Versicherter bei entsprechender Indikation einen Rechtsanspruch hat, zu dessen Erfüllung ihm qualifizierte Psychotherapeuten zur Verfügung stehen“ (ebd., S. 745).*

## **2.2 Psychotherapieverfahren und Einordnung der Verhaltenstherapie**

Im Rahmen einer Psychotherapie können unterschiedliche Psychotherapieverfahren zum Einsatz kommen: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, systemische Familientherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Logotherapie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse u.v.m. Jedoch nur einige dieser Verfahren werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt und somit die entstehenden Kosten von den Krankenkassen übernommen.

Nach §13 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) sind

*„Folgende Behandlungsformen (...) anerkannte Psychotherapieverfahren im Sinne dieser Richtlinie. Ihnen liegt ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde, und ihre spezifischen Behandlungsmethoden sind in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt:*

- 1. Psychoanalytisch begründete Verfahren*
- 2. Verhaltenstherapie“ (§13 Psychotherapie-Richtlinie).*

Nach §14, Abs. 2 gelten als psychoanalytisch begründete Verfahren die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie.

Nach der Anlage 1 der Psychotherapie-Richtlinie werden die

*„Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie (...) nicht erfüllt von:*

- 1. Gesprächspsychotherapie*
- 2. Gestalttherapie*
- 3. Logotherapie*
- 4. Psychodrama*
- 5. Respiratorisches Biofeedback*
- 6. Transaktionsanalyse“ (Anlage 1, Psychotherapie-Richtlinie).*

Neben den Genannten können auch alle weiteren Psychotherapieverfahren nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden und stellen somit keine gesetzlichen Krankenkassenleistungen dar. Sie müssen von den Patienten gegebenenfalls privat finanziert werden.

Warum in dieser Arbeit als Schwerpunkt der Psychotherapieverfahren auf die Verhaltenstherapieverfahren und nicht auf die psychoanalytisch begründeten Verfahren eingegangen wird, ergibt sich aus Folgendem:

*„Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfasst störungsspezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüftem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problemänderungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern“ (Margraf, 2009, S. 6).*



Diese Definition grenzt die Verhaltenstherapie von anderen Psychotherapieformen ab, „gleichzeitig legt sie die Verhaltenstherapie nicht auf eine oder mehrere bestimmte Theorien oder Methoden fest und belassen ihr somit einen großen Entwicklungsspielraum“ (Mattejat, Quaschner & Remschmidt, 2006, S. 5).

Weiterhin spricht diese Definition bereits die Grundprinzipien an, die allen verhaltenstherapeutischen Methoden zugrunde liegen (vgl. Margraf, 2009):

1. Verhaltenstherapie orientiert sich an der empirischen Psychologie: Verhaltenstherapeutische Konzepte und Methoden werden operationalisiert und empirisch überprüft. Weiterhin werden ebenfalls Erkenntnisse von Nachbardisziplinen (Medizin, Biologie) berücksichtigt.
2. Verhaltenstherapie ist problemorientiert:  
„Die Behandlung setzt in der Regel an der gegenwärtig bestehenden Problematik an. Das therapeutische Vorgehen wird möglichst genau auf die jeweilige Störung und den individuellen Patienten zugeschnitten, so dass für verschiedene Störungen in der Regel auch verschiedene Verfahren, die auf empirisch ermitteltem Störungswissen basieren, in individualisierter Form angewendet werden“ (Margraf, 2009, S. 6).  
Weiterhin wird auch eine Erhöhung der allgemeinen Problemlösefähigkeit angestrebt.
3. Verhaltenstherapie setzt an den prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen an:  
Die verhaltenstherapeutischen Interventionen richten sich nach der Änderung der Bedingung, die zu einer dauerhaften Lösung führen soll. Dabei wird auch die Ressourcenaktivierung berücksichtigt.
4. Verhaltenstherapie ist zielorientiert:  
„Die Identifikation des Problems sowie die gemeinsame Festlegung des zu erreichenden Therapieziels durch Therapeut und Patient sind integrativer Bestandteil der Verhaltenstherapie“ (ebd., S. 6). Dabei wird das Problem als Ansatzpunkt für die Therapie genutzt.

5. Verhaltenstherapie ist handlungsorientiert:  
Der Patient wird bei der Erreichung des Therapieziels aktiv mit einbezogen. Dieser ist aufgerufen, neue Verhaltens-, Erlebensweisen und Problemlösestrategien auszuprobieren.
6. Verhaltenstherapie ist nicht auf das therapeutische Setting begrenzt:  
Das therapeutische Setting sowie die Patient-Therapeut-Beziehung dienen dazu, ein angestrebtes Verhalten in einem geschützten Rahmen auszuprobieren. Dieses soll dann in den Alltag des Patienten übertragen werden, was Methoden des Ausprobierens und Einübens voraussetzt.
7. Verhaltenstherapie ist transparent:  
„Transparenz erhöht die Compliance, das Verständnis der Patienten für den therapeutischen Prozess und indirekt ihre Problemlösefähigkeit. Auf diese Weise können die erworbenen Fertigkeiten bei zukünftigen Schwierigkeiten besser bzw. auch ohne erneute therapeutische Hilfe eingesetzt werden“ (ebd., S. 7).
8. Verhaltenstherapie soll „Hilfe zur Selbsthilfe“ sein:  
Durch eine Vermittlung genereller Fähigkeiten zur selbständigen Analyse und Bewältigung zukünftiger Probleme, soll den Patienten Selbsthilfepotenzial vermittelt sowie Rückfällen und der Entwicklung neuer Probleme präventiv begegnet werden.
9. Verhaltenstherapie bemüht sich um ständige Weiterentwicklung:  
„Durch die Orientierung der Verhaltenstherapie an der empirischen Psychologie unterliegen sowohl ihre theoretischen Konzepte als auch ihre praktischen Behandlungsmethoden einem permanenten Prozess der Evaluation und Ausdifferenzierung und somit einer ständigen Weiterentwicklung“ (ebd., S. 7).  
  
*„Die enge Verbindung der Verhaltenstherapie mit der wissenschaftlichen Forschung hat dazu geführt, dass die verhaltenstherapeutischen Methoden im Vergleich zu anderen Therapieansätzen mit Abstand am besten empirisch überprüft und in ihrer Wirksamkeit am besten bestätigt sind“ (Mattejat, 2006, S. 13).*



Als Synonyme für den Begriff Verhaltenstherapie gelten generell die Begriffe kognitive Verhaltenstherapie oder kognitiv-behaviorale Therapie. In der englischsprachigen Literatur wird von „cognitive-behavioral therapy“ (Abkürzung: CBT) gesprochen.

### 2.3 Historische Entwicklung der Verhaltenstherapie

Die historische Entwicklung der Verhaltenstherapie lässt sich nach Mattejat (2006) und Margraf (2009) in mehrere Phasen einteilen: die Gründungsphase (1950 – 1965) beschreibt die Anfänge der Verhaltenstherapie, die zu diesem Zeitpunkt behavioristisch ausgerichtet und ausschließlich auf Lerngesetze bezogen war. In der folgenden Konsolidierungs- und Erweiterungsphase (ca. 1965 – 1980) etablierte sich die Verhaltenstherapie und deren Erweiterung um Ergebnisse aus der empirischen Psychologie und um kognitive Ansätze. Das Zusammenwachsen der kognitiven und behavioralen Ansätze erfolgte 1980 – 1995 in der so genannten „kognitiven Wende“. Die Entwicklungen seit den 90ern bis heute lassen sich unter der Überschrift Weiterentwicklung zusammenfassen. Doch bevor nun auf die Gründungsphase eingegangen wird, werden zunächst die Vorläufer und Ausgangspunkte für die Gründungsphase der Verhaltenstherapie erläutert.

*„Die Grundlagen für die Entwicklung der Verhaltenstherapie wurden vor einem Jahrhundert gelegt; von herausragender Bedeutung waren dabei der russische Physiologe I.O. Pawlow und der amerikanische Psychologie J.B. Watson“ (Mattejat, 2006, S. 17).*

Pawlow entdeckte das Prinzip der klassischen Konditionierung. Damit bildeten seine Arbeiten „einen wichtigen Grundstein für die Entwicklung der psychologischen Lerntheorien“ (ebd., S. 17). Watson stellte das beobachtbare Verhalten in den Mittelpunkt der Psychologie, als Methode sollte das wissenschaftliche Experiment durchgeführt werden. „Durch Freuds Arbeiten wurde Watson angeregt, emotionales Verhalten unter lerntheoretischen Gesichtspunkten experimentell zu untersuchen“ (ebd., S. 18). Watson untersuchte in den 20ern das emotionale Verhalten von Kindern in Laborexperimenten. Dadurch konnte er nachweisen, „dass manche Phobien durch klassisches Konditionieren experimentell erzeugt und somit durch

diesen plausiblen „Mechanismus“ erklärt werden können“ (ebd., S. 19). Als weitere wichtige Autoren von Lerntheorien können E. Thorndike (Lernen am Erfolg), B.F. Skinner (operante Konditionierung) und A. Bandura (Modelllernen) genannt werden.

Aufbauend auf diesen Vorläufern und Ausgangspunkten kam es zur *Gründungsphase* der Verhaltenstherapie. Diese lässt sich auf ca. 1950 datieren. Zu diesem Zeitpunkt wurde parallel an mehreren Orten versucht, neue Therapiemethoden auf der Basis von Lerntheorien zu entwickeln.

*„Die Verhaltenstherapie wurde begründet in der Arbeitsgruppe um J. Wolpe in Südafrika, in der englischen Arbeitsgruppe am Maudsley-Hospital um H.J. Eysenck in London und durch die Anwendung der Theorie des operanten Lernens von B.F. Skinner (...) in den USA“ (ebd., S. 19).*

Wolpe führte in Südafrika Untersuchungen zu „experimentellen Neurosen“ bei Tieren durch und veröffentlichte 1958 die Methode der systematischen Desensibilisierung. Eysenck übte bereits 1952 Kritik an der bis dahin gängigen tiefenpsychologischen Psychotherapie und Psychoanalyse und forschte zur klinischen Anwendung von Konditionierungskonzepten. Skinner publizierte 1953 breite Anwendungsmöglichkeiten der operanten Lerntheorie. Er verstand unter Psychotherapie einen Lernprozess, indem der Therapeut erwünschtes Verhalten beim Patienten verstärkte. Skinners Schüler O. Lindsley und N. Azrin entwickelten in den 60er Jahren das „Token Economy“-System. In den 50er und 60er Jahren

*„war die Verhaltenstherapie behavioristisch ausgerichtet und ausschließlich auf die Lerngesetze bezogen; Verhaltenstherapie wurde verstanden als die „Anwendung von experimentell gesicherten Lernprinzipien zur Veränderung fehlangepassten Verhaltens“ (Wolpe, 1969, S:VII)“ (ebd., S. 21).*

In der nun folgenden *Konsolidierungs- und Erweiterungsphase* (1965 – 1980) plädierte A. Lazarus, ein Student J. Wolpes, „für eine Öffnung in dem Sinne, dass Verhaltenstherapeuten sich nicht nur auf die Ergebnisse der Lerntheorie, sondern auf alle Ergebnisse aus der empirischen Psychologie stützen sollten“ (Mattejat, 2006, S. 21). Auch F. Kanfer trug mit zur Öffnung bei: „in diesem Zusammenhang

vertrat er die Auffassung, dass ein verhaltenstherapeutischer Ansatz die Bedeutung der individuellen Verantwortlichkeit und der Zielgerichtetheit des Verhaltens nicht verleugnen müsse“ (ebd., S. 22). Auch kognitive Therapiemodelle nach A. Ellis (rational-emotive Therapie, ABC-Modell menschlichen Verhaltens) und A.T. Beck (kognitive Therapie speziell für Depressionen, kognitive Verzerrungen und irrationale Gedanken erhalten Depressionen aufrecht, kognitive Umstrukturierung als hilfreiche therapeutische Maßnahme) wurden von Verhaltenstherapeuten aufgegriffen und erweiterten ihr Spektrum.

Zwischen 1980 und 1995 erfolgte das *Zusammenwachsen der kognitiven und behavioralen Ansätze*, die so genannte „kognitive Wende“. „Dieser Prozess, in dem kognitive und Verhaltenstherapie zusammengewachsen sind, fand seinen Ausdruck im gemeinsamen Weltkongress von Kognitiver und Verhaltenstherapie im Jahre 1995“ (ebd., S. 22).

Nach 1995 erfolgten weitere Entwicklungen innerhalb der Verhaltenstherapie (*Weiterentwicklung*). Margraf (2009) weist darauf hin:

*„Ein wichtiger Aspekt der Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie war die Professionalisierung der Ausbildung im Rahmen der nationalen Regelungen. Inzwischen gibt es in Deutschland, Österreich und der Schweiz flächendeckend universitäre und private Ausbildungsgänge“ (Margraf, 2009, S. 20).*

Weiterhin betont er die Bedeutung der vielen Fachgesellschaften und Fortbildungskongresse.

## 2.4 Historische Entwicklung der Kindertherapie

„... die Vorgeschichte der modernen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (kann) in der europäischen Aufklärung gesucht werden“ (Mattejat, 2006, S. 24).

Im Zeitalter der Aufklärung (17. – 18. Jahrhundert) forderte I. Kant, als einer der bedeutendsten Philosophen, „Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen“. J.-J. Rousseau, ebenfalls Philosoph als auch Pädagoge, plädierte dafür, die Kindheit als eigene Lebensform zu verstehen. Auch wurde während der Aufklärung

die Bedeutung der wissenschaftlichen Erkenntnis durch Naturbeobachtung betont (vgl. Mattejat, 2006).

*„Im 19. und 20. Jahrhundert können mehrere Bereiche ausgemacht werden, von denen besondere Impulse für die Entwicklung der Kinder- und Jugendlichentherapie ausgegangen sind:*

- a) das Aufkommen von neuen pädagogischen Konzepten im 18. und 19. Jahrhundert,*
- b) die Begründung der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Ende des 19. Jahrhunderts,*
- c) die Entwicklung der Klinischen Psychologie mit der Gründung von psychologischen Beratungsstellen und*
- d) die Begründung der Entwicklungspsychologie“ (ebd., S. 24).*

Für die Entwicklung der Kinderverhaltenstherapie waren nach Mattejat (2006) die bedeutendsten pädagogischen Konzepte des 18. und 19. Jahrhunderts die Konzepte von J.-J. Rousseau (Bedeutung kindgemäßer Entwicklungsbedingungen), J. H. Pestalozzi (die im Kind liegenden Anlagen müssen geweckt werden) und F. W. A. Fröbel (Entwicklung Erziehungssystem, Elternbildung, Vorläufer der heutigen Elterntrainings).

„Der zweite wichtige Ausgangspunkt für die Entwicklung der modernen Kinderpsychotherapie war die Konstituierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (Mattejat, 2006, S. 24). Das erste Lehrbuch wurde 1878 von H. Emminghaus veröffentlicht.

*„In diesem ersten Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden nicht einfach die Kategorien aus der Erwachsenenpsychiatrie auf Kinder übertragen, sondern Emminghaus schildert die psychopathologischen Störungsbilder der Kinder unter Bezug auf die entwicklungspezifische Symptomatik“ (ebd., S. 24).*

Nach Mattejat (2006) hatte L. Witmer große Bedeutung für die Begründung der klinischen Psychologie sowie für die therapeutische Arbeit mit Kindern.

*„1887 gründete Witmer die erste psychologische Klinik, 1907 die geplante Klinikschule (...) Witmers Patienten, überwiegend Kinder und Jugendliche wurden als „Opfer ihrer Umwelt“ analysiert. Psychologische Laien wie Eltern, Lehrer, Sozialarbeiter u.a. hatten systematisch Anteil an der Behandlung“ (ebd., S. 25).*

Der Fortschritt der Entwicklungspsychologie wurde nach Mattejat (2006) im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert vorangetrieben. A. Binet und W. Stern beschäftigten sich mit dem Intelligenzverständnis, C. Bühler erarbeitete Entwicklungstestreihen. Auf diesen Grundlagen konstituierten sich die Forschungsbereiche Entwicklungspsychopathologie und Klinische Entwicklungspsychologie.

Zu Beginn der modernen Psychotherapie mit Kindern herrschten psychoanalytische und tiefenpsychologische Richtungen vor. S. Freud berichtete 1909 über die „Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben“. „Bis in die 60er Jahre nahmen die psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Ansätze im Bereich der Kindertherapie eine dominierende Stellung ein“ (ebd., S. 26). Obwohl es immer wieder einzelne wichtige Impulse für die Kindertherapie gab, so z.B. V. Axline, „die auf der Grundlage einer personenzentrierten Orientierung nach Carl Rogers eine nondirektive Form der Spieltherapie entwickelte“ (ebd., S. 26) oder M.C. Jones, die 1924 eine verhaltenstherapeutische Behandlung des „kleinen Peters“ veröffentlichte oder das Ehepaar Mowrer, das 1938 eine Klingelmatte zur Behandlung der Enuresis entwickelte. „Erst in den 50er und 60er Jahren – mit der Konstituierung der Verhaltenstherapie – begann auch eine systematische, kontinuierliche und sehr dynamische Entwicklung der verhaltenstherapeutischen Kinder- und Jugendlichentherapie“ (ebd., S. 26). Zunächst standen auch hier operante Methoden im Vordergrund. In den 70er Jahren zeichnete sich eine Erweiterung, wie auch in der Verhaltenstherapie insgesamt, der Perspektive,

*„die sich auf zwei Hauptaspekte bezog: 1. wie im Erwachsenenbereich so wurden auch in der Kindertherapie kognitive Aspekte in der Verhaltenstherapie integriert (...) 2. Die Integration eltern- und familienorientierter Ansätze in die Verhaltenstherapie ist die zweite wichtige Erweiterung der Verhaltenstherapie“ (ebd., S. 26).*

Bis heute haben sich diese Erweiterungen ausgebaut, so dass aktuell eine Vielfalt an verhaltenstherapeutischen Interventionsformen für Kinder und Jugendliche vorliegt, die zusätzlich empirisch überprüft wurden. So führen Döpfner und Lehmkuhl (2002) globale Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an. Aus diesen schlussfolgern sie, dass Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen wirkungsvoll ist (mittlere bis starke Effekte) sowie „durch kognitiv-behaviorale Verfahren lassen sich mittlere bis starke Effekte erzielen, durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Effekte (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 187). Zudem bleiben die Effekte nachgewiesenermaßen über einen Zeitraum von sechs Monaten stabil. Außerdem waren die Effekte bei jenen Problemen doppelt so hoch, die Hauptziel der Behandlungen waren, im Vergleich zu jenen, auf die sich die Therapie nicht fokussierte.

## 2.5 Ätiologisches Grundverständnis

Voraussetzung für die Entwicklung und Erklärung von Therapien ist ein angemessenes Grundverständnis über die Ätiologie psychischer Störungen.

*„Psychische Störungen entwickeln sich nicht monokausal und eindimensional aus genetischen Bereitschaften, sondern nehmen einen komplexen Entwicklungsweg über Wechselwirkungen von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren“ (Resch, Mattejat & Remschmidt, 2006, S. 77).*

Diese Wechselwirkungen führen zur Entstehung einer Disposition, die „als ein Erlebnis- und Handlungsrepertoire zu begreifen (...) (ist) (...) (und) im aktuellen Kontext des Spannungsfeldes zwischen Entwicklungsaufgaben und Lebensereignissen (steht)“ (ebd., S. 77).

Als protektive Faktoren (auch: Schutzfaktoren) werden Faktoren genannt, die die Gefahr für Erkrankungen senken (vgl. Rettenbach, 2007). Aus empirischen Untersuchungen konnten einige protektive Faktoren ausfindig gemacht werden (vgl. Resch, Mattejat & Remschmidt, 2006):



### Personale Ressourcen:

- weibliches Geschlecht, erstgeborenes Kind, positives, d.h. robust-flexibles, aktives, kontaktfreudiges Temperament, positives Selbstwertgefühl, sicheres Bindungsverhalten, positives Sozialverhalten, aktives Bewältigungsverhalten, interne Kontrollüberzeugungen

### Soziale Ressourcen – Familie:

- dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson, offenes, unterstützendes Familienklima, familiärer Zusammenhalt, Modelle familiärer Bewältigung

### Soziale Ressourcen – Umfeld:

- soziale Unterstützung und soziale Förderung (z.B. Jugendgruppen, Schule, Kirche), positive Freundschaftsbeziehung, positive Schulerfahrung (vgl. ebd., 2006).

Ravens-Sieber et al. (2007) zeigten in der BELLA-Studie, dass von den Kindern, die in der KiGGS-Studie als psychisch unauffällig erkannt wurden, die personalen, familiären und sozialen Ressourcen am häufigsten vorhanden sind, „während sie bei den Kindern mit Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten im geringeren Ausmaß vorliegen und bei den wahrscheinlich psychisch auffälligen Kindern am geringsten ausgeprägt sind“ (Ravens-Sieber et al., 2007, S. 876).

Margraf (2009) nennt folgende gesundheitsfördernde und schützende Bedingungen:

*„Emotionale Stabilität, soziale Unterstützung, tragfähige Beziehungen, die Wahrnehmung von Sinnhaftigkeit, Problemlösefähigkeiten, soziale Kompetenz und Kommunikationsfertigkeiten sind Beispiele für Faktoren, die unsere Gesundheit fördern bzw. vor der Entwicklung von Krankheiten schützen“ (Margraf, 2009, S. 10).*

Den protektiven Faktoren können Risikofaktoren (pathogene Faktoren) entgegen gestellt werden. „Risikofaktoren sind Verhaltensweisen oder Befunde, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Erkrankung oder Störung statistisch nachweisbar erhöhen“ (Rettenbach, 2007, S. 3).

**Biologische Risikofaktoren:**

- genetische Belastungen, perinatale Komplikationen, ökologische Belastungen

**Psychologische Risiken:**

- ungünstige Temperamentsmerkmale

**Psychosoziale Risiken:**

- chronische Disharmonie in der Familie, niedriger sozioökonomischer Status, schlechte Schulbildung der Eltern, Arbeitslosigkeit, große Familien mit sehr geringem Wohnraum, Kontakte mit Einrichtungen der sozialen Kontrolle, Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils, mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr, unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Monat, psychische Störungen der Mutter/des Vaters, schwere körperliche Erkrankungen der Mutter/des Vaters, chronisch krankes Geschwisterkind, allein erziehender Elternteil, autoritäres väterliches Verhalten, Verlust der Mutter, Scheidung, Trennung der Eltern, häufig wechselnde frühe Beziehungen, sexuelle und/oder aggressive Misshandlung, schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen, Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind weniger als 18 Monate, längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren, männliches Geschlecht vulnerabler als weibliches Geschlecht (vgl. Resch, Mattejat & Remschmidt, 2006).

Ravens-Sieber et al. (2007) fanden ebenfalls die folgenden Risikofaktoren:

- konfliktbelastete Familien; Familien, in denen die Erzieher ihre eigene Kindheit und Jugendzeit als nicht harmonisch empfunden haben; Erziehende, die eine unglückliche Partnerschaft führen; psychische Erkrankungen der Eltern; Ein-Eltern-Haushalt; niedriger sozioökonomischer Status.

Die Autoren konnten nachweisen, „dass mit der Anzahl der Risikofaktoren auch der Anteil der Kinder deutlich steigt, die Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen“ (Ravens-Sieber et al., 2007, S. 876).

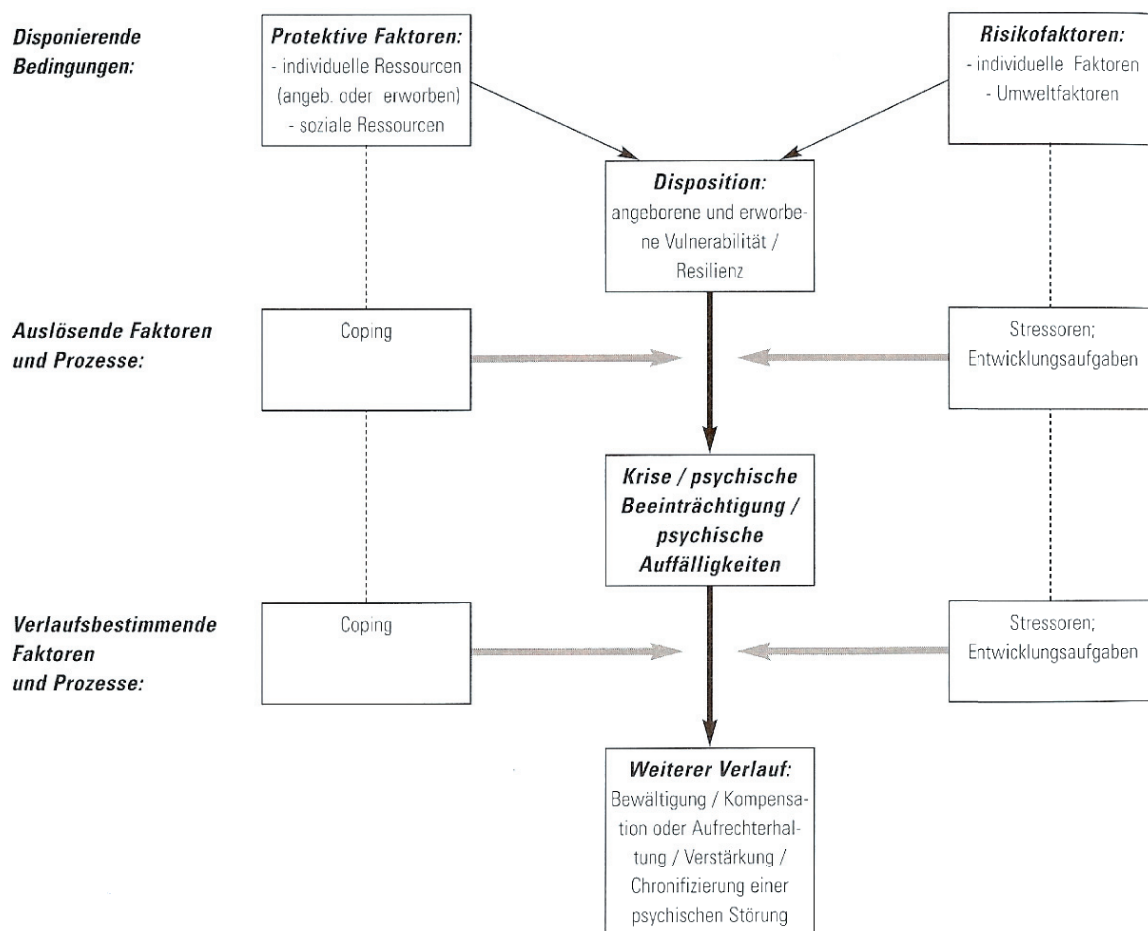
*„Durch schicksalhafte Ereignisse (Traumen, life-events), durch provozierte Ereignisse im Rahmen von Risikoverhaltensweisen und durch das Nicht-Erreichen von entwicklungsnotwendigen Handlungszielen (z.B. Ablösung, Autonomie) kommt das Individuum in Anpassungsturbulenzen, die sich als Stö-*



*rungen der Affektregulation und Handlungskontrolle manifestieren“ (Resch, Mattejat & Remschmidt, 2006, S. 77).*

Die Aufgabe des Individuums besteht nun darin, die Diskrepanz zwischen Anpassungsnotwendigkeiten und Anpassungsmöglichkeiten aufzuheben. Dabei kann es zu Stress kommen. „Aufgrund unterschiedlicher Bewältigungs- und Kompensationsmechanismen kann es bei Individuen mit spezifischen Vulnerabilitäten zu Störungen kommen“ (ebd., S. 77). Können auch weiterhin keine Anpassungsstrategien realisiert werden, kann es zu psychischen Störungen kommen, die zu diagnostizieren sind. Halten die auslösenden Faktoren an (sie beeinflussen den weiteren Verlauf der Störung) oder werden keine geeigneten Gegenmaßnahmen zur psychischen Störung getroffen, kann sich die Symptomatik verstärken oder chronifizieren.

Die folgende Abbildung verdeutlicht dieses Schema.



**Abb. 3:** Schematisches Modell zur Entwicklung von psychischen Störungen, aus: Resch, Matzejat & Remschmidt, 2006, S. 78.

„Die Verhaltenstherapie versucht, spezifische Konstellationen bei spezifischen Störungen zu identifizieren, die als klinisch auffallende Verhaltensweisen bzw. psychische Syndrome mit Leiden oder Funktionseinschränkungen auf der Verhaltens-, Erlebens-, körperlichen oder sozialen Ebene aufgefasst werden“ (Margraf, 2009, S. 10).

Dazu stehen unterschiedliche Verfahren der Verhaltenstherapie zur Verfügung, die im Folgenden dargestellt werden.

## 2.6 Verhaltenstherapeutische Methoden

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, Zugang zur Verhaltenstherapie zu finden. Im Rahmen dieser Arbeit wurde der methodenorientierte statt des störungsorientierten Zugangs gewählt, da der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit auf dem

Einsatz von Methoden in der Verhaltenstherapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen liegt.

*„In der Verengung von Psychotherapie auf diese Perspektive (methodenorientierte Perspektive – Anm. Autorin) läge sicherlich eine Gefahr, dennoch ist es gerade eine der größten Stärken der Verhaltenstherapie, dass ein differenziertes Methodenarsenal vorliegt, welches auch störungsspezifisch unterschiedlich eingesetzt werden kann“ (Borg-Laufs II, 2007, S. 20).*

Weiterhin sind verhaltenstherapeutische Interventionen

*„nicht ausschließlich vom Störungsbild abhängig, da der Einsatz bestimmter therapeutischer Methoden nicht nur von den zu behandelnden Störungen, sondern auch von weiteren Problemkonstellationen bestimmt wird. Häufig ist die funktionale Analyse des Problemverhaltens ein wichtigeres Indikationskriterium als die Zuordnung der Art des Problemverhaltens zu einer diagnostischen Kategorie“ (ebd., S. 23).*

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über das differenzierte Methodenarsenal der Verhaltenstherapie gegeben bevor auf sechs ausgewählte Methoden näher eingegangen wird.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Interventionsmöglichkeiten, die ein breites Indikationsspektrum aufweisen, geordnet nach dem Autor. (Diese Tabelle ist ohne Anspruch auf Vollständigkeit, sie dient der Übersicht der häufigsten und störungsübergreifenden Methoden).

Margraf (2009)	Rettenbach (2007)	Borg-Laufs (2007)	Mattejat (2006)
Basisfertigkeiten (Gesprächsführung, Beziehungsgestalt., Motivationsarbeit)	√ (Gesprächsführung u Psychoedukation)		√ (Therapeutische Gesprächsführung mit Jugendlichen)
Konfrontations- verfahren	√ (Expositions- und Bewältigungs- verfahren)	√ (systemat. Desensibilisie- rung und Konfrontations- verfahren; Konfrontations- u Reaktionsverhinderung)	√ (Desensibilisierung- und Konfontations- methoden)
Entspannungsverfahren	√	√	√
Operante Verfahren	√	√	√
Kognitive Methoden	√	√ (Selbstinstruktions- methoden)	√ Selbstinstruktions- methoden)
Kommunikations- trainings	√ (Gruppentherapie, Trainings- programme)	√ (Problemlösetraining, Training des Sozialverhaltens)	√ (Problemlösetraining, soziales Kompetenzz- training, gruppenthera- peut. Methoden)
Training sozialer Kompetenz und Selbst- kontrollverfahren			
Störungsspezifische Therapieprogramme			
	Diagnostik		
	Aktivierung, euthyme Methoden		√ (Euthyme Methoden mit Kindern und Eltern)
	Verhaltensübungen, Rollenspiele	√ (Rollenspiel)	√ (Rollenspielmethode)
	Apparative Verfahren		
	Wirkfaktoren		
		Reaktionsumkehr	
		Modelllernen	
		Rationale Disputation	
		Stressbewältigungs- trainings	√ (Stress und Stressbewältigung)
		Konzentrations- u. Auf- merksamkeitstrainings	√
		Eltern-Kind-Therapie/ Elterntrainings	√ (Elterntraining/Gruppen- arbeit mit Eltern; funk- tionale Familientherapie)
		Pharmakotherapie	√ (medikamentöse Behandlung)
		Spieltherapie	√ (Spiel als therapeut. Medium)

Tab. 4: Verhaltenstherapeutische Interventionen

Margraf (2009) unterscheidet drei Gruppen von verhaltenstherapeutischen Interventionen:

1. Basisfertigkeiten wie Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung und Motivationsarbeit
2. Störungsübergreifende verhaltenstherapeutische Maßnahmen:
  - a. Konfrontationsverfahren (z.B. Reizüberflutung, Habituationstraining, Reaktionsverhinderung, systematische Desensibilisierung)
  - b. Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation)
  - c. Operante Methoden (z.B. positive Verstärkung, Löschung, Response-Cost, Time-out, Token Economies)
  - d. Kognitive Methoden (z.B. Selbstinstruktionstraining, Problemlösetraining, Modifikation dysfunktionaler Kognitionen, Reattribution, Analyse fehlerhafter Logik, Entkatastrophisieren)
  - e. Kommunikationstrainings
  - f. Training sozialer Kompetenz
  - g. Selbstkontrollverfahren
3. Störungsspezifische Therapieprogramme (am weitesten verbreitet für Angststörungen, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie-Rückfallprophylaxe, Essstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Partnerschaftsprobleme, Ausscheidungsstörungen, Hyperaktivität und Aggressivität bei Kindern).

Auch Rettenbach (2007) benennt Gesprächsführung als eine Methode der Verhaltenstherapie. Merkmale wie Akzeptanz, Offenheit und Konkretheit, Verstärkung, Strukturiertheit und Direktivität, Zusammenfassungen und Rückmeldungen beeinflussen nach der Autorin die therapeutische Beziehung, die als wichtige Voraussetzung für die Motivation des Patienten zur Veränderung gilt.

Im Folgenden wird auf sechs ausgewählte verhaltenstherapeutische Interventionen eingegangen:

Als erste verhaltenstherapeutische Maßnahme werden von Margraf (2009) sowie den anderen zitierten Autoren die *Konfrontationsverfahren* benannt. Konfrontationsverfahren haben sich aus der „Systematischen Desensibilisierung“ entwickelt, eine Technik, die 1958 von J. Wolpe entwickelt wurde (s. Kap. I 2.2). Sie

*„beruht auf dem Grundgedanken, dass eine klassisch konditionierte Angstreaktion reduziert bzw. zum Verschwinden gebracht werden kann, indem der Patient mit einem angstauslösenden Reiz konfrontiert wird und gleichzeitig eine angstinkompatible Reaktion hervorgerufen wird“ (Quaschner, 2006, S. 236).*

Beruhend auf dieser Technik haben sich bis heute unterschiedliche Konfrontationsverfahren/Expositionsverfahren gebildet, die sich empirisch als wirksam erwiesen haben. Sie betrachten Habitationsvorgänge als zentralen Wirkmechanismus und können nach Intensität (massiert), Schwierigkeit (graduiert), Realitätgehalt (in-vivo oder in-sensu) mit oder ohne Reaktionsverhinderung unterschieden werden. Sie werden am häufigsten bei Ängsten, Zwängen oder Phobien eingesetzt (vgl. Quaschner, 2006).

Als weitere verhaltenstherapeutische Intervention werden von Margraf (2009) *Entspannungsverfahren* benannt.

*„Entspannungsverfahren gehören in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie heute zum Standardvorgehen. Sie haben ein weites Anwendungsfeld im häuslichen, schulischen und psychotherapeutischen Setting, und zwar in präventiver wie interventiver Hinsicht“ (Petermann, 2006, S. 291).*

Es lassen sich drei Gruppen von Entspannungstechniken unterscheiden:

1. Sensorische Verfahren: über körperbezogene Übungen, Bewegungen oder Körpersignale werden Entspannungswirkungen erzeugt (z.B. progressive Muskelentspannung, Biofeedback, Schildkröten-Phantasie-Verfahren)
2. Imaginative Verfahren: über die Phantasie und Vorstellungsfähigkeit werden entweder einzelne Bilder oder Handlungen und Geschichten vor dem „geistigen Auge“ erzeugt (Hypnose, Vorstellungsbilder und Entspannungsgeschichten, die Kapitän-Nemo-Geschichten)
3. Kognitive Verfahren: über Kognitionen in Form von Fremd- oder Selbstinstruktionen werden Entspannungswirkungen hervorgerufen (Autogenes Training, Meditative Verfahren).

Indikationen für den Einsatz von Entspannungsverfahren sind Angststörungen, spezifische Phobien, hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens mit Schwerpunkt aggressives Verhalten, Konzentrationsstörungen und psychosomatische Störungen (vgl. Petermann, 2006).

*Operante Verfahren* werden sowohl bei Margraf (2009) als auch bei den weiteren zitierten Autoren benannt. Sie gehen auf das operante Konditionieren (Skinner, 1935) zurück, bei dem Verhalten durch positive oder negative Konsequenzen beeinflusst wird.

*„Heute lässt sich der therapeutische Einsatz von operanten Verfahren oder instrumentellen Lernen in zwei Bereiche gliedern:*

- 1. als Basiselemente der kognitiven Verhaltenstherapie (z.B. Einsatz positiver Verstärker),*
- 2. als Therapieprogramm für spezifische Patientengruppen: z.B. Essgestörte, Schlafstörungs-, Demenzpatienten und in der Neurorehabilitation“ (Maercker, 2009, S. 670).*

Zu den operanten Verfahren zählen auch „Token Economy“. Dabei handelt es sich um „ein Verfahren der gleichzeitigen Einflussnahme auf verschiedene Verhaltensweisen“ (ebd., S. 671). Ein Token ist eine Spielmünze. Diese kann durch erwünschtes Verhalten erworben und in andere Verstärker (Kinobesuch etc) eingetauscht werden. Dazu muss zunächst das erwünschte Verhalten eindeutig festgelegt werden sowie die Anzahl von Token, die es für dieses Verhalten gibt.

Ebenfalls zu den operanten Verfahren gehören Methoden des Verhaltensaufbaus. Es lassen sich *shaping* (Aufbau von Verhaltenselemente, die gar nicht oder unzureichend vorhanden waren), *chaining* (Verkettung verschiedener Verhaltensweisen, wobei erst der Abschluss einer Verhaltenskette verstärkt wird), *prompting* (verbale Hilfestellung, die die Aufmerksamkeit des Lernenden auf das gewünschte Verhalten lenken soll) und *fading* (graduelles Ausblenden von Hilfsstimuli, bis der lernende Patient nur noch auf die minimale Ausprägung vorhandener Reize reagiert) unterscheiden.

*Kognitive Methoden* werden von Margraf (2009) als auch von Rettenbach (2007) benannt. Auch die von Borg-Laufs (2007) und Mattejat (2006) benannten „Selbstinstruktionsmethoden“ lassen sich den kognitiven Methoden zuordnen, wie im



weiteren Verlauf deutlich werden wird. Rettenbach (2007) bezieht sich bei den kognitiven Methoden unter anderem auf Verfahren der kognitiven Umstrukturierung.

*„Die Techniken der kognitiven Umstrukturierung sollen Wahrnehmungs- und Denkprozesse beeinflussen, um so Gefühle und Verhalten zu modifizieren. Dieser Ansatz ist z.B. in der rational-emotiven Therapie von Ellis (1977), der kognitiven Therapie von Beck et als. (1994), den Selbstverbalisationsverfahren von Meichenbaum (1975) und dem Selbstregulationsansatz von Kanfer (1987) verwirklicht“ (Rettenbach, 2007, S. 160).*

Ellis entwickelte in den 1950er Jahren die ABC-Theorie, die auf der Annahme basiert, dass irrationale Bewertungen bzw. Bewertungsmuster für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen verantwortlich sind (vgl. Wilken, 2008). Einem auslösenden Ereignis (A) wird eine Bewertung (B) zugeordnet und es folgen emotionale Reaktionen und Verhaltensweisen (C). Extreme Reaktionen oder Verhaltensweisen werden laut dieser Theorie nicht direkt durch das Ereignis selbst ausgelöst, sondern erst durch die Bewertung des Ereignisses.

A.T. Beck „befasste sich seit Ende der 1950er-Jahre speziell mit der Erforschung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen“ (ebd., S. 24).

*„Beck (betont) in seinem Ansatz vor allem die Bedeutung einer verzerrten Sicht der Realität (fehlerhafte Wahrnehmungen und Interpretationen der Realität, sog. „antiempirical cognitions“) für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen“ (ebd., S. 25).*

Meichenbaum ging von der Grundannahme aus, dass Emotionen durch Selbstverbalisationen, „das sog. „innere sprechen zu sich selbst“ bzw. den „inneren Monolog““ (ebd., S. 32), hervorgerufen als auch beeinflusst werden können.

Kanfer versteht unter Selbstregulation „die Tatsache, daß eine Person ihr eigenes Verhalten im Hinblick auf selbstgesetzte Ziele steuert; die Regulation erfolgt durch die Modifikation des Verhaltens selbst oder durch eine Einflußnahme auf die Bedingungen des Verhaltens“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991, S. 25). Selbstregulation erfordere dabei kognitive Prozesse, um kontinuierliche Aufmerksamkeit auf das eigene Verhalten lenken zu können.



*„Selbstinstruktionsverfahren gehören zu den bekanntesten Verfahren der kognitiven Verhaltensmodifikation. Sie werden eingesetzt, um die kognitiven Voraussetzungen zu vermitteln, die für ein erfolgreiches Verhalten notwendig sind. Dazu gehören hauptsächlich Formen der Handlungssteuerung und der emotionalen Selbstregulierung, beispielsweise zur angemessenen Einschätzung von Situationen, zur Erarbeitung von Zielen, zur Planung komplexer Handlungen (...) und zur Ausführung sowie Überwachung, Korrektur und Bewertung von Handlungsschritten“ (Lauth & Mackowiak, 2009, S. 263).*

Die von Margraf (2009) benannten Kommunikationstrainings und Training sozialer Kompetenzen und Selbstkontrollverfahren lassen sich, wie bei Rettenbach (2007) geschehen, zusammenfassen zu *Gruppentherapie/Trainingsprogramme*. In diese Kategorie lassen sich ebenfalls die von Borg-Laufs (2007) und Mattejat (2006) benannten Trainings (Borg-Laufs: Problemlösetraining, Training des Sozialverhaltens; Mattejat: Problemlösetraining, soziales Kompetenztraining, gruppentherapeutische Methoden) einordnen.

Rettenbach (2007) weist darauf hin, dass verschiedene Gruppentherapien unterschieden werden können: Bei störungsspezifischen Gruppen werden Patienten mit ähnlicher Diagnose behandelt, bei methodenspezifischen Gruppen wird überwiegend mit einer Therapiemethode gearbeitet, „interaktionelle Gruppen werden vor allem bei Patienten mit komplexen Störungen des Beziehungsverhaltens eingesetzt“ (Rettenbach, 2007, S. 166), in Problemlösegruppen werden Patienten angeleitet, eigene Probleme zu diskutieren, zu analysieren und Lösungsschritte zu entwickeln, in zieloffenen Gruppen sollen die Patienten gemeinsam das Therapieziel definieren und geeignete Therapiemethoden suchen (vgl. Rettenbach, 2007). Nach Warschburger (2006) haben sich „auch in der verhaltenstherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (...) gruppentherapeutische Konzepte bei fast allen Störungsbildern als Ergänzung oder als grundlegende Herangehensweise durchgesetzt“ (Warschburger, 2006, S. 383).

Trainingsprogramme werden überwiegend störungsspezifisch und in Gruppen durchgeführt.

„ (...) das Problemlösetraining (wird) dabei in einen breiteren Therapieplan eingebunden. Es kann Bestandteil einer Patientenschulung, eines Stressbewältigungs-, Lern-, Kommunikations- oder Sozialtrainings sein. Das Problemlösetraining wird somit mit vielen anderen Techniken (Kontingenzmanagement, Selbstinstruktionstraining, Ärgerkontrolltraining, Rollenspiel usw.) kombiniert“ (Borgs-Laufs & Hungerige, 2006, S. 313).

Ebenfalls „Für eine gezielte Förderung sozialer Kompetenz bieten Trainingsgruppen besondere Vorzüge“ (Petermann & Groen, 2006, S. 325).

Als letzte verhaltenstherapeutische Methode wird noch auf das *Rollenspiel* (s. Rettenbach, 2007; Borg-Laufs, 2007; Mattejat, 2006) eingegangen, da diese Form besonders häufig in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen genutzt wird.

„Das therapeutische Rollenspiel mit Kindern und Jugendlichen hat zwei zentrale Ziele: Zum einen sollen neue Verhaltensweisen ausprobiert, geübt und letztlich stabil erneuert werden, die bisher nicht oder nur rudimentär im Verhaltensrepertoire des Kindes oder Jugendlichen vorhanden waren. Zum anderen sollen bereits erworbene Verhaltensweisen aktualisiert werden, die bisher wegen ungünstiger Lebensumstände oder dysfunktionaler Gedanken (...) nicht (oder nicht ausreichend) gezeigt wurden“ (Hungerige & Borg-Laufs, 2006, S. 283).

Es gibt noch eine Vielzahl an weiteren Methoden, auf die jedoch nicht weiter eingegangen wird, da diese Ausführung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

## **2.7 Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichen-verhaltenstherapie**

„Die Methoden der Verhaltenstherapie, die überwiegend an Erwachsenen entwickelt wurden, können nicht ohne weiteres auf den Kinder- und Jugendlichenbereich übertragen werden. In der Therapie mit Kindern und Jugendlichen müssen wir eine Reihe von Besonderheiten berücksichtigen“ (Mattejat, 2006, S. 6).

Der Autor benennt fünf Besonderheiten für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen:

1. Kinder und Jugendliche sind „in Entwicklung“:

„Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen hängen eng mit normalen Entwicklungsprozessen zusammen und sind Ausdruck eines Entwicklungsgeschehens“ (ebd., S. 6). Dabei können laut des Autors zeitlich verlängerte Verhaltensweisen auftreten, die in der normalen Entwicklung vorübergehend sind (z.B. Daumenlutschen). Weiterhin können normative Entwicklungsübergänge (z.B. Schuleintritt) zu Auslösern psychischer Störungen werden. Auch können psychische Störungen mit Entwicklungsstörungen verknüpft sein (z.B. Legasthenie). Schließlich können Entwicklungsprozesse durch psychische Störungen beeinträchtigt werden (z.B. schulische Fortschritte). Die Auswirkungen der Dimension „Entwicklung“ haben Effekte auf die Therapie mit Kindern und Jugendlichen: sie sollte nicht länger als notwendig durchgeführt werden, um eine weitere normale Entwicklung zu ermöglichen.

2. Umweltabhängigkeit/Kontextabhängigkeit:

„Problematische kindliche Verhaltensweisen stellen (...) häufig unmittelbare Reaktionen auf das Umfeld dar und können in einem weiten Sinne als Anpassungsversuche aufgefasst werden“ (Mattejat, 2006, S. 7). Für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen ergibt sich daraus, dass für die Problemanalyse sowie für die Therapie selbst das Umfeld des Kindes/Jugendlichen, besonders die primären Bezugspersonen, mit einbezogen werden müssen, da Kinder/Jugendliche von diesen psychologisch, materiell und rechtlich abhängig sind. Mit zunehmendem Alter des Kindes (Jugendlichenalter) kann es dazu kommen, dass die Bezugspersonen keine bedeutende Rolle mehr spielen.

3. Therapiemotivation und Verantwortlichkeit:

„Je jünger ein Kind ist, umso weniger kann es die Hilfsmöglichkeiten übersehen und umso weniger kann es Therapieentscheidungen treffen. Der Wunsch nach einer Behandlung geht in der Mehrheit der Fälle zunächst von den Eltern aus“ (ebd., S. 7). Der Autor weist darauf hin, dass trotz eines häufig fehlenden Leidensdrucks auf Seiten der Kinder sowie mangelnder Therapiemotivation, eine Therapie durchaus erfolgreich durchgeführt werden kann. Aber auch hier

ist wiederum auf den Entwicklungsstand des Kindes hinzuweisen: mit zunehmendem Alter des Kindes müssen diese mit in die Therapieentscheidung einbezogen werden.

4. Therapiebeziehung: Therapeutenrolle vs. Erwachsenenrolle:

Für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen ist weiterhin zu beachten, dass „das Verhältnis zwischen Patient und Therapeut (...) nicht nur von der therapeutischen Rollenverteilung, sondern auch von dem generationalen Unterschied geprägt (ist)“ (ebd., S. 7). Da Jugendliche als Entwicklungsaufgabe die Autonomiegewinnung anstreben, kann dieses in der Therapie zu Konflikten führen. „Mit Jugendlichen ist deshalb ein stabiles Behandlungsbündnis oftmals schwerer zu erreichen als mit Erwachsenen“ (ebd., S. 7). Weiterhin muss der Therapeut in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen häufiger Therapieentscheidungen treffen, „der Therapieprozess wird dadurch weitaus mehr von dem Therapeuten gesteuert (Fremdsteuerung) als durch den Patienten (Selbststeuerung)“ (ebd., S. 8).

5. Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit und Krankheitsverständnis:

Kinder sind selten in der Lage, ihr Erleben und Verhalten wie Erwachsene zu thematisieren und zu reflektieren. „Aus diesem Grund müssen wir in der Kinder- und Jugendlichentherapie auf andere therapeutische Möglichkeiten (insbesondere Spiel) zurückgreifen, um die Therapie für die Patienten akzeptabel, interessant und hilfreich zu gestalten“ (ebd., S. 8).

## 2.8 Der Prozess der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Verschiedene Modelle eignen sich dazu, einzelne Komponenten des therapeutischen Prozesses abzubilden. Die Modelle lassen sich hinsichtlich ihrer Darstellungsweise unterscheiden: strukturelle Modelle beschreiben eher den Aufbau eines therapeutischen Prozesses, inhaltlich-chronologische Modelle legen den Fokus auf den zeitlichen Ablauf der Therapie. Ein solcher Ansatz wird aufgrund des leichteren Verständnisses im Folgenden vorgestellt.

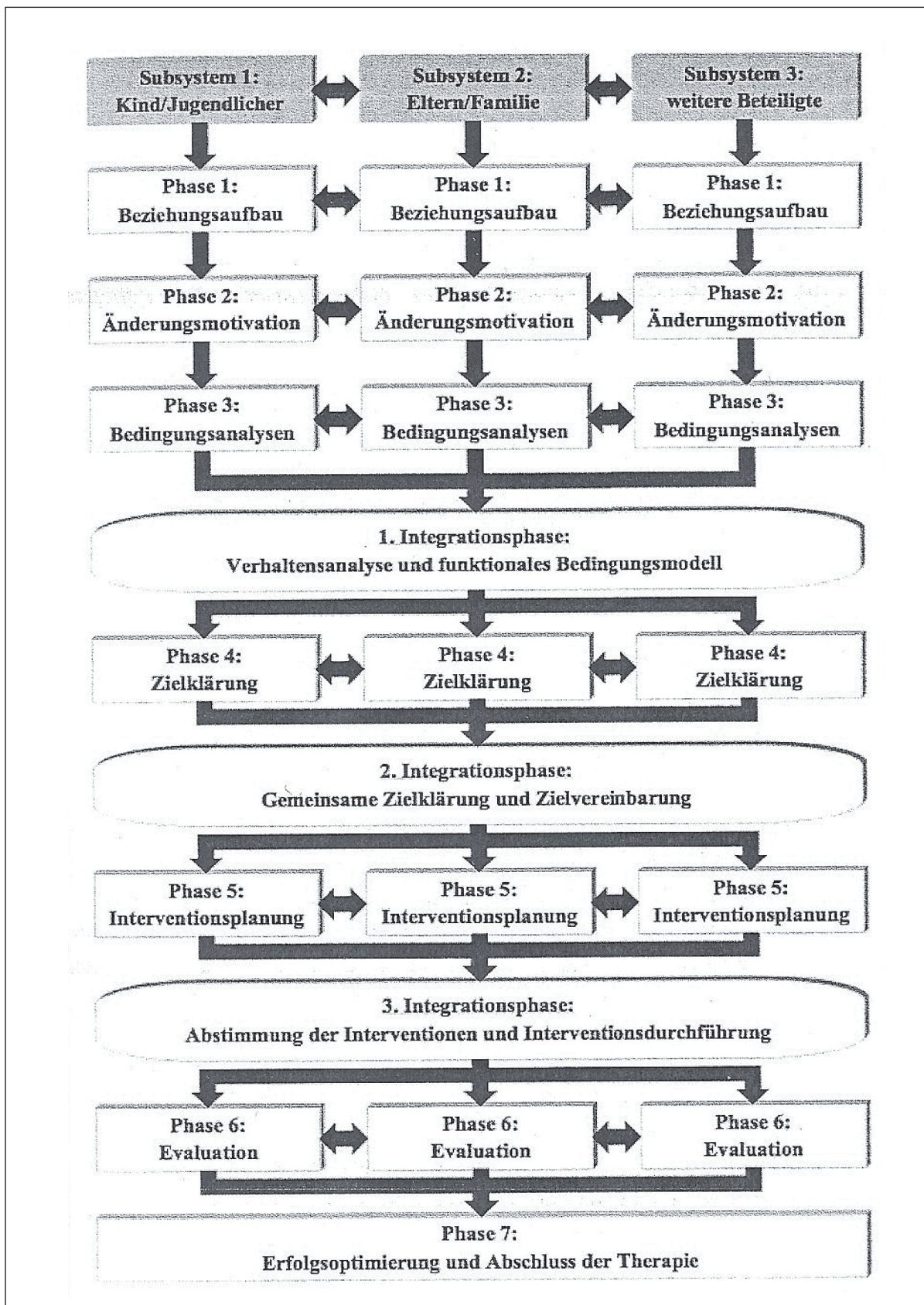
Borg-Laufs & Hungerige (2007) führen das 7-Phasen-Modell in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2000) an.

Kanfer und Mitarbeiter (2000) haben sieben rekursiv miteinander verknüpfte Therapiephasen unterschieden:

1. Phase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
2. Phase: Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen
3. Phase: Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell
4. Phase: Vereinbaren therapeutischer Ziele
5. Phase: Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
6. Phase: Evaluation therapeutischer Fortschritte
7. Phase: Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie

Die folgende Grafik veranschaulicht den Ablauf dieser Phasen:





**Abb. 4:** Die sieben Phasen der Selbstmanagementtherapie mit Kindern und Jugendlichen, aus: Borg-Laufs & Hungerige, 2007, S. 285.

Die Inhalte der einzelnen Phasen werden im Folgenden erläutert:

### **1. Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen**

*„Die Eingangsphase ist durch drei zentrale Ziele charakterisiert: Dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zu allen an der Therapie beteiligten Personen („therapeutische Allianz“), einer ersten, problembezogenen Informationssammlung und einer förderlichen Gestaltung „äußerer“ Merkmale der Therapiesituation“ (Borg-Laufs & Hungerige, 2007, S. 287).*

Der Aufbau der therapeutischen Beziehung gelingt dadurch, dass der Therapeut die Struktur und Klärung der Rollen vornimmt (Therapeut als professioneller Helfer) und eine Atmosphäre schafft, die von Vertrauen, Wertschätzung und Akzeptanz geprägt ist.

Zur Erhebung der problembezogenen Informationen können die Eltern aber auch das Kind/der Jugendliche selbst befragt werden. Auch können standardisierte Fragebögen zur Diagnostik Anwendung finden.

Durch Klärung organisatorischer Angelegenheiten (Rahmenbedingungen, Informationen über rechtliche Aspekte, Sitzungsdauer und –frequenz) lässt sich eine günstige Gestaltung der äußeren Therapiesituation schaffen.

*„Grundlegend ist jedoch, dass sowohl Eltern als auch das Kind den Therapeuten bzw. die Therapeutin insofern als Vertrauensperson akzeptieren können, dass sie bereit sind, sich mit seiner bzw. ihrer Unterstützung an die Bearbeitung ihrer Schwierigkeiten zu machen“ (ebd., S. 288).*

### **2. Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen**

Diese Phase verfolgt wiederum zwei Ziele: 1. Aufbau von Veränderungsmotivation, zweitens vorläufige Auswahl von Veränderungsbereichen. Die Auswahl von Veränderungsbereichen erfolgt auf Grundlage der in Phase eins gewonnenen Informationen und wählt die Verhaltensbereiche aus, in denen Veränderungen am ehesten erreichbar scheinen.



Der Aufbau von Motivation, aktiv mitzuarbeiten, kann als zentraler Punkt ausgemacht werden. Wie bereits oben beschrieben, kommen die Kinder und Jugendlichen selten auf eigenen Wunsch (s. Kap. 2.6). Dem Therapeuten stehen verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl, das Kind/den Jugendlichen zu motivieren: er nimmt es ernst, interessiert sich für die Themen und Hobbys des Patienten, unterhält sich oder spielt mit ihm, er hält seine Versprechen, handelt klar, durchschaubar und strukturiert, bespricht Ziele und Perspektiven und überträgt dem Kind/dem Jugendlichen Verantwortung für den Veränderungsprozess. Aber auch Eltern und Lehrer müssen zur aktiven Mitarbeit bereit sein, um Veränderungen zu erreichen.

### **3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell**

Die Verhaltensanalyse kann auf der Mikro- als auch auf der Makroebene erfolgen. Dazu kann das in der Verhaltenstherapie entwickelte **SORKC**-Verhaltensanalyse-Modell genutzt werden. Es liefert Informationen über einen **S**timulus (extern), über den **O**rganismus (psychologische (Gedanken/Gefühle) und biophysiologische Variablen (Erkrankungen, Vorerfahrungen)), über die **R**eaktionen/Verhalten des Organismus (bezogen auf externe, psychologische und biophysiologische Variablen) und über die **K**ontingenz (Häufigkeit, Abstand der Konsequenzen) als auch über die Konsequenzen (im englischen: **C**onsequences) (die Folgen des Verhaltens). Weitere Faktoren, wie Kognitionen, die Verwirklichung der psychologischen Grundbedürfnisse, zur Verfügung stehende Ressourcen als auch Systemvariablen müssen ebenfalls Berücksichtigung finden. Die aus der Analyse entstandenen Hypothesen über Stimuli etc. sollten in der am Ende der Phase drei stehenden Integrationsphase mit allen Beteiligten kommuniziert werden.

