



Schlarb • Stavemann

2. Auflage

Einführung in die KVT mit Kindern und Jugendlichen

Grundlagen und Methodik



E-BOOK INSIDE

BELTZ

Schlarb • Stavemann

Einführung in die KVT mit Kindern und Jugendlichen

Angelika A. Schlarb • Harlich H. Stavemann

Einführung in die KVT mit Kindern und Jugendlichen

Grundlagen und Methodik

Mit E-Book inside

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

BELTZ

Prof. Dr. Angelika A. Schlarb, Dipl.-Psych.
Universität Bielefeld
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsstraße 25
33 501 Bielefeld
E-Mail: angelika.schlarb@uni-bielefeld.de

Dr. Harlich H. Stavemann, Dipl.-Psych.
Psychologischer Psychotherapeut für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Institut für Integrative Verhaltenstherapie e. V.
Osterkamp 58
22 043 Hamburg
E-Mail: stavemann@i-v-t.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28 640-4 Print
ISBN 978-3-621-28 641-1 E-Book (PDF)

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2019

© 2019 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69 469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Antje Raden
Umschlagbild: Natalie Board/EyeEm/Getty Images
Herstellung: Victoria Larson
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort	11
Einleitung: Kognitive Verfahren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	13
1 Phase 1: Erstkontakt	53
2 Phase 2: Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung	77
3 Phase 3: Lebensziele analysieren und planen	92
4 Phase 4: Wissensvermittlung und Aufbau der Krankheitseinsicht bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten	98
5 Phase 5: Das kognitive Modell zur Emotionsentstehung vermitteln	113
6 Phase 6: Dysfunktionale Denkmuster und Konzepte identifizieren	127
7 Phase 7: Dysfunktionale Konzepte prüfen	148
8 Phase 8: Aufbau neuer, funktionaler Konzepte	183
9 Phase 9: Training der neuen Konzepte	232
10 Psychisch belastete Eltern	254
11 Therapieerfolgskontrolle	270
Literatur	272
Sachwortverzeichnis	276

Inhalt

Vorwort	11
Einleitung: Kognitive Verfahren in der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie	13
1 Phase 1: Erstkontakt	53
1.1 Struktur und Ziele für das Erstgespräch	53
1.2 Therapeutisches Vorgehen und Strategien für das Erst- gespräch	56
1.3 Phasentypische Probleme und Widerstände beim Erstkontakt	71
2 Phase 2: Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung	77
2.1 Struktur und Ziele	77
2.2 Therapeutisches Vorgehen und Strategien	79
2.2.1 Problematik explorieren und biografische Anamnese erheben	79
2.2.2 Psychischen Befund erheben	81
2.2.3 Tests durchführen	82
2.2.4 Problem-, Verhaltens- und Funktionsanalyse erstellen	82
2.2.5 Diagnose stellen	83
2.2.6 Therapieziele festlegen	84
2.2.7 Therapieplan erstellen	84
2.2.8 Somatischer Befund	84
2.2.9 Antrag und Bericht	85
2.3 Phasentypische Probleme und Widerstände	85
3 Phase 3: Lebensziele analysieren und planen	92
3.1 Therapeutisches Vorgehen und Strategien	93
3.2 Phasentypische Probleme und Widerstände	96
4 Phase 4: Wissensvermittlung und Aufbau der Krankheits- einsicht bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten	98
4.1 Struktur und Ziele	98
4.2 Psychosomatische Erkrankungen	100
4.2.1 Welche psychosomatischen Erkrankungen gibt es?	100
4.2.2 Ursachen für psychosomatische Erkrankungen	101
4.2.3 Das Behandeln von psychosomatischen Erkrankungen	102