### **4. Vereinbaren therapeutischer Ziele**

Auf Grundlage der Analyse lassen sich in dieser Phase Therapieziele ableiten. Sie müssen möglichst konkret sowie alltagstauglich formuliert werden, um die Erreichung dieser überprüfen und sicherstellen zu können. Dieses bedarf einer gemeinsamen Zielsetzung sowohl einer Formulierung, welche am einfachsten in einer Integrationsphase durchzuführen sind.

## 5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden

*„Unter Heranziehung des in Ausbildung, Supervision und beruflicher Praxis erworbenen klinisch-psychologischen Veränderungswissens werden auf den jeweiligen Einzelfall zugeschnittene empirisch bewährte therapeutische Interventionen ausgewählt und durchgeführt. Da das Modell methodenoffen ist, können verhaltenstherapeutische Standardmethoden (...) ebenso eingesetzt werden wie Verfahren anderer psychotherapeutischer Schulen (...). Zu bedenken ist ferner die Reihenfolge der therapeutischen Interventionen sowie ihre Verträglichkeit untereinander“ (ebd., S. 292).*

## 6. Evaluation therapeutischer Fortschritte

In dieser Phase soll überprüft werden, ob mit den eingesetzten Methoden die angestrebten Ziele erreicht wurden. Dazu können verschiedene Evaluationsdesigns unterschieden werden. Eine prozessbegleitende Stundenevaluation bietet die Möglichkeit, aktuelle Prozesse in die Therapie mit einzubeziehen. Eine Outcome-Evaluation kann Aussagen über die Wirkung der gesamten Therapie treffen.

Die Bewertung der Zielerreichung soll auf Aussagen aller an der Therapie beteiligten Personen beruhen.

## 7. Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie

„Schwerpunkt dieser Phase sind vor allem die Stabilisierung der therapeutischen Erfolge und der Transfer erreichter Veränderungen in den Alltag“ (ebd., S. 294). Weiterhin sollten die beteiligten Personen Problemlöse-Kompetenzen erworben haben, um zukünftige Problemsituationen alleine bewältigen zu können. „Dieses kann durch eine gezielte Antizipation von Risikosituationen und eine kognitive Vorbereitung auf den Umgang mit solchen Situationen erreicht werden (Rückfallprophylaxe)“ (ebd., S. 294).

### **3 Hochbegabte Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten und in der Verhaltenstherapie**

Nachdem nun die Grundlagen zum Thema Hochbegabung und Verhaltenstherapie erörtert wurden, führt dieses Kapitel nun die beiden Themenaspekte zusammen.

Da es im deutschsprachigen Raum kaum Literatur zum Thema hochbegabte Kinder und Jugendliche in der Verhaltenstherapie gibt, wird zunächst auf den Aspekt der Verhaltensauffälligkeiten bei Hochbegabten eingegangen, denn diese Frage stand schon früh im Fokus (19. Jahrhundert). In einem historischen Abriss wird also der Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten und Hochbegabung von 1859 bis 2005 dargestellt. In dem folgenden Kapitel „Forschungsstand“ wird auf die aktuelle Literatur zum Thema hochbegabte Kinder und Jugendliche in der Verhaltenstherapie eingegangen. Es wird deutlich, dass es lediglich drei Publikationen zu diesem Thema gibt. Die Publikationen stellen Erfahrungsberichte von Psychotherapeutinnen dar, die ihre Vorgehensweise in der Therapie mit dieser Zielgruppe beschreiben.

#### **3.1 Historischer Abriss zum Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten und Hochbegabung**

„Die Debatte über Verhaltensauffälligkeiten bei hochbegabten Kindern und deren Häufigkeit entbrannte früh (Hollingworth, 1942; Terman & Oden, 1951) und hat an Polarität wenig verloren (Neihart, 1999; Reis & Renzulli, 2004)“ (Gauck, 2007, S. 8).

Auch Schmidt (1977) und Cremerius (1971) wissen um diese Debatte und stellen einen Teil des historischen Zusammenhangs zwischen hoher Intelligenz und psychiatrischen Auffälligkeiten dar. Ihr historischer Überblick reicht von 1850 – 1960.

Schmidt (1977) weist darauf hin, dass die in der Literatur bekannt gewordenen Untersuchungen unterschiedlichen hypothetischen Modellen zuzuordnen seien. „Eine Reihe von Autoren versucht, den Zusammenhang zwischen hoher Intelligenz und psychischen Störungen zu belegen, eine andere den zwischen hoher Intelligenz und psychischer Gesundheit“ (Schmidt, 1977, S. 26). Er unterscheidet zwischen eindimensionalen und mehrdimensionalen Beziehungsmodellen zwischen hoher Intelligenz und psychischer Störbarkeit bzw. Gesundheit. Cremerius (1971) stellt

den historischen Rückblick chronologisch dar. Dieses Vorgehen wird auch im Folgenden umgesetzt.

Nach Schmidt (1977) habe die Hochbegabtenforschung schon vor der Jahrhundertwende versucht, Verhaltensbesonderheiten (erst negative, später positive) als Korrelat hoher Intelligenz zu interpretieren. So griff Moreau 1859 den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und hoher Intelligenz auf. Nach Cremerius (1971) war es genau dieser Autor, der eine *Epoche der Genieentwertung* in Europa mit seinem Buch „La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l’histoire ou de l’influence des nevropathies sur le dynamisme intellectuel“ einleitete. Inhaltlich wurde das Merkmal der Genialität kausal als pathologische Äußerung einer gesteigerten Reizbarkeit des Nervensystems definiert. Lombroso (1864) erweiterte diesen Zusammenhang in seinem Buch „Genie und Irrsinn“ dahingehend, dass „Genialität eine „degenerative Psychose“ aus dem Formenkreis der Epilepsie sei und dabei gehäuft vorkommende körperliche Symptome wie Minderwuchs, Stammeln, Linkshändigkeit, Abmagerung aufgezählt (hat)“ (Schmidt, 1977, S. 27). Auch Nordau (1894) und Nisbet (1912) vertraten nach Schmidt (1977) ähnliche Ansichten. Ebenfalls kam Richards-Nash (1924) in der eigenen Untersuchung zu dem Ergebnis, dass Begabtere zwangsläufig häufiger unangepasst und emotional gestört seien. Lange-Eichbaums (1928) Kompilation, erschienen unter dem Titel „Genie, Irrsinn und Ruhm“ habe nach Cremerius (1971) die Epoche der Genieentwertung beendet.

Weiterhin habe seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts sich die Psychoanalyse mit dem Genieproblem in Form der psychoanalytischen Biographik beschäftigt und „holte das exterritorialisierte Genie in den Bereich des menschlichen Daseins zurück“ und entthob es seiner „angstmachenden, abwehrmobilisierenden Fremdheit“ (Cremerius, 1971, S. 9).

Nach Schmidt (1977) folge von 1920 – 1940 eine *Epoche der Glorifizierung* der Hochintelligenten, bedingt durch Termans Untersuchungen. Terman vertrat zunächst die Ansicht:

„We now know that in physique and general health, children of high IQ are on the average superior to the general child population“ (Terman, 1947, S. 377).

*„That in character and personality, as evidenced both by tests and by trait ratings, gifted children average above the general child population, but that the degree of superiority is less marked for traits indicative of emotional stability and social adjustment than for intellectual and volitional traits“ (Terman, 1947, S. 377).*

Mönks (1963) bezeichnet die Überzeugung von der genetischen Kopplung hoher Intelligenz mit einer Vielzahl positiver Eigenschaften als „Harmonie-Theorie“: „Hohe intellektuelle Begabung korreliert hoch mit physischer und psychischer Gesundheit“ (Mönks, 1963, S. 371). Unter Disharmonie-Theorie bezeichnet er die Annahme „Intellektuelle Hochbegabung ist häufig ein Korrelat zu physischen und psychischen Störungen“ (Mönks, 1963, S. 365).

Als Vertreter der Harmonie-Theorie benennt Schmidt (1977) Galton, der bereits 1896 auf die familiäre Häufung hoher Begabungen und ihre positive Korrelation mit körperlicher Gesundheit wies. Auch Cox (1926), eine Mitarbeiterin Termans, interpretiert aus Biographien gewonnenen Daten, dass geniale Menschen nicht nur familiär intelligenter, sondern auch familiär durch andere positive Charaktereigenschaften ausgezeichnet seien. Sie schränkt ein, dass auch ein günstigeres Milieu zur Entfaltung dieser genetisch determinierten Qualitäten beitragen könne. Schmidt (1977) zählt weiterhin Hollingworth (1926, 1930, 1931, 1942) als eine Vertreterin der Harmonie-Theorie auf:

*„Die Autorin beschäftigt sich zwar mit möglichen spezifischen Schwierigkeiten der Hochbegabten, geht aber grundsätzlich von der Annahme aus, daß Kinder mit Intelligenzquotienten von 130 oder mehr typischerweise körperlich weiter entwickelt, gesünder, seltener sozial fehlangepaßt und emotional stabiler seien als der Durchschnitt (1931)“ (Schmidt, 1977, S. 31)*

Als Vertreter der Disharmonie-Theorie benennt Schmidt (1977) u.a. Kretschmer (1948) und Bett (1952). Kretschmer (1948) ist davon überzeugt:

*„Genie beruht, rein biologisch gesprochen, auf seltenen und extremen Variantenbildungen menschlicher Art. Solche extremen Varianten zeigen vielfach in der Biologie eine geringere Stabilität ihrer Struktur, eine erhöhte Zerfalls-*

*neigung, und im Erbgang größere Schwierigkeiten der Fortzucht, als der Durchschnitt einer Art (...). Es darf uns daher nicht wundern, wenn wir auch bei den hier zugrunde liegenden Varianten menschlicher Art nun gerade auf psychischem Gebiet eine auffallende Labilität und Empfindlichkeit des Seelenlebens und eine recht beträchtliche Anfälligkeit für Psychosen, Neurosen und Psychopathien finden, wie dies tatsächlich unserer biographischen Statistik entspricht“ (Kretschmer, 1948, S. 12).*

Und weiter: „so kann man darüber nicht im Zweifel sein, daß zwischen Genialität und dem psychopathisch degenerativen Gebiet in der Tat erhebliche biologische Zusammenhänge bestehen“ (ebd., S. 13).

Bett (1952) glaube, so Schmidt (1977) an Biographien nachweisen zu können, daß Kreativität mit körperlicher Schwäche oder psychischer Instabilität korreliere.

Cremerius (1971) erklärt die gegensätzlichen Epochen der Genieentwertung und der Glorifizierung damit, dass Genialität als Angstobjekt entweder überhöht oder entwertet werde: „Das Genie hat die Menschen von jeher beschäftigt, sie angezogen, ihre Phantasie erregt und sie zu Fragen angereizt – aber sie auch geängstigt“ (Cremerius, 1971, S. 7). Um diese Angst bewältigen zu können, werde das Angstobjekt entweder überhöht oder entwertet, es also aus dem alltäglichen Leben herausgestellt, was dazu führe, dass die „Gesundheit des Organismus (...) höhere Leistung des Geistes aus(schließe)“ (ebd., S. 7).

Nach Schmidt (1977) setzten sich „In den dreißiger bis fünfziger Jahren (...) die Ansichten durch, daß hohe Intelligenz neben Vorteilen auch Risiken mit sich bringe“ (Schmidt, 1977, S. 33). Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Symptome fänden sich bei hochbegabten Kindern häufiger, die Störungen nähmen mit steigender Intelligenz zu, Genese und Verlauf der Störungen würden von Milieufaktoren mitbestimmt. Juda (1953) könne dieses an Erwachsenen bestätigen.

Juda (1953) beschreibt in ihrer Veröffentlichung mit dem Titel „Höchstbegabung. Ihre Erbverhältnisse sowie ihre Beziehungen zu psychischen Anomalien“: „Vergleicht man die eben angegebenen Ziffern mit den Befunden bei unseren Probanden, so fällt bei diesen die Häufigkeit der endogenen Psychosen insgesamt wie die der Psychopathien auf“ (Juda, 1953, S. 93). Die Höchstbegabten selber leiden



also häufiger unter diesen psychischen Störungen. Die Autorin lenkt ihren Blick aber auch auf die Ehepartner der Höchstbegabten:

*„Die Häufigkeit der psychischen Anomalien unter den Probandenpartnerinnen liegt, was die endogenen Psychosen anlangt, ebenfalls über den für die Durchschnittsbevölkerung geltenden Gefährdungsziffern, bleibt jedoch hinter den Ziffern bei den Probanden selbst zurück“ (Juda, 1953, S. 94).*

Sie meint sogar im weiteren Verwandtenkreis erhöhte Gefährdungsraten zu finden:

*„auch die entfernteren Verwandten der Höchstbegabten-Probanden, so die Neffen und Nichten, die Großneffen und Großnichten und die Urenkel weisen gegenüber der Durchschnittsbevölkerung erhöhte Gefährdungsziffern auf“ (ebd., S. 94).*

Ab 1950 „kam es zu einer differenzierteren Diskussion der Zusammenhänge (...). Ihre Gründe sind in verschiedenen Entwicklungen innerhalb der Psychologie und Psychiatrie zu suchen“ (Schmidt, 1977, S. 32). Verschiedene Autoren versuchten seitdem „Bedingungskombinationen zu beschreiben, unter denen Begabte zu psychogenen Störungen neigen“ (Schmidt, 1977, S. 33).

So kam Terman 1954 zu der Aussage:

*„At any rate, we have seen that intellect and achievement are far from perfectly correlated. To identify the internal and external factors that help or hinder the fruition of exceptional talent, and to measure the extent of their influences, are surely among the major problem of our time“ (Terman, 1954, S. 230).*

Levinson (1961) führt die größere Störbarkeit Intelligenterer auf ihre differenziertere Wahrnehmung im Umgang mit anderen zurück, er sieht also die Ursache in einer anlagemäßig hohen Sensibilität. Auch Wiener, Rider & Oppel (1963) meinen nachzuweisen:

*„However, Ss whose IQs rose did not change as regards emotional status on later examination, whereas Ss whose IQs declined became significantly more disturbed from the first to the second examination. Also, Ss whose IQs rose*



*tended to be unimpaired on other measures of psychological functioning, whereas Ss with declining IQs were significantly more impaired on other indices“ (Wiener, Rider & Oppel, 1963, S. 67).*

Wolf (1965) beobachtet, dass die Intelligenz verhaltensgestörter Kinder sich nicht signifikant von der ihrer vergleichbaren Geschwister abhebe (nach Schmidt, 1977).

Lange-Eichbaum & Kurth (1967) gingen davon aus, dass nicht der geniale Mensch notwendigerweise „irrsinnig“ sei, sondern dass aus bionegativen Antrieben resultierende Leistungen (etwa des Psychotikers) bevorzugt zur Berühmtheit gelangten.

Schmidt (1977) stellt zusammenfassend fest: „Für die Indikationsstellung bestimmter Therapieformen hat das Intelligenzniveau bereits heute Bedeutung“ (Schmidt, 1977, S. 39). Er führt Dührssen (1964) an, die psychotherapeutische Erfahrungen derart interpretiert hat, dass Umstellungsfähigkeit unabhängig von der sonst als Intelligenz umschriebenen Funktion variieren könne. Hochbegabte mit schlechter Umstellungsfähigkeit hätten ungünstigere Behandlungsprognosen. Die Autorin plädiert daher für einen Untertest in einem Intelligenztest, der diese „spezifische Befähigung eines Menschen zum Umlernen prüft, dann hätten wir damit sicherlich ein sehr gutes Instrument zur Verfügung, das die prognostische Beurteilung eines psychisch Kranken abschätzen hilft“ (Dührssen, 1964, S. 28). Dührssen (1964) hinterfragt in ihrem Artikel, welches Maß an Intelligenz für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung notwendig sei. Sie betrachtet dabei die analytische Psychotherapie und stellt fest, dass keine genaue Angabe zu machen ist. Sogar Therapien mit Patienten deren Intelligenzquotient unter 100 gelegen habe, seien erfolgreich verlaufen: „Freilich muß sich der Therapeut dem geistigen Niveau seines Patienten anpassen und muß möglichst einfache Formulierungen für seine eigenen Kommentare und Interpretationen finden“ (Dührssen, 1964, S. 23).

Schmidt (1977) stellt dazu fest:

*„Die mit dem Ziel einer optimalen Nutzung der hohen Begabung angebotenen pädagogischen Konzepte sind durchweg auf nicht gestörte Hochbegabte vorwiegend höherer sozialer Schichten ausgerichtet. Auf psychiatrisch bzw. auffällige Kinder und Jugendliche nehmen sie keine Rücksicht. Ebenso feh-*

*len befriedigende spezifisch-therapeutische Vorstellungen für diese“ (Schmidt, 1977, S. 68).*

Und ergänzt weiter: „Die Verhaltensstörungen weniger differenzierter und weniger intelligenter Kinder sind seitens der Kinderpsychiatrie bislang weitgehend vernachlässigt worden“ (Schmidt, 1977, S. 39).

Freund-Braier (2001) listet zum Thema „psychopathologischen Auffälligkeiten Hochbegabter“ Untersuchungen von 1977 – 1989 auf und gibt damit einen Überblick über die zu dieser Zeit vorherrschenden Fragestellungen in Bezug auf Hochbegabung. Sie führt die Untersuchungen von Schmidt (1977, 1981, 1982), Freeman (1979, 1982), Reynolds & Bradley (1983), Milgram & Milgram (1976) und Gallucci (1988) sowie Rost & Czeschlik (1990) an. Es lässt sich feststellen, dass in der Zeit von 1970 – 1990 die differenziertere Diskussion der Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und Hochbegabung fortgesetzt wurde.

Schmidts (1977, 81, 82) Ergebnis, dass mehr hochbegabte Kinder als erwartet in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung zu finden sind, überzeugt die Autorin nicht, denn sie vermutet eine verzerrte Stichprobe und interpretiert „Bei Kindern und Jugendlichen aus besseren sozialen Schichten kommt es vermutlich häufiger zu therapeutischen Interventionen“ (Freund-Braier, 2001, S. 42). Auch in Freemans Untersuchungen (1979, 1982) schien zunächst eine höhere Intelligenz für Verhaltensprobleme ursächlich zu sein, doch es stellte sich auch hier eine verzerrte Stichprobe heraus (übermäßig viele Kinder aus schwierigen Familienverhältnissen, ehrgeizigere Mütter). Auch hier interpretiert Freund-Braier (2001): „So suchen Eltern höherer Schichten vermehrt Hilfe bei entsprechenden Institutionen, und die Merkmale „Schicht“ und „Intelligenz“ werden konfundiert“ (Freund-Braier, 2001, S. 44). Dass hochbegabte Schüler im Vergleich zu einer Kontrollgruppe in erhobenen Angstmaßen günstiger abschnitten, fanden Reynolds & Bradley (1983) in ihrer Untersuchung heraus. Die hochbegabten Schüler beschrieben sich mit weniger physiologischen Angstsymptomen als auch weniger Besorgnis, weniger situationsspezifische Angst sowie weniger generelle Angst und haben weniger sozial erwünscht geantwortet. Ähnliche Ergebnisse erzielten auch Milgram & Milgram (1976) in ihrer Untersuchung. Auf der Skala „generelle Angst“ stellten sich hoch-

begabte Mädchen als weniger ängstlich im Vergleich zu den Kontrollgruppenmädchen dar, bei der Jungengruppe gab es keine Unterschiede.

*„Bezüglich der Leistungsangst wurden günstigere Selbstbeurteilungen aller Hochbegabten gegenüber der Vergleichsgruppe verzeichnet. Außerdem konnten für die Selbstbeurteilung Hochbegabter geringere Werte in den Indikatoren für psychologische Verhaltensauffälligkeiten festgestellt werden“ (Freund-Braier, 2001, S. 45).*

Keine Unterschiede bzgl. Verhaltensauffälligkeiten zwischen den Teilnehmern eines Sommercamps für Hochbegabte sowie einer durchschnittlich begabten Vergleichsgruppe konnte Gallucci (1988) ausfindig machen. Jedoch produzierten die Hochbegabten beim Rorschachtest ausführlichere Antworten. Rost & Czeschlik (1990) kamen zu dem Ergebnis, dass auf keiner Skala statistisch signifikante Unterschiede zwischen Gutbegabten und einer Kontrollgruppe zu finden waren. Dabei wurden die Kinder auf die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus (im Sinne von emotionaler Labilität) und Extraversion/Introversion sowie Ängstlichkeit untersucht. Freund-Braier (2001) stellt fest:

*„Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß im Jugendalter – genauso wenig wie in der Kindheit – ein gehäuftes Auftreten psychopathologischer Probleme bei Hochbegabten beobachtet werden konnte. Dagegen ließ sich feststellen, daß die intellektuell herausragenden Jugendlichen in ihrer Selbstbeurteilung häufiger elaborierter und differenzierter antworteten“ (Freund-Braier, 2001, S. 47).*

### **Ab 2000**

Wie bereits oben erwähnt, geht Freund-Braier (2001) davon aus, dass hochbegabte Kinder und Jugendliche nicht häufiger psychopathologische Probleme entwickeln. Diese Ansicht wird auch 2003 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung vertreten:

*„Insgesamt kann man sagen, dass Hochbegabte eine normale emotionale Entwicklung durchlaufen und nicht allgemein gefährdeter sind als durchschnittlich Begabte. Jedoch gibt es einige Besonderheiten, mit denen sie sich*

*unter Umständen auseinandersetzen müssen“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2003, S. 10).*

Reis und Renzulli (2004) beziehen sich auf einen Artikel von Neihart et al. (2002), in dem darauf aufmerksam gemacht wurde, dass hochbegabte Kinder und Jugendliche nicht mehr soziale und emotionale Probleme hätten im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen. Jedoch wurden drei Risikobereiche ausfindig gemacht, die die emotionale und soziale Entwicklung Hochbegabter gefährden könnten und mit denen sie am häufigsten konfrontiert werden. Diese drei Bereiche sind:

*„a) issues deriving from their academic advancement as compared with their age peers and from unevenness in their development; b) common areas of psychological response to talents, including underachievement and perfectionism; and c) their dual identification as twice exceptional, such as having a learning disability or attention deficit and also having talents and gifts“ (Reis & Renzulli, 2004, S. 121).*

Die Autoren weisen darauf hin, dass die Unebenheit in der Entwicklung dazu führe, dass die Affektregulation nicht stimmig stattfinden könne und die Kinder und Jugendlichen daher Ängste entwickeln könnten. Weiterhin habe die Forschung zwei Bereiche von Vulnerabilitäten ausfindig gemacht: Perfektionismus und Underachievement. Perfektionismus könne entweder zu überragenden Leistungen oder zu Vermeidungstendenzen, Ängstlichkeit und Versagen führen. Underachievement könne als Folge von Unterforderung oder Gruppendruck sowie soziale Isolation als auch familiäre Störungen auftreten. Als mögliche Interventionen plädieren die Autoren für akzelerierende Lernerfahrungen, lernen mit Personen, die gleiche Interessen haben, mit Anderen weiteren Interessen nachgehen, ein persönliches Coaching, um mit Stress und Kritik besser umgehen zu können, frühe Informationen bzgl. möglicher Karrierechancen sowie die Vermittlung von sozial-emotionalen Bildungsinhalten, um sich gegenseitig unterstützen zu können.

Wittmann und Holling (2004) beschäftigen sich innerhalb einer Hochbegabtenberatung mit Fragen zu psychischen Störungen. Sie gehen in ihrem Buch „Hochbegabtenberatung in der Praxis“ näher auf Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyper-

aktivitätsstörung (ADS/ADHS), Ängstlichkeit, Psychosomatische Beschwerden, Depressionen und Suizidalität ein und stellen Bezüge zur Hochbegabung dar.

Bezüglich der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung schreiben sie, dass „Die Vermutung eines Zusammenhangs zwischen Hochbegabung und AD/HS (...) auch bereits geäußert (wurde), lässt sich jedoch wissenschaftlich nicht bestätigen“ (Wittmann & Holling, 2004, S. 206). Weiterhin:

*„Gerade bei hochbegabten Kindern fällt es auch erfahrenen Diagnostikern nicht immer leicht, eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zu erkennen bzw. kann es eher passieren, sie fälschlicherweise für aufmerksamkeitsgestört/hyperaktiv zu halten, da viele hochbegabte Kinder lebhafter und aktiver erscheinen können als andere Kinder. Silverman stellt fest, dass hochbegabte Kinder durch ihre Wissbegierde, ihre hohe motorische Energie und das oft geringe Schlafbedürfnis gelegentlich als hyperaktiv diagnostiziert werden, obwohl sie es in Wirklichkeit nicht sind“ (ebd., S. 211).*

*„Wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema „Ängstlichkeit bei hochbegabten Kindern“ liegen noch kaum vor. Die wenigen Ergebnisse von Studien, die dieses Thema bislang streiften, deuten darauf hin, dass hochbegabte Kinder nicht ängstlicher sind als andere Kinder“ (ebd., S. 219).*

Die Autoren beziehen sich dabei auf die Literatur von Rost (1993) und Wolman (1979).

*„Danach scheint es sogar eher so zu sein, dass hochbegabte Kinder im Leistungsbereich weniger Ängste zeigen und auch sonstige Ängste aufgrund der besseren Möglichkeit, rationale Erklärungen für zunächst bedrohlich erscheinende Situationen zu finden, besser bewältigen zu können“ (ebd., S. 219).*

Ein möglicher Auslöser für psychosomatische Beschwerden kann, nach den Autoren, eine zu hohe Anforderung sein. Diese kann im kognitiven Bereich (eigene Erwartungen oder Wünsche anderer sind zu hoch gesteckt) oder im emotionalen Bereich (ungelöste Konflikte, Ärger mit Mitschülern, Lehrern, Eltern) auftreten. „Viele hochbegabte Kinder sind perfektionistisch und stellen sehr hohe Erwartungen an sich selbst“ (ebd., S. 229) aber auch:

*„Bei hochbegabten Kindern kann es zu emotionaler Überforderung als Folge ihrer asynchronen Entwicklung kommen: Die intellektuelle Entwicklung der Kinder eilt der emotionalen Entwicklung weit voraus. Es besteht die Gefahr, die intellektuell überdurchschnittliche Leistung der Kinder auf alle Persönlichkeitsbereiche zu verallgemeinern. Zu hohe Erwartungen an die emotionalen und sozialen Fähigkeiten der Kinder sind die Folge“ (ebd., S. 229).*

Die Autoren benennen aber auch zu geringe Anforderungen als mögliche Auslöser für psychosomatische Störungen. Unterforderung könne in der Schule, in der Familie und in der Freizeit auftreten und zu Enttäuschungen und in der Folge auch zu weiteren Problemen führen.

Bezogen auf Depressionen lehnen sich die Autoren an Webb, Meckstroth und Tolan an und beschreiben, dass Depressionen, die bei hochbegabten Kindern auftreten, in drei Kategorien eingeteilt werden können:

1. Depressionen gründen auf eigenen, unerreichbar hohen Standards, sie können diesen nicht gerecht werden
2. Depressionen gründen auf einem Gefühl der Entfremdung und Isolation von anderen Menschen, sie fühlen sich „anders“ als andere, verfügen nur über oberflächliche Kontakte
3. Depressionen gründen auf Überlegungen und Grübeleien über den Sinn des Lebens, intensive Beschäftigung damit, jedoch gleichzeitige emotionale Überforderung.

*„Wie sieht das Suizidrisiko hochbegabter Kinder und Jugendlicher aus? Darauf kann leider keine Antwort gegeben werden, denn wie viele hochbegabte Kinder und Jugendliche Suizid oder Suizidversuche begehen, ist allein aufgrund der unterschiedlichen Definitionen von Hochbegabung nicht bekannt“ (ebd., S. 248).*

Auch Brackmann (2005) weist, ähnlich wie Reis & Renzulli (2004) darauf hin: „Systematische Studien zu seelischen Störungen bei Hochbegabten sind noch spärlich, deuten jedoch darauf hin, dass die große Mehrzahl Hochbegabter als psychisch gesund einzustufen ist“ (Brackmann, 2005, S. 103). Und weiterhin: „Festzuhalten ist, dass Hochbegabte ebenso unter psychischen Störungen leiden können wie alle anderen Begabungsgruppen auch“ (ebd., S. 104). Diese These wird auch von Gauck



(2007) vertreten: „Um die bisherige Datenlage zusammenzufassen, scheinen hochbegabte Kinder im Allgemeinen mindestens ebenso gut angepasst zu sein wie ihre normalbegabten Peers“ (Gauck, 2007, S. 11).

Es lässt sich insgesamt feststellen, dass seit 1850 die Frage nach Zusammenhängen zwischen hoher Intelligenz und psychischen Auffälligkeiten in verschiedensten Studien nachgegangen wurde. Dabei wurde zunächst angenommen, dass hohe Intelligenz mit verschiedenen physischen und psychischen Störungen einhergeht. Anschließend standen Vermutungen über einen Zusammenhang zwischen hoher Intelligenz und einer Vielzahl an positiven Charaktereigenschaften im Vordergrund. Erst ab 1950 wurde differenziertere Annahmen nachgegangen und Bedingungen gesucht für das Auftreten von psychischen Störungen bei Hochbegabten. Diskutiert wurde dabei der Leistungsaspekt (hohe Begabung ist nicht gleichzusetzen mit guten Schulleistungen), eine eventuell veränderte, differenziertere Umweltwahrnehmung der Hochbegabten, die Umstellungsfähigkeit (bzw. Bereitschaft etwas Umzulernen) oder die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht (vermehrtes in Anspruch nehmen psychiatrischer Hilfe), eigene Konzepte über Angst oder die Selbstbeurteilung. Aus diesen Erkenntnissen werden jedoch keine therapeutischen Interventionen abgeleitet. Die Forschung steckt an dieser Stelle fest und sucht nach Ursachen und Unterschieden in den Zielgruppen, weniger jedoch auf Auswege aus Schwierigkeiten oder therapeutische Maßnahmen zur Behandlung dieser.

Was bisher betrachtet wurde, sind verschiedene Aspekte der Begabtenförderung. Begabtenförderungsmaßnahmen sollen Persönlichkeitsmerkmale entwickeln und psychische Störungen vermeiden, beziehen sich aber überwiegend auf finanzielle und strukturelle Maßnahmen im staatlichen Schulwesen sowie im außerschulischen Bereich. Auf Fördermöglichkeiten im schulischen Bereich wird auf Sonderschulen, Sonderklassen, Akzeleration, Enrichment und weitere Möglichkeiten der schulischen Förderung hingewiesen. Als außerschulische Begabtenförderungsmaßnahmen werden Elternvereine, Selbsthilfegruppen, Hochschulen, Bildungsberatungsstellen, Betreuung durch Mentoren/Tutoren, Vereine, Feriencamps, Schülerakademien benannt (vgl. Kap. I 1.4).

Die in der Literatur beschriebenen Aspekte der Begabtenförderung umfassen also nicht den Bereich der Psychotherapie. Leider wird dieser Aspekt in dem Zusammenhang zur Hochbegabung wenig berücksichtigt. Es finden sich lediglich ein-



zelne Hinweise, wie der von Dührssen (1964), dass sich der Therapeut dem geistigen Niveau des Patienten anpassen müsse und dementsprechende Formulierungen für seine Kommentare und Interpretationen finden müsse sowie der Hinweis von Schmidt (1977), der heute nach wie vor aktuell ist:

*„Die mit dem Ziel einer optimalen Nutzung der hohen Begabung angebotenen pädagogischen Konzepte sind durchweg auf nicht gestörte Hochbegabte vorwiegend höherer sozialer Schichten ausgerichtet. **Auf psychiatrisch bzw. auffällige Kinder und Jugendliche nehmen sie keine Rücksicht. Ebenso fehlen befriedigende spezifisch-therapeutische Vorstellungen für diese**“ (Schmidt, 1977, S. 68).*

### 3.2 Forschungsstand

Im englischsprachigen Raum existieren bisher einzelne Artikel zum Thema hochbegabte Kinder und Jugendliche in der Psychotherapie. Im deutschsprachigen Raum ist bisher wenig darüber bekannt. Lediglich die Publikationen von G. Görlitz (2004), A. Brackmann (2005) sowie S. & T. Rohrmann (2005) geben Hinweise auf die Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen. Sie stellen dabei Erfahrungsberichte aus der eigenen Arbeit mit dieser Zielgruppe dar.

Görlitz (2005), Psychologin und Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, macht darauf aufmerksam:

*„Hinter manchem „schwierigen Kind“, das mit Leistungsverweigerung, Prüfungsängsten oder Verhaltensauffälligkeiten in Psychotherapie kommt, verbirgt sich vielleicht auch eine nicht erkannte Hochbegabung“ (Görlitz, 2005, S. 194).*

Nach Görlitz (2005) können Entwicklungs- und Verhaltensprobleme Hochbegabter aufgrund von Problemen der sozialen Umgebung mit der besonderen Begabung entstehen. Die Bedürfnisse seien dabei die gleichen wie die anderer Kinder. „Es kommt zu den gleichen Entwicklungsschritten, häufig jedoch zu einem früheren Zeitpunkt. Man spricht dann auch von einer sog. „asynchronen Entwicklung“ im kognitiven, emotionalen und motorischen Bereich“ (ebd., S. 196). Aus dieser können Spannungen bei den Kindern entstehen, die sie noch nicht adäquat bewältigen können. „Das Kind zeigt dann für die Umgebung oft unverständliche Reaktionen

wie Wutausbrüche, resignierten Rückzug oder Fragen nach dem Lebensinn“ (ebd., S. 196). Aufgrund dieser asynchronen Entwicklung kann aber auch die Umwelt falsche Verallgemeinerungen von der intellektuellen auf die soziale und emotionale Reife vornehmen (vgl. Görlitz, 2005). Die Eltern müssten daher angeleitet werden, ihre Kinder angemessen zu unterstützen.

Die Autorin folgert:

*„Da sich hochbegabte Kinder, und auch deren Eltern, häufig dringend den Austausch mit anderen Betroffenen wünschen, bietet sich hier wie auch bei vielen anderen Störungen ein Eltern-Kind-Training in der Gruppe an. Für viele der hochbegabten Patienten ist es hilfreich, wenn wir sie als Therapeuten auf der kognitiven Ebene abholen und gleichzeitig auch ihre sozialen und emotionalen Fähigkeiten fördern, möglichst unter Einbeziehung der Eltern“ (ebd., S. 199).*

Brackmann (2005), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie, beschreibt ihre gemachten Beobachtungen bei der Diagnostik, Beratung und Behandlung von hochbegabten Kindern und Jugendlichen in der Psychotherapie. Aufgrund dieser Beobachtungen erläutert die Autorin ihren Umgang mit dieser Zielgruppe in der Therapie.

Sie betont zunächst die Elternberatung. „Die Beratung von Eltern hochbegabter Kinder umfasst neben der Vermittlung der Testergebnisse und schulischer Fördermöglichkeiten auch die Erörterung familiärer Aspekte und möglicher seelischer Probleme“ (ebd., S. 107).

Bezogen auf die Anfangsphase des therapeutischen Prozesses empfiehlt die Autorin, nach einigen Probestunden die Entscheidung über die Weiterführung den Kindern und Jugendlichen zu überlassen. „Dadurch fühlen sie sich ernst genommen und in (den) Entscheidungsprozess mit eingebunden. Gleichzeitig kommt man ihrem Bedürfnis entgegen, genau zu erfahren was sie erwartet“ (ebd., S. 115). Weiterhin empfiehlt Brackmann (2005) sich zunächst auf die Interessensgebiete der Kinder und Jugendlichen zu konzentrieren:

*„Entscheidend in den Anfangs-Sitzungen ist weniger, dass man direkt auf das jeweilige Problem zusteuert und hierüber möglichst viele Informationen*

*erhält, sondern dass die Kinder Spaß an der Stunde haben und merken, dass man sich für sie interessiert“ (ebd., S. 116).*

In der nun folgenden Aufbauphase sei es notwendig, sich weiterhin mit den Interessen des Klienten auseinander zu setzen, das ermögliche dem Hochbegabten seine Lieblingsbeschäftigung, er fühle sich dabei nicht ausgefragt, man respektiere ihn als Experten auf seinem Gebiet, entwickle spielerisch eine gute Beziehung und stelle die Basis für erste therapeutische Interventionen her (vgl. Brackmann, 2005). Die nun folgenden Interventionen unterscheidet die Autorin nach den häufigsten drei Problembereichen Hochbegabter:

1. Schulische Probleme und Lernschwierigkeiten
2. Selbstunsicherheit und depressive Entwicklungen
3. Schwierigkeiten in sozialen Kontakten sowie
4. andere Störungsbilder.

### **1. Schulische Probleme und Lernschwierigkeiten**

Hier nennt Brackmann (2005) beispielhaft Probleme, die sie bei hochbegabten Kindern und Jugendlichen beobachten konnte: Angst, sich im Unterricht zu melden, Angst vor Klassenarbeiten, Schwierigkeiten Misserfolge zu verarbeiten und zu langsame Bearbeitung von Aufgaben. Anhand von Beispielen erläutert die Autorin ihren Arbeitsstil: sie setzt Visualisierungen (Aufzeichnen eines aufzeigenden Kindes, Aufzeichnungen von negativen Gedanken während der Klassenarbeit), logisch-rationalen Erklärungen (wenn du aufzeigst ist die Wahrscheinlichkeit, dass du das Richtige sagst 60%, 0% Wahrscheinlichkeit das die Antwort richtig ist, wenn du nicht aufzeigst) sowie Belohnungssysteme (Sternchen für das gute Aushalten von Misserfolgen – positive Verstärkung des erwünschten Verhaltens) ein, um mit den Kindern zu arbeiten. Insgesamt weist sie darauf hin, dass die Klienten die Therapiestunden mitgestalten können:

*„Viele wünschen sich, dass wir nicht nur „psychologische Gespräche“ führen, sondern weiterhin Raum für Knobelaufgaben, Quizspiele oder Diskussionen über ihre Interessen und Sachthemen bleibt. Dies bereitet den Kindern nicht nur Freude, sondern dient auch dazu, ihr Selbstbewusstsein zu stabilisieren*

*und bestimmte Fertigkeiten zu trainieren, z.B. im Hinblick auf Misserfolgsverarbeitung, Konzentration und Arbeitstempo“ (ebd., S. 122).*

## **2. Selbstunsicherheit und depressive Entwicklungen**

Bei schüchternen, unsicheren oder ängstlichen Kindern bespricht Brackmann (2005) mit ihnen die Vorzüge ihrer introvertierten Natur. Im Anschluss erarbeitet die Autorin ein Selbstbild mit den Kindern, indem sie zunächst die Stärken des Kindes notiert.

*„Das Selbstvertrauen schüchternen Menschen erwächst also weniger aus dem Erleben selbstsicherer Verhaltensweisen oder dem Antrainieren sozialer Kompetenzen als vielmehr aus der Akzeptanz der ihnen eigenen Wesenszüge“ (ebd., S. 123).*

Die Akzeptanz der eigenen Wesenszüge könne auch mit Hilfe von Kinder- und Jugendliteratur geschehen (z.B. „Hannes Strohkopp“ und „Franz mit dem verdammten Hut“ von Janosch).

## **3. Schwierigkeiten in sozialen Kontakten**

„Zunächst gilt es sorgfältig zu unterscheiden, ob das Kind soziale Probleme mit seinem Umfeld oder das Umfeld Probleme mit dem Kind hat“ (ebd., S. 125). Dazu befragt die Autorin die Eltern danach, in welchen Situationen die Schwierigkeiten nicht auftauchen. Somit kann sie Hinweise auf Bedingungen erhalten, unter denen Defizite im Sozialverhalten zum Ausdruck kommen.

*„In solchen Fällen empfiehlt es sich also, das jeweilige Umfeld näher in Augenschein zu nehmen und nach Möglichkeit mehr von solchen Bedingungen zu schaffen, die dem Kind die Entfaltung seiner sozialen Begabungen ermöglichen. Dies kann durch das Überspringen einer Klasse, den Wechsel auf eine geeignete Schule, die Teilnahme an Arbeitsgemeinschaften mit älteren SchülerInnen oder die Aufnahme von Kontakten zu anderen Hochbegabten erfolgen“ (ebd., S. 126).*

Im Fall von Mobbing sei eine Psychotherapie nicht ausreichend und Eltern sowie Pädagogen müssten Maßnahmen zur Abhilfe schaffen.

#### 4. Andere Störungsbilder

Die Autorin weist darauf hin, dass Fragen im Zusammenhang von anderen Störungsbildern, z.B. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung oder Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, und Hochbegabung diskutiert werden. Die Autorin führt Rossi (2001) und Scheidt (2004) an, die beschreiben, dass hyperaktives und ruheloses Verhalten von unterforderten Hochbegabten oder die geistige Unruhe und Sprunghaftigkeit Hochbegabter fälschlicherweise als Symptom einer ADHS-Störung diagnostiziert werden könnte. Auch in Bezug auf Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa gebe es vereinzelte Hinweise auf eine überdurchschnittlich hoch ausgeprägte Intelligenz. „Empirische Belege für eine Häufung von Hochbegabten (ab IQ 130) bei essgestörten Patientinnen liegen meines Wissens derzeit jedoch nicht vor“ (ebd., S. 129).

„Die therapeutische Arbeit mit hochbegabten Jugendlichen folgt im Wesentlichen den gleichen Grundprinzipien wie mit hochbegabten Kindern. Jugendliche haben jedoch häufig noch größere Vorbehalte, einen Therapeuten aufzusuchen“ (ebd., S. 139). Hier beschreibt die Autorin, dass die Haltung gegenüber dem Patienten wichtig sei: Verständnis für den Patienten, ihn ernst nehmen, Interesse an seiner Person zeigen, Transparenz des eigenen Vorgehens.

S. Rohrmann, Psychologin sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, ist tätig in eigener Praxis für Bildungsberatung und Begabtenförderung. Sie betont in der Publikation, die sie zusammen mit ihrem Ehemann verfasst hat, vor allem, Hochbegabung als eine Ressource zu nutzen:

*„Die Tatsache, dass sie überdurchschnittlich oder hochbegabt sind, sollte in der Problemanalyse in erster Linie als eine besondere Ressource berücksichtigt werden. Das macht es möglich, in vielen Fällen problemorientiert und kognitiv zu arbeiten, weil diese Kinder und Jugendlichen auch komplexen Problemanalysen mühelos folgen können“ (Rohrmann & Rohrmann, 2005, S. 198).*

Nach den Autoren stellt sich diesen Kindern jedoch auch immer wieder die Aufgabe, ihre realen Leistungen mit dem eigenen Selbstbild als Hochbegabter in Ein-

klang zu bringen. Es berge die Gefahr, zu hohe Erwartungen an sich selber zu stellen oder zu hohen Erwartungen gerecht werden zu wollen. Werden diese Erwartungen nicht erfüllt, so drohen Sinnkrisen oder Orientierungslosigkeit. Auch könne eine frühzeitige Etikettierung als hochbegabt und damit eine frühe Festlegung auf kognitive Leistungen und Intellektualität zum Problem werden (vgl. Rohrman & Rohrman, 2005). Die Autoren fassen zusammen:

*„Eines der wichtigsten Ziele in der Arbeit mit diesen Klienten ist daher, dass sie sich mit ihrer Begabung nicht selbst im Weg stehen, sondern diese konstruktiv für die Erfüllung ihrer Bedürfnisse und die Verwirklichung ihrer Ziele einsetzen können“ (ebd., S. 201).*

Die Autoren beschreiben „Strategien für konkrete Problembereiche“ und benennen vier Problembereiche:

1. Mangelnde Lern- und Arbeitstechniken
2. Anstrengungsvermeidung
3. Selbstüberforderung und Perfektionismus
4. Langeweile, Schulunlust und Schulverweigerung.

### **1. Mangelnde Lern- und Arbeitstechniken**

Die Autoren weisen darauf hin, dass einige hochbegabte Kinder und Jugendliche nicht gelernt haben, detailliert ihr Wissen abzuspeichern. Hier kann eine Verbesserung von Lern- und Arbeitstechniken hilfreich sein. Rohrman & Rohrman (2005) beschreiben aber auch, dass hochbegabte Kinder und Jugendliche häufig eine geringe Bereitschaft zum Üben und Wiederholen haben. Es müsse ihnen daher erklärt werden, welchen Sinn Übungs- und Trainingsphasen haben. Außerdem können Eltern ihre Kinder dabei unterstützen, indem sie ihnen beim Planen und Strukturieren von Lernaktivitäten helfen. Auch Konzentrationsschwierigkeiten können von hochbegabten Kindern und Jugendlichen benannt werden. Hierbei ist es hilfreich zu überprüfen, ob es sich nicht um einen Mangel an Motivation handelt.



## 2. Anstrengungsvermeidung

Die Autoren benennen unterschiedliche Strategien, die von Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden können, um Leistungsanforderungen zu entgehen. Dieses kann entweder durch den Gebrauch von Ausreden oder durch eine betont langsame Arbeitsweise geschehen (apathischer Arbeitsstil, zeigt sich vordergründig in Interesse- und Teilnahmslosigkeit). Hier ist es hilfreich, die Eigenverantwortung des Kindes zu stärken, indem man sich zunächst eine Problemsituation vornimmt, angemessene Anforderungen formuliert, klare Konsequenzen formuliert und umsetzt und das Kind für erfolgreich erledigte Aufgaben lobt.

## 3. Selbstüberforderung und Perfektionismus

*„In der Folgezeit gelingt es vielen hochbegabten Kindern immer besser, den eigenen Ansprüchen gerecht zu werden. Sie entwickeln sich zu Hochleistern, die an sich selbst wie auch andere hohe Ansprüche stellen. Dies bringt ihnen ein hohes Maß an Anerkennung ein, die für ihr Selbstwertgefühl von großer Bedeutung ist. Auf der anderen Seite erhöht dies die Gefahr, dass Scheitern zur Katastrophe wird. Oft sind diese Kinder bzw. Jugendlichen extrem empfindlich gegenüber Kritik. Misserfolg muss daher entweder der Umwelt zugeschoben oder um jeden Preis vermieden werden“ (ebd., S. 207).*

Nach Rohrman & Rohrman (2005) müsse der Berater bzw. Therapeut immer wieder darauf hinweisen, dass möglicherweise nicht die Umwelt sondern die eigenen Leistungen ursächlich für Misserfolg sind. Diese Konfrontation empfehle sich aber erst, wenn eine stabile und tragfähige Beziehung entstanden sei, da dieser Hinweis als Kritik von den hochbegabten Kindern und Jugendlichen erlebt werde.

## 4. Langeweile, Schulunlust und Schulverweigerung

Nach den Autoren können Langeweile oder Äußerungen über Schulunlust durchaus vorkommen. Reagieren Eltern und Lehrer darauf jedoch verunsichert, könne sich daraus ein Problem entwickeln. Dabei seien Schulunlust und Schulverweigerung keine Themen, die Hochbegabte in besonderem Maße betreffen. „Massivere Fälle von Schulphobie und Schulverweigerung werden meistens eine ambulante



Therapie erfordern“ (Rohrmann & Rohrmann, 2005, S. 211). In dieser stehe im Vordergrund, einen Schulbesuch zu ermöglichen, denn je länger die Abwesenheit dauere, desto mehr sei eine Verstärkung der Symptomatik zu befürchten. Es bedürfe einer intensiven Elternarbeit, wenn es diesen schwer fällt, den Schulbesuch gegen den Willen ihres Kindes durchzusetzen.

Anders sei ein Verhalten zu bewerten, welches auf der Einstellung beruhe, dass ein Jugendlicher es für nicht nötig halte, regelmäßig anwesend in der Schule zu sein. In solchen Fällen müssten den Jugendlichen Konsequenzen ihres Verhaltens deutlich gemacht werden, für die sie selber Verantwortung übernehmen müssen. Es solle mit ihnen an einer Lebensperspektive gearbeitet werden, in der die Notwendigkeit eines Schulbesuchs deutlich wird, derer man sich unterziehen muss, um sein Ziel zu erreichen und verwirklichen zu können (vgl. Rohrmann & Rohrmann, 2005).

Möglicherweise werden die von den Autorinnen benannten Beobachtungen auch von weiteren Therapeuten in der Arbeit mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen gemacht. Eventuell gibt es weitere Beobachtungen, die Aufschlüsse über die Unterschiede in der Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu normalbegabten Kindern und Jugendlichen geben. Diese sollen in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

## 4 Resümee

Aus den einzelnen Kapiteln der theoretischen Grundlagen ist deutlich geworden, dass auch hochbegabte Kinder und Jugendliche unter Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsschwierigkeiten leiden können. Als häufigste Ursache wird angenommen, dass die Hochbegabung nicht erkannt oder gefördert wurde. Die Kinder und Jugendlichen sind später beispielsweise nicht mehr in der Lage ihr hohes Potential in Leistung umzuwandeln (Underachiever).

Die dann beschriebenen Symptome reichen von mangelnder Konzentration über Schulunlust bis hin zu Depressionen. Aus Analysen über Beratungsanlässe speziell auf Hochbegabung spezialisierter Beratungsstellen ist jedoch bekannt, dass ein breites Spektrum an Beweggründen zum Aufsuchen einer Beratungsstelle führt. Dabei ist es Stand der Forschung, dass es keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen Hochbegabung und psychischen Störungen gibt – auch wenn dieses von Mitte bis zum Ende des 19. Jahrhunderts angenommen wurde (Epoche der Genieentwertung). Auch Korrelationen zu einzelnen Störungen sind wissenschaftlich nicht belegt.

Begabtenförderungsmaßnahmen, die unter anderem Entwicklungsschwierigkeiten vorbeugen sollen, reichen dabei von schulischen über außerschulischen bis hin zu beraterischen Maßnahmen. Interventionen jedoch für die Arbeit mit diesen Kindern und Jugendlichen, wenn sich psychische Störungen ausgebildet haben, existieren nicht. Dabei stellt sich die Frage, ob im Rahmen therapeutischer Settings die hohe kognitive Begabung berücksichtigt werden muss. Dieses könnte eventuell durch eine andere Vorgehensweise in der Therapie, zum Beispiel eine stärkere Ausrichtung auf kognitive Verfahren, erreicht werden. Im Rahmen dieser Arbeit werden Therapieverläufe mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen bezogen auf diese Frage hin untersucht.

Dabei habe ich mich auf die Betrachtung der verhaltenstherapeutischen Behandlung begrenzt. Diese hat unter anderem eine Ausrichtung auf kognitive Verfahren und ihre Methoden basieren auf Lernprozessen, was hochbegabten Kindern und Jugendlichen entgegen kommt. Zudem wurden eltern- und familienorientierte Herangehensweisen in das Methodenspektrum der Verhaltenstherapie aufgenommen, so dass heute eine Vielfalt an verhaltenstherapeutischen Interventionsformen vorliegt.

Ätiologische Modelle dieses Psychotherapieverfahrens gehen dabei von einer Wechselwirkung von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren aus. Bei Diskrepanzen zwischen diesen Faktoren kann es zu Stress kommen, der, wenn er nicht anderweitig bewältigt werden kann, zur Ausbildung von Störungen führen kann. Dieses Modell lässt Ähnlichkeiten zu Hochbegabungsmodellen feststellen, denn wird in diesen den Begabungsformen weder durch Persönlichkeits- noch Umweltfaktoren Rechnung getragen, können sie sich nicht zu Performanz in den unterschiedlichen Leistungsbereichen entwickeln. Wird dieses Modell auf hochbegabte Patienten angewandt, könnten sich daraus differenzierte Behandlungsinterventionen ergeben.

Eine möglichst frühzeitige Intervention kann dazu beitragen, ausgeprägte Vollbilder von Störungen vorzubeugen, wenn sie zielgerichtet auf die Patienten ausgerichtet ist. Dieses ist besonders für Kinder und Jugendliche von Bedeutung, denn sie befinden sich noch in Entwicklung. Weitere Entwicklungsschritte könnten möglicherweise gefährdet sein, wenn die vorherigen nicht erfolgreich bewältigt werden können. Zusätzlich sind Kinder und Jugendliche von ihren Bezugspersonen psychisch, materiell und rechtlich abhängig und daher noch mal mehr auf Hilfe „von außen“ angewiesen.

Es liegen derzeit drei Erfahrungsberichte von Verhaltenstherapeuten über die therapeutische Arbeit mit diesen Kindern und Jugendlichen vor. Wissenschaftliche Untersuchungen existieren bislang jedoch noch nicht. Diese Arbeit soll einen Beitrag zu diesem Thema leisten und diese Lücke schließen.



### 1 Ziele der empirischen Untersuchung

Ausgehend von den im theoretischen Teil vorgestellten Erkenntnissen werden im Folgenden die Ziele der eigenständig durchgeführten Studie zum Thema „Hochbegabte Kinder und Jugendliche in der Verhaltenstherapie“ vorgestellt.

Da es wenige Informationen und keine Forschungsergebnisse zu dem Kontext von Hochbegabung und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gibt, werden in dieser Studie erfahrene Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie und der Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche in dem Bundesland Nordrhein-Westfalen befragt.

Ich habe mich zugunsten dieser Psychotherapierichtung entschieden, da diese nachgewiesenermaßen die stärksten Effekte erzielt (vgl. Kap. I 1.6, I 2.4) als auch in dem Bundesland Nordrhein-Westfalen am häufigsten Anwendung (vgl. Kap. II 2.1) findet. Zusätzlich liegen drei Veröffentlichungen von Verhaltenstherapeuten zu dieser Fragestellung vor. Weiterhin hat die Verhaltenstherapie eine hohe Nähe zu pädagogischen Prozessen. Sie stellt auch eine Form sozialen Handelns dar, die auf Veränderungen menschlicher Verhältnisse ausgerichtet ist und Lernerfahrungen ermöglichen soll. Die Verhaltenstherapie setzt dabei an der bestehenden Problematik an und es wird ein gemeinsames Therapieziel unter der Berücksichtigung der Ressourcen festgelegt. Der Patient bekommt die Möglichkeit im therapeutischen Setting neue Verhaltens-, Erlebensweisen und Problemlösestrategien in geschütztem Rahmen ausprobieren, bevor er sie in seinen Alltag überträgt. Er wird somit aktiv bei der Erreichung des Therapieziels mit einbezogen. Verhaltenstherapie soll dabei Hilfe zur Selbsthilfe sein. Pädagogik und Verhaltenstherapie zielen beide auf einen Beitrag zu einer selbstbestimmten Lebensführung, wenn auch Verhaltenstherapie über pädagogische Prozesse hinausgeht und dann angezeigt ist, wenn subjektive Leidenszustände und Funktionseinschränkungen auf der Verhaltens-, Erlebens-, körperlichen oder sozialen Ebene bestehen und pathologische Ausmaße annehmen. Es wird davon ausgegangen, dass eine pädagogische Unterstützung von Eltern, Lehrern u. a. an dieser Stelle allein nicht mehr ausreichend hilfreich ist.

In dieser Untersuchung sollen die subjektiven, in der Praxis gesammelten Eindrücke der Psychotherapeuten mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen untersucht werden. Aufgrund des genannten Mangels an Informationen wurde darauf verzichtet, Hypothesen zu formulieren. Es wurden stattdessen die folgenden forschungsleitenden Fragestellungen verfolgt:

- 1) Gibt es Unterschiede in der (Verhaltens-)Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu normalbegabten Kindern und Jugendlichen?
  - a. Hinsichtlich der Therapieanlässe?
  - b. Hinsichtlich angewandter (verhaltens-)therapeutischer Methoden?
  - c. Hinsichtlich der Therapiedauer?
  - d. Hinsichtlich des Arbeitsaufwands?
- 2) Müssen Merkmale Hochbegabter in der Anwendung von (verhaltens-)therapeutischen Maßnahmen Berücksichtigung finden?
- 3) Wie müsste gegebenenfalls ein geeignetes Therapiekonzept aussehen?

Anhand dieser Fragestellungen sollen die psychotherapeutischen Prozesse mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen aus Sicht der Therapeuten in den Mittelpunkt gerückt und untersucht werden. Möglicherweise lassen sich Unterschiede in den Prozessen feststellen im Vergleich zu psychotherapeutischen Prozessen mit normalbegabten Kindern und Jugendlichen. Aktuell liegen zu diesem Themenkomplex keinerlei empirischen Befunde vor. Diese Forschungslücke soll mit dieser Arbeit geschlossen werden.

Lassen sich Unterschiede in den psychotherapeutischen Prozessen mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen feststellen, dann wären diese Beobachtungen von erfahrenen Psychotherapeuten insofern von Bedeutung, dass sich Manuale entwickeln ließen, die die Therapeuten bei der Vorbereitung und Durchführung ihrer Arbeit unterstützen könnten. Gerade auch Berufsanfängern könnten entsprechend fundierte Manuale Orientierung und Sicherheit in der Arbeit bieten. Ebenfalls wären die Ergebnisse für Patienten von Belang. Sie könnten von den Ergebnissen pro-

fitieren, wenn es fundierte Hinweise auf die Gestaltung des therapeutischen Prozesses, in dem sie sich befinden, gäbe.

Doch nicht nur die Patienten, sondern auch ihre Familien würden von Erkenntnissen zur Fragestellung profitieren. Es wäre eine differenziertere Psychoedukation sowie Informationsvermittlung möglich.

Nicht zuletzt sind diese Erkenntnisse auch für das Gesundheitswesen insgesamt von Belang. Kürzere oder längere Therapiedauern sind nicht nur unter dem finanziellen Aspekt zu berücksichtigen. Auch die Effektivität, also die Wirksamkeit der Therapie, sowie die Effizienz, Wirksamkeit unter der Kosten-Nutzen-Relation, der therapeutischen Arbeit könnten differenzierter betrachtet werden. Hier unterscheiden sich die verschiedenen Psychotherapie-Schulen. Während in der Verhaltenstherapie für eine Langzeittherapie 45 Therapiestunden bewilligt werden können, sind es bei einer Tiefenpsychologischen Therapie bereits 50 und bei einer Psychoanalyse 160 Stunden. Bei Verlängerungen können innerhalb einer Verhaltenstherapie insgesamt bis zu 80, bei einer Tiefenpsychologischen Behandlung bis zu 100 und bei einer Psychoanalyse bis zu 300 Stunden bewilligt werden. Diese wird auch hochfrequenter, also mit mehreren Stunden pro Woche, durchgeführt. Insgesamt könnten möglicherweise Empfehlungen für eine bestimmte Therapieform und -dauer ausgesprochen werden.