4.3	Verhaltensauffälligkeiten	103
4.3.1	Welche Verhaltensauffälligkeiten gibt es?	103
4.3.2	Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten	103
4.3.3	Das Behandeln von Verhaltensauffälligkeiten	104
4.4	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	105
4.5	Phasentypische Probleme und Widerstände	111
5	Phase 5: Das kognitive Modell zur Emotionsentstehung vermitteln	113
5.1	Das kognitive Modell bei Vorschulkindern vermitteln	113
5.2	Das kognitive Modell bei Grundschulkindern vermitteln	116
5.3	Das kognitive Modell bei Jugendlichen vermitteln	117
5.4	In das ABC-Modell einführen	119
5.4.1	Das differenzierte ABC-Modell mit Vorschulkindern nutzen	122
5.4.2	Das differenzierte ABC-Modell mit Grundschulkindern nutzen	122
5.4.3	Das differenzierte ABC-Modell mit Jugendlichen nutzen	123
5.4.4	Exkurs: Nicht-kognitive Einflüsse auf emotionale Reaktionen	124
5.5	Ketten-ABCs und hierarchische Probleme	125
6	Phase 6: Dysfunktionale Denkmuster und Konzepte identifizieren	127
6.1	Dysfunktionale Konzepte identifizieren	127
6.2	Klassifikation dysfunktionaler Denkmuster	130
6.3	Eigenheiten dysfunktionaler Denkmuster	132
6.4	Dysfunktionale Konzepte mit Hilfe des ABC-Modells identifizieren	141
6.4.1	Dysfunktionale oder ungünstige Konzepte mithilfe des differenzierten ABC-Modells erarbeiten	143
6.4.2	Dysfunktionale Konzepte anhand geleiteter Vorstellung identifizieren	143
6.4.3	Dysfunktionale Konzepte in vivo erarbeiten	144
6.5	Phasentypische Probleme und Widerstände	145
7	Phase 7: Dysfunktionale Konzepte prüfen	148
7.1	Voraussetzungen für ein Verändern	148
7.1.1	Problembewusstsein	148
7.1.2	Veränderungsmotivation	148
7.1.3	Ziele	153
7.2	Ziele auf Funktionalität prüfen	153
7.2.1	Dysfunktionale Ziele	153
7.2.2	Ziele prüfen	154

7.2.3	Soll-Ist-Analyse der Ziele	158
7.2.4	Therapieziele und -motive der Beteiligten	160
7.3	Bewertungssysteme auf Funktionalität prüfen	161
7.3.1	Disputtechniken	162
7.3.2	Sokratischer Dialog	166
7.4	Bewertungssysteme prüfen	169
7.5	Fallbeispiele für den Disput dysfunktionaler Konzepte	172
7.6	Phasentypische Fragen und Einwände	181
8	Phase 8: Aufbau neuer, funktionaler Konzepte	183
8.1	Funktionale Bewertungsalternativen (B ^{neu}) erstellen	183
8.2	Gefühlsreaktionen prüfen	184
8.2.1	Bausteine zum Prüfen von Gefühlsreaktionen	184
8.2.2	Fallbeispiele für das Modell	186
8.3	Funktionale Zielgedanken (B ^{neu}) aufbauen	191
8.3.1	B ^{neu} im Vorschulalter erarbeiten	191
8.3.2	B ^{neu} mit Grundschulkindern erarbeiten	208
8.3.3	B ^{neu} mit Jugendlichen erarbeiten	222
9	Phase 9: Training der neuen Konzepte	232
9.1	Anforderungen an In-vivo-Übungen	234
9.2	Erstellen von Übungsleitern	236
9.2.1	Übungsleitern für Vorschulkinder	236
9.2.2	Übungsleitern für Grundschul Kinder	238
9.2.3	Übungsleitern für Jugendliche	240
9.3	Training auf der Vorstellungsebene	241
9.4	Training in vivo	242
9.4.1	Therapieverträge	243
9.4.2	Attraktivität durch Spielcharakter	245
9.4.3	Wann übt die Feuerwehr?	247
9.4.4	Erfolgreich durch Belohnungen	247
9.4.5	Die Bechertechnik	247
9.4.6	Verstärkerpläne	249
9.4.7	Selbstverstärkung	251
9.4.8	Der Talentekuchen	252
9.5	Phasentypische Widerstände beim Erarbeiten neuer Konzepte	253
10	Psychisch belastete Eltern	254
10.1	Alterstypische Merkmale gegenüber dem Kind	258
10.2	Psychische Belastung durch die Elternschaft – kindbezogene Belastungen	264