## 2 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird auf das konkrete methodische Vorgehen dieser Studie eingegangen.

Im Kapitel II „2.1 Zielpopulation“ werden zunächst die befragten Personen dieser Studie beschrieben. Anschließend wird das Design (Kap. II 2.2) erläutert. Es wird deutlich, dass es sich um eine deskriptiv-korrelative Studie handelt, in der sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsdesigns verwandt wurden. Die einzelnen Erhebungsinstrumente (Kap. II 2.3) werden im Folgenden beschrieben. In dieser Studie kamen Fragebögen als auch Experteninterviews zum Einsatz. Anschließend wird in Kapitel II 2.4 die Durchführung dieser Studie dargelegt. In Kapitel II 2.5 werden Auswertungsstrategien erläutert, die gleichzeitig den Abschluss dieses Kapitels bilden.

### 2.1 Zielpopulation

Als Zielpopulation dieser Studie standen jene Psychotherapeuten im Bundesland Nordrhein-Westfalen im Mittelpunkt, die den Schwerpunkt Verhaltenstherapie und die Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendliche haben.

Im Rahmen der Ausbildung zum Psychotherapeuten kann eine der drei möglichen Vertiefungsschwerpunkte gewählt werden: Verhaltenstherapie (VT), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Analytische Psychotherapie (AP). Es wurde sich zugunsten dieser Schwerpunktrichtung (VT) entschieden, da diese Personengruppe die Mehrheit in dem Bundesland darstellt. NRW ist dabei in die beiden kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Nordrhein (NO) und Westfalen-Lippe (WL) aufgeteilt. Die Verteilung der Anzahl der in den verschiedenen Verfahren ausgebildeten Therapeuten, belegt die folgende Tabelle:

	KVNO	KVWL	Insgesamt
AP	139	3	142
TP	262	32	294
VT	<b>265</b>	<b>175</b>	<b>440</b>

*Tab. 5: Verteilung in den verschiedenen Vertiefungsschwerpunkten ausgebildeten Therapeuten nach Kassenärztlicher Vereinigung, Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland.*



Zusätzlich habe ich mich auf Therapeuten einer Schwerpunktrichtung beschränkt, da ansonsten ein Vergleich der Therapieverläufe und angewandter Methoden nicht möglich gewesen wäre.

Die Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche können Psychologische Psychotherapeuten erwerben, wenn sie eine Zusatzqualifikation für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen absolviert haben. Weiterhin haben Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche, da sie psychotherapeutisch ausschließlich mit diesen Patienten arbeiten.

Insgesamt konnten 440 Personen in NRW ausfindig gemacht werden, davon 154 Personen männlichen (35%) und 286 Personen weiblichen Geschlechts (65%). Es wurden Personen aus allen Regionen des Bundeslands angeschrieben (vgl. Tab. 26 im Anhang).

## 2.2 Design

In der vorliegenden Studie handelt es sich um eine deskriptiv-korrelative Studie, in der die Personengruppe „Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie und der Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche“ in Nordrhein-Westfalen als Grundgesamtheit betrachtet wird. Bei dieser primärstatistischen Datenerhebung wurde eine Totalerhebung/Vollerhebung zu einem Zeitpunkt (Querschnittsdesign) angestrebt. Dieses war aufgrund der übersichtlichen Grundgesamtheit (440 Personen) möglich. Ich entschied mich zugunsten eines Querschnittsdesigns, da eine Längsschnittstudie nicht den Fragestellungen entsprechen und den Rahmen dieser Arbeit überschritten hätte.

Aufgrund begrenzter Forschungsmittel und aus Gründen der Wirtschaftlichkeit habe ich mich auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen beschränkt.

Bei dieser Studie handelt es sich weiterhin um eine explorative Studie. „(...) explorative Studien sind dadurch gekennzeichnet beziehungsweise sind dann erforderlich, wenn man sich in ein Untersuchungsfeld begibt, über das noch keine oder nur wenige Informationen vorliegen“ (Schöneck & Voß, 2005, S. 33).

Aufgrund eben dieses Mangels an Informationen wurde versucht, zunächst den aktuellen Ist-Stand zu erheben bevor probiert wurde, erste Zusammenhänge zu entdecken. Aufgrund des geringen Rücklaufs (21,4%) ist jedoch eher von einer

Stichprobe anstelle einer Totalerhebung auszugehen. Die Daten werden als eine solche mit selektivem Rücklauf behandelt. Möglicherweise ergeben sich daraus Verzerrungen. Denkbar wäre, dass jene Therapeuten an der Befragung teilgenommen haben, die sich für das Thema Hochbegabung interessieren oder die bereits viele Erfahrungen mit hochbegabten Patienten gesammelt haben. Sie könnten in dieser Untersuchung überrepräsentiert sein.

Dabei kann eine Rücklaufquote von über 20% als gut gelten, denn nach Diekmann (2003) gilt: „Wer einen Fragebogen samt freundlichem Anschreiben ohne weitere Maßnahmen verschickt, wird selten Rücklaufquoten über 20% erzielen. Je nach Zielgruppe sind häufig nur Rücklaufquoten um die 5% zu erwarten“ (Diekmann, 2003, S. 441).

Aus diesen oben genannten Gründen habe ich mich zu einer zweistufigen Vorgehensweise entschieden. In einem ersten Schritt, im Rahmen einer quantitativen Studie wurde die Zielpopulation schriftlich befragt. In einem zweiten Schritt, im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns wurden Experteninterviews als Erhebungsinstrument eingesetzt.

### ***Quantitatives Forschungsdesign***

Im ersten Schritt der Studie habe ich mich im Rahmen eines quantitativen Forschungsdesigns für eine schriftliche Befragung als Erhebungsmethode entschieden.

*„Quantitative Ansätze zeichnen sich dadurch aus, dass mit weitgehend standardisierten Erhebungsinstrumenten gearbeitet wird. Dadurch wird es möglich, den Antworten der Befragten in aller Regel numerische Werte zuzuordnen, sodass eine Auswertung der Befunde mit dem klassischen statistischen Instrumentarium möglich wird“ (Schöneke & Voß, 2005, S. 32).*

Als Erhebungsinstrumente können im Rahmen quantitativer Ansätze Beobachtungen oder Befragungen Einsatz finden.

*„Die Befragung gilt nach wie vor als das Standardinstrument empirischer Sozialforschung bei der Ermittlung von Fakten, Wissen, Meinungen, Einstellungen oder Bewertungen im sozialwissenschaftlichen Anwendungsbereich“ (Schnell, Hill & Esser, 2005, S. 321).*

Befragungen können dabei mündlich oder schriftlich durchgeführt werden. Ich habe mich zugunsten einer schriftlichen Befragung in Form eines Fragebogens aus den unten genannten Gründen entschieden.

Vorteilig an der schriftlichen Befragung sind nach Raithel (2006) neben einem geringen Zeit- und Personalaufwand der geringere Kostenaufwand im Vergleich zu persönlichen Interviews. Weiterhin besteht die Möglichkeit einer längeren Bearbeitungszeit für die Befragten und das Verhalten des Interviewers als mögliche Fehlerquelle hat keinen Einfluss auf das Ergebnis. Als Nachteile werden die mangelnde Kontrolle der Befragungssituation, die fehlende Möglichkeit bei Verständnisfragen einzugreifen sowie das hohe Risiko, dass der Fragebogen nicht oder nur teilweise ausgefüllt wird, benannt.

### ***Qualitatives Forschungsdesign***

Im Anschluss an die schriftliche Befragung erfolgten in einem zweiten Schritt der Untersuchung und im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns mündliche Befragungen, so genannte Experteninterviews.

Das Ziel, das mittels qualitativer Forschung erreicht werden könne, sei nach Flick (2002) die empirisch begründete Formulierung von subjekt- und situationsspezifischer Aussagen.

Wesentliche Kennzeichen dieser Forschungsrichtung sind nach dem Autor die (a) Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, (b) die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven, (c) die Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis sowie (d) das Spektrum von Ansätzen und Methoden.

(a) Es wird postuliert, dass der zu untersuchende Gegenstand Bezugspunkt für die Auswahl von Methoden sei und dadurch in seiner Komplexität und Ganzheit im alltäglichen Kontext untersucht werden könne. Die Methoden qualitativer Forschung seien dabei „durch eine Offenheit gegenüber ihrem Gegenstand gekennzeichnet“ (Flick, 2002, S. 17), um dem Ziel „Neues zu entdecken und empirisch begründete Theorien zu entwickeln“ (ebd., S. 18) gerecht zu werden.

(b) Qualitative Forschung „verdeutlicht die Unterschiedlichkeit der Perspektiven (...) auf den Gegenstand und setzt an den subjektiven und sozialen Bedeutun-

gen, die mit ihm verknüpft sind, an“ (ebd., S. 19). Dabei berücksichtige diese Forschungsrichtung, dass die auf den Gegenstand bezogenen Sicht- und Handlungsweisen im Feld sich schon deshalb unterscheiden, weil damit unterschiedliche subjektive Standpunkte und soziale Hintergründe verknüpft seien.

(c) Nach Flick (2002) werde die Kommunikation des Forschers mit dem jeweiligen Feld und den Beteiligten zum expliziten Bestandteil der Erkenntnis. Damit werden die subjektiven Einflüsse beider – des Forschers sowie der Beteiligten – zum Bestandteil des Forschungsprozesses und fließen in die Untersuchung ein. Die Reflexionen des Forschers über seine Handlungen und Beobachtungen während der Untersuchung werden nach Flick (2002) zu Daten, die interpretiert würden.

(d) „Verschiedene theoretische Ansätze und die zugehörigen Methoden bestimmen Diskussionen und Forschungspraxis (der qualitativen Forschung)“ (ebd., S. 20). Die unterschiedlichen Ansätze zielen auf subjektive Sichtweisen als auch auf die Herstellung und den Ablauf von Interaktionen. Ebenfalls stehen die Rekonstruktion der Strukturen in sozialen Feldern und des latenten Sinns von Handlungen im Fokus.

Dabei arbeitet „qualitative Forschung vor allem mit Texten“ (ebd., S. 27).

*„Erhebungsverfahren – wie Interviews oder Beobachtungen – produzieren Daten, die durch Aufzeichnung und Transkription in Texte überführt werden, an denen Interpretationsverfahren ansetzen. Dabei werden verschiedene Wege beschritten, die zu den Texten im Zentrum der Forschung hinführen und von ihnen wegführen“ (ebd., S. 27).*

Es lassen sich verschiedene Formen der mündlichen Befragung unterscheiden. Sie können nach dem Strukturierungsgrad der Interviewsituation sowie dem Setting differenziert werden. Bezüglich des Strukturierungsgrades lassen sich wenig, teilweise und stark strukturierte Interviews führen.

Bei wenig strukturierten Interviews verwendet der Interviewer keinen Fragebogen und kann die Reihenfolge der Fragen und ihre Formulierung im Gespräch situationsspezifisch modulieren. „Bei der Befragung in „teilstrukturierten Interviewsituationen“ handelt es sich um Gespräche, die aufgrund vorbereiteter und vorformulierter Fragen strukturiert werden“ (Schnell, Hill & Esser, 2005, S. 322). Sie

werden mithilfe eines Leitfadens durchgeführt, bei dem der Interviewer angehalten ist, sich an die Reihenfolge der Fragen zu halten. In stark strukturierten Interviews muss sich der Interviewer strikt an die Vorgaben halten. Somit soll eine möglichst hohe Neutralität erreicht werden. Bei der hier vorliegenden Arbeit habe ich mich zugunsten eines teilstrukturierten Interviews entschieden, um die Vergleichbarkeit der Aussagen der interviewten Personen zu gewährleisten und ihnen gleichzeitig Gelegenheit zu geben, eigene Aspekte einzubringen, die eventuell im Leitfaden nicht berücksichtigt worden sind.

Bezüglich des Settings lassen sich Einzelbefragungen von Gruppenbefragungen unterscheiden. In Einzelbefragungen lässt sich die individuelle Sichtweise der Befragten erheben, jedoch können keine Diskurse geführt oder Begründungen erfragt werden. Dieses stellt den Vorteil von Gruppenbefragungen dar, die gleichzeitig auch ökonomischer in der Durchführung sind. In dieser Untersuchung wurde sich letztlich für Einzelbefragungen entschieden, da die Praxen der befragten Personen in großer räumlicher Distanz zueinander liegen und sich eine terminliche Koordination als schlicht unmöglich herausgestellt hat.

Als eine Form der leitfadengestützten Interviews lassen sich Experteninterviews benennen. „Das ExpertInneninterview eignet sich zur Rekonstruktion komplexer Wissensbestände. Es wird sowohl als eigenständiges Verfahren als auch im Rahmen eines Methodenmix eingesetzt“ (Meuser & Nagel, 1997, S. 481). Dabei findet es laut der Autoren, trotz häufiger Anwendung in der Forschung (in der industriesoziologischen Forschung, soziologischen Verwendungsforschung, Bildungsforschung, Implementationsforschung, pädagogischen Forschung), spärliche Berücksichtigung in der Literatur. Meuser und Nagel (2002) haben daher ein eigenes Auswertungsverfahren vorgestellt, nach dem auch in dieser Arbeit vorgegangen wird.

Doch zunächst lassen sich laut Bogner & Menz (2009) Experteninterviews unterscheiden in das explorative, das systematisierende und das theoriegenerierende Experteninterview. Das systematisierende Experteninterview stellt nach den Autoren „in der Forschungspraxis die wohl am meisten verbreitete Form dieser Interviewmethode (dar)“ (Bogner & Menz, 2009, S. 65). Bei dieser Interviewmethode stehen „das aus der Praxis gewonnene, reflexiv verfügbare und spontan kommunizierbare Handlungs- und Erfahrungswissen“ (Bogner & Menz, 2009, S. 64) im Vorder-

grund. „Der Experte wird hier also in erster Linie als „Ratgeber“ oder Inhaber von spezifischen gültigen Kenntnisse und Informationen gesehen, als jemand, der über ein bestimmtes, dem Forscher nicht zugängliches Fachwissen verfügt“ (ebd., S. 65). Im Gegensatz zum explorativen Experteninterview stehen bei dieser Interviewform „die thematische Vergleichbarkeit der Daten im Vordergrund“ (ebd., S. 65). Aus diesen Gründen wurde sich für diese Form des Interviews entschieden.

Als Experten fungieren in diesem Fall die Psychotherapeuten, da sie verantwortlich sind für die Therapieprozesse mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen sowie Zugang zu Informationen über die Entscheidungsprozesse im Therapieverlauf verfügen. Die Psychotherapeuten stellen also die Zielgruppe der Untersuchung dar, sie sollen Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld geben, ihr Erfahrungswissen hat die Funktion eines Betriebswissens.

*„Mit der Perspektive auf Betriebswissen verbunden ist im Allgemeinen ein objekttheoretischer Fragen- und Aussagenkomplex, innerhalb dessen die Untersuchung angesiedelt ist. Hier wird ein kategoriales Gerüst als Bezugsrahmen für die empirische Analyse vorausgesetzt. Die Forschungsergebnisse sind von daher nicht nur Hypothesen über den untersuchten bereichsspezifischen Gegenstand, sondern zugleich auch Prüfinstanz für die Reichweite der Geltung des zugrunde gelegten theoretischen Erklärungsansatzes“ (Meuser & Nagel, 2002, S. 76).*

### **Triangulation**

„Nicht zuletzt im Rahmen multimethodischer Ansätze (Triangulation) ist das systematisierende Experteninterview (...) zu einem zentralen Erhebungsinstrument geworden“ (Bogner & Menz, 2009, S. 65). Nach Flick (2008) unterschied Denzin (1970) vier verschiedene Formen der Triangulation: Daten-Triangulation, Investigator-Triangulation (oder Forscher-Triangulation), Theorie-Triangulation sowie Methoden-Triangulation. Diese unterschiedlichen Triangulations-Ansätze dienen der „Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf einen untersuchten Gegenstand“ (Flick, 2008, S. 12) mit dem Ziel eines Erkenntniszuwachses auf verschiedenen Ebenen sowie der Validierung der Ergebnisse.



Innerhalb der Methoden-Triangulation wird zwischen der Triangulation innerhalb einer Methode und der Triangulation zwischen Methoden unterschieden. Als Kombination zwischen den Methoden kann die Verbindung von qualitativen und quantitativen Ansätzen bezeichnet werden. Die Verbindung dieser beiden Ansätze kann dabei auf der Ebene der Designs, der Daten, der Methoden und der Ergebnisse stattfinden. Kelle und Erzberger (2000, 2003) widmen sich der Verbindung qualitativer und quantitativer Forschung auf der Ebene der gefundenen Ergebnisse. Diesem Ansatz wurde auch in der vorliegenden Studie nachgegangen. Es werden die durch die verschiedenen Ansätze gewonnenen Ergebnisse verbunden.

## 2.3 Instrumente

### *Fragebogen*

Der Fragebogen umfasst vier DinA4 Seiten (2 beidseitig bedruckte Blätter) und ist wie folgt aufgebaut: auf der Titelseite ist das Anschreiben formuliert. Es beinhaltet die von Porst (2008) benannten Aspekte: der Titel der Befragung, Name und Anschrift der durchführenden Institution sowie ein Ansprechpartner. Im Anschreiben wurde weiterhin in die Inhalte des Fragebogens eingeführt, Hinweise auf Anonymität und Datenschutz gegeben sowie im Voraus für die Teilnahme gedankt. Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens wurden nicht gegeben. Es wurde davon ausgegangen, dass die Zielgruppe der Befragung aufgrund ihrer Ausbildung bestens mit dem Ausfüllen von Fragebögen vertraut ist, da diese als Diagnostikinstrumente von den Befragten selber eingesetzt werden.

Der Fragebogen enthält verschiedene Frage-Formen: 11 offene, 5 halboffene und 19 geschlossene Fragen und ist in die folgenden Bereiche untergliedert:

- Angaben zur Person (Geburtsjahr, Geschlecht, erste 3 Ziffern der Postleitzahl, Studienabschluss, Erhalt der Approbation, Zusatzqualifikationen, Dauer der Tätigkeit, durchschnittliche Patientenzahl in einer Woche, Durchführung von Intelligenzdiagnostik)
- Zum Thema Hochbegabung (in welchem Rahmen mit dem Thema auseinandergesetzt, hochbegabte Kinder und Jugendliche bereits behandelt, wie viele pro Jahr, Besonderheiten dieser Patientengruppe)



- Therapieanlässe (fünf häufigste Therapieanlässe der Patienten insgesamt, fünf häufigste Therapieanlässe der hochbegabten Patienten)
- Anwendung von Methoden/Techniken (angewandte Methoden/Techniken mit Patienten insgesamt und hochbegabten Patienten)
- Therapiedauer (Therapie- und Bezugspersonenstunden mit Patienten insgesamt und hochbegabten Patienten)
- Interaktionsgestaltung (wie erleben die Therapeuten die Arbeit mit hochbegabten Patienten, gehen sie mit ihnen in der Therapie anders vor, bereitet ihnen die Therapie mit hochbegabten Patienten mehr/weniger/gleichviel Arbeitsaufwand)
- Abschließend: müssen Besonderheiten Hochbegabter in der Verhaltenstherapie Rücksicht finden? Müsste es ein eigenes Therapiemanual oder -konzept<sup>5</sup> für die Arbeit mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen geben? Wie müsste dieses aussehen? (Ein Exemplar des Fragebogens ist als Anhang beigefügt).

### ***Leitfaden der Experteninterviews***

Die Experteninterviews wurden auf Grundlage einer Fragensammlung (Leitfaden) durchgeführt, dieser enthielt:

- Fragen zur Person wurden auf einem Deckblatt erfasst
- Wann und wo zum ersten mal mit dem Thema Hochbegabung in Berührung gekommen? (wie erfolgte das? Haben sich daraus Konsequenzen und Sichtweisen für die heutige therapeutische Tätigkeit ergeben?)
- Anzahl hochbegabter behandelter Patienten (aktuell in der Praxis? Wie viele Patienten waren es in den letzten Jahren insgesamt?)
- Woher wissen die Therapeuten, dass es sich um hochbegabte Patienten handelt (eigene Testung, Testung aus anderen Instituten, andere Hinweise?)
- Ergeben sich Differenzen in dieser Zielgruppe hinsichtlich der Therapieanlässe?
- Wie arbeiten die Therapeuten mit dieser Zielgruppe? (Was hat sich im Umgang mit dieser Zielgruppe bewährt? Wird in der Therapie im Vergleich zu normalbe-

---

<sup>5</sup> Therapiekonzept verstanden als eine Grundvorstellung sowie Sammlung von Leitgedanken. Therapiemanual hingegen verstanden als ein konkretes Therapie- oder Trainingsprogramm mit Hinweisen zur Gestaltung von Therapiesitzungen.

gabten Patienten etwas anders gemacht? Emotionswahrnehmung/-regulierung? Widerstand bei den Patienten?)

- Dauer der Therapie?
- Hinweise zur Eltern- und Lehrerarbeit?
- Arbeitsaufwand?
- Braucht es ein eigenes Therapiekonzept für die Arbeit mit hochbegabten Patienten? (Muss Hochbegabung erkannt werden? Müssen Besonderheiten Hochbegabter berücksichtigt werden?)
- Gibt es Hinweise, die die Therapeuten Berufsanfängern oder anderen Therapeuten bzgl. der therapeutischen Arbeit mit hochbegabten Patienten auf den Weg geben wollen?

## 2.4 Durchführung

Nach der Konstruktion des Fragebogens erfolgte ein Pretest, der nach Diekmann (2003) dazu dient, mögliche Mängel des Instruments zu entdecken sowie die Bearbeitungszeit abschätzen zu können. Bei einer größeren Zahl von Mängeln sei ein zweiter oder dritter Pretest zu empfehlen, bevor mit der Haupterhebung begonnen werde (vgl. Diekmann, 2003). In dieser Untersuchung wurde der Fragebogen im Vorfeld der Haupterhebung fünf Therapeuten zur Bearbeitung vorgelegt. Dadurch sollte der Fragebogen unter möglichst realistischen Untersuchungsbedingungen getestet werden. Die Therapeuten waren aufgefordert, Probleme und Auffälligkeiten, die beim Ausfüllen des Fragebogens entstanden, mitzuteilen. Ihre Anmerkungen flossen bei der Bearbeitung des Fragebogens ein, so dass der in Kapitel II 2.3 beschriebene Fragebogen entstand.

Anfang Juni 2009 wurde den 440 Psychotherapeuten dieser Fragebogen postalisch zugesandt, mit der Bitte, diesen auszufüllen und zurück zu senden. Die Kosten für die Rücksendung wurden von mir getragen. Den Therapeuten wurden vier Wochen Zeit zur Bearbeitung gegeben. Nach dem Ablauf dieser Zeit wurde mittels einer E-Mail erneut an die Befragung erinnert. Der E-Mail war der Fragebogen angehängt sowie die Bitte, diesen innerhalb einer Woche zurückzusenden. Insgesamt wurden 94 Fragebögen zurückgesandt.

In einem zweiten Schritt wurden im September und Oktober 2009 Experteninterviews durchgeführt, die sich durch einen geringen Strukturierungsgrad auszeichnen und im Einzelkontakt stattfanden. Befragt wurden insgesamt fünf Therapeuten, die sich durch die oben beschriebene Qualifikation auszeichnen.

Zwei dieser fünf Personen hatten sich bereits in einem wissenschaftlichen Kontext mit dem Thema Hochbegabung auseinandergesetzt, die drei anderen befragten Personen zeichnen sich durch langjährige Erfahrung mit Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen aus. Insgesamt wurden drei Frauen sowie zwei Männer mündlich befragt.

- Herr A: lange therapeutische Erfahrung mit Kindern und Jugendlichen, niedergelassen in eigener therapeutischer Praxis
- Herr B: lange therapeutische Erfahrung mit Kindern und Jugendlichen, niedergelassen in eigener therapeutischer Praxis
- Frau C: wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Thema Hochbegabung, niedergelassen in eigener Praxis, jüngeren Alters
- Frau D: wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Thema Hochbegabung, niedergelassen in eigener Praxis, jüngeren Alters
- Frau E: lange therapeutische Erfahrung mit Kinder und Jugendlichen, niedergelassen in eigener therapeutischer Praxis.

## 2.5 Auswertung

Die Auswertung der mittels *Fragebögen* gewonnenen Daten erfolgte anhand des Computerprogramms SPSS (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., Version 17.0).

Zunächst wurde die univariate Auswertung mittels Häufigkeitsauszählungen berechnet.

Anschließend wurde nach Zusammenhängen zwischen zwei oder mehreren Variablen gesucht. Diese wurden mit Hilfe inferenzstatistischer Verfahren geprüft. Dabei kamen ein Pfadmodell, welches jedoch nicht im Sinne eines theoretisch fundierten Pfadmodells verstanden werden soll, aber dennoch eine logische Pfadstruktur enthält sowie Korrelationsberechnungen zum Einsatz. Je nach Messniveau der Daten wurden folgende unterschiedliche Korrelationsmaße verwandt:

- Korrelationskoeffizient von Pearson ( $r$ , für metrische Daten)
- Rangkorrelationskoeffizient von Spearman ( $\rho$ , für ordinalskalierte Daten)
- Kontingenzkoeffizient von Pearson ( $C$  bzw.  $\phi$ , für nominalskalierte Daten).

„Die multivariaten Verfahren sind eine systematische Erweiterung bivariater Verfahren (...) mit dem Ziel der simultanen Untersuchung von drei und mehr Variablen“ (Pfeiffer & Püttmann, 2008, S. 141). Nach Backhaus et al. (2008) lassen sich multivariate Analysemethoden in zwei Gruppen einteilen: „Strukturen-entdeckende“ sowie „Strukturen-prüfende“ Verfahren. Erstere verfolgen das Ziel, Zusammenhänge zwischen Variablen oder Objekten zu entdecken. Bei diesen Verfahren habe der Anwender noch keine Vorstellung darüber, welche Beziehungszusammenhänge im Datensatz existieren. Verfahren, die den strukturenprüfenden Verfahren zugeordnet werden können, finden ihren Einsatz, wenn das primäre Ziel in der Überprüfung von Zusammenhängen zwischen Variablen liege.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde zunächst eine Two-Step-Clusteranalyse durchgeführt, welche den strukturenentdeckenden Verfahren zugeordnet werden kann. „Das Verfahren der Clusteranalyse bildet anhand von vorgegebenen Variablen Gruppen von Fällen (...). Die Mitglieder einer Gruppe (eines „Clusters“) sollen möglichst ähnliche Variablenausprägungen aufweisen, die Mitglieder geschiedener Gruppen unähnliche“ (Bühl, 2008, S. 545). Das Verfahren der Two-Step-Clusteranalyse stellt ein Verfahren neben der hierarchischen Clusteranalyse sowie der Clusterzentrenanalyse dar. Es wurde sich für dieses Clusteranalyseverfahren entschieden, da binäre bzw. dichotome Variablen verarbeitet werden sollten (diese Skalierung schließt die Clusterzentrenanalyse nach Schendera (2010) aus) sowie dieses Verfahren sich robust und wenig anfällig zeigt, z.B. gegenüber einer Verletzung der Voraussetzungen (vgl. Schendera, 2010). Es konnten durch die Anwendung diesen Verfahrens hilfreiche Aufschlüsse bezogen auf die forschungsleitenden Fragestellungen gewonnen werden.

Um dem Unterschied hinsichtlich des Arbeitsaufwands und der Notwendigkeit eines Therapiekonzepts genauer auf den Grund zu gehen, fanden anschließend zu-

sätzlich strukturenprüfende Verfahren ihren Einsatz. Bezogen auf die Zielvariable Arbeitsaufwand wurde im Rahmen dieser Arbeit eine multiple lineare Regressionsanalyse sowie bezogen auf die Variable Therapiekonzept eine binäre logistische Regressionsanalyse durchgeführt.

Die multiple Regression hat dabei den folgenden Vorteil:

*„Dieses allgemeine Modell (Anm. Autorin: gemeint ist die multiple Regression) hat in der empirischen Forschung große Bedeutung, da die Mehrzahl erziehungswissenschaftlicher Phänomene in einem komplexen Setting eingebettet sind, und die Möglichkeit einer Isolierung und Kontrolle einzelner Variablen entsprechend den klassischen experimentellen Standards nur begrenzt zur Verfügung steht. Ferner sind Situationen, in denen nur eine Variable wirksam ist die Ausnahme“ (ebd., S. 151).*

*„Die Regressionsanalyse ist eines der flexibelsten und am häufigsten eingesetzten statistischen Analyseverfahren. Sie dient der Analyse von Beziehungen zwischen einer abhängigen Variablen und einer oder mehrerer unabhängiger Variablen (...). Insbesondere wird sie eingesetzt, um Zusammenhänge quantitativ zu beschreiben und sie zu erklären, Werte der abhängigen Variablen zu schätzen bzw. zu prognostizieren“ (Backhaus et al., 2008, S. 52).*

Der multiplen linearen Regressionsanalyse können nach Bühl (2008) Variablen mit metrischem, ordinalskaliertem sowie nominalskaliertem Skalenniveau, wenn sie dichotom sind, unterzogen werden. Sie hat die Funktion:

$$y = b_1 \cdot x_1 + b_2 \cdot x_2 + \dots + b_n \cdot x_n + a$$

Bezogen auf die Berechnungen in dieser Untersuchung stellt  $y$  die abhängige Variable Arbeitsaufwand dar.  $n$  ist die Anzahl der unabhängigen Variablen, die mit  $x_1$  bis  $x_n$  bezeichnet sind. In dieser Untersuchung entspricht  $n = 4$  und umfasst damit die vier unabhängigen Variablen Wohnortgröße, mit Hochbegabung auseinander gesetzt, führen sie Intelligenzdiagnostik durch und Therapiestunden für Hochbegabte. Der Regressionskoeffizient  $b$  und der Ordinatenabschnitt  $a$  (in SPSS als

„Konstante“ angegeben) werden von SPSS ausgegeben und sind der Tab. 81 zu entnehmen. Somit lässt sich auf den Einfluss der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable Arbeitsaufwand schließen (weiteres s. Kap. II 3.1.2.2).

Die Logistische Regression ist als Erweiterung der Regressionsanalyse für nominalskalierte abhängige Variablen zu verstehen, „die logistische Regression versucht nun über einen Regressionsansatz zu bestimmen, mit welcher Wahrscheinlichkeit z.B. der Kauf einer Margarine in Abhängigkeit von verschiedenen Einflussgrößen (...) zu erwarten ist“ (Backhaus et al., 2008, S. 244). Der Unterschied zur Regressionsanalyse besteht darin, dass die abhängige Variable über kein metrisches Skalenniveau verfügen muss, sondern kategoriale Variablen mit nominalem Skalenniveau darstellen können.

Die Wahrscheinlichkeit wird folgendermaßen berechnet:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-z}} \quad \text{wobei } z = b_1 \cdot x_1 + b_2 \cdot x_2 + \dots + b_n \cdot x_n + a$$

In dieser Untersuchung wurde die binäre logistische Regression für die dichotome abhängige Variable Therapiekonzept angewandt. Es wurde mit Hilfe dieser Prozedur herausgefunden, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Antwort auf die Frage nach einem eigenen Therapiekonzept in Abhängigkeit von verschiedenen Einflussgrößen zu erwarten ist. Die unabhängigen Variablen waren in diesem Fall Dauer therapeutischer Tätigkeit und Anzahl hochbegabter behandelter Patienten pro Jahr.

*„ $x_n$  sind die Werte der unabhängigen Variablen;  $b_n$  sind Koeffizienten, deren Berechnung Aufgabe der binären logistischen Regression ist;  $a$  ist eine Konstante. Ergibt sich für  $p$  ein Wert kleiner als 0,5 nimmt man an, dass das Ereignis nicht eintritt; im anderen Fall nimmt man das Eintreffen des Ereignisses an“ (Bühl, 2008, S. 376).*

(Weiteres s. Kap. II 3.1.2.2).

Die Auswertung der *Experteninterviews* erfolgte mittels der Auswertungsschemas nach Meuser und Nagel (2002). Der Ablauf dieses Schemas sah wie folgt aus: Nach den Autoren setzt die Auswertung der Interviews zunächst die *Transkription* dieser voraus.

„Da es bei ExpertInneninterviews um gemeinsam geteiltes Wissen geht, halten wir aufwändige Notationssysteme, wie sie bei narrativen Interviews oder konversationsanalytischen Auswertungen unvermeidlich sind, für überflüssig. Pausen, Stimmlagen sowie sonstige nonverbale und parasprachliche Elemente werden nicht zum Gegenstand der Interpretation gemacht“ (Meuser & Nagel, 2002, S. 83).

Als weiteren Auswertungsschritt benennen die Autoren die *Paraphrase*. Diese müsse der Chronologie des Gesprächsverlaufs folgen und wiedergeben, was die ExpertInnen insgesamt äußern. „Die Sequenzierung des Textes nach thematischen Einheiten erfolgt hier gleichsam mühelos in der Manier des Alltagsverstandes“ (ebd., S. 84) und stelle den ersten Schritt der Verdichtung des Textmaterials dar.

Der weitere Schritt zur Verdichtung des Materials bestehe darin, „die paraphrasierten Passagen mit Überschriften zu versehen“ (ebd., S. 85). Dabei könne eine Paraphrase auch unterteilt oder mehreren *Überschriften* zugeordnet werden. Dieses dient der Analyse eines bestimmten Teils des Wissens der Experten. „Passagen, in denen gleiche oder ähnliche Themen behandelt werden, werden zusammengestellt. Eine Hauptüberschrift, die den Inhalt sämtlicher subsumierter Passagen abdeckt, wird formuliert“ (ebd., S. 85). Durch die bisherigen Schritte werde eine Reduktion der Terminologie als auch eine Zunahme der Komplexität der Inhalte erreicht.

Als weiterer Auswertungsschritt folgt nach den Autoren der *thematische Vergleich*. „Passagen aus verschiedenen Interviews, in denen gleiche oder ähnliche Themen behandelt werden, werden zusammengestellt, die Überschriften werden vereinheitlicht“ (ebd., S. 86). Dabei sei eine Überprüfung und gegebenenfalls eine Revision der vorgenommenen Zuordnungen unbedingt notwendig. Es können bei diesem Vergleich Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede, Abweichungen oder Widersprüche gefunden werden.

Die soziologische Konzeptualisierung und die theoretische Generalisierung stellen nach Meuser und Nagel (2002) die letzten beiden Schritte der Auswertung von Experteninterviews dar.



Die *soziologische Konzeptualisierung* beinhaltet die Kategorienbildung der Aussagen der Experten im Rekurs auf soziologisches Wissen.

*„Der Prozess der Kategorienbildung impliziert einerseits ein Subsumieren von Teilen unter einen allgemeine Geltung beanspruchten Begriff, andererseits ein Rekonstruieren dieses allgemeinen, für den vorgefundenen Wirklichkeitsausschnitt gemeinsam geltenden Begriffs“ (ebd., S. 88).*

Dabei werden die Überschriften in soziologische Begriffe übersetzt, um einen Anschluss der Interpretation an allgemeiner gehaltene disziplinäre Diskussionen zu ermöglichen mit dem Ziel einer Systematisierung von Relevanzen, Typisierungen, Verallgemeinerungen und Deutungsmustern.

Zum Schluss folgt die *theoretische Generalisierung*. „Erst ab dieser Stufe wandeln wir nicht mehr auf den Spuren des ExpertInnenwissens, sondern auf denen soziologischer Theorien“ (ebd., S. 89). Es kann eine Interpretation der „empirisch generalisierten Tatbestände“ formuliert werden. Diese kann entweder dazu führen, dass die entdeckten Konzepte im Vergleich mit der Theorie inadäquat erscheinen (dann gelte es diese anzureichern), falsifiziert sind (machen eine Neuformulierung gängiger theoretischer Erklärungen notwendig) oder passend sind (Konzepte gelten als bestätigt).

Die Autoren weisen abschließend darauf hin, dass keine Stufe diesen Auswertungsschemas übersprungen werden oder ausgelassen werden darf. Je nach Funktion des Experteninterviews im Forschungsprozess müsse die Auswertung bis zu den Stufen der soziologischen Konzeptualisierung (wenn das Kontextwissen der Experten erhoben werden soll) oder bis zur theoretischen Generalisierung (wenn das Betriebswissen der Experten im Mittelpunkt steht) vorangetrieben werden.

In dieser Untersuchung steht das Betriebswissen der Experten im Mittelpunkt des Interesses (s. Kap. II 2.2.1), daher wurde das Auswertungsschema bis zur letzten Stufe durchgeführt. Allerdings konnte die Stufe der theoretischen Generalisierung nicht durchgeführt werden, da kein theoretischer Rahmen existiert mit dem die entdeckten Konzepte verglichen werden können. Theorien, die bislang vorliegen,

sind nicht durchgängig als solche akzeptabel. Weiterhin erscheinen auch die Aussagen der befragten Therapeuten widersprüchlich.

## **3 Darstellung der Ergebnisse**

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Fragebogenerhebung dargestellt, beschrieben und interpretiert (Kap. II 3.1). Diese Darstellung erfolgt anhand der im Fragebogen vorgegebenen Fragestellungen. Im Anschluss werden die Resultate der Experteninterviews erläutert (Kap. II 3.2). Abschließend werden die durch die quantitativen und qualitativen Untersuchungsmethoden erhobenen Ergebnisse miteinander verknüpft (Kap. II 3.3).

### **3.1 Darstellung der Ergebnisse der Fragebogenerhebung**

Zunächst erfolgt die Darstellung der univariaten Datenauswertung, bevor auf die bi- und multivariate Auswertung eingegangen wird.

#### **3.1.1 Univariante Auswertung**

Die Darstellung der univariaten Auswertung erfolgt anhand der im Fragebogen erhobenen Kategorien.

##### **3.1.1.1 Soziodemographische Merkmale**

###### *Geburtsjahr:*

Die befragten Therapeuten waren durchschnittlich 52 Jahre alt ( $n=79$ ). Es ergibt sich eine Standardabweichung von 8,5 Jahren. Der älteste Therapeut war zum Zeitpunkt der Befragung 68 Jahre, der jüngste Therapeut 32 Jahre alt. Es ergibt sich also eine Spannweite von 36 Jahren (vgl. Anhang Diagr. 2).

###### *Geschlecht:*

70% der befragten Therapeuten geben an, weiblichen Geschlechts zu sein, während 30% auf die Kategorie „männlich“ fielen ( $n=80$ ). Es lässt sich eine Mehrheit des weiblichen Geschlechts feststellen.

###### *Postleitzahl:*

Es gingen Antworten aus fast allen Postleitzahlbereichen NRW's ein ( $n=80$ ). Lediglich aus der Region 44 (Dortmund) konnte kein Eingang verzeichnet werden (vgl. Anhang Tab. 26).

*Wohnortgröße:*

Mit Hilfe der Adressen und der ersten drei angegebenen Postleitzahl-Ziffern konnten die eingegangenen Antworten in verschiedene Wohnortgrößen zusammengefasst werden. Es ergab sich folgende Verteilung (n= 78):

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
0 – 50.000	29	<b>30,9</b>	37,2
50.001 – 100.000	13	13,8	16,7
100.001 – 200.000	10	10,6	12,8
200.001 – 500.000	15	16,0	19,2
mehr als 500.000 Einwohner	11	11,7	14,1
Gesamt	78	83,0	100,0

**Tab. 6:** Wohnortgröße

*Absolviertes Studium:*

Die Mehrheit der befragten Therapeuten gibt an, Psychologie studiert zu haben (77,1%) (n= 83). An zweiter Stelle wurden die Fächer Pädagogik/Sozialarbeit/Sozialpädagogik genannt (20,5%). Als sonstige studierte Fächer wurden Humanmedizin, Biologie, Geographie, Sozialwissenschaften und Sport benannt (5,4%).

*Erhalt der Approbation:*

Auf die Frage „Wann haben Sie die Approbation erhalten“ antwortet die Mehrheit der befragten Therapeuten mit der Jahresangabe: 1999 (64,1%, n= 78). Es kann angenommen werden, dass dieses Ergebnis mit dem seit 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeuten-Gesetzes zusammen hängt (vgl Kap. I 2.1). Der früheste genannte Zeitpunkt ist 1984, der späteste genannte ist 2008. 14,1% der Befragten geben an, die Approbation vor dem Jahr 1999 erhalten zu haben, 21,8% erhielten diese nach 1999 (vgl. Anhang Diagr. 3).

*Zusatzqualifikationen:*

88,8% der befragten Therapeuten geben an, Zusatzqualifikationen erworben zu haben, 11,3% verneinten dieses (n= 80). Bei der Frage nach den absolvierten Zusatzqualifikationen waren Mehrfachnennungen möglich.

Die angegebenen Zusatzqualifikationen sind überwiegend in den übenden Verfahren (Hypnotherapie, Hypnose, PMR, NLP, Biofeedback, 21,4%), in der Traumatherapie (EMDR, Traumatherapie, 21,4%) sowie in den Humanistischen Therapieansätzen (Gesprächs-, Gestalt-, Spieltherapie, Transaktionsanalyse, Psychodrama, 16,2%) und in den Systemischen Ansätzen (systemische Therapie, Familientherapie, 13,9%) absolviert worden.

	Antworten		Prozent der Befragten
	N	Prozent	
Dynamische Therapieansätze	7	4,0%	9,0%
Traumatherapie	37	<b>21,4%</b>	47,4%
Übende Verfahren	37	<b>21,4%</b>	47,4%
Humanistische Therapieansätze	28	<b>16,2%</b>	35,9%
Systemische Ansätze	24	<b>13,9%</b>	30,8%
Entspannungstechniken	9	5,2%	11,5%
Sonstige Zusatzqualifikationen	12	6,9%	15,4%
Medizinische Psychologie	3	1,7%	3,8%
Psychologischer Psychotherapeut	16	9,2%	20,5%
Gesamt	173	100,0%	221,8%

**Tab. 7:** Zusatzqualifikationen

Die weiteren angegebenen Zusatzqualifikationen werden im Folgenden erläutert:

- Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (9,2%).
- Sonstige Zusatzqualifikationen (Paar-, Sexualtherapie, Organisationsberatung, Supervisor, Gruppentherapie, Homöopathie, 6,9%)
- Entspannungstechniken (Tanz-, Bewegungs-, Wahrnehmungs-, Energietherapie, Autogenes Training, Yoga, 5,2%)
- Dynamische Therapieansätze (Analytische sowie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 4,0%)
- Medizinische Psychologie (Psychoonkologie, Orofacialtherapie, Neuropsychologie, 1,7%).

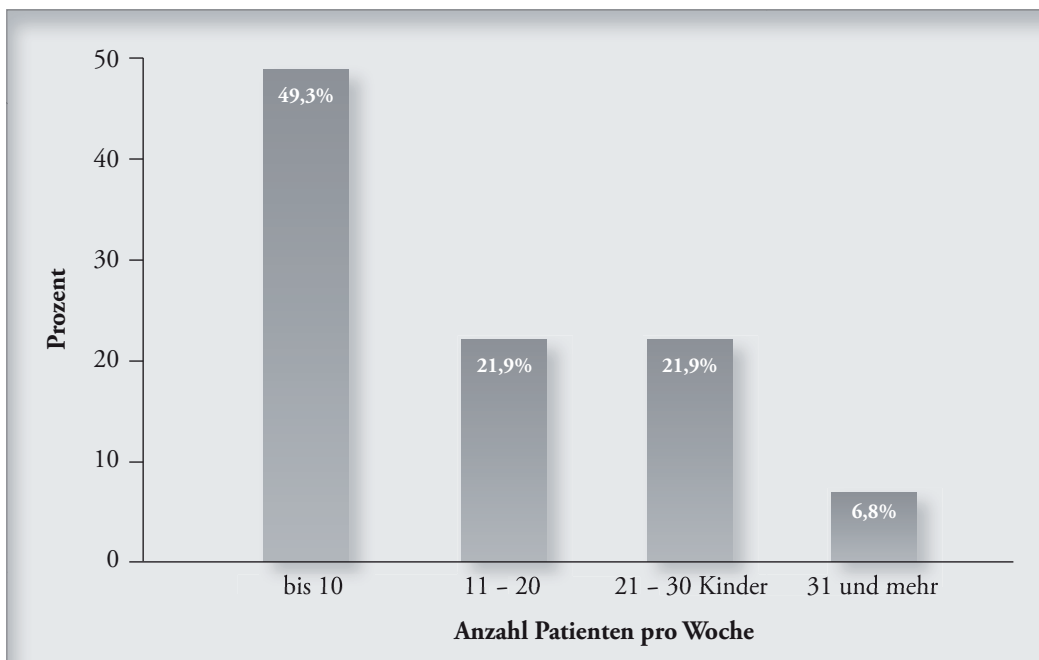
*Dauer der therapeutischen Tätigkeit:*

Die befragten Therapeuten geben an, durchschnittlich 18,4 Jahre als Therapeut tätig zu sein (n= 79). Die Standardabweichung liegt bei 8,8 Jahren, der größte Wert

bei 37 Jahren, der kleinste Wert bei 2 Jahren. Es ergibt sich also eine Spannweite von 35 Jahren bezogen auf die Dauer der therapeutischen Tätigkeit (vgl. Anhang Tab. 27).

*Durchschnittliche Patientenanzahl in einer Woche:*

Auf die Frage: „Wie viele Patienten (Kinder und Jugendliche) behandeln Sie durchschnittlich in einer Woche“ antworten die Therapeuten im Schnitt mit 14 Patienten (n= 73). Die Standardabweichung beträgt 12 Patienten. Die Angabe der Antworten reicht von einem Patienten bis hin zu 45 Patienten in der Woche.



**Diagr. 1:** Anzahl Patienten pro Woche

*Durchführung von Intelligenzdiagnostik:*

70,5% der befragten Therapeuten geben an, in ihrer Praxis Intelligenzdiagnostik durchzuführen, 29,5% verneinen dieses (n= 78).

Die Frage nach den benutzten Diagnostikverfahren konnte durch Mehrfachnennungen beantwortet werden. Dabei werden am häufigsten der HAWIK-IV (32,8%), am zweithäufigsten der CFT-20-R (25,2%), an Stelle 3 der K-ABC (20,2%) und an 4. Stelle sonstige Instrumente (16,0%) zur Intelligenzdiagnostik angewendet. An 5. Stelle wird der AID 2 (5,9%) benutzt.

	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Führen Sie den HAWIK IV durch?	39	<b>32,8%</b>	70,9%
Führen Sie den AID 2 durch?	7	5,9%	12,7%
Führen Sie den K-ABC durch?	24	<b>20,2%</b>	43,6%
Führen Sie den CFT 20-R durch?	30	<b>25,2%</b>	54,5%
Führen Sie sonstige Intelligenztestverfahren durch?	19	16,0%	34,5%
Gesamt	119	100,0%	216,4%

**Tab. 8:** Intelligenztestverfahren

Als sonstige Instrumente zur Intelligenzdiagnostik werden der Raven (6 Nennungen), der CPM (5 Nennungen), der SPM (4 Nennungen) sowie der IST 2000 (3 Nennungen) benannt.

29,5% der Therapeuten geben an, keine Intelligenzdiagnostik durchzuführen. Diese Personen schicken die Patienten zur Diagnostik in andere Institutionen (48,8%), nutzen Vorberichte (46,5%) oder nutzen andere Möglichkeiten (sonstiges 4,7%).

	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Ich nutze Vorberichte	20	<b>46,5%</b>	66,7%
Ich schicke Patienten zur Testung in andere Institutionen	21	<b>48,8%</b>	70,0%
Sonstiges Vorgehen, falls keine Intelligenztests durchgeführt werden	2	4,7%	6,7%
Gesamt	43	100,0%	143,3%

**Tab. 9:** Alternatives Vorgehen bei keiner Intelligenzdiagnostik

### 3.1.1.2 Zum Thema Hochbegabung

*Auseinandersetzung mit Thema Hochbegabung:*

Sich mit dem Thema Hochbegabung schon einmal auseinander gesetzt zu haben, geben 82,9% der befragten Therapeuten an (n= 76).



Die Frage, in welchem Rahmen diese Auseinandersetzung statt fand, konnte durch Mehrfachnennungen beantwortet werden. Sie erfolgte überwiegend über Lektüre (40,8%), Internet (16,9%) und Fortbildungen (16,2%).

	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Im Rahmen von Fortbildung mit Hochbegabung auseinander gesetzt?	21	<b>16,2%</b>	33,3%
Im Rahmen von Arbeitskreisen mit Hochbegabung auseinander gesetzt?	16	12,3%	25,4%
Im Rahmen von Lektüre mit Hochbegabung auseinander gesetzt?	53	<b>40,8%</b>	84,1%
Im Rahmen von Internet mit Hochbegabung auseinander gesetzt?	22	<b>16,9%</b>	34,9%
Im Rahmen von Sonstiges mit Hochbegabung auseinander gesetzt?	18	13,8%	28,6%
Gesamt	130	100,0%	206,3%

**Tab. 10:** Auseinandersetzung mit dem Thema Hochbegabung

Die sonstigen Nennungen lauteten: Ausbildung (Studium/Promotion, 4 Nennungen), Austausch mit Kollegen (4 Nennungen), eigene Erfahrung/Praxiserfahrung, Gespräche mit Eltern (3 Nennungen), Kontakt zu Selbsthilfegruppen/Mitarbeit in einem Verein/selber Fortbildung gegeben (3 Nennungen).

17,1% der Therapeuten geben an, sich noch nicht mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt zu haben. Diese Gruppe erscheint sehr klein und lässt sich eventuell auf eine Verzerrung der Stichprobe zurückführen. Möglicherweise haben jene Therapeuten einen Fragebogen ausgefüllt und zurückgesandt, denen das Thema Hochbegabung bekannt oder wichtig erscheint oder die bereits durch das Studium auf dieses Thema aufmerksam gemacht wurden und Interesse daran haben.

#### *Behandlung von hochbegabten Kindern und Jugendlichen:*

Kinder und Jugendliche mit einem IQ größer 130 wurden von 65,8% der befragten Therapeuten schon einmal behandelt (n= 76). Bezüglich der Anzahl handelt es sich durchschnittlich um drei bis vier hochbegabte Kinder und Jugendliche pro

Jahr (Mittelwert: 3,5 Patienten, Standardabweichung: 3,8 Patienten, Minimum: 1, Maximum: 20 Patienten) (vgl. Anhang Diagr. 4).

*Besonderheiten für die Personengruppe der hochbegabten Kinder und Jugendliche:*

Als Besonderheiten für die Personengruppe beschreiben die befragten Therapeuten (n= 48):

- Positive Eigenschaften (gewählte Ausdrucksweise, schnelle Auffassungsgabe, differenziertere Wahrnehmung etc., 26 Nennungen)
- Verhaltensauffälligkeiten/psychische Störungen (Depressionen, Phobien, Ängste etc., 25 Nennungen)
- Probleme im Sozialverhalten (soziale Konflikte, Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen, mangelnde soziale Kompetenz etc., 24 Nennungen)
- Therapiebezogene Angaben (gute therapeutische Beziehung, Verständnis therapeutischer Zusammenhänge etc., 8 Nennungen)
- Schulprobleme und emotionale Probleme (je 7 Nennungen)
- Negative Eigenschaften (Eigenwilligkeit, wenig angepasst etc., 6 Nennungen)
- Unterforderungs-/Überforderungsprobleme und Diskrepanzen (je 5 Nennungen)
- Familiäre Probleme (2 Nennungen)
- Sonstiges (1 Nennung)

### **3.1.1.3 Vergleich der Therapieanlässe**

Bezogen auf die Frage nach den Therapieanlässen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Hochbegabung waren Mehrfachantworten möglich. Es ließen sich verschiedene Äußerungen finden. Einige Antworten betrafen klassifizierbare Diagnosen (Depressionen, Phobien, Ängste, Zwänge, Anpassungsstörungen, psychosomatische Beschwerden, Essstörungen, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Enuresis/Enkopresis, Drogenmissbrauch, Psychosen), andere Antworten mussten in Kategorien zusammengefasst werden:

- Schulprobleme (Schulprobleme, Schulschwierigkeiten)
- Lern- und Leistungsstörungen (Schulleistungsstörungen, Leistungsverweigerung, Leistungsversagen)

- Soziale Probleme (soziale Anpassungsprobleme, soziale Ausgrenzung, soziale Probleme, Sozialverhalten, soziale Defizite, Sozialverhaltensauffälligkeiten)
- Familiäre Probleme (emotionale familiäre Unterversorgung, Familienprobleme, familiäre Probleme, familiäre Spannungen/Konflikte, familiäre Störungen, überforderte Eltern, Broken Home, Erziehungsprobleme, familiäre Beziehungsprobleme, familiäre Interaktion, Trennung/Scheidung der Eltern)
- Emotionale Probleme (emotionale Störung, emotionale Verhaltensprobleme, emotionale Instabilität)
- Selbstbewusstsein (Selbstwertprobleme, Selbstwertproblematik, Selbstunsicherheit, Selbstzweifel)
- Aggressionen (Aggressivität, aggressives Verhalten)
- Mobbing (Mobbing, Mobbingthemen)
- Sonstiges (andere Krankenbeteiligung, Verhaltensauffälligkeiten, Trauer, Selbstverletzungen, Wahrnehmungsstörungen, externalisierende Störungen).

Aufgrund dieser Einteilung ergeben sich folgende Unterschiede:

	Nichthochbegabte Patienten	Hochbegabte Patienten
Platz 1	Ängste (n= 51)	Soziale Probleme (n= 24)
Platz 2	Hyperkinetische Störungen (n= 44)	Ängste (n= 18) Hyperkinetische Störungen (n= 18)
Platz 3	Depressionen (n= 36)	Sonstiges (n= 14)
Platz 4	Essstörungen (n= 22)	Depressionen (n= 13)
Platz 5	Anpassungsstörungen (n= 20)	Störungen des Sozialverhaltens (n= 11) Schulprobleme (n= 11)
Platz 6	Störungen des Sozialverhaltens (n= 19)	Zwänge (n= 8) Essstörungen (n= 8) familiäre Probleme (n= 8) emotionale Probleme (n= 8)
Platz 7	Soziale Probleme (n= 18) familiäre Probleme (n= 18)	Selbstbewusstsein (n= 6)
Platz 8	Schulprobleme (n= 14)	Lern- und Leistungsstörungen (n= 5)
Platz 9	Sonstiges (n= 14)	Somatoforme Störungen (n= 4) Phobien (n= 4)
Platz 10	Zwänge (n= 13)	Anpassungsstörungen (n= 3)

**Tab. 11:** Vergleich der Therapieanlässe

Die Rangreihen der genannten Therapieanlässe entsprechen sich weitestgehend, jedoch lassen sich auch einige Unterschiede finden. So führen bei den hochbegabten Patienten „soziale Probleme“ die Rangreihe an, während diese im Vergleich zu der Rangreihe der nichthochbegabten Patienten eher im hinteren Feld genannt werden (Platz 7).

Auch im mittleren Feld der Nennungen (Plätze 4 – 7) ergeben sich einige Unterschiede: während bei hochbegabten Patienten „Schulprobleme“ und „Zwänge“ angegeben werden, lassen sich diese Nennungen bei nichthochbegabten Patienten im hinteren Feld finden (Plätze 8 – 10). Ebenfalls im Mittelfeld der Nennungen finden sich bei Hochbegabten „emotionale Probleme“ und „Selbstbewusstsein“, die bei Nichthochbegabten keine Berücksichtigung finden.

Im hinteren Feld (Plätze 8 – 10) der häufigsten Therapieanlässe lassen sich bei hochbegabten Patienten „Anpassungsstörungen“ finden, die bei der Gruppe der nichthochbegabten Patienten wesentlich früher (Platz 5) benannt werden.

Bei diesem Vergleich muss der geringe Anteil von Angaben berücksichtigt werden, der besonders bei der Gruppe der „hochbegabten Patienten“ deutlich wird.

### 3.1.1.4 Vergleich der Anwendung von Methoden

Auf die Frage nach der Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden waren Mehrfachnennungen möglich. Die befragten Therapeuten antworten wie folgt:

Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden in der <b>Therapie mit Kindern und Jugendlichen</b> (n= 78)	Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden in der <b>Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen</b> (n= 50)
Kognitive Methoden (20,9%)	Kognitive Methoden (26,4%)
Trainings (18,6%)	Trainings (23,0%)
Methoden aus anderen Verfahren (15,1%)	Methoden aus anderen Verfahren (14,4%)
Konfrontationsverfahren (14,2%)	Entspannungsverfahren (12,6%)
Entspannungsverfahren (14,0%)	Konfrontationsverfahren (9,8%)
Operante Verfahren (12,8%)	Operante Verfahren (8,6%)
Sonstige Methoden (4,4%)	Sonstige Methoden (5,2%)

**Tab.12:** Vergleich angewandter verhaltenstherapeutischer Methoden

Es lassen sich hinsichtlich der Reihenfolge einzelner angewandter Methoden keine gravierenden Unterschiede zwischen den Gruppen finden. Lediglich die Plätze vier und fünf (Konfrontationsverfahren, Entspannungsverfahren) werden in der Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen in einer anderen Reihenfolge benannt. Bei beiden Patientengruppen finden also die gleichen Methoden gleich häufig Anwendung.

Unter „Methoden aus anderen psychotherapeutischen Verfahren“ wurde in der Gruppe „alle Patienten“ folgende Aspekte benannt:

- Hypnotherapie, Imagination, Spieltherapie, Familientherapie, EMDR, Traumatherapie, Gestalttherapie, Systemische Therapie, Rollenspiele.