10.3	Kognitionen von Eltern verändern	267
10.3.1	Das elterliche Erbe	267
10.3.2	Was kommt von wem?	268
11	Therapieerfolgskontrolle	270
	Literatur	272
	Sachwortverzeichnis	276

Vorwort

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) hat sich in den letzten Jahrzehnten als die wohl erfolgreichste psychotherapeutische Methode etabliert. Im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie ist es wie kein anderes Interventionsverfahren durch wissenschaftliche Kurz- und Langzeituntersuchungen begleitet und erfolgreich auf Wirksamkeit und Effizienz geprüft worden. Erstaunlicherweise hat sich diese Entwicklung im deutschsprachigen Raum fast ausschließlich im Bereich der Erwachsenentherapie vollzogen. Insbesondere in den USA haben dagegen auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seit den 1980er-Jahren des letzten Jahrhunderts parallel mit ihren Kollegen aus der Erwachsenenpsychotherapie an der »Kognitiven Wende« innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung teilgehabt. Seit mehreren Dekaden werden dort Kinder und Jugendliche höchst erfolgreich, effektiv und langfristig wirksam mit kognitiven Interventionsmethoden behandelt.

Diese Entwicklung hat nun in den letzten Jahren auch bei deutschsprachigen Kolleginnen und Kollegen eine deutliche Zunahme an Beachtung erfahren (Lauth et al., 2018; Ollendick & King, 2004). Vor allem bei den häufig auftretenden Störungsbildern wie Depression, Angststörungen, Ärger und Aggression, Schmerzstörungen sowie Enuresis und Schlafstörungen werden Fortschritte hinsichtlich des Einsatzes von KVT verzeichnet (Ollendick & King, 2004; Schlarb 2017). Das Interesse bezieht sich dabei nicht nur auf die Forschungstätigkeit, sondern vor allem auch auf die verschiedenen Praxisfelder. Die Anzahl der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, die kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren einsetzen, erhöhte sich in den letzten Jahren deutlich. Kognitive Verfahren werden mehr und mehr in unterschiedlichen Settings eingesetzt, so z. B. im stationären und im schulischen Bereich oder auch im Gruppensetting (Mennuti et al., 2006). Am KVT-Behandlungsansatz interessierte Kolleginnen und Kollegen waren dabei bisher meist auf englischsprachige Literatur angewiesen. Mit diesem Buch möchten wir beginnen, diese Lücke nun auch in der deutschsprachigen Literatur zu schließen.

Zielgruppe. Wir wenden uns damit in erster Linie an Fachleute, an approbierte Psychotherapeuten und an diejenigen, die sich in ihrer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befinden.

Inhalt. Ziel des Buches ist es, die entwicklungsspezifischen Grundlagen kognitiver Verhaltenstherapie darzustellen und detailliert zu veranschaulichen, wie kognitive Interventionen im Vorschul-, Grundschul- und Jugendalter erfolgreich eingesetzt werden. Für jede Altersgruppe werden neben den kognitiven Grundlagen auch die konkreten Vorgehensweisen anhand von Beispieldialogen dargestellt.

Wie allgemein bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen üblich, werden wir unterschiedliche, altersspezifische Strategien beschreiben, da das therapeutische Vorgehen altersadäquat angepasst werden muss. Besonders KVT-Therapeuten müssen mit den kognitiven Entwicklungsstadien ihrer Klientel vertraut sein und die kognitive

Entwicklung des zu behandelnden Kindes oder Jugendlichen erkennen, um erfolgreich und effektiv arbeiten zu können. In der Einführung betrachten wir deswegen zunächst die jeweiligen entwicklungspsychologischen Besonderheiten dieser Altersgruppen. Anschließend wird in den typischen acht Phasen der ambulanten KVT beschrieben, wie kindliche Kognitionen zu erarbeiten und zu modifizieren sind und welche altersgemäßen Techniken für die kognitive Umstrukturierung zur Verfügung stehen.