Diese genannten Methoden entsprechen den von den Therapeuten erworbenen Zusatzqualifikationen. Es lässt sich feststellen, dass die Therapeuten ihre, durch die Zusatzqualifikationen erworbenen Kenntnisse, in den Therapien einsetzen und anwenden.

„Elemente aus anderen Verfahren“, die in der Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen angewandt werden, wurden von den Therapeuten benannt:

- Hypnotherapie, Familientherapie, Systemische Therapie, Rollenspiele, EMDR, Traumatherapie, Gestalttherapie.

Auch bei dieser Sammlung der Antworten lassen sich Entsprechungen zu den Zusatzqualifikationen finden.

Insgesamt lassen sich Vergleiche zu den Zusatzqualifikationen der Therapeuten finden. Die Therapeuten wenden die Methoden in den Therapien an, die sie durch die Zusatzqualifikationen erworben haben.

### **3.1.1.5 Vergleich der Therapiedauer**

Die befragten Therapeuten geben an, Kinder und Jugendliche mit durchschnittlich 33,9 Therapiestunden zu behandeln (n= 78). Die Standardabweichung beträgt 13,3 Therapiestunden. Hochbegabte Kinder und Jugendliche werden, nach den Angaben der Therapeuten, mit durchschnittlich 30,3 Therapiestunden behandelt (n= 48). Die Standardabweichung beträgt 12,9 Therapiestunden.

Mit den Bezugspersonen der nichthochbegabten Patienten arbeiten Therapeuten insgesamt 11,8 Therapiestunden (n= 77), mit denen der hochbegabten Patienten 8,3 Therapiestunden (n= 48) (vgl. Anhang Tab. 28).

Es lassen sich insgesamt eine kürzere Therapiedauer und auch eine reduzierte Bezugspersonenstundenzahl bei den hochbegabten Kindern und Jugendlichen finden.

### 3.1.1.6 Interaktionsgestaltung

#### *Therapieerleben*

Bezogen auf die Frage „Wie erleben Sie die therapeutische Arbeit mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur therapeutischen Arbeit mit normalbegabten Kindern und Jugendlichen“, lassen sich die Antworten in folgende Kategorien zusammenfassen (n= 52):

- Intensiver/spannend/herausfordernd (28,1%):
  - o inzwischen sehr spannend, weil dieses Klientel die Kluft zwischen emotionalen und kognitiven Verstehen lernen muss und weil es so schöne Missverständnisse gibt; sehr interessant, sehr dankbar, wenn sie Vertrauen gefasst haben; herausfordernd, interessant, meist auch hohes emotionales Tempo, darum intensiver/schnellere Erfolge etc.
- Anstrengender/fordernder (22,8%):
  - o intensiver, fordernder, Überhöhung eigenen Anspruchs, zu starke Vernunftsapelle; aber auch fordernd und mit höherem eigenen therapeutischen Aufwand; intensiver; höhere Ansprüche an die Person der Therapeutin (die klar geäußert werden) etc.
- Leichter (8,8%):
  - o manchmal leichter, weil sie schnell und gut verstehen, im Anfang etwas befängener (bin ich klug genug?); annehmender, einfacher, deutlich strukturierter, zielorientierter, „schneller“; weniger anstrengend etc.

- Keine Unterschiede (7,0%):
  - nicht anders – das kognitive Angebot wird dem aktuellen Leistungsniveau angepasst; kein genereller Unterschied; das liegt sehr an der konkreten Problematik des einzelnen
- Weitere Hinweise (19,3%):
  - Therapien können sehr stark kognitiv ausgerichtet sein; kommt oft der Arbeit mit Erwachsenen gleich; hoch konzentriert, klare Rückmeldungen, entscheiden klar, ob
- Keine Aussage möglich (14,0%):
  - ich gebe ihnen andere Kontaktstellen aufgrund eigener mangelnder Erfahrung; habe noch keine gehabt; die therapeutische Arbeitsbeziehung ist meines Erachtens nicht von der Begabung des Kindes/Jugendlichen abhängig etc.

Die Mehrheit der befragten Therapeuten berichtet davon, den Therapieprozess mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen anders zu erleben, als den mit normalbegabten Kindern und Jugendlichen. Sie benennen angenehme sowie anstrengende Aspekte, wobei jedoch die herausfordernden Aspekte überwiegen.

*Anderes Vorgehen in der therapeutischen Arbeit mit hochbegabten Patienten:*

54,9% der befragten Therapeuten geben an, dass sie therapeutisch anders mit hochbegabten Patienten vorgehen, 45,1% verneinen dieses (n= 51).

Die Begründungen für anderes Vorgehen lassen sich aufteilen in die Aspekte „Patient“ (10 Nennungen) sowie in „Therapeut/Therapeutisches Vorgehen“ (20 Nennungen).

Bezüglich des Patienten schreiben die Therapeuten, dass dieser:

- über ein höheres Abstraktionsniveau verfüge und daher
- kognitiv eher erreichbar sei.
- Zudem habe der hochbegabte Patient ein anderes Verständnis für den Zusammenhang von Leid und Lebenssituation,
- er sei im intellektuellen Bereich voraus,
- im emotionalen Bereich hinterher,
- erlebe sich oft anders,



- leide unter einer beeinträchtigten Empathiefähigkeit und unter einem beeinträchtigten emotionalen Spektrum,
- habe häufig ein gestörtes Selbstwertgefühl bedingt durch eine lange Zeit der Kritik sowie Erfahrungen der Ablehnung.

Die Begründungen für ein verändertes therapeutisches Vorgehen mit hochbegabten Patienten beziehen sich nach Angabe der Befragten also überwiegend auf die hohen kognitiven Fähigkeiten dieser Patienten und ihrer Einschränkungen im emotionalen Bereich.

Bezüglich des Therapeuten/Therapeutischen Vorgehens beschreiben die befragten Therapeuten:

- dass sie häufig eher kognitiv mit diesen Patienten arbeiten,
- ihnen mehr Informationen und Psychoedukation bieten,
- das Wechselspiel von emotionalen und kognitiven Anteilen fokussieren,
- dabei emotionale Inhalte in kleinen Schritten erarbeiten lassen.
- Sie vermitteln diesen Patienten Strategien, sich in schwierigen sozialen Situationen zurecht zu finden, sowie soziale Kompetenzen.
- Die Therapeuten geben an ressourcenorientiert vorzugehen,
- flexibel auf das Tempo und die Fähigkeiten der Patienten eingehen,
- eher zum Entwickeln eigener Schritte anleiten als diese vorzugeben und
- eine altersgemäße Selbstverantwortung zu trainieren.
- Nach Angabe der Therapeuten seien mit diesen Patienten mehr intensive Gespräche möglich,
- die Diskussionen machten mehr Spaß,
- in den Therapien sei ein schnellerer Fortschritt zu beobachten,
- die Beziehungsgestaltung sowie Kommunikation sei zutreffender.

Die Begründungen für ein verändertes therapeutisches Vorgehen beziehen sich ebenfalls auf die hohen kognitiven Fähigkeiten der Patienten und ihre Einschränkungen im emotionalen und sozialen Bereich. Es lassen sich weiterhin Entsprechungen zu den Therapieanlässen (soziale Probleme), angewandten therapeutischen

Methoden (kognitive Methoden) und der kürzeren Therapiedauer („schnellerer Fortschritt“ beobachtbar) finden.

*Vergleich des Arbeitsaufwands:*

Auf die Frage „Bereitet Ihnen die verhaltenstherapeutische Behandlung von Kindern/Jugendlichen mit einem IQ > 130 mehr /weniger /gleichviel Arbeitsaufwand als die verhaltenstherapeutische Behandlung normalbegabter Kinder/Jugendlicher? (Bitte unterstreichen)“ sehen die Antworten wie folgt aus (n= 50):

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Weniger	5	5,3	10,0
Gleichviel	31	<b>33,0</b>	62,0
Mehr	14	14,9	28,0
Gesamt	50	53,2	100,0

**Tab. 13:** Vergleich des Arbeitsaufwands

Als Begründungen für den gleich hohen Arbeitsaufwand werden angegeben:

- Gehe individuell auf Kinder ein/generell Arbeit mit individualisierten Behandlungskonzepten/jeder bekommt das, was er braucht
- Arbeite rein kognitiv mit ihnen
- Kognitiv oft einfacher, im Ausprobieren ängstlicher/vorsichtiger
- Verstehen schneller, haben aber andere „Hürden“ zu überwinden/nur andere Schwerpunkte/Unterschiede im Inhalt nicht in Arbeitsaufwand
- Schnelle Erfolge, gute Introspektion
- Kinder sind wacher und reger, damit anstrengender (Behandlung muss gut begründet sein)
- Schwieriger herauszubekommen, wo Kind steht
- Muss sich als Therapeut selber hinterfragen (logische Argumentation, transparent genug)
- Abhängig von Symptomatik.

In den Begründungen für einen erhöhten Arbeitsaufwand wurde darauf verwiesen, dass die Patienten schneller kognitiv arbeiten, mehr kognitive Verfahren for-

dern, einen schwierigen Umgang mit Emotionen zeigen, teilweise anstrengender im Kontakt seien und langjährige Probleme/Verhaltensmuster im Vordergrund der Therapie stünden.

Für 5,3% der Therapeuten stellt die Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen weniger Arbeitsaufwand dar.

### 3.1.1.7 Abschließend

#### *Berücksichtigung Besonderheiten Hochbegabter:*

Bezogen auf die Frage „Müssen Ihrer Ansicht nach die Besonderheiten hochbegabter Kinder und Jugendlicher in der verhaltenstherapeutischen Arbeit Rücksicht finden?“ antworten 69,7% mit der Antwort „ja“, 30,3% mit der Antwort „nein“ (n= 66).

Als Begründung für die Berücksichtigung der Besonderheiten hochbegabter Patienten weisen die Therapeuten darauf hin, dass Spezialkenntnisse erforderlich seien, wie bei jeder anderen spezifischen Störung auch, dass die Therapie individuell zugeschnitten werden müsse, dass sich die Grundproblematik von der anderer unterscheide und dass diese Kinder andere Methoden brauchen.

In diesen Begründungen wird auf die „Besonderheiten“ dieser Patienten hingewiesen: sie haben eine andere Denk- und Auffassungsschiene, andere kognitive und emotionale Stile. Sie passen nicht in den Rahmen, es sei Elternberatung in höherem Maß erforderlich, da die Erwartungen der Eltern zu relativieren seien und die Reaktionen des Umfelds andere seien.

In der Therapie müsse daher auf die Besonderheiten eingegangen werden, die Therapie müsse dem „Intelligenzalter“ des Kindes angepasst werden. Die Verhaltensdiagnostik und Therapieplanung müssten nicht verändert werden, allerdings seien Erklärungen zum „Krankheitsbild“ notwendig, mehr Sorgfalt beim Aufbau der Vertrauensbasis und sehr viel Rückmeldung, einige Methoden seien weniger hilfreich (Verstärkerpläne wirken lächerlich).

Der Therapeut, argumentiert ein Großteil der Befragten, müsse sich auf die schnellere Denkweise dieser Patienten einstellen, seine Therapieplanung hinterfragen und psychodynamische Gesichtspunkte sowie systemische Ansätze einbeziehen.

Ein anderer, kleiner Teil der Therapeuten sieht hingegen keine explizite Notwendigkeit, die Besonderheiten Hochbegabter besonders zu berücksichtigen: „Jede Besonderheit muss berücksichtigt werden, das ist nichts spezifisches für Hochbegabte“.

#### *Therapiemanual für die Arbeit mit Hochbegabten:*

Es brauche kein eigenes Therapiemanual für die verhaltenstherapeutische Arbeit mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen geben 79,0% der befragten Therapeuten an (n= 62).

Als Begründung wurde angeführt, dass es genügend Therapieansätze gebe, die für hochbegabte Kinder und Jugendliche genutzt werden könnten, dass es eines individuellen Therapieplans bedürfe, dass die Therapieanlässe Hochbegabter unterschiedlich seien und nicht die Hochbegabung an sich behandelt werde.

Als Begründung dafür, dass es ein eigenes Therapiemanuals benötige (wie es 21,0% der Befragten angaben), wurde angeführt, dass es als Handwerkszeug für Therapeuten hilfreich sein könnte, es könnte Orientierung und Handlungsanleitung bieten, Struktur ermöglichen, an die sich der Therapeut orientieren könne, könnte die Therapievorbereitung erleichtern, kann neue Ideen und Anregungen liefern und auf spezifische Probleme und Möglichkeiten hinzuweisen. Es sollte nach Angabe der Therapeuten einen Elternratgeber enthalten, Erklärungen, Übungen zum Selbstbild und soziale Fähigkeiten enthalten, damit die Kinder den Spaß und die Motivation behalten. Zusammenfassend wurde als Begründung für ein Therapiemanual genannt: „Weil die Orientierung an Störungsbildern zu kurz greift, wenn man die intellektuellen Voraussetzungen übersieht“.

#### *Therapiekonzept für die Arbeit mit Hochbegabten:*

Die Antwort auf die Frage „Sind Sie der Meinung, es müsste ein Therapiekonzept für die verhaltenstherapeutische Arbeit mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen geben“ fiel wenig eindeutig aus (n= 63): 52,4% sprechen sich dagegen aus, 47,6% sprechen sich dafür aus. Kritisch angemerkt wird, dass die Verhaltenstherapie ausreichend sei für die Arbeit mit hochbegabten Patienten, dass Hochbegabung an sich keine Krankheit sei und dass ein Therapiemanual ausreichend sei.

Die Begründungen, warum es ein Therapiekonzept für die Arbeit mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen brauche und wie es aussehen könnte, waren vielfältig. Sie betrafen die Aspekte:

- Berücksichtigung ihrer besonderen Lebenserfahrung, Unterstützung mit ihrer „Andersartigkeit“ umzugehen
- Informationsvermittlung, Abriss über die häufigsten Probleme, Störungen und Behandlung
- Berücksichtigung anderer Auffassungsgabe, muss ihnen für das Selbstverständnis transparent gemacht werden
- Selbst-Bild und Bild des Gegenüber, Intellektualisieren reduzieren
- Modelle zur Förderung sozialer Kompetenz, Gemeinschaft erlebbar machen, insbesondere zwischenmenschliche Probleme thematisieren
- Einsatz von Kreativität und Flexibilität erhöhen, alternative Vorgehensweise einsetzen, um Kinder zu erreichen, verstehen, fördern, nicht zu unterfordern, therapeutischen Prozess spannend gestalten, Darstellung sinnvoller – als interessant empfundener Methoden und Übungen
- Angemessenes Eltern-Kind-Verhältnis erarbeiten, Familienprozesse die „typisch“ sind thematisieren
- Arbeit mit Lehrern, Kontakt zu Verbänden herstellen, die sich dem Thema Hochbegabung widmen, mehr Freizeiteinrichtungen im Bereich Hochbegabung nutzen, Vernetzung mehrerer Helfersysteme
- Systemische Perspektive einbringen
- Ressourcenaktivierung.

### **3.1.2 Bi- und multivariate Auswertung**

Im Folgenden werden zunächst die bivariaten Ergebnisse dargestellt und interpretiert, bevor auf die multivariate Auswertung eingegangen wird.

#### **3.1.2.1 Bivariate Auswertung**

Zunächst wurde ein Diagramm erstellt, welches nicht im Sinne eines theoretisch fundierten Pfadmodells verstanden werden soll, aber dennoch eine logische Pfadstruktur enthält. Im ersten Variablenblock finden sich Variablen, die Rückschlüsse

auf soziodemographische bzw. berufsdemographische Daten zulassen (Geschlecht, Wohnortgröße, Patientenanzahl pro Woche, Dauer therapeutische Tätigkeit). Der zweite Block enthält Variablen, die auf das Kenntnisniveau zum Thema Hochbegabung sowie der Erfahrung mit hochbegabten Patienten der befragten Therapeuten schließen lassen (mit Hochbegabung auseinandergesetzt, hochbegabte Patienten behandelt, wird Intelligenzdiagnostik durchgeführt, Anzahl hochbegabter behandelter Patienten pro Jahr, Therapiestunden mit hochbegabten Patienten). Der dritte Variablenblock enthält die Zielvariablen (Arbeitsaufwand, braucht es ein eigenes Therapiekonzept). Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen als auch innerhalb der Variablenblöcke dargestellt (ab Niveau von  $r \geq 0,3$ ; \* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; \*\*\* =  $p < 0,001$ ).

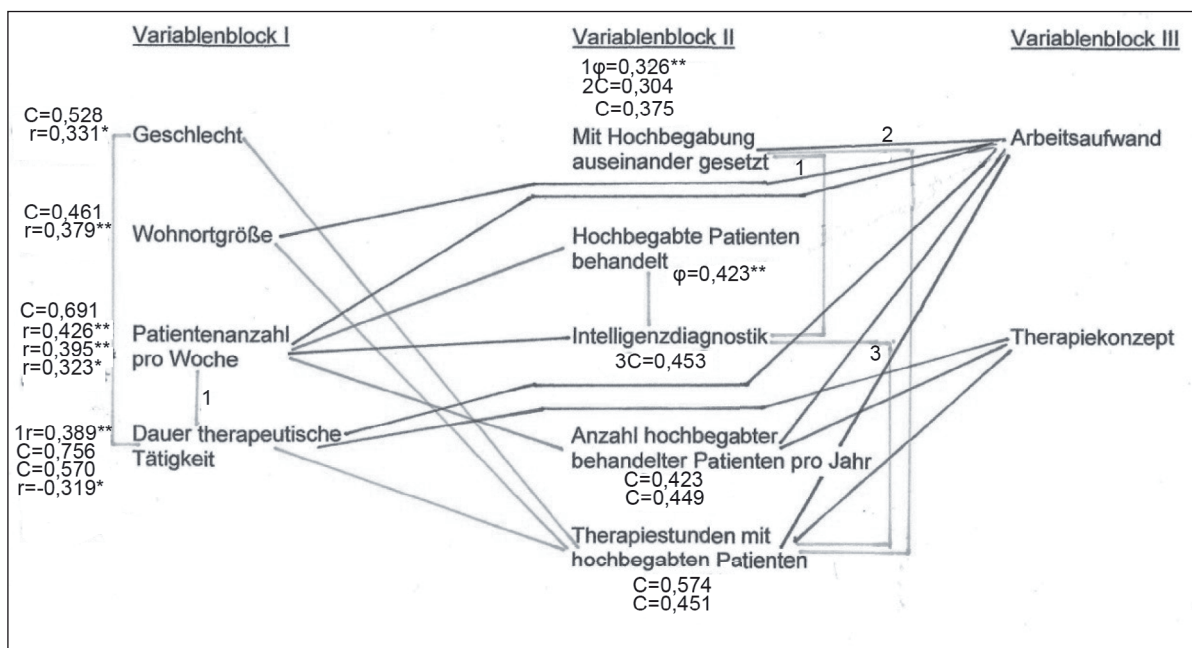


Abb. 5: Pfaddiagramm

#### Zwischen den Blöcken:

Die Variable „hochbegabte Patienten behandelt“ wird beeinflusst von der „Anzahl der behandelten Patienten pro Woche“ ( $r = -0,426$ ;  $p < 0,01$ ).

Keine hochbegabten Patienten behandelt zu haben gibt die Mehrheit der Therapeuten an, die nur bis zu 10 Patienten in der Woche behandeln (52,9%). Therapeuten, die 11 und mehr Patienten pro Woche behandeln, geben häufiger an, hochbegabte Patienten behandelt zu haben (81,3% – 100%) (vgl. Anhang Tab.

29 – 30, Diagr. 5). Es kann vermutet werden, dass mit steigender Patientenzahl pro Woche auch die Wahrscheinlichkeit steigt, hochbegabte Patienten zu versorgen.

Ebenfalls lässt sich ein Zusammenhang zwischen den Variablen „Anzahl Patienten pro Woche“ sowie „Intelligenzdiagnostik“ nachweisen ( $r = -0,395$ ,  $p < 0,01$ ).

Therapeuten, die bis zu 10 Patienten pro Woche behandeln, führen häufiger keine Intelligenzdiagnostik durch (44,4%) im Vergleich zu den Kollegen, die 11 und mehr Patienten pro Woche behandeln (12,5% – 0%) (vgl. Anhang Tab. 31 – 32, Diagr. 6). Es ist denkbar, dass ein Intelligenztest erst ab einer bestimmten Patientenzahl als lohnenswert erscheint, da dieser einen hohen finanziellen und zeitlichen Aufwand bedeutet. Zudem gibt es verschiedene Alternativen, zwischen denen ein Therapeut wählen kann (Diagnostik in anderen Praxen oder Kliniken).

Auch die Variable „Anzahl der behandelten hochbegabten Patienten pro Jahr“ wird von der „Anzahl Patienten pro Woche“ beeinflusst ( $r = 0,323$ ,  $p < 0,05$ ). Die Mehrheit der Therapeuten, die bis zu 10 Patienten pro Woche behandeln (58,1%), gibt an, keine hochbegabten Patienten behandelt zu haben. Therapeuten, die 11 und mehr Patienten pro Woche behandeln, gibt häufiger an sechs und mehr hochbegabte Patienten pro Jahr zu behandeln (6,7% – 31,3%) (vgl. Anhang Tab. 33 – 34, Diagr. 7). Dieses hängt mutmaßlich, wie bereits oben schon erwähnt, mit der steigenden Wahrscheinlichkeit zusammen, auf einen hochbegabten Patienten zu treffen, wenn eine hohe Patientenzahl versorgt wird.

Die Variable Therapiestunden mit hochbegabten Patienten wird von mehreren Variablen beeinflusst. So lässt sich feststellen, dass die Variablen Geschlecht ( $r = 0,331$ ;  $p < 0,05$ ), Wohnortgröße ( $r = 0,379$ ;  $p < 0,05$ ) und Dauer therapeutische Tätigkeit ( $r = -0,319$ ;  $p < 0,05$ ) einen Einfluss auf diese Variable nehmen.

Männliche Therapeuten führen überwiegend weniger Therapiestunden mit hochbegabten Patienten durch (72% geben an bis zu 25 Therapiestunden, also eine Kurzzeittherapie, durchzuführen) im Vergleich zu ihren weiblichen Kollegen (57,1% geben an 26 – 45 Therapiestunden, also eine Langzeittherapie, durchzuführen) (vgl. Anhang Tab. 35 – 36, Diagr. 8). Über diesen Zusammenhang kann nur spekuliert werden. Bezogen auf Therapiestunden mit nichthochbegabten Patienten zeichnet sich das gleiche Bild ab, auch wenn zwischen diesen Variablen nur eine sehr geringe Korrelation nachgewiesen werden kann. Aufgrund dessen kann vermutet



werden, dass weibliche Therapeuten sich möglicherweise mehr Zeit für einzelne Therapieabschnitte nehmen (beispielsweise für die Probatorik, Beziehungsgestaltung oder Stabilisierung der Ergebnisse).

Auch in Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern werden hochbegabte Patienten durchschnittlich mit mehreren Therapiestunden und im Rahmen einer Langzeittherapie (26 – 45 Therapiestunden) behandelt (vgl. Anhang Tab. 37 – 38). Möglicherweise entstehen längere Behandlungszeiträume durch Überweisungen an Spezialisten oder Fachinstitutionen. Denkbar wäre auch eine gesundheitliche Ungleichheit aufgrund regionaler Unterschiede, die für unterschiedlich lange Behandlungszeiträume verantwortlich ist.

Weiterhin hat die Variable Dauer therapeutische Tätigkeit einen Einfluss auf die Therapiestunden mit hochbegabten Patienten. Während Therapeuten mit einer Berufsdauer von ein bis zwanzig Jahren überwiegend Langzeittherapien mit Hochbegabten durchführen (mehr als 25 Therapiestunden), ist zu beobachten, dass überwiegend Kurzzeittherapien (bis zu 25 Therapiestunden) durchgeführt werden, wenn eine längere Berufserfahrung vorliegt (21 – 40 Jahre). Mit zunehmender Berufserfahrung werden also weniger Therapiestunden durchgeführt (vgl. Anhang Tab. 39 – 40). Vorstellbar wäre, dass mit zunehmender Berufserfahrung die Gestaltung der therapeutischen Prozesse effektiver erfolgt und daher weniger Therapiestunden benötigt werden. Denkbar wäre auch eine höhere Arbeitsbelastung bei längerer Berufserfahrung (und damit auch einem höheren Alter) und sich die Therapeuten aus diesem Grund im Rahmen von weniger Stunden mit den Patienten befassen.

Die Zielvariable „Arbeitsaufwand“ wird von mehreren Variablen beeinflusst.

Jene Therapeuten, die sich mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt haben, geben häufiger an (66,7%), dass die Therapie mit Hochbegabten gleichviel Arbeitsaufwand bedeute ( $C = 0,375$ ;  $p < 0,05$ ), während die Mehrheit der Kollegen, die sich nicht mit dem Thema auseinander gesetzt hat, angibt (80%), einen vermehrten Arbeitsaufwand zu haben (vgl. Anhang Tab. 41 – 42). Es kann davon ausgegangen werden, dass bei einer geringen Kenntnis zu einem Thema ein vermehrter Arbeitsaufwand zu leisten ist, um sich in das Thema einzuarbeiten.

Die Therapeuten, die keine hochbegabten Patienten behandelt haben, geben zu einem höheren Prozentsatz (50%) an, dass die Arbeit mit hochbegabten Patienten

mehr Arbeitsaufwand bedeute im Vergleich zu den Kollegen, die sechs und mehr hochbegabte Patienten pro Jahr behandeln (14,3%) ( $C= 0,423$ ) (vgl. Anhang Tab. 43 – 44). Auch hier kann eine Routine im Umgang mit diesen Patienten vermutet werden, die sich bei einer höheren Patientenanzahl einstellt und zu einem subjektiv geringer wahrgenommenem Arbeitsaufwand führt.

Mehr Arbeitsaufwand bedeutet die Therapie mit hochbegabten Patienten für jene Therapeuten, die überwiegend weniger Therapiestunden (bis zu 25 Therapiestunden) mit Hochbegabten durchführen im Vergleich zu jenen, die mehr als 46 Therapiestunden durchführen (0%) ( $C= 0,574$ ) (vgl. Anhang Tab. 45 – 46, Diagr. 9).

Auch haben einige Variablen aus dem ersten Block einen Einfluss auf die Variable Arbeitsaufwand, so sind es die Variablen Wohnortgröße ( $C= 0,461$ ), Patientenanzahl pro Woche ( $C= 0,691$ ) sowie Dauer der therapeutischen Tätigkeit ( $C= 0,756$ ).

Es lässt sich feststellen, dass die Mehrheit jener Therapeuten angibt (45%), dass die Arbeit mit hochbegabten Patienten mehr Arbeitsaufwand bedeute, die aus Städten mit bis zu 50.000 Einwohnern kommen. Therapeuten, die aus Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern kommen, geben überwiegend an (85,7%), dass es gleichviel Arbeitsaufwand für sie bedeute (vgl. Anhang Tab. 47 – 48, Diagr. 10). Denkbar erscheint, dass Therapeuten, die in größeren Städten arbeiten, ein anderes Klientel versorgen, was sich möglicherweise auf den subjektiv empfundenen Arbeitsaufwand auswirkt.

Die Therapeuten, die bis zu 10 Patienten pro Woche behandeln, geben häufiger an, dass die Arbeit mit hochbegabten Patienten mehr Arbeitsaufwand bedeute (31,3%) im Vergleich zu den Kollegen, die mehr als 10 Patienten pro Woche behandeln (20% – 30,8%) (vgl. Anhang Tab. 49 – 50, Diagr. 11). Unter Umständen behandeln Therapeuten, die mehr als 10 Patienten pro Woche versorgen, auch häufiger hochbegabte Patienten, so dass sie routinierter im Umgang mit diesen Patienten sind.

Während 100% der Therapeuten, die über 30 Jahre in ihrem Beruf tätig sind, angeben, dass die Arbeit mit Hochbegabten weniger bis gleichviel Arbeitsaufwand bedeute, so verändert sich das Bild derjenigen, die über eine kürzere Berufserfahrung verfügen. 100% der bis zu 10 Jahre tätigen Therapeuten geben an, dass diese Arbeit gleichviel bis mehr Arbeitsaufwand bedeute (vgl. Anhang Tab. 51 – 52, Diagr. 12).

Die längere Berufserfahrung scheint hier ausschlaggebend für den wahrgenommenen Arbeitsaufwand zu sein.

Die Frage, ob es ein eigenes Therapiekonzept für die Arbeit mit hochbegabten Patienten brauche, wird von den beiden Variablen „Anzahl hochbegabter behandelter Patienten pro Jahr“ ( $C= 0,449$ ) und „Therapiestunden mit hochbegabten Patienten“ ( $C= 0,451$ ) aus dem zweiten Block sowie der Variable „Dauer therapeutische Tätigkeit“ ( $C= 0,570$ ) aus dem ersten Variablenblock beeinflusst.

Die Mehrheit der Therapeuten, die angeben keine hochbegabten Patienten behandelt zu haben, präferiert ein eigenes Therapiekonzept für dieses Klientel (61,5%). Jene Therapeuten, die jedoch sechs und mehr hochbegabte Patienten pro Jahr behandeln, geben mehrheitlich an, dass es keines eigenen Therapiekonzepts bedarf (85,7%) (vgl. Anhang Tab. 53 – 54, Diagr. 13). Vermutlich hängt hier die geringe Kenntnis mit dem Wunsch nach Handreichungen zusammen. Möglicherweise steigt auch mit der Anzahl der behandelten hochbegabten Patienten die therapeutische Routine im Umgang mit diesen Patienten.

Bezüglich der Anzahl der durchgeführten Therapiestunden mit hochbegabten Patienten lässt sich feststellen, dass mit steigender Anzahl der Therapiestunden auch die Zustimmung, dass es ein eigenes Konzept bedarf, steigt (vgl. Anhang Tab. 55 – 56, Diagr. 14). Möglicherweise werden trotz steigender Stundenanzahl nicht die gewünschten Ergebnisse erzielt, so dass ein Konzept präferiert wird.

Es lässt sich feststellen, dass die ein bis zehn Jahre tätigen Therapeuten überwiegend angeben, ein eigenes Therapiekonzept für die Arbeit mit hochbegabten Patienten zu benötigen (68,8%). Mit zunehmender Dauer der therapeutischen Tätigkeit jedoch kehrt sich dieses Bild um: 11 – 20 Jahre tätige Therapeuten lehnen zu 55,0% ein eigenes Therapiekonzept ab, 21 – 30 Jahre tätige Therapeuten lehnen es zu 59,1% ab und 100% der 31 – 40 Jahre tätigen Therapeuten geben an, kein Therapiekonzept zu benötigen (vgl. Anhang Tab. 57 – 58). Vermutet werden kann eine höhere Sicherheit und Routine im therapeutischen Vorgehen bei den Therapeuten, die über eine längere Berufserfahrung (mehr als 10 Jahre) verfügen.

*Innerhalb der Blöcke:*

Innerhalb der oben definierten Variablenblöcke lassen sich ebenfalls Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen finden.

*Innerhalb Block I*

Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen den Variablen Geschlecht und Dauer therapeutischer Tätigkeit feststellen ( $C = 0,528$ ). Die Therapeuten, die über 31 bis 40 Jahre Berufserfahrung verfügen, sind überwiegend männlich (75%), während es nur noch 34,6% derjenigen mit einer Berufserfahrung von 21 bis 30 Jahre und nur noch 15% der ein bis zehn Jahre tätigen Therapeuten sind (vgl. Anhang Tab. 59 – 60). Dieses deutet auf eine Feminisierung des Berufsbildes hin.

Ebenfalls lassen sich Zusammenhänge zwischen der Patientenanzahl pro Woche und der Dauer der therapeutischen Tätigkeit feststellen ( $r = -0,389$ ;  $p < 0,01$ ). Während 58,8% der ein bis zehn Jahre tätigen Therapeuten 21 bis 31 und mehr Patienten pro Woche behandeln, gibt die Mehrheit der jeweils länger tätigen Therapeuten an, durchschnittlich bis zu zehn Patienten pro Woche zu behandeln (75% von den 31 bis 40 Jahre tätigen Therapeuten). Mit zunehmender Dauer der therapeutischen Tätigkeit lässt sich eine Reduktion der Anzahl der behandelten Patienten pro Woche feststellen (vgl. Anhang Tab. 61 – 62, Diagr. 15). Dieses könnte möglicherweise mit der Arbeitsbelastung zusammenhängen, die mit steigender Berufstätigkeit zunimmt und durch eine reduzierte Patientenanzahl deutlich wird. Zusätzlich sind erfahrene Therapeuten häufig in der Ausbildung jüngerer Kollegen involviert, durch z.B. Referenten- oder Supervisorentätigkeit, so dass sich dadurch eine reduzierte Patientenanzahl erklären lassen könnte.

*Innerhalb des zweiten Variablenblocks* lassen sich folgende Zusammenhänge der Variablen finden:

Jene Therapeuten, die angeben, sich mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt zu haben, geben zu 77,8% an, dass sie Intelligenzdiagnostik durchführen ( $\phi = 0,326$ ;  $p < 0,01$ ) (vgl. Anhang Tab. 63 – 64). Vermutet werden kann, dass die Therapeuten, die sich inhaltlich mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt haben, von der Bedeutung ihrer Erkenntnis/Diagnostik wissen und daher häufiger einen Test zur Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit durchführen.

Auch führen die Therapeuten, die sich mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt haben, überwiegend mehr Therapiestunden mit Hochbegabten durch (46 und mehr Therapiestunden: 100%) ( $C=0,304$ ) (vgl. Anhang Tab. 65 – 66, Diagr. 16). Es kann spekuliert werden, dass Therapeuten, die sich nicht mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt haben, die Störung behandeln, aufgrund derer eine Therapie beantragt wurde. Möglicherweise wird dabei jedoch der zusätzliche Aspekt der Hochbegabung außer Acht lassen, so dass eine kürzere Behandlungszeit entsteht. Vermutlich führt die Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Hochbegabung und einer psychischen Erkrankung zu einer längeren therapeutischen Behandlung.

Über alle Therapiestunden hinweg geben die Therapeuten an, Intelligenzdiagnostik durchzuführen. Der Anteil derer, die keine Intelligenzdiagnostik durchführen, nimmt mit steigender Anzahl der Therapiestunden mit Hochbegabten ab ( $C=0,453$ ) (vgl. Anhang Tab. 67 – 68).

Jene Therapeuten, die Intelligenzdiagnostik durchführen, geben signifikant häufiger an, dass sie hochbegabte Patienten behandelt haben ( $\phi=0,423$ ;  $p<0,01$ ) (vgl. Anhang Tab. 69 – 70, Diagr. 17). An dieser Stelle kann davon ausgegangen werden, dass die Therapeuten, die Intelligenzdiagnostik durchführen hochbegabte Kinder erkennen und diagnostizieren. Therapeuten, die keine Testungen nutzen, erkennen möglicherweise auch nicht immer die hohe Begabung eines Patienten.

Keinerlei Zusammenhänge zwischen Variablen lassen sich *im dritten Variablenblock* finden.

Über alle Zusammenhänge hinweg können keine Aussagen zur Kausalität getroffen werden. Die Berechnungen erfolgten auf Grundlage der Originalvariablen, während hingegen einige Abbildungen oder Tabellen aufgrund der besseren Überschaubarkeit mit gruppierten Variablen erstellt wurden.

### 3.1.2.2 Multivariate Auswertung

Wie bereits oben erwähnt (Kap. II, 2.2.5) wurde zunächst eine Two-Step-Clusteranalyse mit dem Ziel differenziertere Angaben bezüglich der forschungsleitenden Fragestellungen zu erreichen, durchgeführt. Zusätzlich kamen bezogen auf die Ziel-

variablen Arbeitsaufwand und Therapiekonzept verschiedene Regressionsanalysen zum Einsatz.

Die *Two-Step-Clusteranalyse* bezieht sich auf das Kenntnissniveau der Therapeuten zum Thema Hochbegabung. Es wurden die Variablen „mit Hochbegabung auseinander gesetzt“, „hochbegabte Patienten behandelt“, „Intelligenzdiagnostik“ und „müssen Besonderheiten berücksichtigt werden“ einbezogen (Variablen des zweiten Blocks, s. Kap. II 3.1.2.1) sowie die Anzahl des Clusters auf drei festgelegt. Es ergab sich die folgende Clusterverteilung:

Clusterverteilung		N	% der Kombination	% der Gesamtsumme
Cluster	1	16	21,3%	17,0%
	2	25	33,3%	26,6%
	3	34	45,3%	36,2%
	Kombiniert	75	100,0%	79,8%
Ausgeschlossene Fälle		19		20,2%
Gesamtwert		94		100,0%

**Tab. 14:** Clusterverteilung

Bezogen auf das Außenprofil der Analyse lässt sich folgendes feststellen:

	<b>Cluster 1</b> (n= 16) Thema Hochbegabung ist bekannt	<b>Cluster 2</b> (n= 25) Novizen im Gebiet Hochbegabung	<b>Cluster 3</b> (n= 34) Experten im Gebiet Hochbegabung
Mit Hochbegabung auseinander gesetzt?	23,8%	22,2% (größter Anteil an Nein)	54,0%
Hochbegabte Patienten behandelt?	32,7%	18,4% (größter Anteil an Nein)	49,0%
IQ Diagnostik?	29,6%	7,4% (größter Anteil an Nein)	63,0%
Besonderheiten berücksichtigen?	0% (größter Anteil an Nein)	29,5%	70,5%

**Tab. 15:** Außenprofil der Clusterverteilung

**Cluster 1:**

Die Probanden des ersten Clusters führen Intelligenzdiagnostik im mittleren Bereich durch, haben sich auch im mittleren Bereich mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt und behandeln hin und wieder hochbegabte Patienten. Der Aussage, dass die Besonderheiten Hochbegabter berücksichtigt werden müssen, lehnt die Mehrheit der Personen diesen Clusters deutlich ab. Die Probanden diesen Clusters können bezeichnet werden mit „Thema Hochbegabung ist bekannt“.

**Cluster 2:**

Die Personen des zweiten Clusters führen im Vergleich zu den Personen der anderen Cluster am seltensten Intelligenzdiagnostik durch, haben sich am wenigsten mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt sowie am seltensten hochbegabte Patienten behandelt. Dennoch vertritt ein Drittel der Personen die Meinung, dass die Besonderheiten Hochbegabter berücksichtigt werden müssen. Diese Gruppe von Personen kann als „Novizen in dem Gebiet Hochbegabung“ bezeichnet werden.

**Cluster 3:**

Das dritte Cluster umfasst Personen, die am häufigsten Intelligenzdiagnostik durchführen, sich mit Hochbegabung am meisten auseinander gesetzt haben sowie am häufigsten hochbegabte Patienten behandelt haben. Ebenfalls sind sie der Meinung, dass die Besonderheiten Hochbegabter berücksichtigt werden müssen. Diese Gruppe kann als „Experten in dem Gebiet Hochbegabung“ bezeichnet werden. Dieses Cluster stellt ein Antipode im Vergleich zum zweiten Cluster dar.

Es können Zusammenhänge zwischen dieser Clusteranalyse und weiteren Variablen festgestellt werden:

Der Zusammenhang zwischen der Clustervariablen und Geburtsjahr erweist sich als sehr signifikant (Chi-Quadrat: 0,007; vgl. Anhang Tab. 71 – 72). Es zeigt sich, dass die Experten in dem Gebiet Hochbegabung überwiegend zwischen 1961 – 1980 geboren wurden (52,9% sowie 85,7%), sie stellen also die jüngste Gruppe dar. Die Novizen sind überwiegend älter als die Experten (50,0% wurden zwischen 1951 – 1960 geboren). Den größten Anteil an den ältesten Geburtsjahren (1941 – 1950) stellen diejenigen, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist (50,0%).



Denkbar ist, dass die Experten ihr Wissen in ihrer, relativ kurze Zeit zurückliegenden Ausbildung angesammelt haben. Womöglich war das Thema Hochbegabung zu Zeiten, als die Novizen ausgebildet wurden, weniger von Interesse, so dass sie keine Kenntnisse erwerben konnten. Die älteste Gruppe bilden die Therapeuten, denen das Thema bekannt ist. Gegebenenfalls haben sie im Laufe ihrer Berufstätigkeit Erfahrungen mit diesen Patienten gesammelt, sich möglicherweise jedoch nicht theoretisch mit diesem Thema auseinander gesetzt.

Als höchst signifikant stellt sich der Zusammenhang zwischen der Clustervariablen und der Anzahl hochbegabter behandelter Patienten pro Jahr dar (Chi-Quadrat: 0,001; vgl. Anhang Tab. 73 – 74). Während die Mehrheit der Experten ein bis sechs und mehr hochbegabte Patienten pro Jahr behandelt haben, haben die meisten der Novizen keine hochbegabten Patienten versorgt (61,5%). Dieses könnte ursächlich für die geringe Kenntnis in diesem Gebiet sein. Die Mehrheit derjenigen, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, haben drei bis fünf hochbegabte Patienten pro Jahr therapiert (45,5%). Dieser Zusammenhang erscheint nachvollziehbar.

Als ebenfalls signifikant stellt sich der Zusammenhang zwischen der Clustervariablen sowie der Anzahl der Patienten pro Woche heraus (Chi-Quadrat: 0,005; vgl. Anhang Tab. 75 – 76). Während die Novizen überwiegend bis zu 10 Patienten pro Woche behandeln (52,9%), behandeln die Experten überwiegend 31 und mehr Patienten pro Woche (75,0%). Diejenigen, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, behandeln überwiegend 11 bis 20 Patienten pro Woche (37,5%). Es kann davon ausgegangen werden, dass es bei den Experten, aufgrund der hohen Patientenzahl in der Woche, eine höhere Wahrscheinlichkeit gibt, von einem hochbegabten Patienten konsultiert zu werden. Anscheinend konnten sie zusätzlich ihr Wissen und ihre Erfahrungen aufgrund einer großen Patientenzahl ausbauen und erweitern. Diese drei letzten Berechnungen erfolgten auf Grundlage der gruppierten Variablen.

Das Cluster gibt, bezogen auf die forschungsleitenden Fragestellungen, folgende Hinweise: hinsichtlich des Unterschieds in der Verhaltenstherapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu normalbegabten Kindern und Jugendlichen bezogen auf die Therapieanlässe kann folgendes beobachtet werden:

Bezüglich der Therapieanlässe nichthochbegabter Patienten entsprechen sich die Angaben zwischen Experten, Novizen und den Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, weitestgehend auf den ersten drei Plätzen (vgl. Anhang Tab. 77). Dieser Zusammenhang erscheint nachvollziehbar, da der Kenntnisstand zum Thema Hochbegabung bezogen auf nichthochbegabte Patienten als irrelevant erscheint.

Betreffend der Therapieanlässe für hochbegabte Patienten lässt sich ein Unterschied zwischen den Angaben der Therapeuten feststellen: während sich die Experten und die Therapeuten, die sich mit dem Thema Hochbegabung auskennen, auf Platz eins der Therapieanlässe „soziale Probleme“ angeben, lautet die Angabe der Novizen auf Platz eins „Ängste“. Diese wird von den Experten und den, sich mit dem Thema Hochbegabung bekannten Therapeuten, auf Platz zwei der Anlässe benannt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Novizen die Frage nach den Therapieanlässen hochbegabter Patienten mit Abstand am seltensten beantwortet haben (vgl. Anhang Tab. 78).

Vermutet werden kann jedoch, dass sowohl die Experten als auch die mit dem Thema vertrauten Therapeuten die Therapieanlässe im Vergleich zu den Novizen fundierter angeben können.

Bezogen auf die Frage nach Unterschieden hinsichtlich angewandter verhaltenstherapeutischer Methoden mit Nichthochbegabten zeichnen sich nur geringe Unterschiede hinsichtlich der einzelnen Cluster sowie der Reihenfolge der angegebenen Methoden ab. Die Plätze eins und zwei der am häufigsten angewandten Methoden mit nichthochbegabten Patienten entsprechen sich. Während von den Experten und den Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, Methoden anderer Verfahren u.a. auf dem dritten Platz benannt wird, benennen die Novizen Entspannungsverfahren als angewandte Methode, die an dritter Stelle stehen (vgl. Anhang Tab. 79).

Auch betreffend der angewandten Methoden mit hochbegabten Patienten entsprechen sich die ersten drei Plätze. Während von den Novizen auf dem vierten Platz operante Verfahren/Konfrontation/sonstige Methoden benannt werden, entsprechen sich die Experten mit den Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist mit der Antwort Entspannung. Berücksichtigt werden muss an dieser Stelle die geringe Fallzahl der Antworten der Novizen (vgl. Anhang Tab. 80).

Hinsichtlich der Therapiestunden für nichthochbegabte Patienten führen Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist und Novizen überwiegend bis zu 25 Therapiestunden durch (Thema ist bekannt: 50,9%, Novizen: 60,9%) (vgl. Anhang Tab. 81). Die Experten jedoch geben überwiegend an, zwischen 26 und 45 Therapiestunden mit den Patienten durchzuführen (50,0%). Dieses Ergebnis überrascht, denn es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Kenntnis in dem Bereich Hochbegabung dazu führt, dass nichthochbegabte Patienten anders behandelt werden.

Bezogen auf die Bezugspersonenstunden mit nichthochbegabten Patienten zeigt sich das gleiche Bild im Vergleich zu den Therapiestunden mit diesen Patienten: Therapeuten, denen das Thema bekannt ist und Novizen führen überwiegend eine bis sechs Bezugspersonenstunden durch. Experten hingegen führen mehrheitlich sieben bis 11 Bezugspersonenstunden mit diesen Patienten durch (vgl. Anhang Tab. 82).

Experten in dem Bereich Hochbegabung führen also überwiegend mehr Therapie- und Bezugspersonenstunden mit nichthochbegabten Patienten durch. Dieses erscheint widersprüchlich, da Experten in dem Gebiet Hochbegabung für nichthochbegabte Patienten ähnlich antworten sollten wie Novizen etc.

Bezogen auf die Therapiestunden mit Hochbegabten zeigt sich folgendes Bild:

Experten als auch Novizen führen mehrheitlich eine bis 25 Therapiestunden mit Hochbegabten durch (Experte: 52,2%; Novize: 66,7%). Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, führen überwiegend 26 – 45 Therapiestunden durch (56,3%) (vgl. Anhang Tab. 83). Es kann angenommen werden, dass die Experten aufgrund ihres Status schon häufiger hochbegabte Patienten versorgt haben und diese daher schnell und effizient behandeln können. Die Novizen erkennen möglicherweise nicht immer die Hochbegabung eines Patienten oder behandeln lediglich die Störung, ohne auf Zusammenhänge zum Thema Hochbegabung zu achten. Dieses berücksichtigen möglicherweise jedoch die Therapeuten, denen das Thema bekannt ist. So könnte die von ihnen höhere Stundenzahl erklärt werden.

Hinsichtlich der Bezugspersonenstunden lässt sich über alle Therapeutengruppen hinweg feststellen, dass eine bis sechs Bezugspersonenstunden durchgeführt werden (Thema ist bekannt: 56,3%; Novize: 50,0%; Experte: 47,8%) (vgl. Anhang Tab. 84).

Bezogen auf die Frage nach dem Arbeitsaufwand ergibt sich ein signifikantes Ergebnis (Chi-Quadrat: 0,049; vgl. Anhang Tab. 85 – 86): während die Experten als auch die Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, überwiegend einen gleich hohen Arbeitsaufwand in der verhaltenstherapeutischen Arbeit mit hochbegabten Patienten angeben (Experten: 78,3%; Thema bekannt: 46,7%), sind die Novizen mehrheitlich der Meinung, dass dieser höher sei (55,6%). Es ist davon auszugehen, dass die Novizen sich im Vorfeld einer Behandlung in das Thema einarbeiten müssten, so dass ihnen ein höherer Arbeitsaufwand entsteht im Vergleich zu Kollegen, die schon häufiger hochbegabte Patienten versorgt haben.

Als sehr signifikant lässt sich ebenfalls der Zusammenhang zwischen dem Cluster sowie der Frage danach, ob es ein eigenes Therapiekonzept benötige, beschreiben (Chi-Quadrat: 0,003; vgl. Anhang Tab. 87 – 88). Die Experten als auch die Novizen geben mehrheitlich an, dass es ein eigenes Therapiekonzept für die Arbeit mit hochbegabten Patienten benötige (Experten: 53,3%; Novizen: 71,4%). Das Ergebnis der Novizen fällt dabei deutlich einheitlicher aus im Vergleich zu den Angaben der Experten, die geteilter Meinung sind. Die Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, geben überwiegend an, dass es keines eigenen Therapiekonzepts bedarf (87,5%). An dieser Stelle fällt die Interpretation des Ergebnisses schwer. Die Experten in dem Gebiet Hochbegabung entscheiden sich nur mit einer knappen Mehrheit für ein Therapiekonzept. Vielleicht geschieht dieses aus fachlichen Gründen. Dass Novizen ein Therapiekonzept präferieren erscheint nachvollziehbar, denn es böte Orientierung im Umgang mit den Patienten. Dass die Therapeuten, die mit dem Thema vertraut sind, kein Therapiekonzept benötigen, erscheint ebenfalls plausibel vor dem Hintergrund, dass sie bereits hochbegabte Patienten behandelt haben, wenn auch in einem geringeren Umfang im Vergleich zu den Experten.

Um der forschungsleitenden Fragestellung nach einem Unterschied hinsichtlich des Arbeitsaufwands und der Notwendigkeit eines Therapiekonzepts genauer auf den Grund zu gehen, wurden diese beiden Variablen anschließend mittels einer Regressionsanalyse betrachtet.

Bezogen auf die Variable Arbeitsaufwand wurde eine *multiple lineare Regressionsanalyse* durchgeführt. Es wurden zunächst alle Variablen eingeschlossen, die mit dem

Arbeitsaufwand korrelierten. Letztendlich stellten sich die vier Variablen „Wohnortgröße“, „mit Hochbegabung auseinander gesetzt“, „führen Sie Intelligenzdiagnostik durch“ sowie „Therapiestunden für hochbegabte Patienten“ als die einflussreichsten Variablen heraus. Es ergab sich ein  $r^2$  von ,304 (vgl. Anhang Tab. 89). Somit lassen sich 30% der Variation des Arbeitsaufwands durch diese vier Variablen erklären.

Der durch die durchgeführte ANOVA erzielte Signifikanzwert von ,010 zeigt sich als sehr signifikant (vgl. Anhang Tab. 90). Dieses deutet darauf hin, dass die unabhängigen Variablen einen signifikanten Einfluss nehmen.

Der Einfluss der einzelnen unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable Arbeitsaufwand lässt sich aus der folgenden Tabelle entnehmen. Es wird deutlich, dass die Variablen „mit Hochbegabung auseinander gesetzt“ (jene Therapeuten, die sich nicht mit Hochbegabung auseinander gesetzt haben, geben einen erhöhten Arbeitsaufwand an) und „Intelligenzdiagnostik“ (jene Therapeuten, die keine Intelligenzdiagnostik durchführen, berichten von einem erhöhten Arbeitsaufwand) einen signifikanten Einfluss auf die Variable Arbeitsaufwand ausüben.

Koeffizienten <sup>a</sup>						
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	,090	,602		,149	,883
	Führen Sie in Ihrer Praxis Intelligenzdiagnostik durch?	,759	,339	,319	2,239	<b>,031</b>
	Mit Hochbegabung auseinander gesetzt?	1,070	,337	,449	3,172	<b>,003</b>
	Wohnortgröße	-,118	,062	-,292	-1,909	,064
	Durchschnittliche Therapiestunden für Hochbegabte	,014	,007	,284	1,858	,071

<sup>a</sup> Abhängige Variable: bereitet Behandlung von Hochbegabten mehr/weniger/gleichviel Arbeitsaufwand

**Tab. 16:** Multiple lineare Regressionsanalyse

Bezogen auf die Variable Therapiekonzept wurde eine *binäre logistische Regressionsanalyse* durchgeführt. Es wurde mit Hilfe dieser Prozedur versucht herauszufinden, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Antwort auf die Frage nach einem eigenen Therapiekonzept in Abhängigkeit von verschiedenen Einflussgrößen zu erwarten ist. Dazu wurden zunächst die Variablen einbezogen, die bereits mit dem Therapiekonzept korrelierten (Dauer therapeutische Tätigkeit, Anzahl hochbegabter Patienten pro Jahr, Therapiestunden mit hochbegabten Patienten). Es ergab sich ein aussagekräftiges Ergebnis für den Einfluss der Variablen Dauer therapeutischer Tätigkeit und Anzahl hochbegabter behandelter Patienten pro Jahr:

In die Berechnung wurden 43 Fälle aufgenommen. Aus der Modellzusammenfassung (vgl. Anhang Tab. 91) lässt sich der Cox & Snell R-Quadrat von ,200 entnehmen. Dieser deutet auf eine mittlere Erklärungskraft der abhängigen Variablen hin. Der Nagelkerkes R-Quadrat von ,269 lässt darauf schließen, dass die unabhängigen Variablen einen Einfluss von 26,9% auf die Variable Therapiekonzept ausüben. Nach Backhaus et al. (2008) erlaubt dieser Wert „eine eindeutige inhaltliche Interpretation“ (Backhaus et al., 2008, S. 264). Dementsprechend sei diesem Gütekriterium bei der Beurteilung der Vorzug zu geben.

Ebenfalls lässt sich aus der Klassifizierungstabelle erkennen, dass 30 von 43 Fällen korrekt beurteilt wurden. Der Prozentsatz der richtig klassifizierten Elemente entspricht also 69,8% (vgl. Anhang Tab. 92).

In welchem Ausmaß die Therapiekonzeptwahrscheinlichkeit durch die Variablen Dauer therapeutische Tätigkeit und Anzahl hochbegabter behandelter Patienten pro Jahr beeinflusst wird, zeigt die folgende Tabelle:

Variablen in der Gleichung							
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 <sup>a</sup>	Dauer th. Tätigkeit	,105	,042	6,140	1	<b>,013</b>	1,111
	Anzahl Hb pro Jahr	,177	,112	2,481	1	,115	1,194
	Konstante	-2,158	,949	5,174	1	,023	,116

<sup>a</sup> In Schritt 1 eingegebene Variablen: *therapeu*, *anzkiju*.

**Tab. 17:** Binäre logistische Regression



Somit lässt sich ein signifikanter Einfluss der Variablen Dauer therapeutische Tätigkeit auf die abhängige Variable Therapiekonzept belegen. Mit zunehmender Berufstätigkeit in Jahren wird ein Therapiekonzept für hochbegabte Patienten abgelehnt (ein bis zehn Jahre Berufserfahrung: 31,2% Ablehnung – die Mehrheit spricht sich also für ein eigenes Therapiekonzept aus –, 31 bis 40 Jahre Berufserfahrung: 100% Ablehnung).

#### *Zusammenfassung bi- und multivariate Auswertung*

Zwischen den Variablen ergeben sich unterschiedliche Zusammenhänge. Es konnten durch eine Clusteranalyse drei Gruppen von Therapeuten ausfindig gemacht werden, die sich durch verschiedene Merkmale unterscheiden. So haben sich die Experten in dem Gebiet Hochbegabung am meisten mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt, am häufigsten hochbegabte Patienten behandelt und führen am häufigsten Intelligenzdiagnostik durch. Weiterhin sind sie der Meinung, dass die Besonderheiten Hochbegabter in der Therapie berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus kann für die Experten festgestellt werden, dass sie die jüngste Gruppe unter den Therapeuten darstellen (geb. zwischen 1961 – 1980), am meisten Patienten pro Woche behandeln (31 und mehr), am meisten hochbegabte Patienten pro Jahr therapieren (bis zu sechs hochbegabte Patienten), einen gleich hohen Arbeitsaufwand mit dieser Patientengruppe verspüren und überwiegend der Meinung sind, dass es ein eigenes Therapiekonzept für diese Patienten bedarf.

Vor dem Hintergrund der aus den Regressionsanalysen gewonnenen Informationen verwundern diese Zusammenhänge nicht. Aus den Regressionsanalysen ist bekannt, dass der subjektiv empfundene Arbeitsaufwand mit hochbegabten Patienten steigt, wenn sich nicht mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt wurde sowie keine Intelligenzdiagnostik durchgeführt wurde. Ebenfalls ist aus der binär logistischen Regressionsanalyse bekannt, dass mit zunehmender Dauer der therapeutischen Tätigkeit ein Therapiekonzept für die Arbeit mit hochbegabten Patienten abgelehnt wird. Da sich die Experten mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt haben, Intelligenzdiagnostik durchführen und überwiegend noch nicht lange therapeutisch tätig sind aufgrund ihres Alters, schätzen sie den Arbeitsaufwand als gleich hoch ein sowie sind überwiegend der Meinung, ein eigenes Therapiekonzept zu benötigen.



Dieses wirkt zunächst konsistent, dennoch ist zu beachten, dass sich die Experten nur mit einer knappen Mehrheit für ein Therapiekonzept ausgesprochen haben (53,3% dafür, 46,7% dagegen). Dieses könnte mit der Dauer der therapeutischen Tätigkeit unter den Experten zu tun haben, denn diese ist bereits nicht ganz einheitlich (35,3% 1 – 10 Jahre tätig; 29,4% 11 – 20 Jahre tätig; 32,4% 21 – 30 Jahre tätig; 2,9% 31 – 40 Jahre tätig). Es ergibt sich auch kein hoher Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen, im Vergleich zu dem Zusammenhang vom Geburtsjahr und dem Cluster (Chi-Quadrat: 0,007). Fasst man die Experten zusammen, die nur ein bis zehn Jahre therapeutisch tätig sind, so geben sie mit 71,4% an, ein eigenes Therapiekonzept zu benötigen. Die Aussage erscheint wesentlich klarer.

Im Gegensatz zu dieser Gruppe stehen die Novizen in dem Bereich Hochbegabung. Diese Therapeuten geben an, sich nicht mit dem Thema Hochbegabung auseinandergesetzt zu haben, keine hochbegabten Patienten behandelt zu haben und keine Intelligenzdiagnostik durchzuführen. Sie stimmen teilweise zu, dass die Besonderheiten Hochbegabter in der Therapie berücksichtigt werden müssen. Diese Personen wurden zwischen 1951 – 1960 geboren, behandeln bis zu zehn Patienten pro Woche, therapieren keine hochbegabten Patienten. Aufgrund des Zusammenhangs zum Arbeitsaufwand (wird als höher eingeschätzt, wenn sich nicht mit Hochbegabung auseinandergesetzt wurde sowie keine Intelligenzdiagnostik durchgeführt wurde) empfinden sie diesen als höher im Vergleich zur Arbeit mit nichthochbegabten Patienten. Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Cluster und Therapiekonzept stimmen sie diesem zu.

Die Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, stellen eine Gruppe dar, die sich in ihren Merkmalen zwischen den Novizen und den Experten eingruppiert lässt. Sie haben sich teilweise mit dem Thema Hochbegabung auseinandergesetzt, hochbegabte Patienten im mittleren Häufigkeitsbereich behandelt, führen teilweise Intelligenzdiagnostik durch, sind jedoch nicht der Meinung, dass die Besonderheiten Hochbegabter berücksichtigt werden müssen. Diese Therapeutengruppe stellt die Älteste unter den Befragten dar, sie behandeln 11 bis 20 Patienten pro Woche und drei bis fünf hochbegabte Patienten pro Jahr. Auch sie empfinden den Arbeitsaufwand als gleich hoch und lehnen jedoch ein Therapiekonzept für Hochbegabte ab.

## 3.2 Darstellung der Ergebnisse der Experteninterviews

In einem zweiten Schritt der Untersuchung wurden fünf Experteninterviews durchgeführt. Die Auswertung erfolgte anhand des Auswertungsschemas von Meuser und Nagel (2002). Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews dargestellt.

### *Wie lange als Therapeut tätig?*

Alle interviewten Therapeuten sind länger als 10 Jahre in ihrem Beruf tätig. Das Spektrum reicht dabei von 11 bis 30 Jahren.

### *Erste Berührung mit dem Thema Hochbegabung:*

Es lassen sich unterschiedliche Berührungspunkte der befragten Therapeuten mit dem Thema Hochbegabung ausfindig machen: Herr A und Frau E geben an, innerhalb der Therapien mit dem Thema konfrontiert worden zu sein. Herr B legt dar, während der Nebentätigkeit in einer Beratungsstelle auf das Thema aufmerksam geworden zu sein. Dieses Thema im Rahmen der Dissertation verfolgt zu haben, gibt Frau C an. Frau D berichtet als erstes im Rahmen des Psychologiestudiums mit dem Thema konfrontiert worden zu sein, sowie während der zuerst ausgeführten Tätigkeit als Lehrerin sich mit diesem Thema auseinander gesetzt zu haben.

### *Haben sich aus der ersten Berührung mit dem Thema Hochbegabung Konsequenzen für die heutige Praxis ergeben?*

Auf diese Frage gaben die Therapeuten Antworten, die unterschiedliche Aspekte beinhalteten. Ein Therapeut führt an, dass sich keine Konsequenzen ergeben hätten. Die weiteren Therapeuten berichten, dass sie heute eine mögliche Hochbegabung schneller wahrnehmen und erkennen können, dass sie gelernt haben, therapeutische Prozesse auch bereits mit hochbegabten Kindern über Gespräche in Gang zu bringen und weniger mit ihnen das Medium Spiel zu nutzen sowie gemeinsamen mit ihnen nach Lösungen zu suchen und sie dabei so normal wie möglich zu behandeln.

### *Anzahl aktuell und bisher behandelte hochbegabte Patienten:*

Fast alle Therapeuten geben an, aktuell ein bis zwei hochbegabte Patienten zu behandeln. Ein Therapeut gibt 10 bis 15 Patienten an, da seine Praxis schwerpunktmäßig zu diesem Thema arbeitet.

Die befragten Therapeuten konnten die Anzahl der bisher behandelten Hochbegabten nicht eindeutig quantifizieren. Es seien immer mal wieder ein bis zwei Kinder von 15 Patienten pro Woche gewesen.

*Woher wissen Sie, dass es sich bei ihren Patienten gegebenenfalls um Patienten mit einer Hochbegabung handelt (Identifikationsmöglichkeiten)?*

Alle Befragten geben an, entweder selber Testdiagnostik durchzuführen oder aber auf Vorberichte zurückzugreifen (soweit vorhanden). Frau C berichtet, bei klinischen Vorberichten in der Regel nicht nachzutesten, da sich schon häufig das gleiche numerische Ergebnis herausgestellt habe. Ein weiterer befragter Therapeut gibt an, dass es hilfreich sei für die sich anschließende Therapie, die Kinder bereits in Leistungssituationen (während des Intelligenztests) zu sehen, da sich daraus bereits einige Hinweise ergeben könnten.

Hinsichtlich des Aspekts, ob eine Intelligenzdiagnostik zur Standarddiagnostik gehöre, ergaben sich unterschiedliche Antworten: „Also in der psychotherapeutischen Praxis macht man nicht standardmäßig ne Intelligenzdiagnostik“ (Frau E, Zeile 38). Frau C ist konträrer Ansicht dazu.

*Hinweise auf eine mögliche Hochbegabung*

Auch hier benennen die interviewten Therapeuten unterschiedliche Facetten: die hochbegabten Patienten durchschauen Prozesse schneller, sind offener für kognitive Umstrukturierungen, haben Schwächen im emotionalen Bereich etc. Am häufigsten wird benannt, dass diese Patienten schneller begreifen, eine gute Ausdrucksfähigkeit haben sowie häufig unter Schulproblemen leiden.

*Therapieanlässe*

Es werden unterschiedliche Therapieanlässe von den interviewten Therapeuten benannt. Überwiegend werden zuerst Schulprobleme angesprochen. Die Patienten werden aufgrund von Lernproblemen, Teilleistungsschwächen und Konzentrationsstörungen vorgestellt. Aber auch Motivation und Anstrengungsvermeidung seien häufige Anlässe, „weil es überhaupt nicht so klappt, wie es ihrem intellektuellen Vermögen entspricht“ (Herr B, Zeile 420).

Als weiteren Therapieanlass benennen die Therapeuten soziale Kontaktprobleme. Sie weisen darauf hin, „diese Kinder sind ja oft Mobbingopfer“ und „eine häufige Beobachtung ist: im sozialen Miteinander kennen sich Hochbegabte nicht so gut aus oder haben da Schwächen“ (Herr B, Zeile 106). Frau D widerspricht diesem und weist explizit darauf hin, dass Schwierigkeiten im sozialen Miteinander nicht der Anlass zur Aufnahme einer Psychotherapie sei, es könne jedoch vorkommen.

Auch das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) wird als häufig komorbid auftretend beschrieben, was bei hochbegabten Kindern und Jugendlichen aber nicht so häufig erkannt werde. Herr B gibt an, dass diese Patienten als freundlich aber still gelten, als „zerstreuter Professor“, der jedoch selten auffalle. Dieser Therapeut beobachtet, dass das ADS in der Literatur als Begleitsymptom der Hochbegabung zugeschrieben werde, wenn es Unterforderung gebe. Jedoch führe dieses in der Regel nicht zu seiner starken Ausprägung, wenn die Kriterien von ADS in Gänze erfüllt werden.

Frau C gibt Zwänge als einen möglichen Therapieanlass an und vermutet, dass sich vor allem Gedankenzwängen aufgrund der schnelleren kognitiven Reife der Patienten auch frühzeitiger entwickeln könnten im Vergleich zu normalbegabten Kindern und Jugendlichen.

Als häufiger Therapieanlass werden von Frau E Ängste benannt. Sie beobachtet, dass diese bei hochbegabten Patienten überdurchschnittlich häufig aufträten und führt es darauf zurück, dass die intellektuell sehr „fitten“ Kinder emotional „oft nicht entsprechen mitgewachsen“ seien, sie machten sich viele Gedanken und Sorgen, die sie emotional nicht verarbeiten könnten, so dass Ängste entstehen könnten. Diese könnten generalisiert oder auf den sozialen Bereich bezogen sein.

Herr B benennt als weiteren Therapieanlass Selbstwertprobleme, „entstanden durch viele Irritationen (...) immer wieder die Hinweise zu bekommen, ich bin anders“ (Herr B, Zeile 93).

Frau C weist weiterhin darauf hin, dass es keine Einheitlichkeit bezüglich der Therapieanlässe gebe, denn es können alle psychischen Störungen bei Hochbegabten vorkommen. Diese Person kritisiert weiterhin die geradezu automatisierte These in der Öffentlichkeit, dass Hochbegabte nahezu zwangsläufig eine psychische Erkrankung ausbilden müssten. Diese in der Öffentlichkeit weit verbreitete Meinung entspräche nicht dem Stand der Wissenschaft.

### *Arbeit mit der Zielgruppe*

Bezogen auf diese Frage wurden von den interviewten Therapeuten unterschiedliche Gesichtspunkte angesprochen.

Eine interviewte Person wies jedoch direkt darauf hin, dass es sich bei hochbegabten Patienten um keine homogene Gruppe handele, die ein einheitliches Vorgehen rechtfertige:

*„Es ist natürlich vom therapeutischen Ansatz her so, dass man schon anders mit den Kindern arbeitet, aber erstmal setzt man an und sagt „so, wo ist jetzt die Ursache für das Problem“ was ist zu tun, wie kann man jetzt dieses Kind unterstützen“ (Frau C, Zeile 246).*

Fast alle Therapeuten wiesen darauf hin, dass sie mit dem Kind die Ergebnisse der Testung kindgerecht besprechen: „ich mach schon im psychoedukativen Sinne, sag den Kindern, „du bist besonders klug“, ohne das jetzt werten zu wollen“ (Frau C, Zeile 352).

Weiterhin wird häufig ein Störungsmodell besprochen oder Ziele der Therapie festgelegt: „das ich ein störungszentriertes Vorgehen sinnvoll finde, also in den ersten Sitzungen klar sein muss, du bist hier weil, und du willst hier erreichen, dass“ (Frau D, Zeile 106). Diese Ziele können auch notiert und unterschrieben werden, im weiteren Verlauf der Therapie könne immer wieder darauf zurück gekommen, Fort- oder Rückschritte beobachtet, Faktoren für gutes Gelingen ausfindig gemacht werden.

Ebenfalls wird von fast allen Therapeuten darauf hingewiesen, dass sie diese Zielgruppe in der Therapie kognitiv anspreche oder mit ihnen kognitive Umstrukturierung durchführen: „Dafür sind die Hochbegabten offener als die anderen Kinder. Also das ist ein Ansatz, den man verfolgen kann, auf jeden Fall. Hab ich auch gute Erfolge mit, weil die das ganz toll finden, dass jemand sie im Gespräch ernst nimmt“ (Herr B, Zeile 143).

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass diese Patienten relativ schnell zu fordern seien, ihnen aber auch Entlastung gegeben werden muss.

*„Und das zu respektieren, also auch ihnen dort Entlastung zu geben, und sozusagen diesen Irrglauben, nur weil ich Dinge schnell kapiere, kann ich auch*

*schnell verändern, noch mal zu relativieren und das nicht in so ne defizitäre eigene Abwertung abgleiten zu lassen“ (Herr A, Zeile 187).*

Soziale Kompetenz könne durch Vermittlung neuen Wissens geschult werden, da zeigen sich diese Patienten neugierig und es stellen sich schnelle Behandlungserfolge ein:

*„und auch in dem Sinne sozialer Kompetenz wo dann manche von den Hochbegabten sagen „ach wieso kapieren die das denn nicht?“, „das haben wir doch schon zum fünften mal in der Schule wiederholt“ und auch dann sehr abfällig anderen gegenüber sind. „Du hast da sicherlich eine Stärke, du weißt ganz schnell wie es geht, das heißt aber nicht, dass es allen so geht, es geht den meisten von deinen Mitschülern nicht so wie dir“. Und wenn die das dann sehen oder überhaupt einmal erklärt kriegen, wie das so läuft, können die dann schon zum Teil viel besser damit umgehen und das auch dann schon sein lassen, sich aufregen über andere oder sich abfällig über andere zu äußern“ (Frau C, Zeile 333).*

Dieses könne entweder durch Selbstinstruktionstraining erreicht werden oder durch Erklärungen aus der „Erwachsenensicht“.

Überdies beschreiben die Interviewten, mit den Kindern viel mit Geschichten, Büchern, Erzählungen, Zeichnungen oder Theater spielen zu arbeiten. Jugendliche könnten davon profitieren, in fiktive Geschichten einzusteigen.

Ergänzend weist Frau D darauf hin, dass es wichtig sei, dieser Zielgruppe zu vermitteln, dass ihre Begabung weniger die Ursache ihrer Probleme sei als vielmehr eine Ressource, die ihnen helfen kann.

Auch Herr A beschreibt, dass diese Zielgruppe häufig erst lernen müsse, ihre Unterschiedlichkeit zu akzeptieren:

*„sozusagen, zu helfen, mit diesen unterschiedlichen Ausprägungen ihrer Person zurecht zu kommen. Also dass es vielleicht einmal einen Anteil gibt, der so ganz herausragend und klug ist, aber dass damit andere Dinge eben auch ganz normal sind, meinetwegen Motivation zu entwickeln oder die Fähigkeit zu leisten oder die Bereitschaft zu leisten, sich für was anzustrengen. Und, ich habe auch das Gefühl, dass diese Jugendlichen mit dieser Kluft leben müssen“ (Herr A, Zeile 165).*



Fast alle befragten Therapeuten weisen darauf hin, dass die Patienten dort abzuholen seien, wo sie stehen. „Ich glaub, wenn man die abholt wo die stehen und selber bereit ist, sich auf ihre Themen einzulassen, auf ihre Art zu denken einzulassen und sie dabei fordert, dann kriegt man die sehr schnell veränderungsmotiviert“ (Frau E, Zeile 276).

### *Bezüglich Emotionen*

Zu diesem Thema werden unterschiedliche Ansichten der Therapeuten deutlich.

Die Therapeutinnen C und D weisen darauf hin, dass die Emotionen der Hochbegabten denen der Gleichaltrigen entsprechen, sie mit diesen eventuell jedoch anders umgehen. Personen B und E jedoch sind der Meinung „die sind zwar intellektuell sehr fit, aber emotional oft nicht entsprechend mitgewachsen“ (Frau E, Zeile 76). Da sie im emotionalen Bereich in einem anderen Alter sind, drohe dortige Überforderung. Das Thema Emotionen sei daher ein häufiges in der Therapie mit dieser Zielgruppe. Dieses Thema könne gut über Spielinteraktionen, in Rollen- oder Regelspielen oder durch Puppen, aufgegriffen werden. Es sei für die Kinder wichtig zu lernen, sich in ihren eigenen Emotionen auszukennen, diese auch regulieren zu sowie Emotionen auch bei anderen erkennen zu können.

Herr A gib an, diese Frage nicht pauschal beantworten zu können.

Person C führt aus, dass es für die Kinder Entlastung bringe, wenn man ihnen zeigt, dass man ihre Gefühlswelt durchschaue:

*„Wenn man sich mit diesen Kindern beschäftigt, man schon so Routine kriegt, das man feststellt, das man denen auch von der Erfahrung her, sicherlich bestimmte Dinge auch entgegenbringt, und das empfinden die dann als besonders positiv, das man denen dann so was sagt wie, „ich weiß du fühlst dich manchmal noch wie ein Kind und möchtest gerne im Sand und mit Autos spielen und, ansonsten liest du aber das Lexikon von hinten nach vorne und kennst dich im Internet total gut aus“, das man das überhaupt durchschaut, das das so ist, das empfinden die oft als entlastend, weil das einfach auch viele in ihrer Umgebung, insbesondere Lehrer, so was überhaupt nicht verstehen“ (Frau C, Zeile 290).*



Frau D weist darauf hin, dass es einen anderen Umgang mit den Gefühlen bei Hochbegabten geben könne, da ihnen der kognitive Zugang oder Bearbeitung so geläufig sei und ihnen auch entgegen komme.

#### *Bezüglich Widerstand*

Auch zu dieser Frage antworteten die interviewten Therapeuten konträr. Herr B beobachtet, dass die hochbegabten Patienten nicht mehr oder weniger Widerstand gegen Psychotherapie zeigen. Er führt es darauf zurück, dass die Patienten ihre eigenen Probleme bemerken, werden diese dann ohne Druck in der Therapie betrachtet, könne es entlastend wirken, denn sie stünden häufig unter Druck.

Frau E vertritt die Meinung, dass die Patienten eher veränderungsmotiviert sind und weniger Widerstand haben, da sie die Inhalte schneller verstehen, „ihre kognitiven Fähigkeiten helfen ihnen dabei“ (Frau E, Zeile 296).

Herr A und D beschreiben eine Strategie des Widerstands, die sich darin äußert, dass sich die Patienten vordergründig auf eine Therapie einlassen, tatsächlich jedoch zu keiner Verhaltensänderung bereit seien. Hier müsse man jedoch differenzieren, ob es Widerstand gegen die Therapie sei oder gegen den, der den Patienten „geschickt“ habe (Eltern oder Lehrer).

Frau D beschreibt eine Form der Widerstands-Intervention nach Kanfer, die sie bereits auch mit großem Erfolg eingesetzt habe: wenn ein Patient zur Therapie geschickt werde, aber gar nicht weiß, was er machen soll und wozu die Therapie hilfreich sein könnte, dann kann der Therapeut folgendes tun:

*„und dann hat der berühmte Herr Kanfer folgende Intervention gemacht und hat gesagt, „also du musst kommen und ich muss ja auch mit dir arbeiten, aber wir können das ja so machen, dass du einfach die Stunde hier hin kommst und hier sitzt und liest oder was auch immer machst und ich meine Berge vom Schreibtisch bearbeiten kann, weil ich hab auch so viel zu tun, können wir das so machen“ und dann war der Patient völlig konsterniert, hat sich aber darauf eingelassen und ist dann immer gekommen und Herr Kanfer hat sich an seinen Schreibtisch gesetzt und hat seine Sachen bearbeitet, das hat er aber nur zwei Stunden gemacht, weil dann hat der Jugendliche gesagt, das fänd er doch komisch und was sie denn noch tun könnten. Und*

*das hat mich tief beeindruckt und ich hab das auch schon ausprobiert und es klappt“ (Frau D, Zeile 615).*

### *Anzahl Therapiesitzungen*

Auf diese Frage geben die interviewten Therapeuten überwiegend an, dass die Therapien mit hochbegabten Patienten schneller beziehungsweise kürzer verlaufen würden. Sie haben dafür jedoch unterschiedliche Erklärungskonzepte:

Konzept 1 (Herr B): wegen der hohen Einsichtsfähigkeit

Konzept 2 (Frau C): gute Intelligenz als protektiver Faktor, können sich besser von sich selber distanzieren, Dinge erkennen und diese verändern

Konzept 3 (Frau E): die Therapien werden effektiver, „das sind nicht unbedingt die Kinder, die nach zwei Jahren wieder kommen und wieder was Neues haben“ (Frau E, Zeile 148).

Herr A gibt gleich lange Therapiedauern an, Frau D bemüht sich im Rahmen von Kurzzeittherapien zu bleiben (20 – 25 Stunden).

Insgesamt wird aber darauf hingewiesen, dass der Verlauf bei jedem Patienten individuell und die Dauer der Therapie abhängig von der Störung sei, möglicher komorbider Störungen oder von den aufrechterhaltenden Bedingungen.

### *Elternarbeit*

Mit Aspekten zur Arbeit mit den Eltern liefern die Therapeuten ergänzende Hinweise. Alle Therapeuten geben an, Psychoedukation mit den Eltern durchzuführen. Sie klären die Eltern über Hochbegabung auf und müssen manchmal Vorurteile abbauen. Sie thematisieren den Umgang mit der hohen Intelligenz, mit dem Ziel der möglichst gleich bleibenden Umstände unter eventueller Kontaktaufnahme mit Schulen oder Vereinen in der Region. Weiterhin werden Gefahren einer möglichen Überforderung angesprochen, die möglicherweise in Form von zu häufigen Appellen an die Vernunft der Kinder deutlich werden. Die Interviewten weisen die Eltern darauf hin, den Nachwuchs auch in ihren Interessen und Stärken zu fördern, die Bedürfnisse ihres Kindes erkennen zu lernen sowie auf das Stattfinden von sozialen Kontakten zu achten.

Dabei können die Eltern auch manchmal überfordert sein mit dem Thema der hohen Intelligenz. Die Therapeuten unterstützen dann die Eltern darin, mit dem heterogenen Begabungsprofil der Kinder zurecht zu kommen und die verschiedenen ausgeprägten Bereiche der Kinder zu differenzieren. Möglich ist auch die Kontaktaufnahme zu einer Hochbegabungseinrichtung.

### *Lehrerarbeit*

Die Zusammenarbeit mit Lehrern wird von den Therapeuten als überwiegend schwierig beschrieben. Zunächst sei es diffizil, terminliche Übereinstimmungen zu finden. Weiterhin werden die Lehrer als überwiegend skeptisch gegenüber der Diagnose Hochbegabung erlebt:

*„In der Schule erleb ich eher so was wie eine Abneigung oder Skepsis, also, dass die Lehrer lange Zeit eher gedacht haben, das kann gar nicht sein, ich merk es im Unterricht nicht. Und von daher eher bereit waren, die Diagnose anzuzweifeln, statt zu suchen, warum das trotzdem richtig sein kann“ (Herr A, Zeile 211).*

Es werden zudem viele Vorurteile auf Seiten der Lehrer deutlich:

*„das muss man glaub ich auch in dem Zusammenhang sehen, dass die Lehrer dann oft beschreiben, es sind die Scheidungskinder, die Migranten und um die Aufmerksamkeitsgestörten und jetzt kommen diese Hochbegabten noch dazu und eigentlich sind die doch gut ausgestattet, wieso muss ich mich eigentlich um die so besonders kümmern. Also das sind noch so alte Vorurteile, die da mitschwappen“ (Frau D, Zeile 469).*

Dieses führt zu der Vermutung auf Seiten der Therapeuten, dass der Zusammenhang zwischen Begabung und Leistung nicht in der Lehrerausbildung vermittelt wurde und Lehrer zudem auch überfordert sein könnten mit Anzahl der Schüler in den Klassen.

Die befragten Therapeuten geben an, sich mehr Informationen zum Verhältnis von Begabung und Leistung sowie allgemein zum Thema Hochbegabung in der Lehrerschaft zu wünschen.

Hochbegabtenberater oder externe Beratungslehrer werden von den Therapeuten als wenig hilfreich beschrieben, wenn es zu Differenzen bezüglich eines Schülers käme. Eher werden Maßnahmen wie die Einschaltung der Schulpsychologen, Klassen- oder Schulwechsel bevorzugt, zu denen auch seitens der Therapeuten geraten wird. Als hilfreiche Maßnahmen für die Schüler werden Binnendifferenzierungen benannt.

Lediglich Frau E hat den Eindruck: „Ich glaube, das unterscheidet sich nicht beim Thema Hochbegabung und wenn man sonst Kontakt zur Schule aufnimmt“ (Zeile 221).

### *Klasse überspringen*

Bezüglich der Frage, ob die Maßnahme des Überspringens einer Klasse hilfreich sein könnte, ergaben sich differenzierte Antworten der Therapeuten. Überwiegend wird betont, dass dieses eine schwierige Entscheidung sei, die es abzuwägen gelte. Besonders berücksichtigt werden müssten dabei die sozialen Kontakte der Kinder.

Fast alle Therapeuten stellen heraus, dass das Überspringen einer Klasse die Gefahr mit sich brächte, dass die Kinder zwar intellektuell dem Niveau der höheren Klasse entsprechen würden, aber unter sozialen Gesichtspunkten nicht. Sollte dieses so sein, könnte das Überspringen ein Verlust in der sozial-emotionalen Entwicklung nach sich ziehen. Daher plädiert Frau E dafür, diese Entscheidung mit Kind und Eltern ausführlich zu diskutieren. Auch Frau D weist darauf hin, dass in dieser Frage die Entscheidung der Kinder zu berücksichtigen sei. Wenn sie es selber wollen, könnte man es versuchen, wollen die Kinder jedoch nicht in die höhere Klasse wechseln, sollte man es auch nicht gegen ihren Willen durchsetzen. Herr B meint sich an ein Forschungsergebnis zu erinnern, dass Hochbegabte häufig nicht springen wollen, sondern „Zusatzangebote“ lieber in Anspruch nehmen wollen. Weiterhin beobachten die Therapeuten jedoch eine zunehmende Offenheit der Schulen gegenüber „alternativen Wegen“. Selbst das Teilnehmen in höheren Klassen in einzelnen Fächern werde ermöglicht.

### *Arbeitsaufwand*

Die therapeutische Arbeit mit hochbegabten Patienten wird von den Therapeuten, die auf diese Frage geantwortet haben, einheitlich nicht als aufwändiger empfunden.

Es werden, wie in der Therapie mit normalbegabten Patienten auch, die Therapien geplant und durchgeführt, auch wenn manchmal andere Aspekte zu beachten seien.

### *Therapiekonzept*

Lediglich Personen B und E machen Aussagen zu dieser Frage. Beide geben an, dass es kein eigenes Konzept für die therapeutische Arbeit mit Kindern benötige. Während Frau E dieses jedoch nicht näher ausführt, argumentiert Herr B:

*„Also, was ich sagte war, dass ich nicht glaube, dass man ein anderes Konzept braucht für die Psychotherapie Hochbegabter, weil ja die Probleme, weshalb die in die Psychotherapie kommen, in der Regel vergleichbar sind der Probleme von Nichthochbegabten. Also die sind ja nicht anders, der Kontext ist ein anderer und den Kontext des Entstehens zu verstehen, das ist vielleicht eine neue Anforderung von Psychotherapeuten, wenn sie gut mit Hochbegabten umgehen wollen, aber mehr nicht“ (Zeile 459).*

*„Viele Störungen sind in einem anderen Kontext entstanden und haben ganz stark mit dem Thema Hochbegabung zu tun. Deswegen braucht man nicht unbedingt ein anderes Konzept. Aber man muss sich auf die Welt Hochbegabter einlassen, sie also nachvollziehen, was wohl als Problem erlebt werden kann“ (Zeile 466).*

### *Muss Hochbegabung erkannt werden?*

Bezogen auf die Frage, ob eine mögliche Hochbegabung in der Therapie als zwingende Voraussetzung erkannt werden muss, vertraten die befragten Therapeuten konträre Auffassungen.

Person B ist der Meinung:

*„Ich finde es schlimm, wenn eine Hochbegabung in der Psychotherapie nicht entdeckt wird, z.B. weil der Kollege meinetwegen keine Tests durchführt. Weil dann ist die Störung doch in einem Kontext entstanden, den ich nicht mehr versteh und das Kind wird sich nicht wirklich verstanden fühlen, wenn ich das als Psychotherapeut nicht weiß, weil ich dann wirklich etwas übersehe“ (Zeile 475).*

Auch Frau C hält die Kenntnis über eine mögliche Hochbegabung für den Therapieverlauf von Bedeutung. Die Person stimmt der Aussage zu, dass es für den Therapieverlauf von Bedeutung sei, das zu wissen, weil man dann zu einer anderen Einschätzung gelangt und sich möglicherweise andere Konsequenzen für das Kind und den Therapieverlauf ergeben. Die Person macht aber gleichzeitig darauf aufmerksam, dass nicht die Hochbegabung an sich wichtig sei, sondern die Begabungen des Kindes für die Prognose des Verlaufs der psychischen Störung eine wichtige Rolle spielen.

Frau D weist darauf hin, dass die Kenntnis des Kindes über die eigene Hochbegabung eine aufrechterhaltende Bedingung für eine psychische Störung sein kann. Die Person macht es am Beispiel einer Depression deutlich und betont: „die Depression kann (...) stärker werden, wenn das Kind oder der Jugendliche das Bewusstsein hat, ich bin irgendwie anders“ (Frau D, Zeile 339). Insgesamt schließt sie zu diesem Thema mit dem Satz: „Ich würde sagen, dass ich anders arbeite, wenn ich das weiß und gleichzeitig würde ich nicht unbedingt sagen, dass ich das immer wissen muss“ (Frau D, Zeile 332).

Frau E vertritt die Ansicht, dass man jedes Kind dort abholen müsse, wo es steht und sich auf seine Themen und seine Art zu denken einlassen müsse, sei es nun lernbehindert oder hochbegabt. Die Person findet in dieser Hinsicht keinen Unterschied (vgl. Interview mit Frau E).

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass sich nach Angabe der Therapeuten aufgrund der Kenntnis über eine mögliche Hochbegabung Unterschiede für den Therapieverlauf ergeben können (Verständnis, andere Konsequenzen, kann aufrechterhaltene Bedingung sein).

### *Müssen Besonderheiten Hochbegabter in der Therapie berücksichtigt werden?*

Bezüglich dieser Frage fallen die Antworten der Therapeuten unterschiedlich aus:

Frau D weist auf Folgendes hin:

*„Die Besonderheiten eines Patienten sind sicherlich in der Therapie zu berücksichtigen (Persönlichkeitsmerkmale, soziale Umstände, Ausbildung, Beziehungen etc.) und so ist es natürlich relevant, dass diese Patienten über hohe kognitive Fähigkeiten verfügen“ (Frau D, Zeile 739).*

Frau E benennt hilfreiche Interventionen bei diesen Patienten: disputieren und logisches Schlussfolgern. Dieses deutet darauf hin, dass die Besonderheiten dieser Patienten von dem Therapeuten aufgegriffen werden und die Behandlungsform darauf hin abgestimmt wird.

Herr A vermutet, dass es besondere Behandlungsbedingungen zu berücksichtigen gilt, deren Leitfaden als Resultat dieser Arbeit entstehen könnte.

### *Hinweise für Berufsanfänger*

Alle Therapeuten gaben Hinweise für Berufsanfänger für die Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen. Als gemeinsamer Konsens lässt sich festhalten, dass sich die Berufsneulinge nicht von einer hohen Begabung einschüchtern lassen sollen. Sie sollten sich vielmehr auf diese Kinder und Jugendlichen einlassen, ihnen und ihren Gedanken folgen und zusammen mit ihnen Spaß haben.

Die Personen A, B und D wiesen darauf hin, anfänglich selber zunächst befangen gewesen zu sein im Umgang mit dieser Zielgruppe. Daraus leiten sie für Berufsanfänger ab, dass diese keine Scheu haben sollten und keinen zu großen Respekt vor einer möglichen hohen Intelligenz, auch wenn sie sich ihrer eigenen Kompetenz noch nicht so sicher seien. Personen B und E merkten an, dass die Berufsnovizen dem Prinzip folgen sollten, die Kinder dort abzuholen, wo sie stehen und sich auf ihre Themen einzulassen. Dabei soll man ihnen mit Geduld auf dem intellektuellen Pfad folgen und nicht zu sehr auf das emotionale Erleben drängen, auch wenn der Wunsch sehr groß sei.

Frau D betont, dass die Therapie mit Hochbegabten viel Spaß mache und man viel mit Humor arbeiten könne.

### *Sonstiges*

Unter diese Kategorie wurden Aussagen der Therapeuten zusammengefasst, für die sich keine andere Kategorie fand.

Herr B äußerte den Eindruck, dass das Thema Hochbegabung derzeit aktuell sei und häufig im Fokus stehe. Es gebe auch gerade viele Fortbildungen und vermehrte Angebote zu diesem Thema.



Frau C schlussfolgerte, dass einige Störungsbilder, so zum Beispiel Zwänge, im Besonderen Gedankenzwänge, aufgrund der kognitiven Reife der hochbegabten Kinder zeitlich früher im Leben der Kinder auftreten können. Dieser Zusammenhang zwischen psychischen Störungen, Hochbegabung und durchschnittlichem Krankheitsbeginn sollte noch genauer erforscht werden.

Diese Person stellt weiterhin klar, dass für sie Kinder mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, zum Beispiel Asperger-Autismus, nicht im engeren Sinne zu der Gruppe der Hochbegabten zählen würden. Auch wenn diese Kinder in Teilbereichen überdurchschnittliche Leistungen zeigen könnten.

### **3.3 Verknüpfung der Ergebnisse der Untersuchungsansätze**

In dem zweistufigen Vorgehen dieser Studie wurde zunächst im Rahmen einer quantitativen Untersuchung eine schriftliche Befragung mittels eines Fragebogens durchgeführt. Darauf aufbauend wurden in einem zweiten Schritt und im Rahmen einer qualitativen Untersuchung so genannte Experteninterviews durchgeführt. Im Rahmen einer Methoden-Triangulation auf der Ebene der Ergebnisse werden im Folgenden die Ergebnisse dieser beiden Untersuchungsansätze verbunden.

Die Schwerpunkte dieser beiden Untersuchungsformen lagen auf unterschiedlichen Aspekten. So standen im Rahmen der Fragebogenuntersuchung vor allem prozedurale Gesichtspunkte des Therapieprozesses mit Hochbegabten im Vergleich zu dem Therapieprozess mit normalbegabten Patienten im Vordergrund. Es wurden schwerpunktmäßig Fragen zum Thema Hochbegabung, zu Therapieanlässen, zur Anwendung von Methoden, zur Therapiedauer und zur Interaktionsgestaltung immer im Vergleich zwischen hochbegabten Patienten und Patienten insgesamt gestellt. In den durchgeführten Experteninterviews lag der Fokus des Interesses überwiegend auf der Wahrnehmung hochbegabter Patienten und der Therapieprozesse mit ihnen aus Sicht der Therapeuten. Es standen der Therapieprozess sowie seine Gestaltung im Mittelpunkt. Doch trotz dieser unterschiedlichen Schwerpunkte lassen sich einige Aspekte finden, die in beiden Untersuchungen erfragt und beantwortet wurden.

Die Ergebnisse der einzelnen Befragungen, schriftlich sowie mündlich, wurden bereits oben beschrieben. Dieses Kapitel leistet die Verknüpfung der Resultate der

verschiedenen Untersuchungsformen. Zunächst werden Vergleiche zwischen den beiden Untersuchungsformen hinsichtlich ihrer Aussagen zu gemeinsamen Punkten gezogen. Anschließend wird darüber hinaus versucht, Ergebnisse der Fragebogenerhebung anhand der Aussagen aus den Interviews zu verknüpfen und gegebenenfalls zu erklären oder zu stützen.

Zunächst wird in der folgenden Tabelle eine Übersicht der abgefragten Themen, zugeordnet zu einer Untersuchungsmethode, dargestellt.

Abgefragte Themen/Items	Fragebogen- untersuchung (quantitativ)	Experten- interviews (qualitativ)
<i>Demographie:</i>		
Geburtsjahr	√	√
Geschlecht	√	√
Wohnortgröße	√	√
Absolviertes Studium	√	√
Erhalt der Approbation	√	√
Zusatzqualifikationen	√	√
Dauer therapeutische Tätigkeit	√	√
Patientenzahl pro Woche	√	
Durchführung von Intelligenzdiagnostik	√	√
<i>Zum Thema Hochbegabung:</i>		
Mit Hochbegabung schon einmal auseinander gesetzt	√	√
Behandlung von hochbegabten Patienten (Anzahl und Besonderheiten)	√	√
Therapieanlässe	√	√
Anwendung von Methoden	√	√
Anzahl Therapie- und Bezugspersonenstunden	√	√
Therapieerleben mit hochbegabten Patienten	√	
Anderes Vorgehen in der Arbeit mit hochbegabten Patienten	√	√
Arbeitsaufwand	√	√
<i>Zum Schluss:</i>		
Müssen Besonderheiten Hochbegabter in Therapie berücksichtigt werden?	√	√
Braucht es eigenes Therapiemanual für die Arbeit mit hochbegabten Patienten?	√	
Braucht es eigenes Therapiekonzept für die Arbeit mit hochbegabten Patienten?	√	√
Nehmen hochbegabte Patienten Emotionen anders wahr/gehen mit diesen anders um?		√
Zeigen hochbegabte Patienten in der Therapie mehr, gleichviel oder weniger Widerstand?		√
Wie gehen Sie in der Arbeit mit Eltern vor?		√
Wie gehen Sie in der Arbeit mit Lehrern vor?		√
Wie stehen Sie zum Thema Klasse überspringen?		√
Muss eine mögliche Hochbegabung in der Psychotherapie erkannt werden?		√
Hinweise für Berufsanfänger		√

**Tab. 18:** Zuordnung der abgefragten Items zu einer Untersuchungsmethode

*Geburtsjahr und Geschlecht:*

Die durch die Fragebögen befragten Therapeuten waren durchschnittlich 52 Jahre alt und überwiegend weiblich. Diese Tendenz trifft in ähnlicher Weise auf die befragten Therapeuten der Experteninterviews zu: diese waren durchschnittlich 53 Jahre alt, also geringfügig älter, ebenfalls jedoch überwiegend weiblich.

Anhand der bivariaten Auswertung wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen Geschlecht und Dauer therapeutische Tätigkeit nachgewiesen: die Therapeuten, die über 31 bis 40 Jahre Berufserfahrung verfügen, sind überwiegend männlich (75%), während es nur noch 15% der ein bis zehn Jahre tätigen Therapeuten sind. Dieses deutet auf eine Feminisierung des Berufsbildes hin, die sich auch anhand der Interviews finden ließ.

Zusätzlich korreliert die Variable Geschlecht mit der Anzahl der Therapiestunden mit hochbegabten Patienten. Hier führen Frauen durchschnittlich mehr Therapiestunden mit den Patienten durch im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen. Aufgrund dessen kann vermutet werden, dass sich weibliche Therapeuten möglicherweise mehr Zeit für einzelne Therapieabschnitte nehmen (beispielsweise für die Probatorik, Beziehungsgestaltung oder Stabilisierung der Ergebnisse etc.). Dieses konnte anhand der Experteninterviews nicht erhoben werden.

*Wohnortgröße:*

Während die Mehrheit der Therapeuten, die an der Fragebogenuntersuchung teilgenommen hat, aus Orten mit Einwohnerzahlen zwischen 0 – 50.000 kam (30,9%), kamen drei von fünf interviewten Therapeuten aus Orten mit Einwohnerzahlen zwischen 200.001 – 500.000 Einwohnern. Die interviewten Therapeuten kamen im Vergleich zu den schriftlich befragten Therapeuten also mehrheitlich aus Städten mit größeren Einwohnerzahlen.

Der aus bivariaten Berechnungen nachgewiesene Zusammenhang, dass in Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern hochbegabte Patienten auch schon mal mit mehr als 45 Therapiestunden behandelt werden können, geht aus den Daten der Interviews nicht hervor. Ebenfalls lässt sich in den Interviews nicht der Zusammenhang zwischen den Variablen Wohnortgröße und Arbeitsaufwand bestätigen.

*Studium und Approbation:*

Wie auch in der Fragebogenuntersuchung hat die Mehrheit der mündlich befragten Therapeuten angegeben, Psychologie studiert sowie ihre Approbation überwiegend 1999 erhalten zu haben. Die Häufigkeit des angegebenen Approbationsjahrs 1999 lässt sich aufgrund des in diesem Jahr erlassenen Psychotherapeutengesetzes erklären (vgl. Kap. I 2.1).

*Zusatzqualifikation und mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt:*

Bezogen auf den Aspekt der Zusatzqualifikationen haben die Therapeuten der Fragebogenuntersuchung angegeben, sich überwiegend in übenden Verfahren, in Traumatherapie, in humanistischen Ansätzen und in systemischen Ansätzen weiterqualifiziert zu haben. Die interviewten Therapeuten gaben überwiegend humanistische Ansätze als auch systemische Ansätze als weitere Qualifikation an. In dieser Gruppe waren also keine Zusatzqualifikationen in übenden Verfahren oder in Traumatherapie absolviert worden, jedoch verfügten die befragten Therapeuten in beiden Untersuchungen mehrheitlich über Zusatzqualifikationen.

Weiter belegen die Ergebnisse der schriftlichen Befragung, dass sich die Mehrheit der Therapeuten mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt hat. Dieses trifft ebenfalls auf die interviewten Personen zu.

*Dauer therapeutische Tätigkeit:*

Durchschnittlich 18,4 Jahre waren die mit Hilfe des Fragebogens befragten Therapeuten in ihrem Beruf tätig. Die interviewten Therapeuten waren im Mittel 21,6 Jahre tätig. Sie waren also im Vergleich zu der Fragebogensgruppe etwas länger therapeutisch tätig.

*Intelligenzdiagnostik und hochbegabte Patienten behandelt:*

In beiden Untersuchungen gaben die Mehrheit der befragten Therapeuten an, Intelligenzdiagnostik durchzuführen sowie hochbegabte Patienten behandelt zu haben. Lediglich die Anzahl der behandelten Patienten mit Hochbegabung pro Jahr ist bei den mündlich interviewten Therapeuten (1 – 2) leicht reduziert im Vergleich zu der durchschnittlichen Anzahl hochbegabter behandelte Patienten der schriftlich befragten Therapeuten (3 – 4).

Hinsichtlich des Aspekts, ob Intelligenzdiagnostik in der Psychotherapie zur Standarddiagnostik gehöre, stimmt diesem ein älterer, mündlich befragter Therapeut zu. Diesem widerspricht ein jüngerer, ebenfalls mündlich befragter Therapeut. In der schriftlichen Befragung lässt sich bzgl. dieser beiden Variablen nur eine sehr geringe Korrelation nachweisen.

Es kann vermutet werden, dass die interviewten Therapeuten mehr als 10 Patienten in der Woche behandeln, denn diese – so belegen es die Ergebnisse der schriftlichen Befragung – haben häufiger hochbegabte Patienten behandelt, was für die Teilnehmer an den Interviews zutrifft.

Laut den Ergebnissen der Fragebogenuntersuchung, haben die Therapeuten, die Intelligenzdiagnostik durchführen, häufiger hochbegabte Patienten behandelt. Dieses trifft auch für die interviewten Therapeuten zu.

Aufgrund der vielen demographischen Übereinstimmungen zwischen den beiden Stichproben werden auch die weiteren Ergebnisse miteinander verknüpft.

#### *Therapieanlässe:*

Bezüglich der Therapieanlässe nichthochbegabter Patienten kommen die uni- und multivariaten Auswertungsstrategien zu vergleichbaren Ergebnissen. Ängste, hyperkinetische Störungen sowie Depressionen werden von den Therapeuten als häufigste Therapieanlässe nicht-hochbegabter Patienten benannt. Hierbei ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Experten, Novizen und den Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist.

Dieses Resultat kann nicht mit den Aussagen der interviewten Therapeuten verglichen werden, da es nicht Gegenstand der Interviews war, jedoch können Hinweise aus der Literatur zu den häufigsten Therapieanlässen hinzugezogen werden (vgl. Kap. II 4).

Während bei der schriftlichen Befragung Therapieanlässe hochbegabter Patienten mit sozialen Problemen (Platz eins), hyperkinetischen Störungen und Ängsten (jeweils Platz zwei) angegeben wurden, wurde von den interviewten Therapeuten als Therapieanlässe Schulprobleme, soziale Probleme, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Zwänge, Ängste und Selbstwertprobleme benannt. Die Ergebnisse der beiden Untersuchungsansätze entsprechen sich also weitestgehend.

Die aus der multivariaten Analyse bekannten Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Experten in dem Gebiet Hochbegabung und jene Therapeuten, denen das Thema bekannt ist, soziale Probleme angeben, die Novizen in dem Gebiet Hochbegabung jedoch Ängste als Therapieanlässe benennen. Zu den meisten dieser Therapieanlässe haben die mündlich befragten Therapeuten Vermutungen über Entstehungsbedingungen in den Interviews geäußert:

*Schulprobleme:*

Die Therapeuten vermuten, dass die hochbegabten Kinder, die zur Therapie kommen, indes mit ihren unterschiedlich ausgeprägten Fähigkeiten in der Schule nicht zurecht kommen und es „überhaupt nicht so klappt, wie es ihrem intellektuellen Vermögen entspricht“. Eine Therapeutin geht davon aus, dass die Ursache für Schulprobleme in der Motivation und in der Anstrengungsbereitschaft der Kinder und Jugendlichen liege. „Sie könnten, wenn sie nur wollten“, sitzen jedoch in der Schule und engagieren sich nicht. Dieses könne zu mittelmäßigen Leistungen, im schlimmeren Fall bis zu einer drohenden Nicht-Versetzung führen. Da Eltern und Lehrer das hohe Potential der Kinder und Jugendlichen erkennen, ist die Situation für sie schwer aushaltbar.

*Soziale Probleme:*

Ein Therapeut führt die sozialen Kontaktprobleme mit Gleichaltrigen darauf zurück, dass die hochbegabten Kinder und Jugendlichen häufig die Erfahrung gemacht haben, intellektuell den Gleichaltrigen überlegen zu sein und nicht zu ihnen zu passen. Das führe zur Kontaktsuche zu Älteren oder zur Isolation. Überwiegend würden dann Peer-Group-Erfahrungen fehlen, was zu einem Mangel an sozialem Austausch und zu Schwächen im sozialen Miteinander führen könne. Eltern beobachteten dieses häufig, machten sich Sorgen und kommen dann mit dem Kind oder Jugendlichen zur Therapie.

*Hyperkinetische Störungen (ADS):*

Es wird beschrieben, dass häufig ein Aufmerksamkeitsdefizit bei Hochbegabten vorliege, was sich in Form von Konzentrationsstörungen zeige. Dieses werde häufig



nicht erkannt, da sich die Kinder und Jugendlichen still und ruhig verhielten. Es könnte dann aber zu Zuschreibungen wie „zerstreuter Professor“ kommen. Diese Symptomatik sei von der einer möglichen Unterforderung (die mit Langeweile und auch Konzentrationsstörungen einher gehe) abzugrenzen, da die Symptomatik bei einem ADS ausgeprägter sei.

#### *Ängste:*

Eine Therapeutin beobachtet, dass Ängste „im Vergleich zu normalbegabten Kindern überdurchschnittlich häufig bei diesen Kindern auf(treten)“. Sie begründet es wie folgt:

*„die sind zwar intellektuell sehr fit, aber emotional oft nicht entsprechend mitgewachsen. Machen sich natürlich auch über vieles mehr den Kopf, viel mehr Gedanken als andere Kinder und weil sie es zum Teil emotional nicht verarbeiten können, entstehen eben Ängste“ (Frau E, Zeile 75).*

#### *Zwänge:*

Als mögliche Ursache für Zwänge bei hochbegabten Patienten vermutet Frau C, dass sich, vor allem Gedankenzwänge, aufgrund der schnelleren kognitiven Reife der Patienten auch frühzeitiger entwickeln könnten im Vergleich zu normalbegabten Kindern und Jugendlichen.

#### *Depressionen:*

Eine Therapeutin verweist auf die Gefahr von Depressionen. Diese könnten aber mittels Fragebögen häufig nicht diagnostiziert werden. Sie stellen dennoch eine Belastung für die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Familien dar.

Eine Therapeutin weist explizit darauf hin, dass Therapieanlässe hochbegabter Patienten nicht einheitlich seien, sondern dass alle psychischen Störungen vorkommen können.

#### *Angewandte Methoden:*

Aus den Ergebnissen der Fragebogenuntersuchung lässt sich eine Reihenfolge von angewandten verhaltenstherapeutischen Methoden in der Arbeit mit hochbegabten Patienten bestimmen. Diese Priorität der Methoden trifft überwiegend (bis auf die Vertauschung der Plätze vier und fünf) auch auf die Arbeit mit Patienten insgesamt

zu. Es handelt sich also nicht um eine spezifische Reihenfolge von Methoden für die Arbeit mit hochbegabten Patienten.

Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden in der <b>Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen</b> (fehlend: 46,8%)
Kognitive Methoden (26,4%)
Trainings (23,0%)
Methoden aus anderen Verfahren (14,4%)
Entspannungsverfahren (12,6%)
Konfrontationsverfahren (9,8%)
Operante Verfahren (8,6%)
Sonstige Methoden (5,2%)

**Tab. 19:** Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden in der Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen

Aus der multivariaten Analyse lassen sich hinsichtlich der Experten in dem Gebiet Hochbegabung, der Novizen und den Therapeuten, denen das Thema bekannt ist, auf den ersten drei Plätzen keine Unterschiede feststellen.

Die Aussagen der Interviewten lassen ebenfalls eine Präferenz für kognitive Methoden erkennen:

*„Also man weiß ja, dass die kognitiven Strategien und therapeutischen Strategien, die man so hat, eher bei den Jugendlichen greifen, aber da fange ich halt auch schon mit relativ jungen Kindern, hochbegabten Kindern, an, dann eben auch schon über den kognitiven Strategien mit denen anzugehen“ (Frau C, Zeile 252).*

*„Das nette an Hochbegabten ist, auch wenn sie noch relativ jung sind, dass man viel über das Verstehen macht, also viel über kognitive Verhaltenstherapie“ (Frau D, Zeile 90).*

*„Dafür sind die Hochbegabten offener als die anderen Kinder. Also das ist ein Ansatz, den man verfolgen kann, auf jeden Fall. Hab ich auch gute Erfolge mit“ (Herr B, Zeile 143).*

Ausgehend von den Stärken der hochbegabten Patienten, kognitiv schnell viel zu verstehen, leiten die Therapeuten ihr weiteres Vorgehen ab:

- Über Gespräche therapeutische Prozesse aktivieren (spieltherapeutische Prozesse werden zunächst abgelehnt)

*(„weil die das ganz toll finden, dass jemand die im Gespräch ernst nimmt und sich davon auch ein bisschen wieder größer fühlen, ne, das ist eine typische Beobachtung. Es hat mal zu mir einer gesagt, „ich halte sehr viel von ihnen““ (Herr B, Zeile 146))*

- Über Gespräche sind viele Interventionen möglich:
  - Störungsmodelle besprechen, „Also zum Beispiel ein Störungsmodell kann man ganz gut mit ihnen besprechen und die haben das dann viel schneller durchschaut“ (Frau C, Zeile 363).
  - neue Inhalte vermitteln (Patienten zeigen sich neugierig, wenn es um neues Wissen geht; Inhalte können dann zu sozialer Kompetenz etc. sein)

*(„dann kann man einfach sagen, man kann mit denen ein Gespräch führen und das intellektuelle Verstehen ist ja in der Regel hervorragend und dann kann man mit denen auch darüber reden, dass es so etwas gibt wie emotionale Intelligenz. Und was das eigentlich ist, was bedeutet es, emotionale Intelligenz, was ist Empathie, was ist Selbstempathie und da sind die ja furchtbar neugierig, weil es geht ja um neues Wissen“ (Herr B, Zeile 134))*

- kognitive Umstrukturierung
  - Strategien vermitteln und einüben (zu unterschiedlichen Themen, z.B. Umgang mit Lehrern, Umgang mit anderen Schülern etc)
- „Man darf natürlich auch die emotionale Ebene nicht vernachlässigen, das ist auch ganz wichtig und das ist sicherlich zu beachten“ (Frau C, Zeile 259)
  - Interventionen: sichtbar machen von Gedanken und Gefühlen

- Es ist zu beachten, dass diese Strategien (Arbeiten über kognitive Zugänge) den Kindern und Jugendlichen liegen, daher können sie auch über diese Ebene Widerstand ausüben (viel reden, aber wenig verändern)  
*(„das machen die gerne mit, weil es etwas ist, was, was ihnen entgegen kommt und gleichzeitig muss einem klar sein, dass das natürlich nicht alles ist, weil sie das so gut können ist das natürlich auch eine perfekte Strategie des Widerstands, beziehungsweise sich vordergründig auf etwas einlassen, und es passiert tatsächlich gar nichts“ (Frau D, Zeile 94))*
- Daher wichtig: im Verlauf des therapeutischen Prozesses eigene Handlung aktivieren  
*(„Also was sich sicher bewährt hat, die Konsequenzen aus diesem kognitiven Teil, also ihnen Verantwortung zu geben, ihnen was zuzutrauen, relativ viel eigene Handlung auch zu aktivieren und dann weg von dem Reden zu kommen“ (Herr A, Zeile 160))*
- Eigene Handlung kann auch in Form von Angstkonfrontation stattfinden  
*(„gerade bei den Angstkindern, wo ich mit denen einmal eine Angstkonfrontation gemacht hab und die haben das Prinzip verstanden und auch erlebt, die Angst wird weniger, dann sind die oft auch so mutig und probieren das selber weiter aus, weil die eben schnell begreifen, worum es geht“ (Frau E, Zeile 126))*

Es zeigt sich, dass die schriftlich als auch mündlich befragten Therapeuten angeben, den kognitiven Zugang zu nutzen, um eine Beziehung zu den Patienten aufzubauen. Weiterhin wird diese Stärke der Patienten genutzt, um therapeutisch zu arbeiten. Interventionen werden auf diesen kognitiven Schwerpunkt ausgerichtet, so sind sie den Patienten leichter zugänglich. Es lassen sich Erfolge in den Therapien erzielen.

Insgesamt zeigt sich also, dass trotz des gleich häufigen Anwendens der gleichen Methoden Hochbegabung in den Therapieprozessen berücksichtigt und darauf eingegangen wird.

*Therapiedauer:*

Aus den Ergebnissen der Fragebogenuntersuchung wurde deutlich, dass die Therapeuten durchschnittlich weniger Therapiestunden mit den hochbegabten Patienten im Vergleich zu den Patienten insgesamt arbeiten (30,3:33,9). Gleiches gilt auch für die Bezugspersonenstunden (8,3:11,8). Drei von fünf mündlich befragten Experten bestätigen dieses ebenfalls.

Differenziertere Aufschlüsse bieten hier die Ergebnisse der multivariaten Auswertung. Während Experten und Novizen in dem Gebiet Hochbegabung überwiegend Kurzzeittherapien (bis zu 25 Therapiestunden) mit Hochbegabten durchführen, geben Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, mehrheitlich an mit hochbegabten Patienten Langzeittherapien durchzuführen (26 – 45 Therapiestunden). Bezogen auf die Bezugspersonenstunden lassen sich keine Unterschiede zwischen den Therapeutengruppen (Experten, Novizen, Thema bekannt) finden. Zusätzlich ergibt sich aus der bivariaten Analyse, dass mit zunehmender Dauer der therapeutischen Tätigkeit weniger Therapiestunden mit Hochbegabten durchgeführt werden, wobei auch nach dem Geschlecht des Therapeuten unterschieden werden kann (Männer: behandeln eher im Rahmen von Kurzzeittherapien, Frauen behandelnd eher im Rahmen von Langzeittherapien).

Die interviewten Therapeuten geben drei mögliche Erklärungen für die überwiegend kürzere Therapiedauer der hochbegabten Patienten an:

1. Hohe Einsichtsfähigkeit der Patienten
2. Gute Intelligenz als protektiver Faktor, können sich besser von sich selber distanzieren, Dinge erkennen und diese verändern, anderes analytisches Verständnis, schneller durchschaut
3. Therapien werden auch effektiver: „Das sind nicht unbedingt die Kinder, die nach zwei Jahren wiederkommen und was Neues haben“

Dabei weisen die Therapeuten darauf hin, dass es individuell auf die Komplexität der Störung und auf aufrechterhaltende Bedingungen ankomme, sowie auf die Veränderungsbereitschaft und auf mögliche komorbide Störungen. Diese Faktoren beeinflussen den therapeutischen Prozess maßgeblich und können die Dauer dieses Prozesses beeinflussen.

*Anderes Vorgehen in der Therapie:*

Befragt zu einem etwaigem anderen Vorgehen in der Therapie, gab die Mehrheit der antwortenden Therapeuten an, anders mit diesem Klientel zu arbeiten. Ihre Begründungen bezogen sich auf das therapeutische Vorgehen als auch auf die Merkmale dieser Patienten.

Hinweise auf eine veränderte inhaltliche Arbeit konnte auch den Experteninterviews entnommen werden. Da die Patienten eher kognitiv erreichbar und intellektuell voraus seien, würde eher kognitiv mit ihnen gearbeitet, ihnen Inhalte und Strategien vermittelt. Wie bereits unter dem Aspekt „angewandte Methoden“ deutlich wurde, und um es mit den Worten eines Therapeuten zu sagen: „Es ist natürlich vom therapeutischen Ansatz her so, dass man schon anders mit den Kindern arbeitet“ (Frau C, Zeile 246).

*Arbeitsaufwand:*

Gleichviel Arbeitsaufwand bedeute die therapeutische Arbeit mit hochbegabten Patienten im Vergleich zu normalbegabten Patienten nach Aussage der schriftlich befragten Therapeuten. Dieses trifft auch auf die mündlich befragten Therapeuten zu.

Aus der bi- und multivariaten Auswertung sind differenziertere Aussagen möglich. Experten und Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, geben einen gleich hohen Arbeitsaufwand an, während Novizen in dem Bereich Hochbegabung einen höheren Arbeitsaufwand mit diesen Patienten verspüren. Signifikant beeinflusst wird diese Variable vor allem durch die Angaben, ob sich mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt (Therapeuten, die sich mit Hochbegabung auseinander gesetzt haben, geben einen gleich hohen Arbeitsaufwand an, 66,7%) sowie ob Intelligenzdiagnostik durchgeführt wurde (diejenigen, die Intelligenzdiagnostik durchführen geben überwiegend an, weniger bis gleichviel Arbeitsaufwand zu verspüren, 73,8%). Diese beeinflussenden Faktoren lassen sich für die mündlich befragten Experten bestätigen.

*Müssen Besonderheiten Hochbegabter in der Therapie berücksichtigt werden?*

Die Mehrheit der schriftlich befragten Therapeuten gibt an, dass die Besonderheiten Hochbegabter in der verhaltenstherapeutischen Arbeit berücksichtigt werden müssen. Auch in den Interviews lassen sich Hinweise auf diese Antwort finden:

*„Die Besonderheiten eines Patienten sind sicherlich in der Therapie zu berücksichtigen (Persönlichkeitsmerkmale, soziale Umstände, Ausbildung, Beziehungen etc.) und so ist es natürlich relevant, dass diese Patienten über hohe kognitive Fähigkeiten verfügen“ (Frau D, Zeile 739).*

Anhand der multivariaten Auswertung konnte gezeigt werden, dass vor allem die Experten in dem Gebiet Hochbegabung dieser Aussage zustimmen, während diejenigen dieses verneinten, denen das Thema bekannt ist. Die Novizen hingegen stimmen dieser Aussage zu einem Drittel zu.