In den einzelnen Abschnitten wird auf phasentypische Probleme und Widerstände eingegangen. Zudem wird für die drei Altersgruppen die Bedeutung elterlicher Konzepte für den therapeutischen Prozess beschrieben und auf das Thema psychisch erkrankte Eltern eingegangen

Dieses Buch ist als Basisbuch für die KVT mit Kindern und Jugendlichen gedacht. Darüber hinaus wird in einem störungsspezifischen Buch die KVT mit Kindern und Jugendlichen bei häufig auftretenden Störungen wie ADHS, Störung des Sozialverhaltens, Depression und bipolare Störungen, Ängste, Enuresis, Schlafstörungen, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen beschrieben: Schlarb, A. A. (Hrsg.) (2012). Praxis-handbuch KVT mit Kindern und Jugendlichen. Strategien und Leitfäden für typische Störungsbilder. Weinheim: Beltz.

Bielefeld und Hamburg, Herbst 2018

A. A. Schlarb & H. H. Stavemann

Einleitung: Kognitive Verfahren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Stand der Dinge

Wie im Vorwort beschrieben, hat sich die KVT in den letzten Jahrzehnten vor allem im Erwachsenenbereich aufgrund ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit erfolgreich etabliert. Im Kinder- und Jugendlichenbereich wurde bis vor einigen Jahren vor allem in den USA viel geforscht und publiziert (Christner et al., 2007; Friedberg et al., 2002; Stallard, 2005). Aber auch im deutschsprachigen Sprachraum wird in den letzten Jahren entsprechend den amerikanischen Kolleginnen und Kollegen, die kognitive Interventionsmethoden behandeln, langsam die »Kognitive Wende« vollzogen; dennoch werden klassische VT-Methoden oftmals präferiert. Woran liegt das? Die häufigsten Vorbehalte sind wohl:

- (1) »Die klassischen lerntheoretisch begründeten S-R-Verfahren haben sich gut bewährt. Warum sollte man das nun ändern?«
- (2) »Kinder, insbesondere Vorschulkinder, sind noch nicht hinreichend kognitiv entwickelt, um KVT-Verfahren anzuwenden.«

Diese Argumente wollen wir nun kurz beleuchten.

(1) »Die klassischen lerntheoretisch begründeten S-R-Verfahren haben sich gut bewährt. Warum sollte man das nun ändern?«

In der klassischen VT und auch in der medizinisch-psychiatrischen Behandlung liegt der Fokus des Therapeuten auf den Symptomen des psychischen Problems, insbesondere auf dessen Verhaltensauffälligkeiten: den Verhaltensdefiziten, -exzessen und -abnormitäten. Das Veränderungs- und Behandlungsziel liegt entsprechend im Behandeln und Beseitigen der Symptome und im Aufbau erwünschter Verhaltensweisen. Nun, der erfolgreiche Einsatz der dafür herangezogenen S-R-Verfahren ist bei bestimmten Beschwerdebildern unbestritten (wie z. B. der Einsatz einer Klingelmatratze beim Behandeln des Bettnässens). Allerdings wäre noch zu klären, ob es sich hierbei um Erziehungsberatung oder Verhaltensformung oder um Psychotherapie, d. h. um das systematische Behandeln eines seelischen, emotionalen Problems handelt. Wir hätten auch die Frage der Kausalität zu klären. Unbestritten können Bettnässern aus ihrer mangelnden Fähigkeit zur Blasenkontrolle psychische Probleme erwachsen, wenn sie damit beginnen, die Reaktion ihrer Umwelt mit der eigenen Wertigkeit zu verknüpfen und deswegen dann mit Scham und Selbstabwertungen reagieren. Aber wir können sicherlich nicht unterstellen, dass Bettnässen notwendigerweise das Symptom eines psychischen, emotionalen Problems ist und dass alle Bettnässer ein ebensolches besitzen. Hier werden wir zunächst nach dem Abklären der somatischen

Seite mit Hilfe einer kognitiven Diagnostik zwischen psychogener und anderer Verursachung diskriminieren müssen – und wir werden uns nicht wundern, wenn die Kinder, die aufgrund einer psychogenen Verursachung einnässen, auf Klingelmatratzen nicht oder kaum reagieren.