#### *Therapiekonzept:*

Bezüglich der Frage nach einem eigenen Therapiekonzept für die verhaltenstherapeutische Arbeit mit hochbegabten Patienten, fällt die Antwort uneinheitlich und knapp aus.

Während aus der univariaten Auswertung bekannt ist, dass sich eine knappe Mehrheit gegen ein Therapiekonzept ausspricht (52,4%), lassen die weiteren Analysen dieser Frage differenziertere Angaben zu: jene Therapeuten, die viele hochbegabte Patienten pro Jahr behandeln sowie über eine längere Berufserfahrung verfügen brauchen eher kein Konzept. Während hingegen die Experten in dem Gebiet Hochbegabung mit 53% angeben, eins zu benötigen sind es bei den Novizen schon 71,4%. Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist, lehnen ein eigenes Konzept dagegen mehrheitlich ab (87,5%).

Aus den Interviews konnte nur von zwei Personen eine Aussage dazu gewonnen werden. Beide älteren Therapeuten waren der Ansicht, dass es kein anderes Konzept benötige. Sie begründen dieses damit, dass die Probleme, die zum Aufsuchen des Therapeuten führen, vergleichbar seien, sich jedoch lediglich der Entstehungskontext des Problems unterscheide. Dieses sei vielleicht eine neue Anforderung an Psychotherapeuten, die sie aber überwinden könnten, wenn sie sich auf die Welt der Hochbegabten einließen um nachzuvollziehen, was wohl als Problem erlebt werden könnte.

Die Ergebnisse der weiteren Variablen können leider nicht verknüpft werden, da sie nicht durch beide Untersuchungsformen erhoben wurden.



Zusammenfassend betrachtet ergeben sich viele Übereinstimmungen zwischen den beiden Untersuchungsmethoden. Während die schriftliche Befragung viele harte und klar auswertbare Daten produzierte, ergaben die Ergebnisse der Experteninterviews vor allem Begründungsmuster und Hypothesen für die Antworten. Es war möglich, Ursachen von Therapieanlässen oder das therapeutische Vorgehen mit den Patienten aus Sicht der Therapeuten zu erheben. Somit war die Kombination dieser Untersuchungsmethoden sinnvoll und hilfreich.

## 4 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieser Untersuchung zusammengefasst und diskutiert. Sie werden weiterhin mit den aus der Literatur bekannten Aussagen verknüpft. Darüber hinaus wird Bezug auf die theoretischen Grundlagen genommen.

Die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse umfasst zunächst kurz die Berücksichtigung der demographischen Daten bevor auf die Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellungen eingegangen wird.

In dieser Arbeit wurden Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie und der Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche in dem Bundesland Nordrhein-Westfalen zu Unterschieden in der Therapie mit normal- und hochbegabten Kindern und Jugendlichen befragt. Ich habe mich zugunsten der Verhaltenstherapie entschieden, da diese therapeutischen Verfahren die stärksten Effekte erzielen (vgl. Kap. I 1.6, I 2.4) sowie die Verhaltenstherapeuten die Mehrheit der Psychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen (vgl. Kap. II 2.1) darstellen. Dieses belegt die folgende Tabelle anhand von bereits belegten Ausbildungsplätzen:

Belegte Ausbildungsplätze für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (31.12.dJ)						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	90	216	145	151	341	509
Davon						
<b>Verhaltenstherapie</b>	<b>43</b>	<b>157</b>	<b>99</b>	<b>120</b>	<b>202</b>	<b>360</b>
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	47	59	26	20	68	98
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	-	-	20	11	71	51

Quelle: Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie

**Tab. 20:** Belegte Ausbildungsplätze für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2008), S. 33.

### Demographie:

Als Grundgesamtheit wurden in dieser Studie 440 Personen befragt, unter denen mehrheitlich Frauen sind (65% weiblich, 35% männlich). Diese Verteilung konnte auch im Rahmen dieser Arbeit erreicht werden (70% weiblich, 30% männlich, n=80). Sie kann statistisch auch anhand der Approbationen in NRW belegt werden:

Approbationen für Psychotherapeuten/-innen in NRW				
Jahr	Anzahl	Veränderung gegenüber 2001	männl.	weibl.
<b>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie</b>				
2001	70		19	<b>51</b>
2002	47		12	<b>35</b>
2003	25		14	<b>11</b>
2004	17		6	<b>11</b>
2005	39		7	<b>32</b>
2006	45		7	<b>38</b>

Quelle: Hochschulstatistik (LDS)

**Tab. 21:** Approbationen für Psychotherapeuten/-innen in NRW, Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2008), S. 34.

Die Mehrheit der weiblichen Approbierten unter den Therapeuten könnte möglicherweise mit den Universitäts-Absolventen-Zahlen der psychologischen und pädagogischen Studiengänge zusammenhängen. Die Abschlüsse in diesen Fächern stellen derzeit die Voraussetzung für den Beginn der Ausbildung zum/r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in dar.

Laut der Grund- und Strukturdaten 2007/2008, herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, beträgt der Frauenanteil in den geisteswissenschaftlichen Hochschulfächern 67,7%. Sortiert nach Fächern lässt sich feststellen, dass die Fächer Pädagogik und Psychologie zu den stärksten 10 Studienfächern gehören, die von Frauen belegt werden:

Studienfächer	Hochschule insgesamt		
	Studierende insgesamt		
	Rang	Anzahl	% Anteil Frauen
Betriebswirtschaftslehre	1	74.888	8,0
Germanistik/Deutsch	2	67.492	7,2
Rechtswissenschaft	3	47.510	5,1
Medizin (Allgemein-Medizin)	4	46.939	5,0
<b>Erziehungswissenschaft (Pädagogik)</b>	5	35.130	3,7
Anglistik/Englisch	6	32.173	3,4
Wirtschaftswissenschaften	7	30.342	3,2
Biologie	8	28.312	3,0
<b>Psychologie</b>	9	24.364	2,6
Mathematik	10	21.546	2,3
Sozialwesen	11	21.145	2,3
Architektur	12	18.051	1,9
Chemie	13	12.747	1,4
Soziologie	14	12.656	1,4
Sozialarbeit/-hilfe	15	12.038	1,3
Politikwissenschaft/Politologie	16	11.728	1,3
Informatik	17	11.152	1,2
Geschichte	18	10.929	1,2
Geographie/Erdkunde	19	10.261	1,1
Volkswirtschaftslehre	20	10.076	1,1
Zusammen		539.479	57,6
Insgesamt		936.909	100,0

**Tab. 22:** Weibliche Studierende in den stärksten 20 Studienfächern, 2005, Quelle: Grund- und Strukturdaten 2007/2008, Bundesministerium für Bildung und Forschung, S. 44.

In dieser Arbeit konnte nachgewiesen werden, dass die Mehrheit der schriftlich als auch mündlich befragten Therapeuten Psychologie studierte. Dieses steht allerdings im Gegensatz zu den in der Literatur genannten Zahlen, denn nach Keller et al. (2010) haben „Ca. 70% der Teilnehmer dieser Ausbildungsgänge (...) eine pädagogische Grundqualifikation, 30% ein Psychologiediplom“ (Keller et al., 2010, S. 36). Anhand der Ausbildungsteilnehmerzahlen eines Ausbildungsinstituts im Bundesland Nordrhein-Westfalen lässt sich dieses belegen:

Ausbildungsjahr	Studienabschlüsse der Ausbildungsteilnehmer in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutenausbildung			
	Dipl. Psych.	Dipl. Päd.	Master of Sc.	Soz. Arb.
2005	5	7		
2006	3	7	1	
2007	2	12		
2008	4	10		2
2009	4	11	1	

**Tab. 23:** Studienabschlüsse der Ausbildungsteilnehmer eines Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Quelle: anonym.

Vermutet werden kann daher, dass zunehmend auch Personen mit pädagogischer Studiausbildung diesen Beruf wählen. Für Pädagogen besteht diese Aus- bzw. Weiterbildungsmöglichkeit erst seit 1999, was den Grund für die aktuelle Mehrheit von Psychologen unter den Befragten erklärt, denn diese hatten bereits vor 1999 die Möglichkeit, dieser Tätigkeit nachzugehen.

Bezogen auf die **forschungsleitenden Fragestellungen** lassen sich einzelne Unterschiede in der (Verhaltens-)Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu normalbegabten Kindern und Jugendlichen feststellen. (Aufgrund der vielen und umfassenden Zusatzqualifikationen, die die Befragten absolviert haben, kann letztlich zwar von einer verhaltenstherapeutischen Grundausbildung der Therapeuten ausgegangen werden. Es ist jedoch ein störungsorientiertes Vorgehen der Therapeuten anzunehmen, dass sich nicht nur an verhaltenstherapeutischen Elementen orientiert, sondern auch Methoden aus anderen Psychotherapieverfahren umfasst und einbezieht).

Diese betreffen zunächst einmal die Therapieanlässe. So geben die befragten Therapeuten an, dass hochbegabte Patienten am häufigsten aufgrund sozialer Probleme einen Therapeuten aufsuchen. Diese werden im Vergleich mit nichthochbegabten Patienten bei diesen im hinteren Feld benannt (Platz 7).

Weitere Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Anlässe Schulprobleme, Zwänge (werden bei Hochbegabten mit mittleren Feld benannt, bei Nichthochbegabten im hinteren Feld), emotionale Probleme und Selbstbewusstsein (bei Hochbegabten im hinteren Feld, bei Nichthochbegabten nicht benannt). Anpassungsstö-

rungen, die bei Hochbegabten im hinteren Feld benannt werden, finden sich schon wesentlich häufiger bei Nichthochbegabten.

Aus der Literatur ist eine Vielzahl an Beweggründen für das Aufsuchen einer Beratungsstelle bekannt, die teilweise auf die Notwendigkeit einer Therapie hinweisen (s. Kap. I 1.6). Auch in der Literatur zum Thema hochbegabte Kinder und Jugendliche in der Therapie werden unterschiedliche Therapieanlässe benannt (s. Kap. I 3.2). Die folgende Tabelle ermöglicht eine Übersicht der in der Literatur genannten Therapieanlässe im Vergleich zu denen, die im Rahmen dieser Arbeit genannt wurden (es werden dabei nur die Therapieanlässe aufgelistet, Anlässe zur Beratung werden aufgrund der eingeschränkten Vergleichbarkeit in dieser Tabelle vernachlässigt):

<b>Görlitz (2005):</b>	<b>Brackmann (2005):</b>	<b>Rohrmann (2005):</b>	<b>Hoge (2010):</b>
1. Leistungsverweigerung 2. Prüfungsängste 3. Verhaltensauffälligkeiten	1. Schulische Probleme und Lernschwierigkeiten 2. Selbstunsicherheit und depr. Entw. 3. Schwierigkeiten in sozialen Kontakten 4. andere Störungsbilder (AD(H)S, Essstörungen)	1. mangelnde Lern- und Arbeitstechniken 2. Anstrengungsvermeidung 3. Selbstüberforderung u. Perfektionismus 4. Langeweile, Schulunlust und Schulverweigerung	1. soziale Probleme 2. Ängste und Hyperkinetische Störungen 3. Sonstiges 4. Depressionen 5. Störungen des Sozialverhaltens und Schulprobleme

**Tab. 24:** Vergleich der Therapieanlässe bei hochbegabten Patienten

Insgesamt betrachtet zeigen sich unterschiedliche Symptome oder Schwierigkeiten, die zur Aufnahme einer Therapie führen können.

Es lassen sich einige Übereinstimmungen (Schulprobleme, soziale Probleme oder Schwierigkeiten in sozialen Kontakten, weitere Störungsbilder), jedoch auch unterschiedliche Aspekte zwischen den in der Literatur aufgeführten Therapieanlässen und denen dieser Studie finden.

Annahmen über Therapieanlässe sowie ihre Entstehensbedingungen gehen teilweise aus den Interviews dieser Untersuchung hervor (s. Kap. I 3.2). Sie werden im Folgenden mit jenen aus der Literatur verglichen:

*Soziale Probleme:*

Die in dieser Untersuchung befragten Therapeuten geben am häufigsten soziale Probleme der hochbegabten Patienten an. Sie vermuten, dass diese Kinder und Jugendlichen die Erfahrung gemacht haben, nicht zu den Gleichaltrigen zu passen, sich darauf hin zurückziehen und es darum zu einem Mangel an sozialem Austausch und sozialer Kompetenz kommen könnte.

Brackmann (2005) weist darauf hin, dass differenziert werden müsste, ob das Kind Probleme mit seinem Umfeld oder das Umfeld Probleme mit dem Kind habe. Es sollten möglichst Bedingungen geschaffen werden,

*„die dem Kind die Entfaltung seiner sozialen Begabungen ermöglichen. Dies kann durch das Überspringen einer Klasse, den Wechsel auf eine geeignete Schule, die Teilnahme an Arbeitsgemeinschaften mit älteren SchülerInnen oder die Aufnahme von Kontakten zu anderen Hochbegabten erfolgen“*  
(Brackmann, 2005, S. 126).

Nach Reis & Renzulli (2004) haben hochbegabte Kinder und Jugendliche nicht mehr soziale und emotionale Probleme im Vergleich zu anderen Kindern. Dabei beziehen sich ihre Ergebnisse auf hochbegabte Kinder und Jugendliche allgemein und nicht auf solche, die sich in einer Psychotherapie befinden. Dieses gilt auch für die weiteren Ergebnisse, die sich auf die Autoren beziehen.

Die befragten Therapeuten dieser Untersuchung geben eine Vermutung über den Entstehungskontext von sozialen Problemen an. Dieser wird in der Literatur nicht beschrieben, es werden jedoch Möglichkeiten zur Intervention benannt. Teilweise widersprechen sich auch die Angaben in der Literatur.

*Ängste:*

Die Therapeuten dieser Untersuchung geben an, Ängste häufiger bei hochbegabten Patienten zu beobachten. Sie vermuten als Ursache, dass diese Patienten sich häufiger Sorgen und Gedanken machen, was sie emotional aber nicht verarbeiten könnten.

Auch Reis & Renzulli (2004) weisen darauf hin, dass Ängste entwickelt werden könnten, die sie ebenfalls auf die „Unebenheit in der Entwicklung“ der Kinder und



Jugendlichen zurückführen. Es könne die Affektregulation nicht stimmig stattfinden, so dass Ängste entstehen könnten.

Nach Wittmann & Holling (2004) deuten jedoch die Ergebnisse der wenigen Studien zum Zusammenhang von Hochbegabung und Ängsten darauf hin, dass hochbegabte Kinder und Jugendliche nicht ängstlicher sind. Dabei beziehen sich auch diese Autoren nicht auf Hochbegabte, die sich in einer Psychotherapie befinden.

*„Danach scheint es sogar eher so zu sein, dass hochbegabte Kinder im Leistungsbereich weniger Ängste zeigen und auch sonstige Ängste aufgrund der besseren Möglichkeit, rationale Erklärungen für zunächst bedrohlich erscheinende Situationen zu finden, besser bewältigen zu können“ (Wittmann & Holling, 2004, S. 219).*

An diesem Punkt unterscheiden sich die Daten dieser Untersuchung von den Angaben in der Literatur, die ebenfalls konträr sind.

#### *Hyperkinetische Störungen (ADS/ADHS):*

Die Therapeuten dieser Untersuchung beobachten, dass häufig ADS bei den hochbegabten Patienten vorliege. Diese Störung werde jedoch eher selten erkannt, da es sich in Form von Konzentrationsschwächen zeige, mit denen die Kinder nicht auffällig wären. Diese Symptomatik sei von der einer möglichen Unterforderung (die mit Langeweile und auch Konzentrationsstörungen einher gehe) abzugrenzen, da die Symptomatik bei einem ADS ausgeprägter sei.

Nach Wittmann und Holling (2004) lassen sich wissenschaftlich keine Zusammenhänge zwischen einer Hochbegabung und AD(H)S bestätigen. Sie weisen darauf hin, dass die Differentialdiagnose schwer zu stellen sei. Die Autoren beziehen sich auf Silverman, der feststelle, dass Hochbegabte aufgrund ihrer Wissbegierde, ihrer hohen motorischen Energie und dem geringen Schlafbedürfnis häufiger als hyperaktiv gehalten werden, obwohl sie es nicht seien. Auch Brackmann (2005) beschreibt in Anlehnung an Rossi (2001) und Scheidt (2004), dass das ruhelose Verhalten von unterforderten Hochbegabten oder ihre geistige Unruhe und Sprunghaftigkeit fälschlicherweise als Symptom einer Hyperkinetischen Störung diagnostiziert werden könnte.

Es bleibt festzuhalten, dass hochbegabte Kinder und Jugendliche Anzeichen eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms zeigen können, was jedoch schwer zu differenzieren und diagnostizieren ist. Hier entsprechen die Ergebnisse dieser Untersuchung den Aussagen der Literatur.

#### *Depressionen:*

Die Therapeuten, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben, geben an, dass Depressionen bei hochbegabten Patienten vorkommen können, diese aber nicht immer mittels Testdiagnostik nachgewiesen werden können.

Wittmann und Holling (2004) weisen in Anlehnung an Webb, Meckstroth und Tolan darauf hin, dass Depressionen, die bei hochbegabten Kindern und Jugendlichen auftreten, auf drei unterschiedlichen Ursachen gründen können: erstens können sie auf eigenen, unerreichbar hohen Standards gründen, denen sie selber nicht gerecht werden können, zweitens können sie auf einem Gefühl der Entfremdung gründen (sie fühlen sich anders als andere) und drittens könnte die Ursache der Depressionen in häufigen Grübeleien über den Sinn des Lebens liegen, was zu einer emotionalen Überforderung führe.

So differenziert betrachteten es die befragten Therapeuten dieser Untersuchung nicht. Die Aussagen der Literatur gehen also über die Aussagen dieser Untersuchung hinaus.

#### *Störungen des Sozialverhaltens:*

Diese Gruppe von Störungen wurde in den Experteninterviews nicht benannt. Auch aus der Literatur ist zu diesem Thema in Verbindung mit hoher Begabung nichts bekannt.

#### *Schulprobleme:*

Die Therapeuten, die im Rahmen dieser Studie befragt wurden, geben an, dass Schulprobleme aufgrund eines Mangels an Motivation und Anstrengungsbereitschaft entstehen könnten. Dieses könne zu mittelmäßigen Leistungen, im schlimmeren Fall bis zu einer drohenden Nicht-Versetzung führen.

Aus der Literatur sind noch weitere Ursachen für mögliche Schulprobleme bekannt: Brackmann (2005) weist darauf hin, dass auch Ängste, sich zu melden oder vor Klassenarbeiten oder Schwierigkeiten Misserfolge zu verarbeiten und eine zu langsame Bearbeitung von Aufgaben zu Schulproblemen führen können.

Nach Rohrmann & Rohrmann (2005) können Langeweile, Schulunlust, Schulverweigerung, Schulphobie oder die Einstellung, dass der Schulbesuch nicht notwendig sei, ebenfalls zu Schulproblemen führen.

Je nach dem Grund der Schulprobleme wird ein anderes therapeutisches Vorgehen beschrieben. Bezüglich dieses Aspekts ergeben sich Ergänzungen der Erkenntnisse dieser Studie zu den in der Literatur genannten Aspekten.

#### *Psychosomatische Beschwerden:*

Eine befragte Therapeutin wies darauf hin, dass sie häufiger bei Hochbegabten psychosomatische Beschwerden beobachten könnte. Dieses führte sie jedoch nicht näher aus.

Aus der Literatur ist bekannt, dass psychosomatische Beschwerden in Folge zu hoher Anforderungen entweder im kognitiven Bereich (eigene Erwartungen oder die der anderen sind zu hoch) oder im emotionalen Bereich (ungelöste Konflikte, Ärger mit Mitschülern, Lehrer, Eltern) auftreten können. Aber auch zu geringe Anforderungen könnten diese Form von Beschwerden auslösen (vgl. Wittmann & Holling, 2004).

Emotionale Überforderung könne aber auch als Folge der asynchronen Entwicklung Hochbegabter entstehen:

*„Die intellektuelle Entwicklung der Kinder eilt der emotionalen Entwicklung weit voraus. Es besteht die Gefahr, die intellektuell überdurchschnittliche Leistung der Kinder auf alle Persönlichkeitsbereiche zu verallgemeinern. Zu hohe Erwartungen an die emotionalen und sozialen Fähigkeiten der Kinder sind die Folge“ (Wittmann & Holling, 2004, S. 229).*

Eine asynchrone Entwicklung als mögliche Ursache für Probleme wird auch von weiteren Autoren benannt (s. Kap. I 3.1 und I 3.2). Görlitz (2005) betont, dass aufgrund der asynchronen Entwicklung Spannungen bei den Kindern und Jugend-

lichen entstehen können, die sie nicht adäquat bewältigen können. Aber auch die Umwelt könne aufgrund dieser häufig verfrühten Entwicklung falsche Verallgemeinerungen von der intellektuellen auf die soziale und emotionale Reife vornehmen (vgl. Görlitz, 2005). Auch Wittmann & Holling (2004) beschreiben, dass die intellektuelle Entwicklung der emotionalen Entwicklung voraus eile, so dass die Gefahr von zu hohen Erwartungen an die Kinder bestünde. Reis & Renzulli (2004) weisen ebenfalls auf die „Unebenheit in der Entwicklung“ hin.

Diese Autoren beschreiben weiterhin Perfektionismus und Underachievement (s. Kap. 1.5) als zwei Bereiche von Vulnerabilitäten bei hochbegabten Kindern und Jugendlichen. Perfektionismus könne dabei entweder zu überragenden Leistungen oder zu Vermeidungstendenzen, Ängstlichkeit oder Versagen führen. Underachievement könne als Folge von Unterforderung oder sozialer Isolation oder familiärer Probleme auftreten. Diese Symptome entsprechen wiederum den oben genannten Therapieanlässen (Perfektionismus, Anstrengungsvermeidung, Ängste, soziale Probleme).

#### *Perfektionismus:*

Auch Wittmann und Holling (2004) beobachten, dass viele hochbegabte Kinder perfektionistisch seien und sehr hohe Erwartungen an sich selbst stellen (vgl. Wittmann & Holling, 2004). Auch Rohrman & Rohrman (2005) beschreiben, dass hohe Ansprüche von den Kindern und Jugendlichen an sich selber gestellt werden. Dieses bringe ihnen zunächst auch ein hohes Maß an Anerkennung ein, was für ihr Selbstwertgefühl von großer Bedeutung sei. Misserfolg werde daher häufig als Katastrophe erlebt, die es unbedingt zu vermeiden gelte oder der Umwelt zugeschoben werde. Probleme mit dem Selbstbild können nach Rohrman und Rohrman (2005) ebenfalls einen Therapieanlass darstellen, wenn zu hohe Anforderungen nicht erfüllt werden können und Sinnkrisen oder Orientierungslosigkeit entstehen. Auch eine frühzeitige Etikettierung als hochbegabt und damit eine frühe Festlegung auf kognitive Leistungen und Intellektualität können sich nach den Autoren negativ auf das Selbstbild auswirken. Selbstwertprobleme werden ebenfalls von einem mündlich befragten Therapeuten angegeben, mögliche Entstehungsbedingungen werden jedoch nicht weiter ausgeführt.

*Protektive und Risikofaktoren:*

Dabei ist bekannt, dass ein positives Selbstwertgefühl und ein positives Sozialverhalten als protektive Faktoren im Bereich der personalen Ressourcen gelten können, die die Gefahr für Erkrankungen senken. Ebenfalls gehört eine positive Schulerfahrung als soziale Ressource ebenfalls zu den protektiven Faktoren. Diese stehen den hochbegabten Kindern und Jugendlichen nicht zur Verfügung, wenn sie sich wegen oben genannter Therapieanlässe an einen Therapeuten wenden. Ganz im Gegenteil gelten schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen sogar als psychosoziale Risiken, die einen Risikofaktor darstellen können. Als weitere Risikofaktoren werden ebenfalls ein alleinerziehender Elternteil oder die Trennung und Scheidung der Eltern benannt, was ebenfalls von den Therapeuten, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben, beschrieben wird.

*Underachievement:*

Underachievement wird von den befragten Therapeuten nicht benannt. Es werden jedoch Symptome aufgezählt, die in der Literatur dem Underachievement zugeschrieben werden (Zusammenwirken negativer Faktoren in der Entwicklung, Unterforderung; Symptome: mangelnde Konzentrationsfähigkeit, unzureichende Methodenkompetenzen, Schulunlust, Leistungsverweigerung, psychosomatische Störungen, Verlust von Selbstvertrauen, depressive Störungen, Prüfungsangst).

Eine befragte Therapeutin gibt an, mangelnde Motivation und Anstrengungsbereitschaft als Ursache für Schulprobleme bei den hochbegabten Patienten zu beobachten. Dieses wird auch von Fischer (2006a) sowie Rohrman und Rohrman (2005) beschrieben. Geringe Selbstmotivierung sowie mangelnde Fähigkeiten bei der Umsetzung von Absichten in Handlungen als auch unzureichende Methodenkompetenzen werden von Fischer (2006a) beschrieben. Rohrman und Rohrman (2005) beobachteten wenig hilfreiche Lern- und Arbeitstechniken, z.B. geringe Bereitschaft zum Üben und Wiederholen, sowie einen Mangel an Motivation als auch Anstrengungsvermeidung. Auch in der Literatur werden diese, über die Aussagen der befragten Therapeuten hinausgehenden Aspekte, benannt.

Eine jüngere befragte Therapeutin, die sich bereits wissenschaftlich mit dem Thema Hochbegabung auseinandergesetzt hat, gibt an, dass alle psychischen Störungen

bei Hochbegabten vorkommen können, sie deswegen aber nicht mehr gefährdet seien. Diese Aussage wird von einer Vielzahl von Autoren in der aktuellen Literatur bestätigt: „Festzuhalten ist, dass Hochbegabte ebenso unter psychischen Störungen leiden können wie alle anderen Begabungsgruppen auch“ (Brackmann, 2005, S. 104). „Um die bisherige Datenlage zusammenzufassen, scheinen hochbegabte Kinder im Allgemeinen mindestens ebenso gut angepasst zu sein wie ihre normalbegabten Peers“ (Gauck, 2007, S. 11).

*„Insgesamt kann man sagen, dass Hochbegabte eine normale emotionale Entwicklung durchlaufen und nicht allgemein gefährdeter sind als durchschnittlich Begabte. Jedoch gibt es einige Besonderheiten, mit denen sie sich unter Umständen auseinandersetzen müssen“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2003, S. 10).*

Dabei ist noch einmal der Hinweis des Ätiologiekonzepts hilfreich:

*„Psychische Störungen entwickeln sich nicht monokausal und eindimensional aus genetischen Bereitschaften, sondern nehmen einen komplexen Entwicklungsweg über Wechselwirkungen von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren“ (Resch, Mattejat & Remschmidt, 2006, S. 77).*

Bezüglich der forschungsleitenden Fragestellung nach den angewandten verhaltenstherapeutischen Methoden ergeben sich augenscheinlich zunächst keine Unterschiede zwischen normal- und hochbegabten Patienten. Differenzierter betrachtet kann jedoch festgestellt werden, dass die Therapeuten über kognitive Verfahren Zugang zu den Patienten finden und sie in diesem Bereich auch fordern.

Die in der Literatur genannten Hinweise auf die psychotherapeutische Arbeit mit hochbegabten Patienten sprechen allgemeine Aspekte an, beziehen sich aber auch störungsspezifisch auf die Therapieanlässe. Die befragten Therapeuten dieser Studie geben überwiegend allgemeine Therapiemethoden für die Arbeit mit Hochbegabten an und weisen nur vereinzelt auf störungsspezifische Methoden hin. Allen gemein ist, dass sie an den kognitiven Stärken der Patienten ansetzen und diese beim Durchführen von Interventionen nutzen.

Auch die folgenden Aussagen unterstreichen dieses: „Für viele Patienten ist es hilfreich, wenn wir sie als Therapeuten auf der kognitiven Ebene abholen“ (Görlitz, 2005, S. 199). „Das (gemeint ist die überdurchschnittliche Begabung oder Hochbegabung) macht es möglich, in vielen Fällen problemorientiert und kognitiv zu arbeiten, weil diese Kinder und Jugendlichen auch komplexen Problemanalysen mühelos folgen könnten“ (Rohrmann & Rohrmann, 2005, S. 198). „Das nette an Hochbegabten ist, auch wenn sie noch relativ jung sind, dass man viel über das Verstehen macht, also viel über kognitive Verhaltenstherapie“ (Frau D, Zeile 90). Es zeigt sich eine Übereinstimmung der Aussagen der befragten Therapeuten mit denen aus der Literatur.

Die folgende Tabelle soll einen Überblick über genannte Hinweise auf therapeutische Methoden ermöglichen:

	<b>Görlitz (2004)</b>	<b>Brackmann (2005)</b>	<b>Rohrmann &amp; Rohrmann (2005)</b>	<b>Hoge (2010)</b>
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einbezug der Eltern</li> <li>- Kognitive Ebene abholen</li> <li>- Soziale und emotionale Fähigkeiten fördern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elternberatung</li> <li>- Patient bei Entscheidungen einbeziehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hochbegabung als Ressource nutzen</li> <li>- kognitiv arbeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kognitive Arbeit</li> <li>- Störungsmodelle besprechen</li> <li>- Inhalte vermitteln</li> <li>- eigene Handlung aktivieren</li> <li>- Einbezug von Eltern</li> </ul>
Störungsspezifische Hinweise		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulische Probleme und Lernschwierigkeiten</li> <li>- Selbstunsicherheit und depr. Entw.</li> <li>- Schwierigkeiten soz. Kontakte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangelnde Lern- und Arbeitstechniken</li> <li>- Anstrengungsvermeidung</li> <li>- Selbstüberforderung und Perfektionismus</li> <li>- Langeweile, Schulunlust, Schulverweigerung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soziale Probleme</li> <li>- Schulprobleme</li> <li>- Ängste</li> <li>- Depressionen</li> <li>- Perfektionismus</li> </ul>

**Tab. 25:** Vergleich der Hinweise auf therapeutische Methoden



### *Allgemein*

Als allgemeine Therapiemethoden setzen die befragten Therapeuten über das Gespräch therapeutische Prozesse in Gang, besprechen Störungsmodelle, vermitteln neue Inhalte und Strategien, führen kognitive Umstrukturierung durch, machen Gedanken und Gefühle sichtbar und aktivieren eigene Handlungen der Patienten in Form von z.B. Angstkonfrontationen.

Auch Rohrman & Rohrman (2005) betonen auf der Basis ihrer Erfahrungen aus der Therapie mit hochbegabten Patienten, dass diese Patienten komplexen Problemanalysen mühelos folgen können. Es wird deutlich, dass auch diese Autoren über das Gespräch therapeutische Prozesse aktivieren und Störungsmodelle besprechen (Problemanalyse stellt einen Teil des Störungsmodells dar).

Weiterhin gaben alle befragten Therapeuten an, Eltern in die Therapie der Kinder und Jugendlichen einzubeziehen. Dabei werden die Eltern über Hochbegabung aufgeklärt, teilweise Vorurteile abgebaut, der Umgang mit der hohen Intelligenz thematisiert, eventueller Kontaktaufnahme mit Schulen oder Vereinen besprochen sowie mögliche Überforderungssituationen analysiert sowie Fördermöglichkeiten der Kinder auch in ihren Stärken überlegt.

Dieser Aspekt wird auch in der aktuellen Literatur diskutiert. Görlitz (2005) weist darauf hin, dass Eltern möglichst mit einzubeziehen sind. Weiterhin plädiert sie sogar für ein Eltern-Kind-Training in der Gruppe:

*„Da sich hochbegabte Kinder, und auch deren Eltern, häufig dringend den Austausch mit anderen Betroffenen wünschen, bietet sich hier wie auch bei vielen anderen Störungen ein Eltern-Kind-Training in der Gruppe an“ (Görlitz, 2005, S. 199).*

Auch Brackmann (2005) verweist darauf: „Die Beratung von Eltern hochbegabter Kinder umfasst neben der Vermittlung der Testergebnisse und schulischer Fördermöglichkeiten auch die Erörterung familiärer Aspekte und möglicher seelischer Probleme“ (Brackmann, 2005, S. 107).

Dass alle befragten Therapeuten den Einbezug der Eltern benennen, scheint unspektakulär vor dem Hintergrund, dass die Integration der eltern- und familienorientierten Ansätze laut Mattejat (2006) in den 70er Jahren eine wichtige Erweiterung

rung in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen darstellte. Ebenfalls weist der Autor im Rahmen von Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichen-verhaltenstherapie darauf hin, dass die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen besonders von den primären Bezugspersonen psychologisch, materiell und rechtlich abhängig sind, was einen Einbezug der Eltern in die Therapie legitimiere (s. Kap. I 2.7).

Der Einbezug der Eltern scheint nach wie vor für die erfolgreiche Arbeit mit Kindern und Jugendlichen von Bedeutung zu sein. Hinsichtlich der Elternarbeit ergeben sich also Überschneidungen zwischen den Ergebnissen dieser Studie und den Aussagen der Literatur.

### **Störungsspezifisch**

#### *Soziale Probleme:*

Speziell bezogen auf Schwierigkeiten in sozialen Kontakten gaben die befragten Therapeuten an, soziale Kompetenztrainings oder Selbstinstruktionstrainings mit den Patienten durchzuführen. In den sozialen Kompetenztrainings werden zunächst neue Inhalte vermittelt (Was ist emotionale Intelligenz? Was ist Empathie?), worauf die Patienten mit Neugier reagieren würden. Weiterhin wird es ihnen ermöglicht, Rückmeldung darüber zu bekommen, wie sie im sozialen Miteinander wirken. Auch durch Rückmeldung und Erklärungen vom Therapeuten, z.B. „Du hast da sicherlich eine Stärke, du weißt ganz schnell wie es geht, das heißt aber nicht, dass es allen so geht, es geht den meisten von deinen Mitschülern nicht so wie dir“ (Frau C, Zeile 337) kann ein besserer Umgang des Patienten mit Mitschülern und Freunden erreicht werden. In Selbstinstruktionstrainings werden die Patienten darin geschult, sich durch ein „inneres sprechen“ Anweisungen für soziale Situationen zu geben.

Weiterhin wird beschrieben, dass ein soziales Geschehen als Film beschrieben werden kann, in dem der Patient sich selber aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten kann und ihm die Möglichkeit der Distanzierung sowie der Perspektivenübernahme ermöglicht wird. Es könne dabei auf lautlos oder in Zeitlupe dargestellt werden.

Brackmann (2005) weist auf die Notwendigkeit der Unterscheidung hin, ob das Umfeld Probleme mit dem Kind, oder das Kind Probleme mit dem Umfeld habe.

Sie nimmt eher strukturelle Veränderungen in den Blick (Überspringen einer Klasse, Schulwechsel), benennt aber auch Teilnahme der Patienten an Arbeitsgemeinschaften sowie die Kontaktaufnahme zu anderen Hochbegabten.

Diese von der Autorin angesprochenen Interventionen zielen eher auf die kognitive Förderung der Patienten ab, jedoch weniger auf die sozial-emotionale Förderung. Zudem wird wahrscheinlich eher eine Separierung (durch Kontakte zu anderen Hochbegabten) als eine Integration der Patienten unter Gleichaltrigen erreicht.

Die Aussagen der Therapeuten gehen dabei über die aus der Literatur hinaus, die zunächst pragmatische Lösungen bieten, jedoch kritisch zu hinterfragen sind.

#### *Schulprobleme:*

Bezogen auf Patienten mit Schulproblemen weisen die befragten Therapeuten darauf hin, mit diesen Strategien zu entwickeln, die ihnen in der Schule hilfreich sein können. Dieses kann einerseits durch Selbstinstruktionstrainings erreicht werden, andererseits aber auch durch Hinweise darauf, dass beispielsweise nicht alle Lehrer gerecht seien und dass ein angemessener Umgang mit Ungerechtigkeiten erlernt werden müsse.

In der Literatur weist Brackmann (2005) darauf hin, dass Visualisierungen von negativen Gedanken oder logisch-rationale Erklärungen für die positiven Effekte des Aufzeigens sowie Belohnungssysteme bei schulischen Problemen und Lernschwierigkeiten hilfreich sein können.

Nach Rohrman & Rohrman (2005) könne bei mangelnden Lern- und Arbeitstechniken eine Verbesserung erzielt werden, wenn neue Techniken erlernt, der Sinn von Übungs- und Trainingsphasen erklärt sowie durch Elternunterstützung eine Verbesserung von strukturierten Lernaktivitäten erreicht werde. Bei Anstrengungsvermeidungen sei es hilfreich, die Eigenverantwortung des Kindes zu stärken, indem angemessene Anforderungen sowie klare Konsequenzen formuliert und gelobt werde für erfolgreich erledigte Aufgaben.

Die Hinweise aus der Literatur gehen über die Aussagen der Therapeuten dieser Untersuchung hinaus. Sie betrachten „Schulprobleme“ differenzierter und machen die Interventionen von dieser abhängig.

*Ängste:*

Die befragten Therapeuten geben an, mit ängstlichen Kindern und Jugendlichen Konfrontationen durchzuführen. Dazu wird zunächst das Prinzip der Habituation erklärt, bevor die Patienten mit den angstausslösenden Situationen konfrontiert werden. Werde dieses Prinzip einmal verstanden und erlebt, dass die Angst weniger werde, seien die Patienten oft mutig und probieren dieses selber aus.

Brackmann (2005) gibt an, zunächst die „Vorzüge der introvertierten Natur“ dieser Kinder und Jugendlichen zu besprechen, bevor sie im Anschluss ein Selbstbild mit den Patienten erstellt, in dem die Stärken des Kindes notiert werden.

Diese Aussagen der befragten Therapeuten und der aus der Literatur ergänzen sich in diesem Fall.

Insgesamt betrachtet liefern die befragten Therapeuten als auch die Aussagen aus der Literatur Hinweise für das methodische Vorgehen in der Therapie mit hochbegabten Patienten. Obwohl angegeben wurde, dass nicht anders methodisch vorgegangen werde, lässt sich doch eine Ausrichtung der Interventionen auf kognitive Aspekte feststellen, „weil ich glaube, was besonders den Begabten nahe kommt, weil die ja diese Prozesse durchschauen können“ (Frau D, Z 210).

Die von den befragten Therapeuten benannten Methoden zielen darauf ab, dem Patienten bei der Linderung oder Heilung seiner Symptomatik zu helfen. Dabei müssen häufig neue Wissensinhalte, Zusammenhänge und Strategien gelernt werden. Dieses scheint besonders bedeutsam vor dem Hintergrund, dass der Verhaltenstherapie als Grundprinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ zugrunde liegt (vgl. Margraf, 2009; s. Kap. I 2.2).

Weiterhin wurde die Verhaltenstherapie auf Basis von Lerntheorien entwickelt. In der Gründungszeit war sie sogar überwiegend auf Lerngesetze bezogen, im Laufe der Zeit wurden kognitive Therapiemodelle aufgegriffen und es erfolgte ein Zusammenwachsen der kognitiven und behavioralen Ansätze. Es lässt sich daher vermuten, dass die in der Verhaltenstherapie üblichen Methoden den Kompetenzen der hochbegabten Patienten, besonders ihrer Stärke im kognitiven Bereich, entgegen kommen.

Besonders für die Methode der Selbstinstruktionsverfahren lässt sich dieses beobachten: Weinert (2000) beschreibt, dass sich das Lernen Hochbegabter in fünf-

cher Hinsicht von dem Lernen Normalbegabter unterscheidet. Erstens lernen Hochbegabte schneller. Nach dem Autor können sie neue Informationen mit größerer Geschwindigkeit verarbeiten. Zweitens verfügen sie über eine größere Tiefe des Verständnisses für neue Begriffe, Regeln und Prinzipien. Drittens werde das Wissen vernetzt gespeichert, was dazu führe, dass es flexibel nutzbar sei. Die Organisation des Wissens sei also intelligenter. Viertens verfügen hochbegabte Menschen über metakognitive Kompetenzen (Planungs- und Strategiewissen, Überwachungsfertigkeiten) als auch fünftens über kreative Fähigkeiten.

Die von Weinert (2000) angesprochenen Merkmale des Lernens Hochbegabter bieten die optimalen Grundlagen für verhaltenstherapeutische Methoden, insbesondere für Selbstinstruktionsverfahren. Denn diese Verfahren werden eingesetzt, um die kognitiven Voraussetzungen den Patienten zu vermitteln, die für ein erfolgreiches Verhalten notwendig seien.

*„Dazu gehören hauptsächlich Formen der Handlungssteuerung und der emotionalen Selbstregulierung, beispielsweise zur angemessenen Einschätzung von Situationen, zur Erarbeitung von Zielen, zur Planung komplexer Handlungen (...) und zur Ausführung sowie Überwachung, Korrektur und Bewertung von Handlungsschritten“ (Lauth & Mackowiak, 2009, S. 263; s. Kap. 2.6).*

Dieses könnte einen Grund darstellen, warum Selbstinstruktionstrainings von den Therapeuten als häufige Methode in der Therapie mit hochbegabten Patienten benannt wird.

Ein weiterer Unterschied in der Therapie von Hochbegabten betrifft die Therapiedauer. Die befragten Therapeuten geben an, hochbegabte Patienten mit weniger Therapiestunden zu behandeln. Vor allem für die Experten in dem Gebiet Hochbegabung trifft diese Beobachtung zu.

Leider kann dieser nachgewiesene Zusammenhang nicht mit Erkenntnissen aus der Literatur verglichen werden, da diese bisher fehlen. Dieser Aspekt geht also über den aktuellen Kenntnisstand hinaus. Entsprechend können die von den befragten Therapeuten angegebenen Hypothesen über den kürzeren Behandlungsverlauf nicht diskutiert werden.

Bezüglich der Unterschiede in den Therapien, die den Arbeitsaufwand betreffen, geben Experten und Therapeuten, denen das Thema Hochbegabung bekannt ist überwiegend einen gleich hohen Arbeitsaufwand an. Die Novizen im Bereich Hochbegabung nehmen einen erhöhten Arbeitsaufwand mit hochbegabten Patienten war. Jene Angabe scheint vor allen Dingen davon abzuhängen, ob sich der behandelnde Therapeut mit dem Thema Hochbegabung auseinander gesetzt hat sowie ob er Intelligenzdiagnostik durchführt. Auch bezüglich diesen Aspekts finden sich keine Aussagen in der Literatur.

Dass die Merkmale Hochbegabter in der Therapie berücksichtigt werden müssen, gibt die Mehrheit der befragten Therapeuten an. Vor allem die Experten in dem Gebiet Hochbegabung stimmten dieser Aussage zu. Auch dieser Aspekt wird nicht in der Literatur beschrieben.

Die Frage nach dem Therapiekonzept wird uneinheitlich beantwortet. Insgesamt gesehen spricht sich die Mehrheit der Therapeuten gegen ein besonderes Therapiekonzept aus. Betrachtet man jedoch die Beantwortung dieser Frage mittels des Clusters, so sprechen sich Experten und Novizen für ein Therapiekonzept aus. Auch zu diesem Aspekt lassen sich keine Aussagen in der Literatur finden.

Schmidt (1977) kommt zu dem Schluss:

*„Die mit dem Ziel einer optimalen Nutzung der hohen Begabung angebotenen pädagogischen Konzepte sind durchweg auf nicht gestörte Hochbegabte vorwiegend höherer sozialer Schichten ausgerichtet. **Auf psychiatrisch bzw. auffällige Kinder und Jugendliche nehmen sie keine Rücksicht. Ebenso fehlen befriedigende spezifisch-therapeutische Vorstellungen für diese**“ (Schmidt, 1977, S. 68).*

Dieses Zitat erscheint heute nach wie vor aktuell.







Vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Untersuchung sowie dem theoretischen Kontext werden Übereinstimmungen, jedoch auch einige Kontroversen hinsichtlich einzelner Aspekte deutlich. Diese werden in diesem Kapitel abschließend beleuchtet.

Diese Aspekte betreffen zunächst einmal die **Besonderheiten hochbegabter Kinder und Jugendlicher**. Einigkeit besteht darin, dass die hohen kognitiven Fähigkeiten dieser Kinder und Jugendlichen erkannt aber auch gefördert werden müssen, damit sich aus dem Potenzial Leistungen entwickeln können. Dieses setzt nach Heller (2001b) eine „Passung zwischen Lernumgebung mit hochbegabungsspezifischen individuellen Lernbedürfnissen“ (Heller, 2001b, S. 209) voraus. Auch Mönks & Ypenburg (2005) betonen, dass die Umwelt auf die „besonderen Entwicklungsbedürfnisse“ (Mönks & Ypenburg, 2005, S. 46) von diesen Kindern eingehen muss.

Kontrovers diskutiert wird die Entwicklung von hochbegabten Kindern und Jugendlichen. Einerseits wird beschrieben, dass hochbegabte Kinder und Jugendliche eine asynchrone Entwicklung durchlaufen, in der die intellektuelle der emotionalen Entwicklung vorausseile (vgl. Reis & Renzulli 2004, Wittmann & Holling 2004, Görlitz 2005). Es wird vermutet, dass sich aufgrund dieser Asynchronität in den verschiedenen Bereichen Spannungen bei den Kindern und Jugendlichen ergeben können. Diese Spannungen können von den Betroffenen selbst nicht adäquat bewältigt werden. Als mögliche Folgen werden Ängste, emotionale Überforderung aber auch zu hohe Erwartungen an die emotionalen und sozialen Fähigkeiten des Kindes oder Unterforderung beschrieben. Andererseits wird wiederum betont, dass sich hochbegabte Kinder und Jugendliche normal entwickeln und keine Besonderheiten diesbezüglich aufweisen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2003). Ebenfalls wird eine hohe Intelligenz als protektiver Faktor beschrieben, der eine gesunde Entwicklung unterstützen und die Gefahr für Erkrankungen senken kann.

Diese Untersuchung konnte hinsichtlich dieser Kontroverse zu keinen neuen Aufschlüssen beitragen, was zudem nicht beabsichtigt war. Vielmehr stand in dieser Untersuchung die Frage nach dem Umgang mit hochbegabten verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen im Rahmen einer Psychotherapie im Vordergrund.

Es wurde dabei nach Unterschieden zu Therapiemaßnahmen mit normalbegabten Kindern und Jugendlichen gefragt als auch danach, ob die Merkmale Hochbegabter in der Anwendung von therapeutischen Maßnahmen Berücksichtigung finden müssen und wie diese Berücksichtigung gegebenenfalls aussieht. Dieses ist besonders vor dem Hintergrund relevant, dass für diese Personengruppe „befriedigende spezifisch-therapeutische Vorstellungen (fehlen)“ (Schmidt, 1977, S. 68).

Hinsichtlich des Aspekts von möglichen **Unterschieden in der Psychotherapie** mit hochbegabten im Vergleich zu normalbegabten Kindern und Jugendlichen lässt sich vielerlei Einklang finden. Dieser betrifft die Therapieanlässe, die angewandten psychotherapeutischen Methoden als auch die Therapiedauer. Laut der befragten Therapeuten werden hochbegabte Kinder und Jugendliche am häufigsten aufgrund sozialer Probleme vorgestellt, die angewandten therapeutischen Methoden sind auf die kognitive Stärke der Patienten ausgerichtet und es ergeben sich kürzere Therapieprozesse.

Kontrovers an dieser Stelle wird jedoch diskutiert, ob die hohe Begabung als Ressource genutzt werden kann, die es ermöglicht, problemorientiert und kognitiv zu arbeiten (Rohrman & Rohrman, 2005). Oder ob die hohe Intelligenz nicht auch dazu genutzt werden kann, Widerstand auszuüben, indem sich nur vordergründig auf eine Therapie eingelassen werde, ohne jedoch die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung zu zeigen.

Sicherlich ist beides im Rahmen einer Psychotherapie möglich. Relevant erscheint vielmehr der Umgang des Therapeuten mit diesen Verhaltensweisen.

Ein weiterer umstrittener Aspekt stellen **Besonderheiten in der therapeutischen Interaktion** dar. Einerseits geben die befragten Therapeuten an, anders mit diesen Patienten zu arbeiten (diese Befragten stellen die Mehrheit unter den Therapeuten dar). Dieses ergebe sich aus den Besonderheiten der Patienten (höheres Abstraktionsniveau, kognitiv gut erreichbar), denen ein verändertes therapeutisches Vorgehen folge (Orientierung an kognitiven Verfahren und Strategien, Fokussierung des Wechselspiels von Emotionen und Kognitionen). Auch Dührssen lieferte bereits 1964 einen weiteren Hinweis für die veränderte therapeutische Interaktion. Sie wies darauf hin, dass sich der Therapeut dem geistigen Niveau des Patienten anzupassen habe und dementsprechende Formulierungen für seine Kommentare und Interpre-

tationen wählen müsse. Andererseits beschreiben einige der befragten Therapeuten (wenn sie auch eine Minderheit darstellen), dass sich kein genereller Unterschied in der Arbeit ergebe, sondern die konkrete Problematik zu berücksichtigen sei, aufgrund derer eine Psychotherapie aufgenommen wurde.

Letztendlich gab die Mehrheit der Befragten an, dass die Merkmale hochbegabter Patienten in einer Psychotherapie berücksichtigt werden müssen und sich daraus Veränderungen im therapeutischen Arbeiten ergeben. Dabei stellt eine hohe kognitive Begabung nur einen Faktor unter vielen in einer Psychotherapie und auch an sich nicht den Grund zur Aufnahme einer Psychotherapie dar. Dennoch scheint es so zu sein, dass dieser den therapeutischen Prozess beeinflusst.

Aus pädagogischen Kontexten ist längst bekannt, dass eine hohe kognitive Begabung zu berücksichtigen ist. So haben sich bereits spezielle Maßnahmen nicht nur in schulischen, sondern auch in außerschulischen Bereichen etabliert (Begabtenförderungsmaßnahmen). In Schulen gibt es für diese Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit an Akzelerations- und Enrichmentmaßnahmen teilzunehmen. Selbst Beratungsstellen setzen ein eigenes Konzept für diese Klientel um. Gemeinsames Ziel dieser Maßnahmen stellt dabei eine Passung von Lernbedingungen dar, die durch eine Modifikation der Umwelt an individuelle Bedürfnisse erreicht werden soll.

Auch im Rahmen einer Psychotherapie wird eine Passung von Lernbedingungen angestrebt, mit dem Ziel, positiv auf Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen von Kindern und Jugendlichen einzuwirken. Denn eine Psychotherapie ist indiziert, wenn psychische Störungen vorliegen. Diese können auch als Anpassungsstörungen aufgefasst werden, die sich entwickeln, wenn keine Übereinstimmung zwischen Anpassungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten realisiert werden kann. In Beratungen oder Psychotherapien geht es also um die Korrektur dieser Passung zwischen Umwelt und Individuum.

Pädagogik und Therapie können daher also als zwei Seiten der gleichen Medaille aufgefasst werden, die eine Passung von Person- und Umweltbedingungen anstreben. Eine Störung in dieser Passung sollte möglichst frühzeitig entdeckt und behoben werden.

Für therapeutische Maßnahmen ergeben sich daraus verschiedene Folgerungen:

Einerseits muss eine Passung zwischen Patient und Therapeut hergestellt werden, damit therapeutische Effekte erzielt werden können. Dieses kann gelingen, indem die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse erkannt (Diagnostik), berücksichtigt (z.B. im Therapieplan) und auf diese eingegangen wird (im Verlauf des Therapieprozesses). Dadurch können individuelle Bedürfnisse (z.B. kognitiver Austausch) und Bedingungen (z.B. schnelles Erarbeiten) berücksichtigt werden. Dieses ermöglicht insgesamt eine positive Einwirkung auf Verhaltensstörungen oder Leidenszustände der Kinder und Jugendlichen.

Andererseits gilt es jedoch auch im Rahmen einer Psychotherapie die Passung zwischen dem Patienten/Individuum und seiner Umwelt zu berücksichtigen. Denn nicht zuletzt ist aus den Hochbegabungsmodellen bekannt, dass sich die Umwelt entwicklungsfördernd aber auch entwicklungshemmend auswirken kann.

Die Berücksichtigung dieser Aspekte scheint für den Verlauf einer Therapie von Bedeutung zu sein. Wie daher die Umsetzung dieser in die therapeutische Praxis gelingen kann, wird im Folgenden näher ausgeführt. Dabei sollen die sich anschließenden Ratschläge weniger als Therapiekonzept oder –manual verstanden werden, sondern vielmehr als Ergänzungen zu einem individuellen Therapieplan, wie er für jeden Patienten erstellt werden muss.

Da jedoch in dieser Untersuchung von den befragten Therapeuten besonders häufig ein schwieriger Umgang hochbegabter Patienten mit ihren Emotionen und sozialen Problemen geäußert wurde, beschränke ich mich im weiteren Verlauf dieses Kapitels auf diese Aspekte sowie auf die Arbeit mit den Eltern. Schließlich stellt die Familie eine entscheidende Lernumwelt für Kinder und Jugendliche dar, in der ihre Bedürfnisse berücksichtigt werden müssen. Die folgenden Hinweise können im Hinblick auf die Optimierung der therapeutischen Arbeit mit diesen Patienten weitere Aufschlüsse liefern.

Zunächst scheint das Wissen um eine mögliche hohe Begabung eines Patienten von Bedeutung zu sein, da es den weiteren Verlauf einer Therapie beeinflussen kann. Dieses sollte ggfs. zu Beginn der Therapie auch mit den hochbegabten Kindern und Jugendlichen selber im Rahmen der Psychoedukation thematisiert werden. Die Psychoedukation umfasst dabei die Vermittlung der Ergebnisse der

Testdiagnostik sowie weiterer Informationen und Erklärungen. Diese Gespräche sollten möglichst altersentsprechend erfolgen. Weiterhin kann ein gemeinsames Störungsmodell hergeleitet und Ziele der Therapie festgelegt werden. Die Ziele können auf- und unterschrieben werden und im Laufe des therapeutischen Prozesses kann immer wieder Bezug darauf genommen werden. Es ermöglicht weiterhin die Feststellung von Faktoren, die zu einem guten Gelingen beitragen. An dieser Stelle erweisen sich die kognitiven Stärken der Patienten aus Sicht der Therapeuten als besonders hilfreich.

Wichtig in dieser ersten Anfangsphase und auch in allen weiteren Phasen ist das Verständnis für den Patienten. Er soll in seinen Äußerungen und Wahrnehmungen ernst genommen werden. Es soll das Interesse an seiner Person sowie die Transparenz des eigenen therapeutischen Vorgehens deutlich gemacht werden.

Um die emotionale Ebene mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen anzusprechen, können zunächst Emotionen benannt und gesammelt werden. Diese können anschließend vorgespielt und gegenseitig erraten werden. Dieses kann möglicherweise das emotionale Spektrum erweitern und eine Diskussion um Bedingungen, wann in welchem Kontext welche Emotionen gezeigt werden, anregen. Es kann weiterhin der Zusammenhang von Gedanken („keiner mag mich“), Gefühlen (traurig, einsam) und Verhalten (weinen, Rückzug) erläutert werden. Es soll dem Erkennen und Regulieren von Emotionen dienen und kann in Spielinteraktionen ausprobiert werden. Auch Regel- und Rollenspiele eignen sich, um auch den Ausdruck von Gefühlen zu erlernen und zu zeigen. Dabei sollen eigene Schritte angeleitet und weniger vorgegeben werden.

Anschließend kann ein „Bild von sich selber“ gestaltet werden. Hier können die Stärken und Schwächen der Patienten thematisiert werden. Möglicherweise ist ihnen ihre Stärke im „Nachdenken“ oder „Strukturen erkennen“ genauso bewusst wie ihre Schwäche, sich mit Gleichaltrigen zu verstehen etc. Anschließend können die Vor- und Nachteile der Stärken betrachtet werden. So kann eine Stärkung des Selbstbewusstseins herbeigeführt werden. Gleichzeitig soll es der Förderung beim Umgang mit der eigenen Unterschiedlichkeit/Heterogenität dienen sowie dem Umgang mit einer möglichen „Andersartigkeit“ bezogen auf Gleichaltrige. Weiterhin kann der eigene Lebenslauf gestaltet werden sowie verfolgte Ziele und Perspektiven

erläutert werden. Ein Abgleich von eigenen Ressourcen und Anforderungen (Ansprüche) durch sich selbst oder die Umwelt wird so ermöglicht.

Um sich der sozialen Ebene der Patienten zu widmen, kann ein „Freundesozio-gramm“ erstellt werden. In diesem können die Namen der besten Freunde und möglicherweise auch „Feinde“ eingetragen werden. Die Analyse der Beziehungen zu den einzelnen Personen kann dem folgen sowie die eigenen Anteile an dem Verlauf der Beziehung herausgearbeitet werden. Weiterhin kann der Umgang mit Konflikten thematisiert werden, indem die Entstehungsbedingungen sowie deren Verlauf analysiert werden. Es kann ein „Film“ beschrieben werden, anhand dessen eigene Überzeugungen sowie übergeordnete Pläne herausgefunden werden können.

Der gesamte Vorgang kann durch die Vermittlung neuer Inhalte unterstützt werden (z.B. was ist Empathiefähigkeit). Zu denken ist hier ebenfalls an die Vermittlung von Strategien im Umgang mit Gefühlen (beim Wütendwerden von 20 rückwärts zählen, bevor du reagierst) sowie an ein Selbstinstruktionstraining. Dieses hat sich laut der befragten Therapeuten als besonders hilfreich herausgestellt, was möglicherweise auf die Lernfähigkeit, beschrieben von Weinert (2000), zurückzuführen ist (vgl. Kap. II 4).

Dabei erscheinen auch Rollenspiele sowie Belohnungen hilfreich, um eine Übertragung in den Alltag zu erreichen. Gleichzeitig wird die Selbstverantwortung trainiert sowie durch die Rückmeldungen vom Therapeuten eine Perspektivenübernahme ermöglicht.