Häufig wird argumentiert, dass bisweilen derartiges symptomorientiertes Behandeln zu Symptomverschiebungen und nur zu kurzfristiger Symptommfreiheit führt, da die zugrundeliegenden psychogenen Ursachen weder erfasst/diagnostiziert noch erfolgreich verändert/behandelt wurden.

(2) »Kinder, insbesondere Kleinkinder, sind noch nicht genügend kognitiv entwickelt, um KVT-Verfahren anzuwenden.«

Dieses Argument mag auf den ersten Blick überzeugen, denn Kleinkinder sind in der Tat kognitiv noch nicht so weit entwickelt, dass sie mit sich selbst oder gar anderen nonverbal oder sprachlich eigene Probleme reflektieren könnten.

Aber schauen wir doch einmal ganz genau hin: Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche beobachten, speichern und imitieren nicht nur erwachsene Verhaltensmuster. Sie übernehmen nicht nur die Handlungs-, sondern vielmehr auch die kognitiven Konzepte ihrer Bezugspersonen, denn sie lernen zunächst, ihre Umwelt durch deren Brille zu betrachten und zu verstehen.

Kleinkinder oder Vorschulkinder und bisweilen auch Grundschulkinder können zwar noch wenig über ihre Kognitionen reflektieren, dennoch entstehen manchmal auch ihre emotionalen Probleme durch Konzepte, die sie i. d. R. von den Eltern und Bezugspersonen übernommen haben (siehe Schlarb, 2017). Deswegen ist beim Behandeln von Kindern nicht nur zu berücksichtigen, wie sie selbst ihre Umwelt wahrnehmen und interpretieren, sondern auch, wie die Eltern dies tun. Meist lassen sich hohe Übereinstimmungen in den Denkmustern zwischen Kind und Bezugspersonen feststellen, denn auch Kleinkinder erkennen und kopieren bereits die kognitiven Muster und Schemata und die sozialen Verhaltensmuster und -regeln ihrer Modelle. Die Funktion eines solchermaßen »sozialen« Lernens am Modell wurde bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts beobachtet und beschrieben (siehe z. B. G. H. Mead, 1973; 2015).

Die Konsequenzen daraus, nämlich dass Kognitive Therapie mit Kleinkindern deswegen notwendigerweise nur über das Modifizieren der Modelle in Form einer »Billard-Therapie« möglich ist, wird weiter unten ausführlich dargestellt.

Natürlich müssen die KVT-Techniken im Kindes- und Jugendalter dem Alter des Kindes entsprechend adaptiert werden. Wie dies aussehen kann, wird in den folgenden Kapiteln des Buches erläutert und anhand von Fallbeispielen und Dialogen praxisnah demonstriert.

Möglichkeiten und Chancen einer Kognitiven Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Notwendige Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen

Es scheint angebracht, zunächst die Begriffe »Erziehungsberatung« und »Psychotherapie« voneinander abzugrenzen.

Erziehungsberatung. Wenn Eltern oder Erzieher jemanden aufsuchen, um Hilfe beim Erziehen ihrer Kinder zu erbitten, bestimmte störende, unerwünschte oder selbst- und fremdschädigende Verhaltensmuster zu verändern oder sonstwie regulierend und verhaltenssteuernd einzugreifen, dann handelt es sich um den Wunsch nach Erziehungsberatung. Hier wird versucht, die Frage zu lösen: »Was kann ich tun, damit mein Kind so etwas unterlässt und dafür dieses oder jenes macht?«

Psychotherapie. Unter Psychotherapie soll das systematische Bearbeiten seelischer, emotionaler Probleme verstanden werden, und zwar sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Hier geht es darum, das emotionale Problem des jungen Patienten zu erfassen, seine Ursachen zu erforschen und dann – falls möglich – an eben diesen Ursachen verändernd zu arbeiten.