Bei diesen Hinweisen ist zu beachten, dass der Therapeut flexibel auf das Tempo und Fähigkeiten der Patienten eingehen muss.

In der Arbeit mit den Bezugspersonen sollten ebenfalls zunächst die Vermittlung von Testergebnissen sowie eine Psychoedukation erfolgen. Sinnvollerweise müssen diese Informationen zu einer hohen Intelligenz und der Umgang mit dieser sowie Gefahren einer möglichen Überforderung beinhalten. Es wird dringend angeraten, schulische und außerschulische Fördermöglichkeiten sowie die Notwendigkeit, die Kinder und Jugendlichen auch in ihren Stärken und Interessen zu fördern, zu benennen.

Dazu können Kontakte zu Schulen, Vereinen und Verbänden in der Region aufgenommen werden. Weiterhin ist es von Bedeutung, die Bedürfnisse der Kinder



und Jugendlichen zu erkennen und sie beim Umgang mit einem heterogenen Begabungsprofil zu unterstützen. Manchmal macht dieses erforderlich, die eigenen hohen Erwartungen von Eltern zu relativieren sowie sie selber beim Umgang mit Reaktionen des Umfeldes auf das betroffene Kind oder Jugendlichen zu stützen.

Diese Hinweise sind teilweise der Literatur aber auch den Interviews mit den befragten Therapeuten entnommen, die bereits viele der hier genannten Aspekte umsetzen.

Ausblickend kann noch darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der überschaubaren Datenlage in der Literatur, nur einzelne Aspekte diskutiert werden konnten. Hier wäre es grundsätzlich von Vorteil, weitere Untersuchungen und Studien durchzuführen.

Zu begrüßen wäre sicherlich eine bundesweite Befragung der Therapeuten, um eine größere Validierung der Ergebnisse zu erzielen. In dieser Untersuchung habe ich mich nur auf Verhaltenstherapeuten mit der Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche in Nordrhein-Westfalen beschränkt.

Ebenfalls von Interesse könnte die Situation hochbegabter Kinder und Jugendlicher aus Sicht der hochbegabten Patienten sein. Dazu können jene hochbegabten Patienten befragt werden, die sich einer Verhaltenstherapie unterzogen haben. Diese Ergebnisse wären eventuell jedoch schlecht vergleichbar, da unterschiedliche Therapeuten konsultiert würden und jeder Therapieverlauf individuell ist. Dennoch könnten möglicherweise einige therapieübergreifende Aussagen getroffen werden.

Spannend zu verfolgen wäre der Aspekt einer differenzierteren Betrachtung der Therapieverläufe. Eine solche Betrachtung könnte beispielsweise durch eine teilnehmende Beobachtung oder einer Videoanalyse von Therapiesitzungen mit hoch- und normalbegabten Patienten realisiert werden. Durch diese Formen der Analyse könnte die jeweilige Kommunikation mit dem Therapeuten oder der Lernprozess bei den Patienten detaillierter betrachtet und beobachtet werden. Es ließen sich differenziertere Aussagen zum Ablauf einer Therapie mit diesen Zielgruppen treffen.

Nach Döpfner und Lehmkuhl (2002) liegen Kriterien für evidenzbasierte Interventionen vor, nach denen einzelne Interventionen bewertet werden können. Diese könnten Interventionen für einzelne Störungsbilder bewerten, eventuell ergeben sich auch hier Unterschiede zu hochbegabten Patienten. Es ließen sich Handlungsempfehlungen für die therapeutische Praxis ableiten.



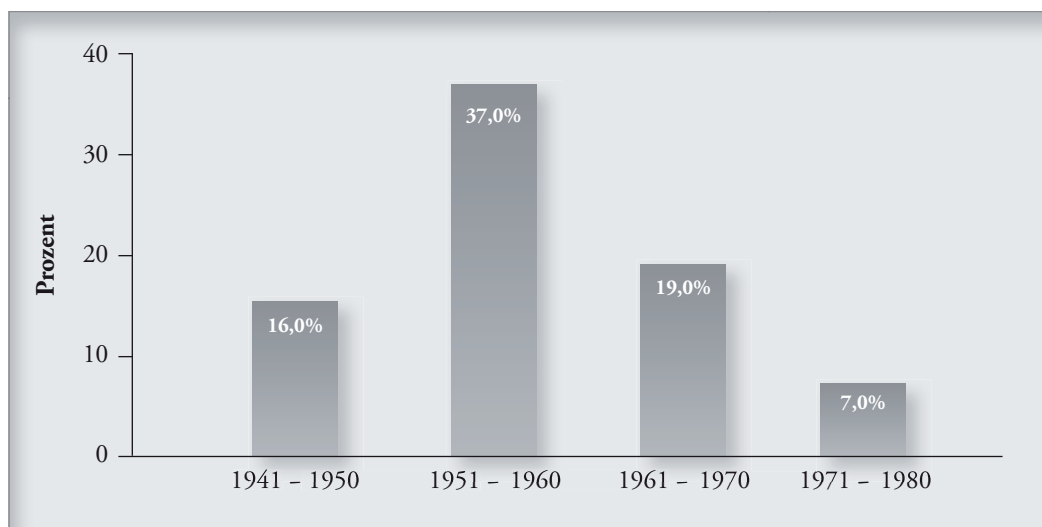
Die Betrachtung des Aspekts „hochbegabter Kinder und Jugendlicher in der Verhaltenstherapie“ konnte durch diese Dissertation vertiefender beleuchtet werden. Einschränkend ist festzustellen, dass diese hypothesengenerierende Untersuchung in diesem unerforschten Feld nur eine erste Orientierung bieten kann.



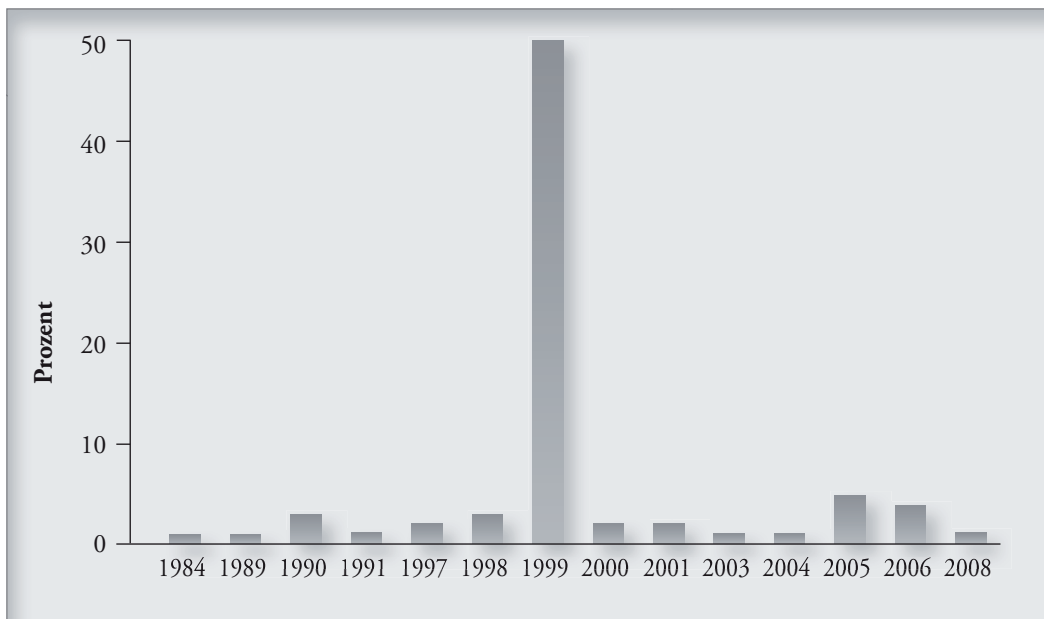
## Univariate Auswertung

PLZ bereiche	Angeschriebene Grundgesamtheit	Antworten	PLZ bereiche	Angeschriebene Grundgesamtheit	Antworten
<b>32</b>	9	1	<b>47</b>	33	<b>7</b>
<b>33</b>	27	2	<b>48</b>	<b>44</b>	<b>8</b>
<b>34</b>	2	1	<b>49</b>	2	1
<b>37</b>	3	1	<b>50</b>	<b>69</b>	<b>9</b>
<b>40</b>	22	6	<b>51</b>	21	4
<b>41</b>	19	3	<b>52</b>	15	4
<b>42</b>	20	5	<b>53</b>	<b>38</b>	2
<b>44</b>	17	-	<b>57</b>	12	4
<b>45</b>	33	6	<b>58</b>	12	3
<b>46</b>	18	7	<b>59</b>	24	4

*Tab. 26: Angegebene Postleitzahlbereiche*



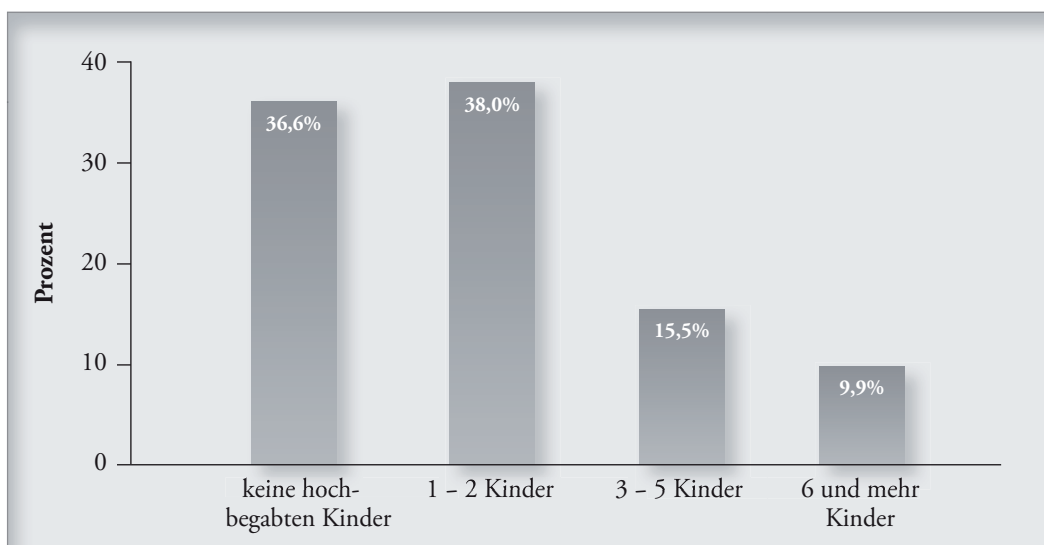
*Diagr. 2: Verteilung der Psychotherapeuten, nach Geburtsjahr gruppiert*



**Diagr. 3:** Jahresangabe des Erhalts der Approbation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	1 – 10 Jahre tätig	20	21,3	25,3
	11 – 20 Jahre tätig	29	30,9	36,7
	21 – 30 Jahre tätig	26	27,7	32,9
	31 – 40 Jahre tätig	4	4,3	5,1
	Gesamt	79	84,0	100,0

**Tab. 27:** Dauer der therapeutischen Tätigkeit



**Diagr. 4:** Anzahl hochbegabter behandelter Patienten pro Jahr

		Durchschnittl. Therapiestunden insgesamt	Durchschnittl. Bezugspersonenstunden insgesamt	Durchschnittl. Therapiestunden für Hochbegabte	Durchschnittl. Bezugspersonenstunden für Hochbegabte
N	Gültig	78	77	48	48
Mittelwert		33,91	11,81	30,31	8,38
Median		30,00	7,00	28,00	6,00
Standardabw.		13,281	31,212	12,893	4,770
Spannweite		70	279	56	27
Minimum		10	1	4	3
Maximum		80	280	60	30

**Tab. 28:** Therapie- und Bezugspersonenstunden mit Patienten insgesamt sowie hochbegabten Patienten

# Bivariate Auswertung

Zwischen den Blöcken:

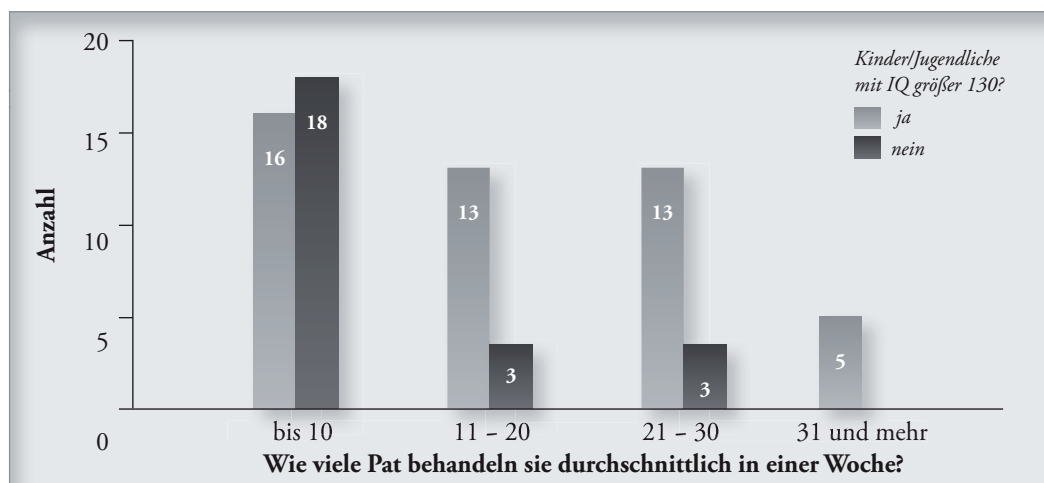
Korrelationen			
		Kinder/Jugendl. behandelt mit IQ größer 130?	Wie viele Pat behandeln sie durchschnittlich in einer Woche?
Kinder/Jugendliche behandelt mit IQ größer 130?	Korrelation nach Pearson	1	<b>-,426**</b>
	Signifikanz (2-seitig)		,000
	N	76	71

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Tab.29:** Bivariate Korrelation (hochbegabte Patienten behandelt, Anzahl Patienten pro Woche)

			Kinder/Jugendliche behandelt mit IQ größer 130?		Gesamt
			ja	nein	
Wie viele Pat behandeln sie durchschnittlich in einer Woche?	bis 10	n	16	18	34
		%	47,1%	<b>52,9%</b>	100,0%
	11 – 20	n	13	3	16
		%	<b>81,3%</b>	18,8%	100,0%
	21 – 30	n	13	3	16
		%	<b>81,3%</b>	18,8%	100,0%
	31 und mehr	n	5	0	5
		%	<b>100,0%</b>	0,0%	100,0%
Gesamt		n	47	24	71
		%	66,2%	33,8%	100,0%

**Tab.30:** Kreuztabelle (hochbegabte Patienten behandelt, Anzahl Patienten pro Woche)



**Diagr. 5:** Balkendiagramm (Anzahl Patienten pro Woche, hochbegabte Patienten behandelt)

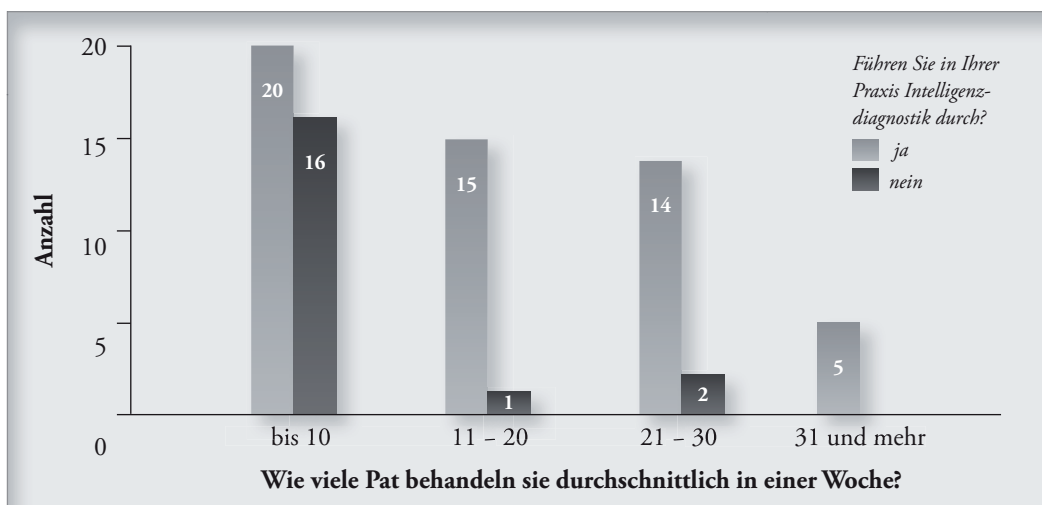
Korrelationen			
		Wie viele Pat behandeln sie durchschnittlich in einer Woche?	Führen Sie in Ihrer Praxis Intelligenzdiagnostik durch?
Wie viele Pat behandeln sie durchschnittlich in einer Woche?	Korrelation nach Pearson	1	<b>-,395**</b>
	Signifikanz (2-seitig)		,001
	N	73	73

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Tab. 31:** Bivariate Korrelation (Anzahl Patienten pro Woche, Intelligenzdiagnostik)

			Führen Sie in Ihrer Praxis Intelligenzdiagnostik durch?		Gesamt
			ja	nein	
Wie viele Pat behandeln sie durchschnittlich in einer Woche?	bis 10	n	20	16	36
		%	55,6%	<b>44,4%</b>	100,0%
	11 – 20	n	15	1	16
		%	93,8%	<b>6,3%</b>	100,0%
	21 – 30	n	14	2	16
		%	87,5%	<b>12,5%</b>	100,0%
	31 und mehr	n	5	0	5
		%	100,0%	<b>,0%</b>	100,0%
Gesamt		n	54	19	73
		%	74,0%	26,0%	100,0%

**Tab. 32:** Kreuztabelle (Anzahl Patienten pro Woche, Intelligenzdiagnostik)



**Diagr. 6:** Balkendiagramm (Anzahl Patienten pro Woche, Intelligenzdiagnostik)

Korrelationen			
		Wie viele Pat behandeln sie durchschnittl. in einer Woche?	Wie viele Kinder/Jugendliche durchschnittl. pro Jahr?
Wie viele Pat behandeln sie durchschnittlich in einer Woche?	Korrelation nach Pearson	1	<b>,323*</b>
	Signifikanz (2-seitig)		,035
	N	73	43

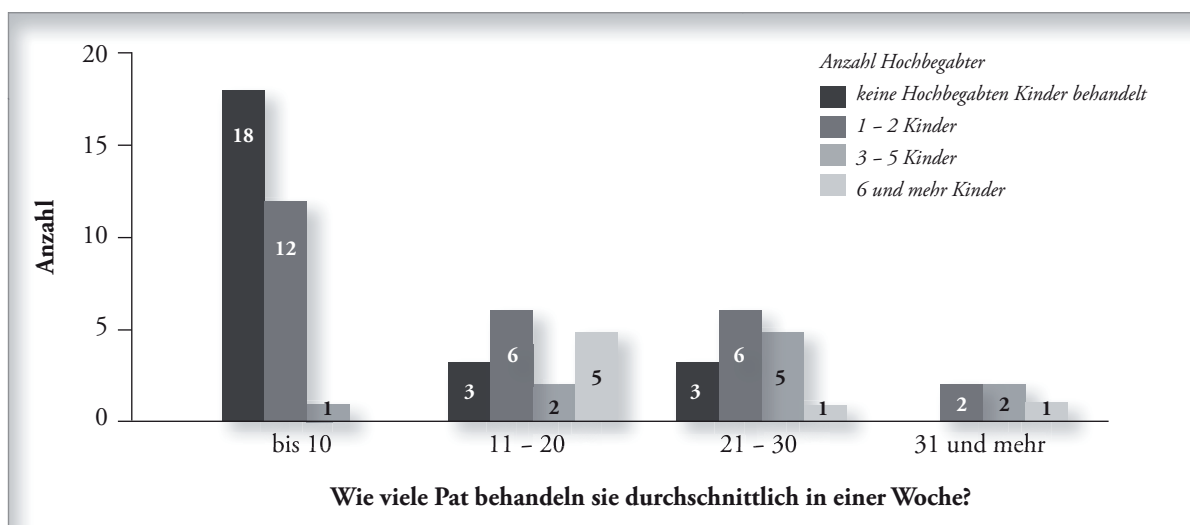
\*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

**Tab. 33:** Bivariate Korrelation (Anzahl Patienten pro Woche, hochbegabte Patienten pro Jahr)

			Anzahl Hochbegabter				Gesamt	
			keine Hochbegabten behandelt	1 bis 2 Kinder	3 bis 5 Kinder	6 und mehr Kinder		
Wie viele Patienten behandeln sie durchschnittlich in einer Woche?	bis 10	n	18	12	1	0	31	
		%	<b>58,1%</b>	38,7%	3,2%	0,0%	100,0%	
	11 – 20	n	3	6	2	5	16	
		%	18,8%	<b>37,5%</b>	12,5%	31,3%	100,0%	
	21 – 30	n	3	6	5	1	15	
		%	20,0%	<b>40,0%</b>	33,3%	6,7%	100,0%	
	31 und mehr	n	0	2	2	1	5	
		%	0,0%	<b>40,0%</b>	<b>40,0%</b>	20,0%	100,0%	
	Gesamt		n	24	26	10	7	67
			%	35,8%	38,8%	14,9%	10,4%	100,0%

**Tab. 34:** Kreuztabelle (Anzahl Patienten pro Woche, hochbegabte Patienten pro Jahr)





**Diagr. 7:** Balkendiagramm (Anzahl Patienten pro Woche, hochbegabte Patienten pro Jahr)

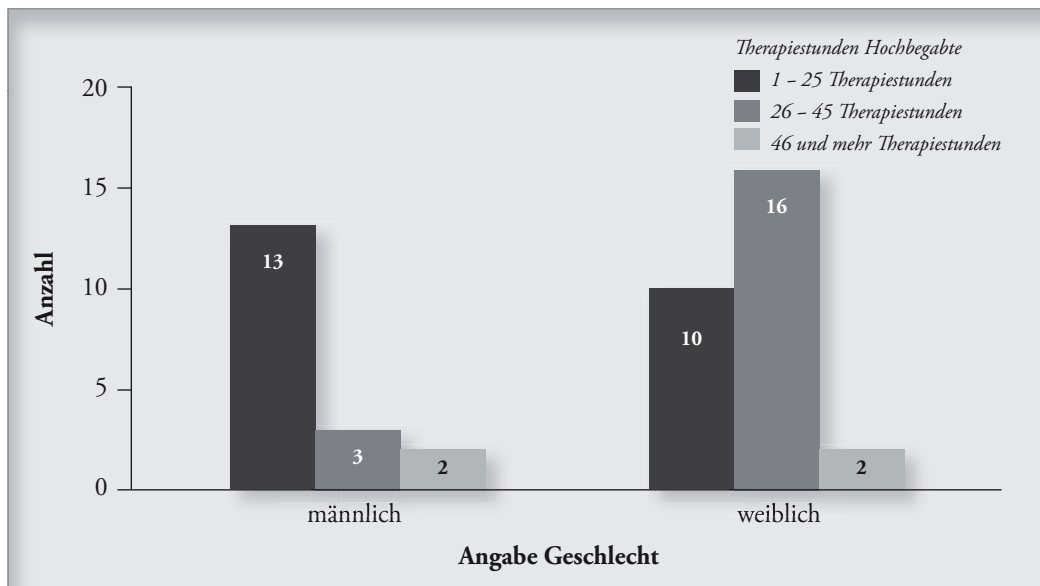
Korrelationen			
		Durchschnittl. Therapie- stunden für Hochbegabte	Angabe Geschlecht
Durchschnittliche Therapiestunden für Hochbegabte	Korrelation nach Pearson	1	,331*
	Signifikanz (2-seitig)		,024
	N	48	46

\*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

**Tab. 35:** Bivariate Korrelation (Therapiestunden Hochbegabte, Geschlecht)

Kreuztabelle						
		Therapiestunden Hochbegabte				Gesamt
		1 - 25 Therapiestunden	26 - 45 Therapiestunden	46 und mehr Therapiestunden		
Geschlecht	männlich	n	13	3	2	18
		%	72,2%	16,7%	11,1%	100,0%
	weiblich	n	10	16	2	28
		%	35,7%	57,1%	7,1%	100,0%
Gesamt		n	23	19	4	46
		%	50,0%	41,3%	8,7%	100,0%

**Tab. 36:** Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, Geschlecht)



**Diagr. 8:** Balkendiagramm (Therapiestunden Hochbegabte, Geschlecht)

		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungsweise T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,375</b>			,021
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	<b>,365</b>	,118	2,632	,012 <sup>c</sup>
Ordinal- bzgl. Ordinalmaß	Korrelation nach Spearman	<b>,378</b>	,125	2,736	,009 <sup>c</sup>
Anzahl der gültigen Fälle		<b>47</b>			

<sup>a</sup> Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

<sup>b</sup> Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

<sup>c</sup> Basierend auf normaler Näherung

**Tab. 37:** Kontingenzkoeffizient (Therapiestunden Hochbegabte, Wohnortgröße)

		Therapiestunden Hochbegabte				Gesamt	
		1 – 25 Therapie- stunden	26 – 45 Therapie- stunden	46 und mehr Therapie- stunden			
Wohnort- größe	0 – 50.000	n	10	8	0	18	
		%	<b>55,6%</b>	44,4%	0,0%	100,0%	
	50.001 – 100.000	n	4	4	0	8	
		%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	
	100.001 – 200.000	n	2	1	1	4	
		%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%	
	200.001 – 500.000	n	4	3	1	8	
		%	50,0%	37,5%	12,5%	100,0%	
	mehr als 500.000 Einwohner	n	1	3	2	6	
		%	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%	
	Gesamt		n	21	19	4	44
			%	47,7%	43,2%	9,1%	100,0%

**Tab. 38:** Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, Wohnortgröße)

		Therapiestunden Hochbegabte	Dauer therapeutische Tätigkeit
Therapiestunden Hochbegabte	Korrelation nach Pearson	1,000	<b>-,316*</b>
	Signifikanz (2-seitig)		,035
	N	48	45

\*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

**Tab 39:** Bivariate Korrelation (Dauer therapeutische Tätigkeit, Therapiestunden Hochbegabte)

		Therapiestunden Hochbegabte				
		1 – 25 Therapie- stunden	26 – 45 Therapie- stunden	46 und mehr Therapiestunden	Gesamt	
1 – 10 Jahre tätig	n	4	8	1	13	
	%	30,8%	<b>61,5%</b>	7,7%	100,0%	
11 – 20 Jahre tätig	n	5	7	2	14	
	%	35,7%	<b>50,0%</b>	14,3%	100,0%	
21 – 30 Jahre tätig	n	11	4	1	16	
	%	<b>68,8%</b>	25,0%	6,2%	100,0%	
31 – 40 Jahre tätig	n	2	0	0	2	
	%	<b>100,0%</b>	0,0%	0,0%	100,0%	
Gesamt		n	22	19	4	45
		%	48,9%	42,2%	8,9%	100,0%

**Tab 40:** Kreuztabelle (Dauer therapeutische Tätigkeit, Therapiestunden Hochbegabte)

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,375</b>	,021
	Anzahl der gültigen Fälle	47	

**Tab. 41:** Kontingenzkoeffizient (mit Hochbegabung auseinander gesetzt, Arbeitsaufwand)

			Bereitet Behandlung von Hochbegabten mehr/weniger/gleichviel Arbeitsaufwand			Gesamt
			weniger	gleichviel	mehr	
Mit Hoch- begabung ausein- ander gesetzt?	ja	n	5	28	9	42
		%	11,9%	<b>66,7%</b>	21,4%	100,0%
	nein	n	0	1	4	5
		%	0,0%	20,0%	<b>80,0%</b>	100,0%
Gesamt		n	5	29	13	47
		%	10,6%	61,7%	27,7%	100,0%

**Tab. 42:** Kreuztabelle (mit Hochbegabung auseinander gesetzt, Arbeitsaufwand)

		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungs- weises T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenz- koeffizient	<b>,423</b>			,805
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	-,045	,127	-,290	,773 <sup>c</sup>
Ordinal- bzgl. Ordinalmaß	Korrelation nach Spearman	,111	,161	,716	,478 <sup>c</sup>
Anzahl der gültigen Fälle		43			

<sup>a</sup> Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

<sup>b</sup> Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet. c. Basierend auf normaler Näherung

**Tab. 43:** Kontingenzkoeffizient (hochbegabte Kinder pro Jahr, Arbeitsaufwand)

		Bereitet Behandlung von Hochbegabten mehr/weniger/gleichviel Arbeitsaufwand			Gesamt
		weniger	gleichviel	mehr	
keine hochbegabten Kinder behandelt	n	0	1	1	2
	%	0,0%	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	100,0%
1 – 2 Kinder	n	3	16	7	26
	%	11,5%	61,5%	26,9%	100,0%
3 bis 5 Kinder	n	0	6	4	10
	%	0,0%	60,0%	40,0%	100,0%
6 und mehr Kinder	n	1	5	1	7
	%	14,3%	<b>71,4%</b>	<b>14,3%</b>	100,0%
Gesamt	n	4	28	13	45
	%	8,9%	62,2%	28,9%	100,0%

**Tab. 44:** Kreuztabelle (hochbegabte Kinder pro Jahr, Arbeitsaufwand)

		Wert	Asymptotischer Standardfehler <sup>a</sup>	Näherungs- weises T <sup>b</sup>	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenz- koeffizient	<b>,574</b>			,452
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	,135	,144	,891	,378 <sup>c</sup>
Ordinal- bzgl. Ordinalmaß	Korrelation nach Spearman	,096	,148	,631	,532 <sup>c</sup>
Anzahl der gültigen Fälle		45			

<sup>a</sup> Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

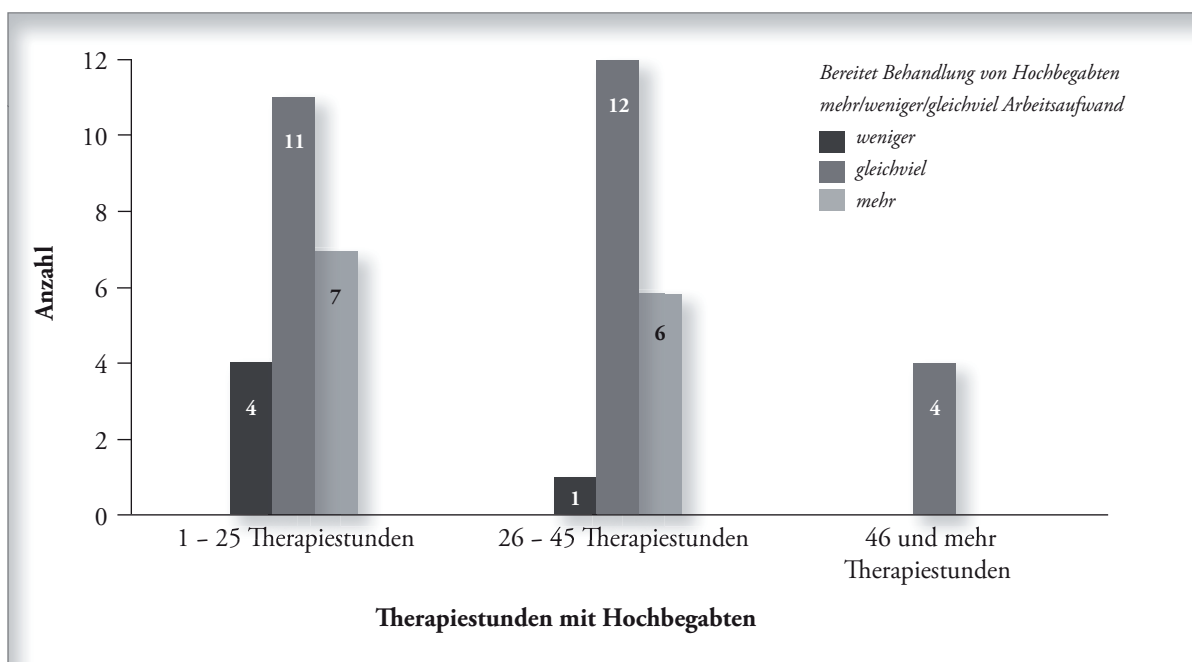
<sup>b</sup> Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

<sup>c</sup> Basierend auf normaler Näherung

**Tab. 45:** Kontingenzkoeffizient (Therapiestunden Hochbegabte, Arbeitsaufwand)

			Bereitet Behandlung von Hochbegabten mehr/weniger/gleichviel Arbeitsaufwand			Gesamt
			weniger	gleichviel	mehr	
Therapiestunden Hochbegabte	1 – 25 Therapiestunden	n	4	11	7	22
		%	18,2%	50,0%	<b>31,8%</b>	100,0%
	26 – 45 Therapiestunden	n	1	12	6	19
		%	5,3%	63,2%	31,6%	100,0%
	46 und mehr Therapiestunden	n	0	4	0	4
		%	,0%	100,0%	<b>0,0%</b>	100,0%
Gesamt		n	5	27	13	45
		%	11,1%	60,0%	28,9%	100,0%

**Tab. 46:** Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, Arbeitsaufwand)



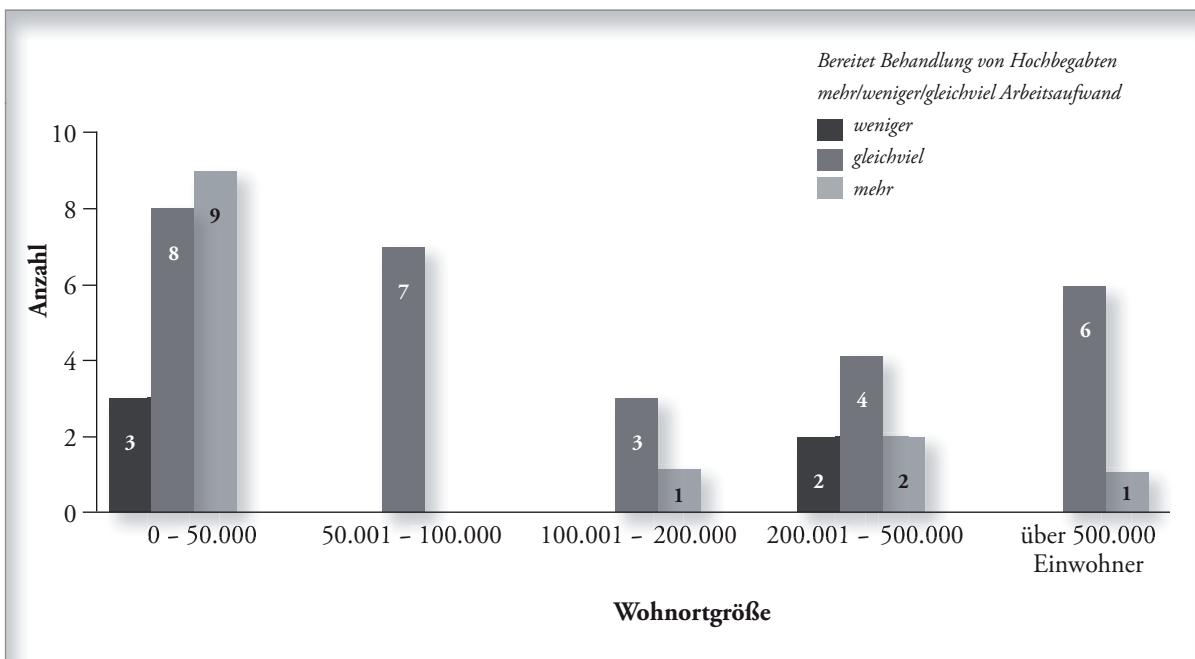
**Diagr. 9:** Balkendiagramm (Therapiestunden Hochbegabte, Arbeitsaufwand)

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,461</b>	,133
Anzahl der gültigen Fälle		46	

**Tab. 47:** Kontingenzkoeffizient (Wohnortgröße, Arbeitsaufwand)

			Bereitet Behandlung von Hochbegabten mehr/weniger/gleichviel Arbeitsaufwand			Gesamt	
			weniger	gleichviel	mehr		
Wohnort- größe	0 - 50.000	n	3	8	9	20	
		%	15,0%	40,0%	<b>45,0%</b>		100,0%
	50.001 - 100.000	n	0	7	0	7	
		%	,0%	<b>100,0%</b>	,0%	100,0%	
	100.001 - 200.000	n	0	3	1	4	
		%	0,0%	<b>75,0%</b>	25,0%	100,0%	
	200.001 - 500.000	n	2	4	2	8	
		%	25,0%	<b>50,0%</b>	25,0%	100,0%	
	mehr als 500.000 Einwohner	n	0	6	1	7	
		%	0,0%	<b>85,7%</b>	14,3%	100,0%	
	Gesamt		n	5	28	13	46
			%	10,9%	60,9%	28,3%	100,0%

**Tab. 48:** Kreuztabelle (Wohnortgröße, Arbeitsaufwand)



**Diagr. 10:** Balkendiagramm (Wohnortgröße, Arbeitsaufwand)

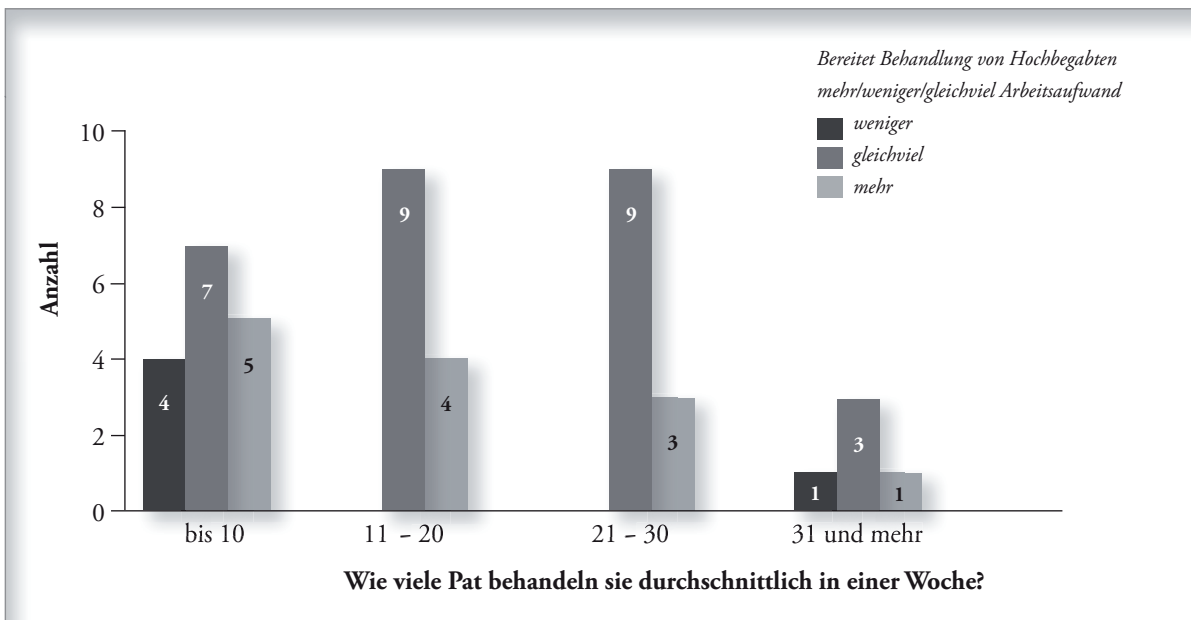


		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,691</b>	,302
Anzahl der gültigen Fälle		46	

**Tab. 49:** Kontingenzkoeffizient (Anzahl Patienten pro Woche, Arbeitsaufwand)

			Bereitet Behandlung von Hochbegabten mehr/weniger/gleichviel Arbeitsaufwand			Gesamt
			weniger	gleichviel	mehr	
Wie viele Patienten behandeln sie durchschnittl. in einer Woche?	bis 10	n	4	7	5	16
		%	25,0%	43,8%	<b>31,3%</b>	100,0%
	11 - 20	n	0	9	4	13
		%	,0%	<b>69,2%</b>	30,8%	100,0%
	21 - 30	n	0	9	3	12
		%	,0%	<b>75,0%</b>	25,0%	100,0%
	31 und mehr	n	1	3	1	5
		%	20,0%	<b>60,0%</b>	20,0%	100,0%
Gesamt		n	5	28	13	46
		%	10,9%	60,9%	28,3%	100,0%

**Tab. 50:** Kreuztabelle (Anzahl Patienten pro Woche, Arbeitsaufwand)



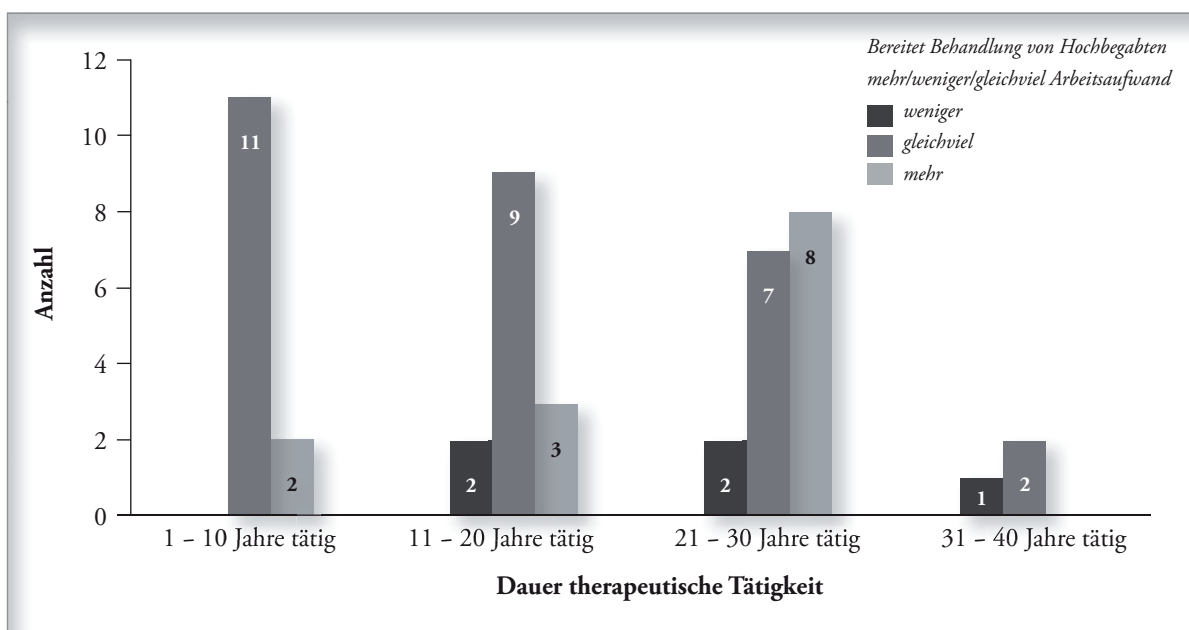
**Diagr. 11:** Balkendiagramm (Anzahl Patienten pro Woche, Arbeitsaufwand)

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,756</b>	,076
Anzahl der gültigen Fälle		47	

**Tab. 51:** Kontingenzkoeffizient (Dauer therapeutische Tätigkeit, Arbeitsaufwand)

			Bereitet Behandlung von Hochbegabten mehr/weniger/gleichviel Arbeitsaufwand			Gesamt
			weniger	gleichviel	mehr	
Dauer therapeutische Tätigkeit	1-10 Jahre tätig	n	0	11	2	13
		%	,0%	<b>84,6%</b>	<b>15,4%</b>	100,0%
	11-20 Jahre tätig	n	2	9	3	14
		%	14,3%	64,3%	21,4%	100,0%
	21-30 Jahre tätig	n	2	7	8	17
		%	11,8%	41,2%	47,1%	100,0%
	31-40 Jahre tätig	n	1	2	0	3
		%	<b>33,3%</b>	<b>66,7%</b>	,0%	100,0%
Gesamt		n	5	29	13	47
		%	10,6%	61,7%	27,7%	100,0%

**Tab. 52:** Kreuztabelle (Dauer therapeutische Tätigkeit, Arbeitsaufwand)



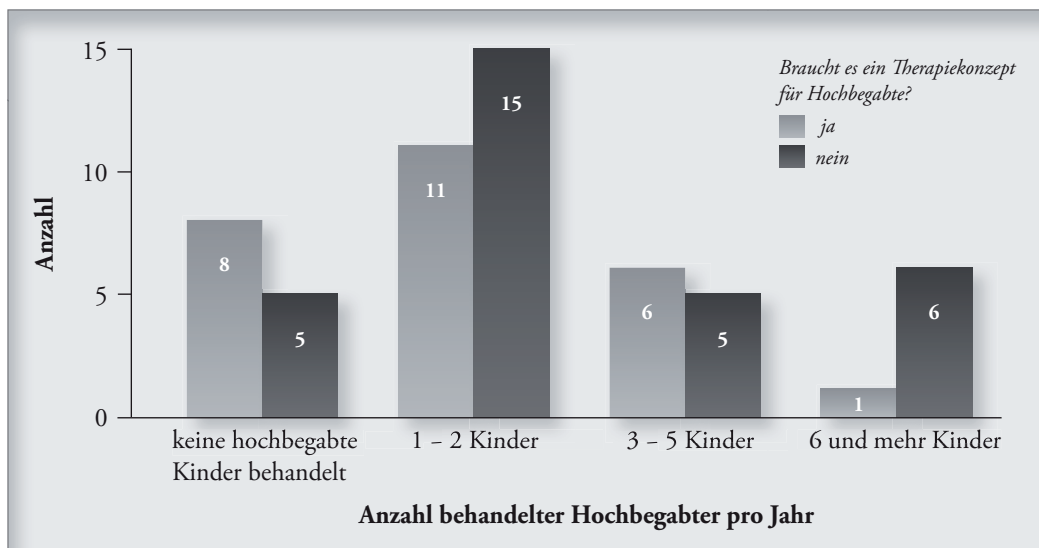
**Diagr. 12:** Balkendiagramm (Dauer therapeutische Tätigkeit, Arbeitsaufwand)

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,449</b>	,133
Anzahl der gültigen Fälle		44	

**Tab. 53:** Kontingenzkoeffizient (Anzahl Hochbegabter pro Jahr, Therapiekonzept)

		Braucht es ein eigenes Therapiekonzept für Hochbegabte?		Gesamt
		ja	nein	
Keine hochbegabte Kinder behandelt	n	8	5	13
	%	<b>61,5%</b>	38,5%	100,0%
1 – 2 Kinder	n	11	15	26
	%	42,3%	57,7%	100,0%
3 bis 5 Kinder	n	6	5	11
	%	54,5%	45,5%	100,0%
6 und mehr Kinder	n	1	6	7
	%	14,3%	<b>85,7%</b>	100,0%
Gesamt	n	26	31	57
	%	45,6%	54,4%	100,0%

**Tab. 54:** Kreuztabelle (Anzahl Hochbegabter pro Jahr, Therapiekonzept)



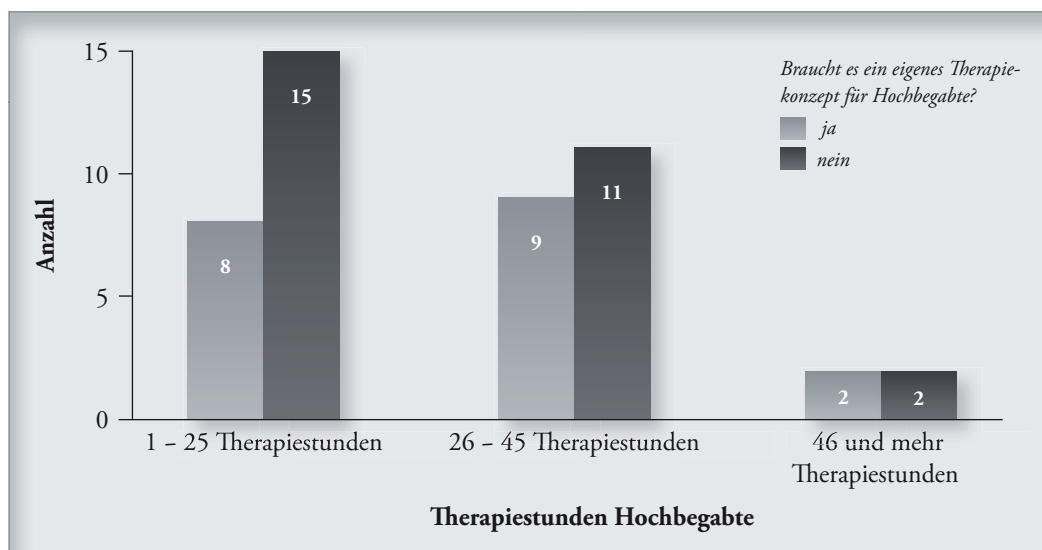
**Diagr. 13:** Balkendiagramm (Anzahl Hochbegabter pro Jahr, Therapiekonzept)

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,451</b>	,365
Anzahl der gültigen Fälle		47	

**Tab. 55:** Kontingenzkoeffizient (Therapiestunden Hochbegabte, Therapiekonzept)

			Braucht es ein eigenes Therapie- konzept für Hochbegabte?		Gesamt
			ja	nein	
Therapiestunden Hochbegabte	1 - 25 Therapiestunden	n	8	15	23
		%	<b>34,8%</b>	65,2%	100,0%
	26 - 45 Therapiestunden	n	9	11	20
		%	<b>45,0%</b>	55,0%	100,0%
	46 und mehr Therapiestunden	n	2	2	4
		%	<b>50,0%</b>	50,0%	100,0%
Gesamt		n	19	28	47
		%	40,4%	59,6%	100,0%

**Tab. 56:** Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, Therapiekonzept)



**Diagr. 14:** Balkendiagramm (Therapiestunden Hochbegabte, Therapiekonzept)

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,570</b>	,271
	Anzahl der gültigen Fälle	60	

**Tab. 57:** Kontingenzkoeffizient (Dauer therapeutische Tätigkeit, Therapiekonzept)

		Braucht es ein eigenes Therapiekonzept für Hochbegabte?		
		ja	nein	Gesamt
1 – 10 Jahre tätig	n	11	5	16
	%	<b>68,8%</b>	31,2%	100,0%
11 – 20 Jahre tätig	n	9	11	20
	%	45,0%	55,0%	100,0%
21 – 30 Jahre tätig	n	9	13	22
	%	40,9%	59,1%	100,0%
31 – 40 Jahre tätig	n	0	2	2
	%	0,0%	<b>100,0%</b>	100,0%
Gesamt	n	29	31	60
	%	48,3%	51,7%	100,0%

**Tab. 58:** Kreuztabelle (Dauer therapeutische Tätigkeit, Therapiekonzept)

### Innerhalb der Blöcke:

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,528</b>	,340
	Anzahl der gültigen Fälle	79	

**Tab. 59:** Kontingenzkoeffizient (Geschlecht, Dauer therapeutische Tätigkeit)

		Angabe Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
1 – 10 Jahre tätig	n	3	17	20
	%	<b>15,0%</b>	85,0%	100,0%
11 – 20 Jahre tätig	n	8	21	29
	%	27,6%	72,4%	100,0%
21 – 30 Jahre tätig	n	9	17	26
	%	34,6%	65,4%	100,0%
31 – 40 Jahre tätig	n	3	1	4
	%	<b>75,0%</b>	25,0%	100,0%
Gesamt	n	23	56	79
	%	29,1%	70,9%	100,0%

**Tab. 60:** Kreuztabelle (Geschlecht, Dauer therapeutische Tätigkeit)

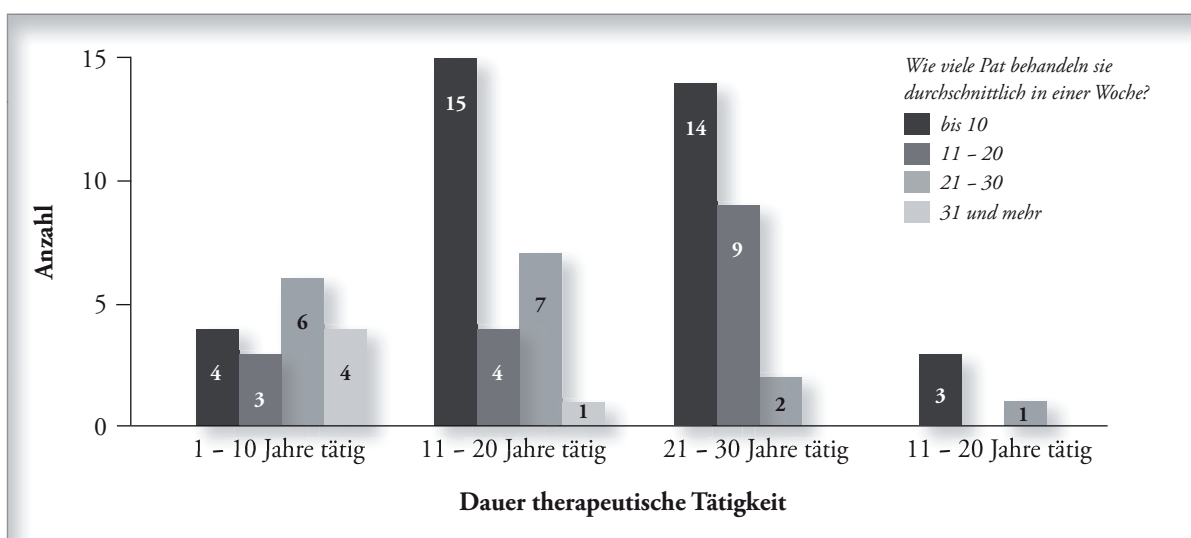
		Wie lange als Therapeut tätig?	Wie viele Pat behan- deln sie durchschnitt. in einer Woche?
wie lange als Therapeut tätig?	Korrelation nach Pearson	1	<b>-,389**</b>
	Signifikanz (2-seitig)		,001
	N	79	73

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Tab. 61:** Bivariate Korrelation (Dauer therapeutische Tätigkeit, Anzahl Patienten pro Woche)

		Wie viele Pat behandeln sie durchschnittlich in einer Woche?				Gesamt
		bis 10	11 – 20	21 – 30	31 und mehr	
1 – 10 Jahre tätig	n	4	3	6	4	17
	%	23,5%	17,6%	<b>35,3%</b>	23,5%	100,0%
11 – 20 Jahre tätig	n	15	4	7	1	27
	%	<b>55,6%</b>	14,8%	25,9%	3,7%	100,0%
21 – 30 Jahre tätig	n	14	9	2	0	25
	%	<b>56,0%</b>	36,0%	8,0%	,0%	100,0%
31 – 40 Jahre tätig	n	3	0	1	0	4
	%	<b>75,0%</b>	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
Gesamt	n	36	16	16	5	73
	%	49,3%	21,9%	21,9%	6,8%	100,0%

**Tab. 62:** Kreuztabelle (Dauer therapeutische Tätigkeit, Anzahl Patienten pro Woche)



**Diagr. 15:** Balkendiagramm (Dauer therapeutische Tätigkeit, Anzahl Patienten pro Woche)

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	<b>,326</b>	<b>,004</b>
	Cramer-V	,326	,004
Anzahl der gültigen Fälle		76	

**Tab. 63:** Phi (mit Hochbegabung auseinander gesetzt, Intelligenzdiagnostik)

			Führen Sie in Ihrer Praxis Intelligenzdiagnostik durch?		Gesamt
			ja	nein	
Mit Hochbegabung auseinander gesetzt?	ja	n	49	14	63
		%	<b>77,8%</b>	22,2%	100,0%
	nein	n	5	8	13
		%	38,5%	<b>61,5%</b>	100,0%
Gesamt		n	54	22	76
		%	71,1%	28,9%	100,0%

**Tab. 64:** Kreuztabelle (mit Hochbegabung auseinander gesetzt, Intelligenzdiagnostik)

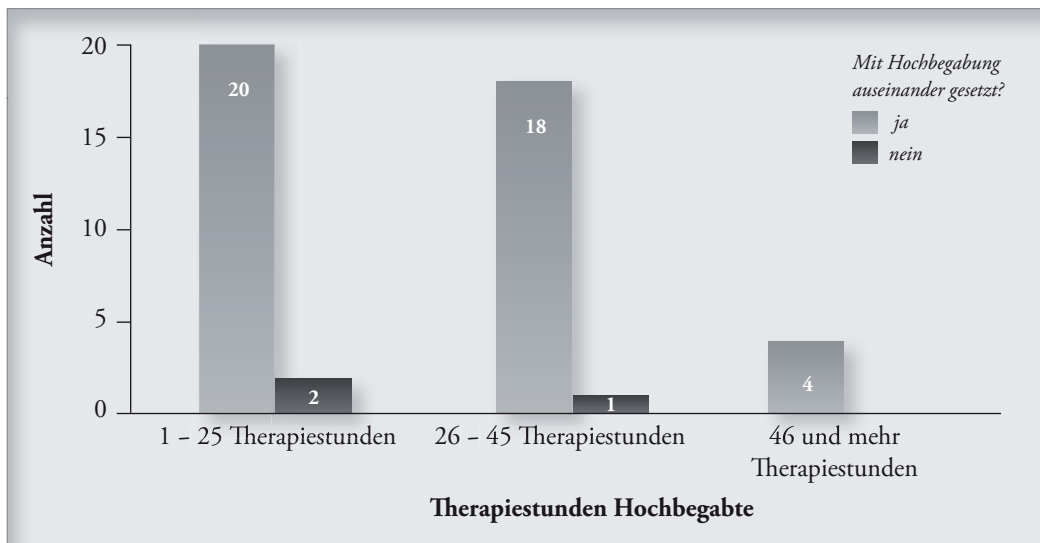
		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,304</b>	,949
Anzahl der gültigen Fälle		45	

**Tab. 65:** Kontingenzkoeffizient (Therapiestunden Hochbegabte, mit Hochbegabung auseinander gesetzt)

		Mit Hochbegabung auseinander gesetzt?		Gesamt	
		ja	nein		
1 – 25 Therapiestunden	n	20	2	22	
	%	90,9%	9,1%	100,0%	
26 – 45 Therapiestunden	n	18	1	19	
	%	94,7%	5,3%	100,0%	
46 und mehr Therapiestunden	n	4	0	4	
	%	100,0%	,0%	100,0%	
Gesamt		n	42	3	45
		%	93,3%	6,7%	100,0%

**Tab. 66:** Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, mit Hochbegabung auseinander gesetzt)





**Diagr. 16:** Balkendiagramm (Therapiestunden Hochbegabte, mit Hochbegabung auseinandergesetzt)

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Kontingenzkoeffizient	<b>,453</b>	,372
Anzahl der gültigen Fälle		46	

**Tab. 67:** Kontingenzkoeffizient (Therapiestunden Hochbegabte, Intelligenzdiagnostik)

		Führen Sie in Ihrer Praxis Intelligenzdiagnostik durch?		Gesamt
		ja	nein	
1 - 25 Therapiestunden	n	20	3	23
	%	<b>87,0%</b>	13,0%	100,0%
26 - 45 Therapiestunden	n	18	1	19
	%	94,7%	5,3%	100,0%
46 und mehr Therapiestunden	n	4	0	4
	%	<b>100,0%</b>	,0%	100,0%
Gesamt	n	42	4	46
	%	91,3%	8,7%	100,0%

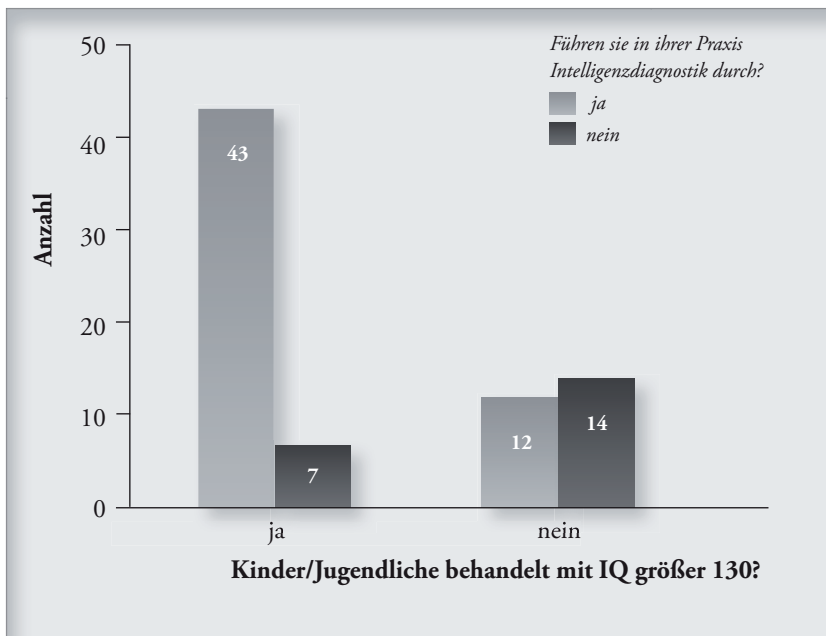
**Tab. 68:** Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, Intelligenzdiagnostik)

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	<b>,423</b>	,000
	Cramer-V	,423	,000
Anzahl der gültigen Fälle		76	

**Tab. 69:** Phi (Hochbegabte behandelt, Intelligenzdiagnostik)

			Führen Sie in Ihrer Praxis Intelligenzdiagnostik durch?		Gesamt
			ja	nein	
Kinder/Jugendliche behandelt mit IQ größer 130?	ja	n	43	7	50
		%	<b>86,0%</b>	14,0%	100,0%
	nein	n	12	14	26
		%	46,2%	53,8%	100,0%
Gesamt		n	55	21	76
		%	72,4%	27,6%	100,0%

**Tab. 70:** Kreuztabelle (Hochbegabte behandelt, Intelligenzdiagnostik)



**Diagr. 17:** Balkendiagramm (Hochbegabte behandelt, Intelligenzdiagnostik)

# Multivariate Auswertung

Two-Step-Clusteranalyse:

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	17,831 <sup>a</sup>	6	<b>,007</b>
Likelihood-Quotient	18,281	6	,006
Zusammenhang linear-mit-linear	6,757	1	,009
Anzahl der gültigen Fälle	74		

<sup>a</sup> 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,51.

**Tab. 71:** Chi-Quadrat (Cluster, Geburtsjahr)

		Kreuztabelle			Gesamt
		Thema Hochbegabung ist bekannt	Novizen in dem Bereich Hochbegabung	Experten in dem Bereich Hochbegabung	
1941 – 1950	n	8	3	5	16
	%	<b>50,0%</b>	18,8%	31,3%	100,0%
1951 – 1960	n	4	17	13	34
	%	11,8%	<b>50,0%</b>	38,2%	100,0%
1961 – 1970	n	3	5	9	17
	%	17,6%	29,4%	<b>52,9%</b>	100,0%
1971 – 1980	n	1	0	6	7
	%	14,3%	,0%	<b>85,7%</b>	100,0%
Gesamt	n	16	25	33	74
	%	21,6%	33,8%	44,6%	100,0%

**Tab. 72:** Kreuztabelle (Cluster, Geburtsjahr)

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	22,462 <sup>a</sup>	6	<b>,001</b>
Likelihood-Quotient	28,747	6	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	1,490	1	,222
Anzahl der gültigen Fälle	70		

<sup>a</sup> 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,50.

**Tab. 73:** Chi-Quadrat (Cluster, Anzahl Hochbegabter pro Jahr)

		Thema Hochbegabung ist bekannt	Novizen in dem Bereich Hochbegabung	Experten in dem Bereich Hochbegabung	Gesamt
Keine hochbegabten Kinder behandelt	n	0	16	10	26
	%	,0%	<b>61,5%</b>	38,5%	100,0%
1 bis 2 Kinder	n	7	6	13	26
	%	26,9%	23,1%	<b>50,0%</b>	100,0%
3 bis 5 Kinder	n	5	1	5	11
	%	<b>45,5%</b>	9,1%	<b>45,5%</b>	100,0%
6 und mehr Kinder	n	3	0	4	7
	%	42,9%	,0%	<b>57,1%</b>	100,0%
Gesamt	n	15	23	32	70
	%	21,4%	32,9%	45,7%	100,0%

**Tab. 74:** Kreuztabelle (Cluster, Anzahl Hochbegabter pro Jahr)

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	18,712 <sup>a</sup>	6	<b>,005</b>
Likelihood-Quotient	20,950	6	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	,012	1	,911
Anzahl der gültigen Fälle	70		

<sup>a</sup> 7 Zellen (58,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,86.

**Tab. 75:** Chi-Quadrat (Cluster, Anzahl Patienten pro Woche)

		Thema Hochbegabung ist bekannt	Novizen in dem Bereich Hochbegabung	Experten in dem Bereich Hochbegabung	Gesamt
bis 10	n	3	18	13	34
	%	8,8%	<b>52,9%</b>	38,2%	100,0%
11 – 20	n	6	1	9	16
	%	37,5%	6,3%	<b>56,3%</b>	100,0%
21 – 30	n	5	2	9	16
	%	31,3%	12,5%	<b>56,3%</b>	100,0%
31 und mehr	n	1	0	3	4
	%	25,0%	,0%	<b>75,0%</b>	100,0%
Gesamt	n	15	21	34	70
	%	21,4%	30,0%	48,6%	100,0%

**Tab. 76:** Kreuztabelle (Cluster, Anzahl Patienten pro Woche)

Therapieanlässe nichthochbegabte Patienten		
Experten (n=32)	Novizen (n=23)	Thema bekannt (n=16)
1. Ängste (n= 21) Hyperkinetische Störungen (n=21)	1. Ängste (n=18)	1. Hyperkinetische Störungen (n=10)
2. Depressionen (n=17)	2. Depressionen (n=12)	2. Ängste (n= 9)
3. Störungen des Sozialverhaltens (n=11)	3. Hyperkinetische Störungen (n=11)	3. Anpassungsstörungen (n=7) soziale Probleme (n=7) familiäre Probleme (n=7)

**Tab. 77:** Vergleich der Therapieanlässe nichthochbegabter Patienten zwischen den Clustern

Therapieanlässe hochbegabte Patienten		
Experten (n=23)	Novizen (n=7)	Thema bekannt (n=16)
1. soziale Probleme (n= 15)	1. Ängste (n=4)	1. soziale Probleme (n=8)
2. Ängste (n= 9)	2. Essstörungen (n=3)	2. Ängste (n=4) Hyperkinetische St. (n=4) Lern- und Leistungsst. (n= 4)
3. Sonstiges (n=8)	3. Hyperkinetische St. (n=2) Schulprobleme (n=2) Sonstiges (n= 2)	3. Depressionen (n=3) Essstörungen (n=3) St. des Sozialverhaltens (n=3) Schulprobleme (n=3) familiäre Probleme (n=3)

**Tab. 78:** Vergleich der Therapieanlässe hochbegabter Patienten zwischen den Clustern

Methoden mit nichthochbegabten Patienten			
	<b>Experten</b> (n=33)	<b>Novizen</b> (n=24)	<b>Thema bekannt</b> (n=16)
Platz 1	Kognitive Methoden (n=31)	Kognitive Methoden (n= 21)	Kognitive Methoden (n=16)
Platz 2	Trainings (n=28)	Trainings (n=18)	Trainings (n=14)
Platz 3	Konfrontation (n=23)	Entspannung (n=14)	Methoden anderer Verfahren (n=13)
Platz 4	Methoden anderer Verfahren (n=23)	Methoden anderer Verfahren (n=13)	Konfrontation (n=11) Operante Verfahren (n=11)
Platz 5	Operante Verfahren (n=20)	Konfrontation (n=12)	
Platz 6	Entspannung (n=20)	Operante Verfahren (n=8)	Entspannung (n=10)
Platz 7	Sonstige Methoden (n=8)	Sonstige Methoden (n=5)	Sonstige Methoden (n=1)

**Tab. 79:** Vergleich der angewandten Methoden mit nichthochbegabten Patienten zwischen den Clustern

Methoden mit hochbegabten Patienten			
	<b>Experten</b> (n=24)	<b>Novizen</b> (n=6)	<b>Thema bekannt</b> (n=15)
Platz 1	Kognitive Methoden (n=22)	Kognitive Methoden (n= 4)	Kognitive Methoden (n=15)
Platz 2	Trainings (n=20)	Trainings (n= 4)	Trainings (n=12)
Platz 3	Methoden anderer Verfahren (n=12)	Methoden anderer Verfahren (n=2)	Entspannung (n=8) Methoden anderer Verfahren (n=8)
Platz 4	Entspannung (n=10)	Operante Verfahren (n=1)	
Platz 5	Operante Verfahren (n=8)	Konfrontation (n=1)	Konfrontation (n=7)
Platz 6	Konfrontation (n=8)	sonstige Methoden (n=1)	Sonstige Methoden (n=4)
Platz 7	Sonstige Methoden (n=4)	Entspannung (keine Nennung)	Operante Verfahren (n=3)

**Tab. 80:** Vergleich der angewandten Methoden mit hochbegabten Patienten zwischen den Clustern

Therapiestunden Nichthochbegabter					Gesamt
		Thema Hochbegabung ist bekannt	Novizen in dem Bereich Hochbegabung	Experten in dem Bereich Hochbegabung	
1 – 25 Therapiestunden	n	8	14	13	35
	%	<b>50,0%</b>	<b>60,9%</b>	38,2%	47,9%
26 – 45 Therapiestunden	n	6	6	17	29
	%	37,5%	26,1%	<b>50,0%</b>	39,7%
46 und mehr Therapiestunden	n	2	3	4	9
	%	12,5%	13,0%	11,8%	12,3%
Gesamt	n	16	23	34	73
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 81:** Vergleich der Therapiestunden mit nichthochbegabten Patienten zwischen den Clustern

Bezugspersonenstunden Nichthochbegabter					Gesamt
		Thema Hochbegabung ist bekannt	Novizen in dem Bereich Hochbegabung	Experten in dem Bereich Hochbegabung	
1 – 6 Bezugs- personenstunden	n	8	13	15	36
	%	<b>50,0%</b>	<b>59,1%</b>	44,1%	50,0%
7 – 11 Bezugs- personenstunden	n	5	6	16	27
	%	31,3%	27,3%	<b>47,1%</b>	37,5%
12 und mehr Bezugspersonenstunden	n	3	3	3	9
	%	18,8%	13,6%	8,8%	12,5%
Gesamt	n	16	22	34	72
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 82:** Vergleich der Bezugspersonenstunden mit nichthochbegabten Patienten zwischen den Clustern

		Therapiestunden Hochbegabter			Gesamt
		Thema Hochbegabung ist bekannt	Novizen in dem Bereich Hochbegabung	Experten in dem Bereich Hochbegabung	
1 – 25 Therapiestunden	n	6	4	12	22
	%	37,5%	<b>66,7%</b>	<b>52,2%</b>	48,9%
26 – 45 Therapiestunden	n	9	2	8	19
	%	<b>56,3%</b>	33,3%	34,8%	42,2%
46 und mehr Therapiestunden	n	1	0	3	4
	%	6,3%	,0%	13,0%	8,9%
Gesamt	n	16	6	23	45
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 83:** Vergleich der Therapiestunden mit hochbegabten Patienten zwischen den Clustern



Bezugspersonenstunden Hochbegabter					Gesamt
		Thema Hochbegabung ist bekannt	Novizen in dem Bereich Hochbegabung	Experten in dem Bereich Hochbegabung	
1 – 6 Bezugspersonenstunden	n	9	3	11	23
	%	<b>56,3%</b>	<b>50,0%</b>	<b>47,8%</b>	51,1%
7 – 11 Bezugspersonenstunden	n	6	2	9	17
	%	37,5%	33,3%	39,1%	37,8%
12 und mehr Bezugspersonenstunden	n	1	1	3	5
	%	6,3%	16,7%	13,0%	11,1%
Gesamt	n	16	6	23	45
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 84:** Vergleich der Bezugspersonenstunden mit hochbegabten Patienten zwischen den Clustern

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,539 <sup>a</sup>	4	<b>,049</b>
Likelihood-Quotient	10,922	4	,027
Zusammenhang linear-mit-linear	3,054	1	,081
Anzahl der gültigen Fälle	47		

<sup>a</sup> 5 Zellen (55,6%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,96.

**Tab. 85:** Chi-Quadrat (Cluster, Arbeitsaufwand)

Bereitet Behandlung von Hochbegabten weniger/gleichviel/mehr Arbeitsaufwand?		Thema Hochbegabung ist bekannt	Novizen in dem Bereich Hochbegabung	Experten in dem Bereich Hochbegabung	Gesamt
weniger	n	2	0	3	5
	%	13,3%	,0%	13,0%	10,6%
gleichviel	n	7	4	18	29
	%	<b>46,7%</b>	44,4%	<b>78,3%</b>	61,7%
mehr	n	6	5	2	13
	%	40,0%	<b>55,6%</b>	8,7%	27,7%
Gesamt	n	15	9	23	47
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 86:** Vergleich des Arbeitsaufwands zwischen den Clustern

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	11,489 <sup>a</sup>	2	<b>,003</b>
Likelihood-Quotient	12,647	2	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	5,154	1	,023
Anzahl der gültigen Fälle	60		

<sup>a</sup> 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,53.

**Tab. 87:** Chi-Quadrat (Cluster, Therapiekonzept)

		Thema Hochbegabung ist bekannt	Novizen in dem Bereich Hochbegabung	Experten in dem Bereich Hochbegabung	Gesamt	
Braucht es ein eigenes Therapiekonzept für Hochbegabte?	ja	n	2	10	16	
		%	12,5%	<b>71,4%</b>	<b>53,3%</b>	46,7%
	nein	n	14	4	14	32
		%	<b>87,5%</b>	28,6%	46,7%	53,3%
Gesamt		n	16	14	30	60
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 88:** Vergleich des Therapiekonzepts zwischen den Clustern

## Lineare Regressionsanalyse Arbeitsaufwand:

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,551 <sup>a</sup>	,304	,227	,553

<sup>a</sup> Einflussvariablen : (Konstante), durchschnittliche Therapiestunden für Hochbegabte, mit Hochbegabung auseinander gesetzt?, führen Sie in Ihrer Praxis Intelligenzdiagnostik durch?, Wohnortgröße

**Tab. 89:** Modellzusammenfassung lineare Regressionsanalyse

ANOVA <sup>b</sup>						
Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	4,804	4	1,201	3,930	,010 <sup>a</sup>
	Nicht standardisierte Residuen	11,001	36	,306		
	Gesamt	15,805	40			

<sup>a</sup> Einflussvariablen : (Konstante), durchschnittliche Therapiestunden für Hochbegabte, mit Hochbegabung auseinander gesetzt?, führen Sie in Ihrer Praxis Intelligenzdiagnostik durch?, Wohnortgröße

<sup>b</sup> Abhängige Variable: bereitet Behandlung von Hochbegabten mehr/weniger/gleichviel Arbeitsaufwand

**Tab. 90:** ANOVA lineare Regressionsanalyse

## Binäre logistische Regressionsanalyse Therapiekonzept:

Modellzusammenfassung			
Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	48,866 <sup>a</sup>	,200	,269

<sup>a</sup> Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Tab. 91:** Modellzusammenfassung binäre logistische Regression

Klassifizierungstabelle <sup>a</sup>					
Beobachtet			Vorhergesagt		
			Braucht es ein eigenes Therapiekonzept für Hochbegabte?		Prozentsatz der Richtigen
			ja	nein	
Schritt 1	Braucht es ein eigenes Therapiekonzept für Hochbegabte?	ja	9	9	50,0
		nein	4	21	84,0
	Gesamtprozentsatz				69,8

<sup>a</sup> Der Trennwert lautet ,500

**Tab. 92:** Klassifizierungstabelle binäre logistische Regression

# Fragebogen



WESTFÄLISCHE  
WILHELMS-UNIVERSITÄT  
MÜNSTER



Institut für  
Erziehungswissenschaft

Münster, im Juni 2009

## Universitätsexterne Befragung zum Zusammenhang von Hochbegabung und Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

mein Name ist Anne-Christin Hoge und neben meiner Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin promoviere ich an der Universität Münster, Fachbereich Erziehungswissenschaften bei Herrn Prof. Dr. H. Mair.

In meinem Promotionsvorhaben verfolge ich das Thema: „Hochbegabte Kinder und Jugendliche in der Verhaltenstherapie: eine Analyse von Therapieverläufen“. Dazu möchte ich alle Psychotherapeuten in NRW befragen, die im Therapieverfahren Verhaltenstherapie durchführen und eine Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche haben.

Obwohl zum Thema „Hochbegabung“ in den letzten Jahren vermehrt geforscht wurde, gibt es zum Thema „Hochbegabung und Psychotherapie“ kaum abgesicherte Daten. Aus diesem Grund bitte ich Sie um Ihre Unterstützung: bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus und schicken ihn mit dem beigefügten Rückbriefumschlag bis zum **03.07.09** an mich zurück. Die Bearbeitungszeit des Fragebogens dauert ca. 10 Minuten.

Ihre Daten sind anonym und werden streng vertraulich behandelt.

Sollten Sie Fragen zu diesem Projekt oder Interesse an den Ergebnissen dieser schriftlichen Befragung haben, so können Sie sich an mich wenden: [a.c.hoge@uni-muenster.de](mailto:a.c.hoge@uni-muenster.de).

Für Ihre Mitarbeit bedanke ich mich im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Anne-Christin Hoge

### **Kontakt:**

Dipl. Päd. Anne-Christin Hoge, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin i. A.,  
Wüllnerstr. 9, 48149 Münster, Tel: 0251/39 10 40 1, [a.c.hoge@uni-muenster.de](mailto:a.c.hoge@uni-muenster.de)

**Bitte Rückseite beachten**

<b>Zunächst einige Fragen zu Ihrer Person</b>		
1.	Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an.	Geburtsjahr: _____
2.	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.	männlich weiblich
3.	Bitte geben Sie die ersten drei Ziffern der Postleitzahl Ihrer Praxis an.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Welches Studium haben Sie absolviert?	_____
5.	In welchem Jahr haben Sie die Approbation erhalten?	_____
6.	Haben Sie zusätzliche Ausbildungen/ Qualifikationen (z.B. Hypnotherapie, Schmerztherapie, Traumatherapie, personenzentrierte Spieltherapie etc.) erworben?	ja nein
6.1	Falls ja, welche zusätzlichen Ausbildungen/ Qualifikation haben Sie erworben?	_____ _____
7.	Wie lange sind Sie schon als Therapeut/In tätig?	_____ Jahre
8.	Wie viele Patienten (Kinder und Jugendliche) behandeln Sie durchschnittl <b>in einer Woche</b> ?	_____ Patienten
9.	Führen Sie in Ihrer Praxis Intelligenzdiagnostik durch?	ja nein
9.1	Falls ja, welche Intelligenz-Testverfahren verwenden Sie meistens?	HAWIK-IV AID 2 Sonstige: _____ K-ABC CFT 20-R
9.2	Falls nein, wie gehen Sie vor?	Ich nutze Vorberichte Ich schicke Patienten zur Testung in andere Institutionen Sonstiges: _____
<b>Zum Thema Hochbegabung</b>		
10.	Haben Sie sich mit dem Thema Hochbegabung schon einmal auseinandergesetzt?	ja nein
10.1	Falls ja, in welchem Rahmen? (Mehrfachnennungen möglich)	Fortbildung Arbeitskreis Lektüre Internet Sonstiges: _____
11.	Behandeln Sie/ haben Sie Kinder/ Jugendliche in Ihrer Praxis behandelt, die einen IQ > 130 haben?	ja nein
11.1	Falls ja, wie viele Kinder/ Jugendliche sind es durchschnittlich <b>pro Jahr</b> ?	_____ Kinder / Jugendliche
11.2	Welche Besonderheiten sind für diese Personengruppe Ihrer Meinung nach kennzeichnend?	_____

**Therapieanlässe**

12. Bitte benennen Sie die 5 häufigsten Therapieanlässe Ihrer Patienten **insgesamt** (nur Kinder/ Jugendliche).
1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_
13. Wenn Sie nur die Kinder/ Jugendlichen mit einem Intelligenzquotienten > 130 berücksichtigen: mit welchen Therapieanlässen kommen diese zu Ihnen? (5 häufigste)
1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_

**Anwendung von Methoden/ Techniken**

14. Bitte kreuzen Sie die verhaltenstherapeutischen Methoden/ Techniken an, die Sie in der Therapie mit Kindern/ Jugendlichen am häufigsten verwenden. (Mehrfachnennungen möglich)
- Konfrontationsverfahren/ Expositionsverfahren  
 Operante Verfahren (z.B. Token Economy)  
 Kognitive Methoden (z.B. kognitive Umstrukturierung)  
 Entspannungsverfahren (z.B. PMR)  
 Trainings (z.B. sozialer Kompetenz)  
 Elemente aus anderen psychotherapeutischen Verfahren:  
 \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_
15. Wenn Sie nur die Kinder/ Jugendlichen mit IQ > 130 berücksichtigen: welche verhaltenstherapeutischen Methoden/ Techniken wenden Sie im Umgang mit diesen Kindern/ Jugendlichen am häufigsten an? (Mehrfachnennungen möglich)
- Konfrontationsverfahren/ Expositionsverfahren  
 Operante Verfahren (z.B. Token Economy)  
 Kognitive Methoden (z.B. kognitive Umstrukturierung)  
 Entspannungsverfahren (z.B. PMR)  
 Trainings (z.B. sozialer Kompetenz)  
 Elemente aus anderen psychotherapeutischen Verfahren:  
 \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Therapiedauer**

16. Mit durchschnittlich wie vielen **Therapiestunden** behandeln Sie Kinder/ Jugendliche insgesamt in Ihrer Praxis? \_\_\_\_\_ Stunden pro Patient
17. Mit durchschnittlich wie vielen **Bezugspersonenstunden** behandeln Sie Kinder/ Jugendliche insgesamt in Ihrer Praxis? \_\_\_\_\_ Stunden pro Patient
18. Wenn Sie nur die Kinder/ Jugendliche mit einem IQ > 130 berücksichtigen: mit durchschnittlich wie vielen Therapiestunden behandeln Sie diese Kinder/ Jugendliche? \_\_\_\_\_ Stunden pro Patient
19. Wenn Sie nur die Kinder/ Jugendliche mit einem IQ > 130 berücksichtigen: mit durchschnittlich wie vielen Bezugspersonenstunden behandeln Sie diese Kinder/ Jugendliche? \_\_\_\_\_ Stunden pro Patient

**Interaktionsgestaltung**

20. Wie erleben Sie die therapeutische Arbeit mit hochbegabten Kindern/ Jugendlichen im Vergleich zur therapeutischen Arbeit mit normalbegabten Kindern/ Jugendlichen (intensiver, weniger intensiv etc.)?

---

---

21. Gehen Sie in der therapeutischen Arbeit mit hochbegabten Kindern/ Jugendlichen anders vor im Vergleich zur therapeutischen Arbeit mit normalbegabten Kindern/ Jugendlichen (legen Sie andere Schwerpunkte? Achten Sie auf andere Dinge?)? ja nein

- 21.1 Bitte begründen:

---

---

22. Bereitet Ihnen die verhaltenstherapeutische Behandlung von Kindern/ Jugendlichen mit einem IQ > 130 **mehr / weniger / gleichviel** Arbeitsaufwand als die verhaltenstherapeutische Behandlung normalbegabter Kinder/ Jugendlicher? (Bitte unterstreichen)

- 22.1 Bitte begründen:

---

---

**Zum Schluss**

23. Müssen Ihrer Ansicht nach die Besonderheiten hochbegabter Kinder/ Jugendl. in der verhaltenstherapeutischen Arbeit Rücksicht finden? ja nein

- 23.1 Falls ja, warum?

---

---

24. Sind Sie der Meinung, es müsste ein eigenes Therapiemanual für die verhaltenstherapeutische Arbeit mit hochbegabten Kindern/ Jugendlichen geben? ja nein

- 24.1 Falls ja, warum?

---

---

25. Sind Sie der Meinung, es müsste ein Therapiekonzept für die verhaltenstherapeutische Arbeit mit hochbegabten Kindern/ Jugendlichen geben? ja nein

- 25.1 Falls ja: Wie müsste dieses Therapiekonzept aussehen?

---

---

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



# Literaturverzeichnis

- Backhaus, K.*; Erichson, B.; Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden, eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin.
- Bogner, A. & Menz, W.* (2009). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. Wiesbaden, S. 61 – 98.
- Borgs-Laufs, M. & Hungerige, H.* (2006). Problemlösetraining. In: F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München, S. 311 – 317.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H.* (2007). Der Prozess der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band I: Grundlagen*, Tübingen, S. 273 – 316.
- Borg-Laufs, M.* (2007). Einführung. In: M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Diagnostik und Intervention*. Tübingen, S. 11 – 48.
- Brackmann, A.* (2005). *Jenseits der Norm – hochbegabt und hoch sensibel? Die seelischen und sozialen Aspekte der Hochbegabung bei Kindern und Erwachsenen*. Stuttgart.
- Bühl, A.* (2008). *SPSS 16, Einführung in die moderne Datenanalyse*. München.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung* (2003). *Begabte Kinder finden und fördern. Ein Ratgeber für Elternhaus und Schule*. Bonn.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung* (2008). *Grund- und Strukturdaten 2007/2008. Daten zur Bildung in Deutschland*. Bonn.
- Cremerius, J.* (1971). *Neurose und Genialität. Psychoanalytische Biographien*. Frankfurt am Main.
- Cropley, A.; McLeod, J. & Dehn, D.* (1988). Begabungsförderung – Systembezogene Möglichkeiten. In: A. Cropley; J. McLeod & D. Dehn (Hrsg.), *Begabung und Begabungsförderung. Entfaltungschancen für alle Kinder! Heidelberg*, S. 166 – 195.
- Csikszentmihalyi, M.* (1996). *Kreativität. Wie Sie das Unmögliche schaffen und Ihre Grenzen überwinden*. Stuttgart.
- Dahm, A.* (2007). Gesundheitspolitische Grundlagen der ambulanten Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. In: W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart, S. 744 – 749.
- Diekmann, A.* (2003). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G.* (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: *Psychologische Rundschau*, 53 (4), S. 184 – 193.
- Drewelow, H.* (2000). Anmerkungen zum vorherrschenden Konzept der Hochbegabtenförderung. In: H. Joswig (Hrsg.), *Begabungen erkennen – Begabte fördern. Beiträge anlässlich der wissenschaftlichen Arbeitstagung des ABB e.V. in Rostock vom 22. – 24.10.1999*. Rostock, S. 181 – 184.
- Dührssen, A.* (1964). Das Problem der Intelligenz in der Psychotherapie. In: *Der Nervenarzt*, 35, S. 22 – 28.

- Elbing & Heller* (1996). Beratungsanlässe in der Hochbegabtenberatung. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 43, S. 57 – 69.
- Elbing* (2000). *Hochbegabte Kinder – Strategien für die Elternberatung*. München.
- Feger, B. & Prado, T.M.* (1998). *Hochbegabung – Die normalste Sache der Welt*. Darmstadt.
- Fischer, C.* (2006a). Grundlagen und Konzepte der Begabtenförderung. In: C. Fischer & H. Ludwig (Hrsg.), *Begabtenförderung als Aufgabe und Herausforderung für die Pädagogik*. Münster, S. 66 – 76.
- Fischer, C.; Grindel, E. & Westphal, U.* (2007). Konzepte von besonderen Begabungen. In: Stiftung Bildung zur Förderung Hochbegabter; Internationales Centrum für Begabungsforschung (ICBF) der Universitäten Münster und Nijmegen und Landeskompetenzzentrum für Individuelle Förderung NRW (LIF) der Universität Münster und des Ministeriums für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.), *Individuelle Förderung – Begabtenförderung. Beispiele aus der Praxis*. Ibbenbüren, S. 8 – 17.
- Flick, U.* (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck.
- Flick, U.* (2008). *Triangulation, eine Einführung*. Wiesbaden.
- Freeman, J.* (1992). Geleitwort. In: E.A. Hany & H. Nickel (Hrsg.), *Begabung und Hochbegabung. Theoretische Konzepte – empirische Befunde – praktische Konsequenzen*. Bern, S. X – XII.
- Freund-Braier, I.* (2001). *Hochbegabung, Hochleistung, Persönlichkeit*. Münster.
- Gauck, L.* (2007). *Hochbegabte verhaltensauffällige Kinder. Eine empirische Untersuchung*. Berlin.
- Görlitz, G.* (2005). *Psychotherapie für Kinder und Familien. Übungen und Materialien für die Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen*. Stuttgart.
- Hany, E.* (2000). Begabtenförderung in Deutschland als Scheinbehandlung? Ein freundschaftlicher Frontalangriff. In: H. Joswig (Hrsg.), *Begabungen erkennen – Begabte fördern. Beiträge anlässlich der wissenschaftlichen Arbeitstagung des ABB e.V. in Rostock vom 22. – 24.10.1999*. Rostock, S. 133 – 143.
- Heller, K.A.* (2001a). *Hochbegabung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen.
- Heller, K.A.* (2001b). Hochbegabung. In: G. Wenninger (Hrsg.), *Lexikon der Psychologie*. Heidelberg, S. 209 – 211.
- Hoberg, K. & Rost, D.H.* (2000). Interessen. In: D.H. Rost (Hrsg.), *Hochbegabte und hochleistende Jugendliche*. Münster, S. 339 – 366.
- Hoge, A.-C.* (2007). *Universität für Schüler? Eine explorative Studie zum Juniorstudium an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hungerige, H. & Borg-Laufs, M.* (2006). Rollenspielmethoden. In: F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München, S. 283 – 290.
- Huser, J.* (2004). *Lichtblick für helle Köpfe*. Zürich.
- Juda, A.* (1953). *Höchstbegabung, ihre Erbverhältnisse sowie ihre Beziehungen zu psychischen Anomalien*. München.

- Kanfer, F.H.; Reinecker, H. & Schmelzer, D.* (1991). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis.* Berlin.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2007). *Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, Zahlen, Fakten, Informationen.*
- Keller, G.* (1990). *Aufgaben der Bildungsberatung bei der Förderung hochbegabter Schüler.* In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 37, 54 – 57.
- Keller* (1992). *Schulpsychologische Hochbegabtenberatung. Ergebnisse einer Beratungsstudie.* In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 39, S. 125 – 132.
- Keller, R.; Könnig, J.; Kosarz, P. & Ströhm, W.* (2010). *Wie zufrieden sind die PiAS: Unterschiede zwischen PP und KJP.* In: *Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (Hrsg.), Psychotherapie Aktuell*, 1/2010, S. 36 – 38.
- Klauer, K.J.* (1992). *Zur Diagnostik von Hochbegabung.* In: *E.A. Hany & H. Nickel (Hrsg.), Begabung und Hochbegabung. Theoretische Konzepte – Empirische Befunde – Praktische Konsequenzen.* Bern, S. 205 – 214.
- Kretschmer, E.* (1948). *Geniale Menschen.* Berlin.
- Lauth, G.W., Brack, U.B. & Linderkamp, F.* (2001). *Verhaltenstherapie in niedergelassenen Praxen.* In: *G.W. Lauth, U.B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch.* Weinheim, S. 427 – 435.
- Lauth, G.W. & Mackowiak, K.* (2009). *Selbstinstruktionsmethoden.* In: *J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen.* Heidelberg, S. 263 – 271.
- Maercker, A.* (2009). *Operante Verfahren.* In: *J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen.* Heidelberg, S. 669 – 678.
- Margraf, J.* (2009). *Hintergründe und Entwicklung.* In: *J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen.* Heidelberg, S. 3 – 46.
- Mattejat, F.* (2006). *Die Entwicklung der Kinderverhaltenstherapie im geschichtlichen Zusammenhang.* In: *F. Mattejat (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* München, S. 13 – 34.
- Mattejat, F., Quaschner, K. & Remschmidt, H.* (2006). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Definition, Prinzipien, Besonderheiten.* In: *F. Mattejat (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien,* München, S. 3 – 12.
- Meuser, M. & Nagel, U.* (1997). *Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung.* In: *B. Friebertshäuser & A. Prengel (Hrsg.), Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft.* Weinheim, S. 481 – 491.
- Meuser, M. & Nagel, U.* (2002). *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht.* In: *A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung.* Opladen, S. 71 – 93.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen* (2008). Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2008. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen.
- Mönks, F.J.* (1963). Beiträge zur Begabtenforschung im Kindes- und Jugendalter. In: *Archiv für die gesamte Psychologie*, 115, S. 362 – 382.
- Mönks, F.J.* (2000). Begabungen erkennen – Begabte fördern. In: H. Joswig (Hrsg.), *Begabungen erkennen – Begabte fördern. Beiträge anlässlich der Wissenschaftlichen Arbeitstagung des ABB e.V.* in Rostock vom 22. – 24. 10.1999. Universität Rostock, S. 19 – 33.
- Mönks, F.J. & Ypenburg, I.H.* (2005). *Unser Kind ist hochbegabt*. München.
- Neber, H.* (1992). Begabungsforschung, Instruktionspsychologie und Begabungsförderung. In: E.A. Hany & H. Nickel (Hrsg.), *Begabung und Hochbegabung. Theoretische Konzepte – empirische Befunde – praktische Konsequenzen*. Bern, S. 215 – 222.
- Perleth, C.* (1999). Intelligenz. In: C. Perleth & A. Ziegler (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie. Grundlagen und Anwendungsfelder*. Bern, S. 73 – 82.
- Petermann, U.* (2006). Entspannungsverfahren. In: F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München, S. 291 – 301.
- Petermann, F. & Groen, G.* (2006). Soziales Kompetenztraining. In: F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München, S. 319 – 330.
- Petermann, F. & Wechsler, D.* (2008). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder – IV*. Bern.
- Pfeiffer, D.K. & Püttmann, C.* (2008). *Methoden empirischer Forschung in der Erziehungswissenschaft. Ein einführendes Lehrbuch*. Baltmannsweiler.
- Platzer, S.* (2000). Die Beurteilung der Fördermöglichkeiten an der Jugenddorf - Christophorusschule in Braunschweig aus der Perspektive der Absolventen. In: H. Joswig (Hrsg.), *Begabungen erkennen – Begabte fördern. Beiträge anlässlich der wissenschaftlichen Arbeitstagung des ABB e.V.* in Rostock vom 22. – 24.10.1999. Rostock, S. 145 – 156.
- Porst, R.* (2008). *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden.
- Quaschner, K.* (2006). Desensibilisierungs- und Konfrontationsmethoden. In: F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München, S. 235 – 247.
- Raithel, J.* (2006). *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs*. Wiesbaden.
- Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S. & Erhart, M.* (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5/6, S. 871 – 878.
- Reis, S.M. & Renzulli, J.S.* (2004). Current research on the social and emotional development of gifted and talented students: good news and future possibilities. In: *Psychology in the Schools*, 40 (1), S. 119 – 130.

- Resch, F., Matzejat, F. & Remschmidt, H.* (2006). Entwicklungspsychopathologie. In: F. Matzejat (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. München, S. 73 – 84.
- Rettenbach, R.* (2007). Die Psychotherapie-Prüfung. Kompaktkurs zur Vorbereitung auf die Approbationsprüfung nach dem Psychotherapeutengesetz mit Kommentar zum IMPP-Gegenstandskatalog, Stuttgart.
- Rohrmann, S. & Rohrmann, T.* (2005). Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. München.
- Rost, D.H. & Schilling, S.R.* (2006). Hochbegabung. In: D.H. Rost (Hrsg.), Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. Weinheim. S. 233 – 245.
- Schendera, C.F.G.* (2010). Clusteranalyse mit SPSS, mit Faktorenanalyse. München.
- Schmidt, M.H.* (1982). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern mit sehr hoher Testintelligenz. In: K.K. Urban (Hrsg.), Hochbegabte Kinder. Psychologische, pädagogische, psychiatrische und soziologische Aspekte. Heidelberg, S. 106 – 122.
- Schmidt, M.H.* (1977). Verhaltensstörungen bei Kindern mit sehr hoher Intelligenz. Bern.
- Schnell, R.; Hill, P.B. & Esser, E.* (2005). Methoden der empirischen Sozialforschung. München.
- Schöneck, N.M. & Voß, W.* (2005). Das Forschungsprojekt. Planung, Durchführung und Auswertung einer quantitativen Studie. Wiesbaden.
- Solzbacher, C.* (2002). Keine Angst vor klugen Kindern. Geschichte und Hintergründe der Diskussion um Hochbegabung in Deutschland. In: C. Solzbacher & A. Heinbokel (Hrsg.), Hochbegabte in der Schule – Identifikation und Förderung. Münster, S. 9 – 25.
- Sparfeldt, J.; Schilling, S.R. & Rost, D.H.* (2004). Segregation oder Integration? Einstellungen potenziell Betroffener zu Fördermaßnahmen für hochbegabte Jugendliche. In: *report psychologie*, 29, S. 170 – 176.
- Stapf, A.* (2003). Hochbegabte Kinder – Persönlichkeit – Entwicklung – Förderung. München.
- Strotzka, H.* (1975). Psychotherapie, Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München.
- Terman, L.M.* (1947). The gifted child grows up. Twenty-five years' follow-up of a superior group. Stanford.
- Terman, L.M.* (1954). The discovery and encouragement of exceptional talent. In: *American Psychologist*, 9, S. 221 – 230.
- Thomas, A. & Chess, S.* (1980). Temperament und Entwicklung. Über die Entstehung des Individuellen. Stuttgart.
- Vogel, H.* (2001). Verhaltenstherapie in klinischen Einrichtungen. In: G.W. Lauth, U.B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch. Weinheim, S. 419 – 426.
- Wagner, H.* (1987). Außerschulische Fördermaßnahmen. In: F.E. Weinert & H. Wagner (Hrsg.), Die Förderung Hochbegabter in der Bundesrepublik Deutschland: Probleme, Positionen, Perspektiven. Bad Honnef, S. 63 – 76.



- Warschburger, P.* (2006). Gruppentherapeutische Methoden mit Kindern und Jugendlichen. In: F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München, S. 383 – 390.
- Weinert, F.E.* (2000). Lernen als Brücke zwischen hoher Begabung und exzellenter Leistung. Vortrag gehalten anlässlich der zweiten internationalen Salzburger Konferenz zu Begabungsfragen und Begabtenförderung. Salzburg, 13. Oktober 2000.
- Wiener, G.; Rider, R.V. & Opper, W.* (1963). Some correlates of IQ changes in children. In: *Child Development*, 34, S. 61 – 67.
- Wilken, B.* (2008). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart.
- Wittmann, A.J.* (2003). *Hochbegabtenberatung, theoretische Grundlagen und empirische Analysen*. Göttingen.
- Wittmann, A.J. & Holling, H.* (2004). *Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für ehrenamtliche Berater, Erzieher, Lehrer, Ärzte und Psychologen*. Göttingen.
- Ziegler, A.* (2002). Hochbegabte und Begabtenförderung. In: R. Tippelt (Hrsg.), *Handbuch Bildungsforschung*. Opladen, S. 745 – 760.

## Internetquellen

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-298/RL-Psycho-2008-10-16.pdf>, Stand: 06.04.2009, 14.10 Uhr.

Leitlinien für Diagnostik und Therapie finden sich auf der Internetseite der AWMF – Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V., <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/>, Stand: 10.09.2010, 11.48 Uhr.

# Abbildungs-, Diagramm- und Tabellenverzeichnis

## Abbildungen.....Seite

<b>Abb. 1:</b> Münchner Hochbegabungsmodell von K.A. Heller (2007), aus: Fischer, Grindel & Westphal (2007), S. 8.....	25
<b>Abb. 2:</b> Integratives Begabungsmodell von C. Fischer (2006a), S. 68. ....	26
<b>Abb. 3:</b> Schematisches Modell zur Entwicklung von psychischen Störungen, aus: Resch, Mattejat & Renschmidt, 2006, S. 78.....	63
<b>Abb. 4:</b> Die sieben Phasen der Selbstmanagementtherapie mit Kindern und Jugendlichen, aus: Borg-Laufs & Hungerige, 2007, S. 285. ....	75
<b>Abb. 5:</b> Pfaddiagramm.....	138

## Diagramme.....Seite

<b>Diagr. 1:</b> Anzahl Patienten pro Woche .....	124
<b>Diagr. 2:</b> Verteilung der Psychotherapeuten, nach Geburtsjahr gruppiert .....	211
<b>Diagr. 3:</b> Jahresangabe des Erhalts der Approbation .....	212
<b>Diagr. 4:</b> Anzahl hochbegabter behandelter Patienten pro Jahr .....	212
<b>Diagr. 5:</b> Anzahl Patienten pro Woche, hochbegabte Patienten behandelt .....	214
<b>Diagr. 6:</b> Anzahl Patienten pro Woche, Intelligenzdiagnostik .....	215
<b>Diagr. 7:</b> Anzahl Patienten pro Woche, hochbegabte Patienten pro Jahr .....	217
<b>Diagr. 8:</b> Therapiestunden Hochbegabte, Geschlecht .....	218
<b>Diagr. 9:</b> Therapiestunden Hochbegabte, Arbeitsaufwand .....	222
<b>Diagr. 10:</b> Wohnortgröße, Arbeitsaufwand .....	223
<b>Diagr. 11:</b> Anzahl Patienten pro Woche, Arbeitsaufwand .....	224
<b>Diagr. 12:</b> Dauer therapeutische Tätigkeit, Arbeitsaufwand .....	225
<b>Diagr. 13:</b> Anzahl Hochbegabter pro Jahr, Therapiekonzept .....	226
<b>Diagr. 14:</b> Therapiestunden Hochbegabte, Therapiekonzept .....	227
<b>Diagr. 15:</b> Dauer therapeutische Tätigkeit, Anzahl Patienten pro Woche .....	229
<b>Diagr. 16:</b> Therapiestunden Hochbegabte, mit Hochbegabung auseinander gesetzt .....	231
<b>Diagr. 17:</b> Hochbegabte behandelt, Intelligenzdiagnostik .....	232

## Tabellen.....Seite

<b>Tab. 1:</b> Aspekte der Begabtenförderung .....	34
<b>Tab. 2:</b> Schulische Begabtenförderungsmaßnahmen .....	35
<b>Tab. 3:</b> Außerschulische Begabtenförderungsmaßnahmen .....	35



<b>Tab. 4:</b>	Verhaltenstherapeutische Interventionen .....	65
<b>Tab. 5:</b>	Verteilung in den verschiedenen Vertiefungsschwerpunkten ausgebildeten Therapeuten nach Kassenärztlicher Vereinigung, Quelle: Kassenärztliche Bundes- vereinigung, Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. ....	104
<b>Tab. 6:</b>	Wohnortgröße.....	122
<b>Tab. 7:</b>	Zusatzqualifikationen.....	123
<b>Tab. 8:</b>	Intelligenztestverfahren .....	125
<b>Tab. 9:</b>	Alternatives Vorgehen bei keiner Intelligenzdiagnostik.....	125
<b>Tab. 10:</b>	Auseinandersetzung mit dem Thema Hochbegabung.....	126
<b>Tab. 11:</b>	Vergleich der Therapieanlässe.....	128
<b>Tab. 12:</b>	Vergleich angewandter verhaltenstherapeutischer Methoden .....	129
<b>Tab. 13:</b>	Vergleich des Arbeitsaufwands .....	134
<b>Tab. 14:</b>	Clusterverteilung.....	145
<b>Tab. 15:</b>	Außenprofil der Clusterverteilung .....	145
<b>Tab. 16:</b>	Multiple lineare Regressionsanalyse .....	151
<b>Tab. 17:</b>	Binäre logistische Regression.....	152
<b>Tab. 18:</b>	Zuordnung der abgefragten Items zu einer Untersuchungsmethode.....	170
<b>Tab. 19:</b>	Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden in der Therapie mit hochbegabten Kindern und Jugendlichen.....	176
<b>Tab. 20:</b>	Belegte Ausbildungsplätze für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2008), S. 33.....	183
<b>Tab. 21:</b>	Approbationen für Psychotherapeuten/-innen in NRW, Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2008), S. 34.....	184
<b>Tab. 22:</b>	Weibliche Studierende in den stärksten 20 Studienfächern, 2005, Quelle: Grund- und Strukturdaten 2007/2008, Bundesministerium für Bildung und Forschung, S. 44.....	185
<b>Tab. 23:</b>	Studienabschlüsse der Ausbildungsteilnehmer eines Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Quelle: anonym.....	186
<b>Tab. 24:</b>	Vergleich der Therapieanlässe bei hochbegabten Patienten.....	187
<b>Tab. 25:</b>	Vergleich der Hinweise auf therapeutische Methoden .....	195
<b>Tab. 26:</b>	Angegebene Postleitzahlbereiche .....	211
<b>Tab. 27:</b>	Dauer der therapeutischen Tätigkeit .....	212
<b>Tab. 28:</b>	Therapie- und Bezugspersonenstunden mit Patienten insgesamt sowie hochbegabten Patienten .....	213

<b>Tab. 29:</b>	Bivariate Korrelation (hochbegabte Patienten behandelt, Anzahl Patienten pro Woche) .....	214
<b>Tab. 30:</b>	Kreuztabelle (hochbegabte Patienten behandelt, Anzahl Patienten pro Woche) .....	214
<b>Tab. 31:</b>	Bivariate Korrelation (Anzahl Patienten pro Woche, Intelligenzdiagnostik) .....	215
<b>Tab. 32:</b>	Kreuztabelle (Anzahl Patienten pro Woche, Intelligenzdiagnostik) .....	215
<b>Tab. 33:</b>	Bivariate Korrelation (Anzahl Patienten pro Woche, hochbegabte Patienten pro Jahr) .....	216
<b>Tab. 34:</b>	Kreuztabelle (Anzahl Patienten pro Woche, hochbegabte Patienten pro Jahr) .....	216
<b>Tab. 35:</b>	Bivariate Korrelation (Therapiestunden Hochbegabte, Geschlecht) .....	217
<b>Tab. 36:</b>	Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, Geschlecht) .....	217
<b>Tab. 37:</b>	Kontingenzkoeffizient (Therapiestunden Hochbegabte, Wohnortgröße) .....	218
<b>Tab. 38:</b>	Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, Wohnortgröße) .....	219
<b>Tab. 39:</b>	Bivariate Korrelation (Dauer therapeutische Tätigkeit, Therapiestunden Hochbegabte) .....	219
<b>Tab 40:</b>	Kreuztabelle (Dauer therapeutische Tätigkeit, Therapiestunden Hochbegabte) .....	219
<b>Tab. 41:</b>	Kontingenzkoeffizient (mit Hochbegabung auseinander gesetzt, Arbeitsaufwand) .....	220
<b>Tab. 42:</b>	Kreuztabelle (mit Hochbegabung auseinander gesetzt, Arbeitsaufwand) .....	220
<b>Tab. 43:</b>	Kontingenzkoeffizient (hochbegabte Kinder pro Jahr, Arbeitsaufwand) .....	220
<b>Tab. 44:</b>	Kreuztabelle (hochbegabte Kinder pro Jahr, Arbeitsaufwand) .....	221
<b>Tab. 45:</b>	Kontingenzkoeffizient (Therapiestunden Hochbegabte, Arbeitsaufwand) .....	221
<b>Tab. 46:</b>	Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, Arbeitsaufwand) .....	222
<b>Tab. 47:</b>	Kontingenzkoeffizient (Wohnortgröße, Arbeitsaufwand) .....	223
<b>Tab. 48:</b>	Kreuztabelle (Wohnortgröße, Arbeitsaufwand) .....	223
<b>Tab. 49:</b>	Kontingenzkoeffizient (Anzahl Patienten pro Woche, Arbeitsaufwand) .....	224
<b>Tab. 50:</b>	Kreuztabelle (Anzahl Patienten pro Woche, Arbeitsaufwand) .....	224
<b>Tab. 51:</b>	Kontingenzkoeffizient (Dauer therapeutische Tätigkeit, Arbeitsaufwand) .....	225
<b>Tab. 52:</b>	Kreuztabelle (Dauer therapeutische Tätigkeit, Arbeitsaufwand) .....	225
<b>Tab. 53:</b>	Kontingenzkoeffizient (Anzahl Hochbegabter pro Jahr, Therapiekonzept) .....	226
<b>Tab. 54:</b>	Kreuztabelle (Anzahl Hochbegabter pro Jahr, Therapiekonzept) .....	226

<b>Tab. 55:</b>	Kontingenzkoeffizient (Therapiestunden Hochbegabte, Therapiekonzept) .....	227
<b>Tab. 56:</b>	Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, Therapiekonzept) .....	227
<b>Tab. 57:</b>	Kontingenzkoeffizient (Dauer therapeutische Tätigkeit, Therapiekonzept) .....	228
<b>Tab. 58:</b>	Kreuztabelle (Dauer therapeutische Tätigkeit, Therapiekonzept) .....	228
<b>Tab. 59:</b>	Kontingenzkoeffizient (Geschlecht, Dauer therapeutische Tätigkeit) .....	228
<b>Tab. 60:</b>	Kreuztabelle (Geschlecht, Dauer therapeutische Tätigkeit) .....	228
<b>Tab. 61:</b>	Bivariate Korrelation (Dauer therapeutische Tätigkeit, Anzahl Patienten pro Woche) .....	229
<b>Tab. 62:</b>	Kreuztabelle (Dauer therapeutische Tätigkeit, Anzahl Patienten pro Woche) .....	229
<b>Tab. 63:</b>	Phi (mit Hochbegabung auseinander gesetzt, Intelligenzdiagnostik) .....	230
<b>Tab. 64:</b>	Kreuztabelle (mit Hochbegabung auseinander gesetzt, Intelligenzdiagnostik) .....	230
<b>Tab. 65:</b>	Kontingenzkoeffizient (Therapiestunden Hochbegabte, mit Hochbegabung auseinander gesetzt) .....	230
<b>Tab. 66:</b>	Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, mit Hochbegabung auseinander gesetzt) .....	230
<b>Tab. 67:</b>	Kontingenzkoeffizient (Therapiestunden Hochbegabte, Intelligenzdiagnostik) .....	231
<b>Tab. 68:</b>	Kreuztabelle (Therapiestunden Hochbegabte, Intelligenzdiagnostik) .....	231
<b>Tab. 69:</b>	Phi (Hochbegabte behandelt, Intelligenzdiagnostik) .....	231
<b>Tab. 70:</b>	Kreuztabelle (Hochbegabte behandelt, Intelligenzdiagnostik) .....	232
<b>Tab. 71:</b>	Chi-Quadrat (Cluster, Geburtsjahr) .....	232
<b>Tab. 72:</b>	Kreuztabelle (Cluster, Geburtsjahr) .....	232
<b>Tab. 73:</b>	Chi-Quadrat (Cluster, Anzahl Hochbegabter pro Jahr) .....	234
<b>Tab. 74:</b>	Kreuztabelle (Cluster, Anzahl Hochbegabter pro Jahr) .....	234
<b>Tab. 75:</b>	Chi-Quadrat (Cluster, Anzahl Patienten pro Woche) .....	234
<b>Tab. 76:</b>	Kreuztabelle (Cluster, Anzahl Patienten pro Woche) .....	234
<b>Tab. 77:</b>	Vergleich der Therapieanlässe nichthochbegabter Patienten zwischen den Clustern .....	235
<b>Tab. 78:</b>	Vergleich der Therapieanlässe hochbegabter Patienten zwischen den Clustern .....	235
<b>Tab. 79:</b>	Vergleich der angewandten Methoden mit nichthochbegabten Patienten zwischen den Clustern .....	236

---

<b>Tab. 80:</b> Vergleich der angewandten Methoden mit hochbegabten Patienten zwischen den Clustern .....	236
<b>Tab. 81:</b> Vergleich der Therapiestunden mit nichthochbegabten Patienten zwischen den Clustern .....	237
<b>Tab. 82:</b> Vergleich der Bezugspersonenstunden mit nichthochbegabten Patienten zwischen den Clustern.....	237
<b>Tab. 83:</b> Vergleich der Therapiestunden mit hochbegabten Patienten zwischen den Clustern .....	237
<b>Tab. 84:</b> Vergleich der Bezugspersonenstunden mit hochbegabten Patienten zwischen den Clustern.....	238
<b>Tab. 85:</b> Chi-Quadrat (Cluster, Arbeitsaufwand) .....	238
<b>Tab. 86:</b> Vergleich des Arbeitsaufwands zwischen den Clustern .....	238
<b>Tab. 87:</b> Chi-Quadrat (Cluster, Therapiekonzept) .....	239
<b>Tab. 88:</b> Vergleich des Therapiekonzepts zwischen den Clustern.....	239
<b>Tab. 89:</b> Modellzusammenfassung lineare Regressionsanalyse .....	239
<b>Tab. 90:</b> ANOVA lineare Regressionsanalyse .....	239
<b>Tab. 91:</b> Modellzusammenfassung binäre logistische Regression .....	240
<b>Tab. 92:</b> Klassifizierungstabelle binäre logistische Regression .....	240

# Abkürzungsverzeichnis

&	und
§	Paragraph
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität
AID 2	Adaptives Intelligenz Diagnostikum (Intelligenztest)
Anm.	Anmerkung
ANOVA	Analysis of variance, Varianzanalyse
AP	Analytische Psychotherapie
APM	Advanced Progressive Matrices (Intelligenztest)
BIS	Berlinger-Intelligenzstrukturmodell
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CBT	cognitive-behavioral therapy
CFT-1	Culture Fair INtelligence Test (Intelligenztest)
CFT-20-R	Culture Fair Intelligence Test, Revision (Intelligenztest)
CPM	Coloured Progressive Matrices (Intelligenztest)
d.h.	das heißt
ebd.	Ebenda
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
et al.	und andere
etc.	et cetera
geb.	geboren
ggfs.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAWIK III	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest, entwickelt 1999
HAWIK-IV	Hamburg Wechsler-Intelligenztest, entwickelt 2008
HAWIVA	Hannover-Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter (Intelligenztest)
IQ	Intelligenzquotient
IST-70-R	Intelligenz-Struktur-Test, Revision (Intelligenztest)
IST 2000	Intelligenz-Struktur-Test 2000 (Intelligenztest)
K-ABC	Kaufman Assessment Battery for Children (Intelligenztest)
Kap.	Kapitel
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey

---

K-TIM	Kaufman-Test zur Intelligenzmessung (Intelligenztest)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV NO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KV WL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LPS	Leistungsprüfsystem (Intelligenztest)
NLP	Neurolinguistische Programmierung
Max	Maximum
Min	Minimum
NRW	Nordrhein-Westfalen
od.	oder
Pat.	Patient/en
PMR	Progressive Muskelrelaxation
RET	Rational-Emotive Therapie
s.	siehe
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SON 5,5-17	Snijders-Oomen non-verbaler Intelligenztest (Intelligenztest)
SPM	Standard Progressive Matrices (Intelligenztest)
sog.	sogenannte
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
u.a.	und andere
u.v.m.	und vieles mehr
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WIE	Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (Intelligenztest)
WILDE	Wilde Intelligenztest (Intelligenztest)
z.B.	zum Beispiel





# Hochbegabte Kinder und Jugendliche in der (Verhaltens-)Therapie

Anne-Christin Hoge

Im deutschsprachigen Raum existiert bisher kaum Literatur zum Thema „hochbegabte Kinder und Jugendliche in der Psychotherapie“. Auch empirische Untersuchungen, die sich mit der besonderen Situation Hochbegabter in der Verhaltenstherapie beschäftigen oder einen Vergleich zwischen den Therapieverläufen hoch- und durchschnittlich begabter Patienten ziehen, fehlen bislang vollständig.

Diese Studie widmet sich diesem Themenkomplex mittels quantitativer und qualitativer Forschungsdesigns sowie einer Methoden-Triangulation und zeigt, dass Unterschiede in den Therapieverläufen existieren. Diese beziehen sich vor allem auf die Therapieanlässe, die angewandten psychotherapeutischen Methoden sowie auf die Therapiedauer.

Die Ergebnisse weisen insgesamt auf einen veränderten therapeutischen Prozess mit hochbegabten Patienten hin. Es werden Maßnahmen zur psychotherapeutischen Arbeit mit diesen Kindern und Jugendlichen daraus abgeleitet.

Diese Untersuchung bietet eine erste Orientierung in dem bisher zu wenig berücksichtigten Zusammenhang von Hochbegabung, psychischer Störung und (Verhaltens-)Therapie.

ISBN 978-3-8405-0037-4 EUR 16,30

0 1 6 3 0



9 783840 500374