Letzteres ist bereits typisch für das Herangehen Kognitiver Therapeuten, denn die werden zwar auch die Symptome eines Problems in Form von Verhaltensauffälligkeiten erfragen, um die Tragweite und Alltagsrelevanz des vorliegenden Problems zu erfassen, sich danach jedoch nicht weiter mit ihnen aufhalten. Sie werden sich vielmehr auf das Bearbeiten des emotionalen, seelischen Problems des Kindes konzentrieren, das diese Symptome hervorbringt und steuert.

Um dieses Vorgehen besser nachvollziehen zu können, machen wir einen kurzen Ausflug in die »Kognitive Diagnostik«.

Kognitive Diagnostik

Wie in obigen Beispielen beschrieben, kopieren bereits Kleinkinder die kognitiven Muster der Bezugspersonen – leider auch unangemessene, »neurotische«. Daher sollten diese Konzepte auch bei Kindern und Jugendlichen vom Behandler erfasst und diagnostiziert werden. Hier liegen die Ursachen für die emotionale Problematik des Kindes und seiner physiologischen Symptome oder auffälligen Verhaltensreaktionen.

Wie in der Kognitiven Psychodiagnostik bei Erwachsenen (s. Stavemann, 2016; Stavemann & Hülsner, 2014) lassen sich derart übernommene dysfunktionale kognitive Muster und Schemata in lediglich drei Kategorien sortieren und beschreiben als

- ▶ Selbstwertprobleme,
- ▶ existenzielle Probleme,
- ▶ Frustrationsintoleranzprobleme.

Selbstwertprobleme

Bei einem *Selbstwertproblem* beziehen sich die dysfunktionalen Konzepte auf Regeln oder Eigenschaften, die die Betroffenen mit dem Zugewinn oder dem Verlust eigener

Wertigkeit verknüpfen. Selbstwertprobleme sind besonders stark von soziokulturellen Einflüssen, Moralvorstellungen und Erziehungsnormen geprägt. Auf der emotionalen Ebene beherrschen Angst, Scham und Niedergeschlagenheit das Beschwerdebild. Die Befürchtungen beziehen sich dabei stets auf drohenden Selbstwertverlust, wenn der dafür gewählte Maßstab (z. B. Leistung, Anerkennung, Beliebtheit, Besitz) unzureichende Ergebnisse liefert (genauer: Stavemann, 2011). Scham ersetzt die Angst schlagartig, wenn das Befürchtete eingetreten ist. Wenn – nach genügend häufigen Schamerlebnissen und den damit verbundenen Selbstabwertungen – die Betroffenen ihre Selbstwirksamkeit verneinen, sind Resignation und Niedergeschlagenheit häufige Begleiter.

Für Selbstwertprobleme sind sozialphobische und die meisten depressiven Störungsbilder symptomatisch.

Der geschätzte Anteil der Selbstwertprobleme bei der Erklärung der Beschwerdebilder liegt in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis bei über 80 Prozent der jugendlichen und erwachsenen Patienten, im jungen Lebensalter mit geschätzten 20 Prozent jedoch noch erheblich geringer.

Beispiel

»Sozialphobie« als Beispiel für ein durch »soziales Lernen« vermitteltes Selbstwertproblem

Lisa, 4 Jahre, wird von ihrer Mutter als »ungewöhnlich ängstlich, schüchtern und sozial isoliert« vorgestellt. Der Therapeut erkennt bei Lisa alle notwendigen Symptome, um eine Sozialphobie zu diagnostizieren – allerdings vermutet er dasselbe Krankheitsbild auch bei Lisas Mutter wegen seiner Eindrücke, die er im Kontakt mit ihr gesammelt hat. Der Therapeut erklärt der Mutter die Zusammenhänge von »sozialem Lernen« und die Notwendigkeit, Lisas Problem als »Billard-Therapie« (siehe nächsten Abschnitt) über die Bezugsperson des Kindes zu behandeln. Die Verdachtsdiagnose wird bestätigt, nachdem Lisas Mutter eingewilligt hat, für sich selbst eine eigene Psychodiagnostik durchführen zu lassen.

In der Anamnese des Kindes wird deutlich, dass Lisa bereits sehr früh sozialphobische Symptome erkennen ließ. Die Exploration ergibt u. a., dass sie sich vor der Nachbarin im unteren Stockwerk fürchtet und sich ihr gegenüber ängstlich-devot verhält. Auf Nachfragen erklärt Lisas Mutter verschämt, dass sie sich selbst auch vor dieser Nachbarin fürchte, da diese sie oft lauthals im Treppenhaus kritisiere und zurechtweise. Da habe auch ihr betont freundliches, zuvorkommendes Verhalten nichts genützt ...

Bei etlichen dieser Zusammenstöße habe sie Lisa auf dem Arm gehabt. Das Kind wird dabei nicht nur den Erregungsanstieg der Mutter (z. B. über den Anstieg der Herzschlagfrequenz) wahrgenommen haben, sondern auch deren ängstlich geweitete Augen. Und sie hat die Coping-Strategie der Mutter verinnerlicht: lächeln, nett sein, sich entschuldigen und schnell verschwinden.

Existenzielle Probleme

Ein *existenzielles Problem* beinhaltet Befürchtungen, die sich auf die eigene physische Existenz beziehen (*nicht* auf den materiellen oder sozialen Status). Sie zeichnen sich meist durch Generalisierung, Fokussierung oder Überzeichnung einer prinzipiell möglichen existenziellen Gefährdung aus. Die typischen emotionalen Reaktionen liegen auf der Angstdimension, typische Beschwerdebilder bei Jugendlichen sind die meisten Phobien (*nicht* die Sozialphobie), Panikstörungen, Zwangserkrankungen, hypochondrische und etliche somatoforme Störungsbilder wie z. B. die »Herzneurose« (ausführlicher: Stavemann, 2016). Bei Vorschulkindern treten existenzielle Probleme in Form von Angst vor der Dunkelheit, vor Geistern, vorm Verlassen-Werden etc. auf, später kommt die Angst hinzu, alleine in den Keller zu gehen, abends allein zuhause zu sein und von Werwölfen, Zombies, Vampiren oder anderen Horrorwesen heimgesucht zu werden, die sie meist aus Videos kennen.

Existenzielle Probleme sind geschätzt etwa für 15 Prozent der »neurotischen« Erkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen ursächlich, bei jüngeren Patienten mit bis zu geschätzten 60 Prozent erheblich häufiger, je nachdem, in welcher Entwicklungsphase sie sich gerade befinden.

Beispiel

»Spinnenphobie« als Beispiel für ein durch »soziales Lernen« vermitteltes existenzielles Problem

Für einen Teil der Menschen mit einer »Spinnenphobie« gibt es nachvollziehbare Erklärungsmodelle, die die Vermutung nahelegen, dass es sich um genetisch weitergereichte Zwischenhirnprogramme handelt, die die Betroffenen in emotionale Turbulenzen stürzen. Der andere Teil der Spinnenphobiker hat das Problem durch »soziales Lernen« vermittelt bekommen.

So vermutlich auch der kleine Lars, 5 Jahre. Die Eltern berichten, dass ihr Sohn seit etwa einem Jahr wegzulaufen und zu schreien beginne, wenn er eine Spinne sieht. Das Merkwürdige sei daran, dass er denen zuvor sogar hinterher gekrabbelt sei, sie sogar angefasst habe. Ein konkretes negatives Erlebnis mit einer Spinne könne Lars auch auf wiederholtes Befragen nicht wiedergeben. Nun befürchten die Eltern, dass das plötzliche Auftreten dieser Angst womöglich ein Anzeichen für einen schweren psychischen Konflikt ihres Kindes sei. Sie machen sich heftige Vorwürfe, nicht genügend Zeit mit dem Kind verbracht zu haben, denn beide arbeiten Vollzeit im eigenen Hotelbetrieb, die Mutter seit zwei Jahren wieder. Seitdem sei eine Tagesmutter für Lars zuständig – täglich 6-8 Stunden.

Als der Therapeut auch die Tagesmutter in die Exploration einbezieht, erfährt er, dass diese ebenfalls unter einer ausgeprägten Spinnenphobie leidet. Sie berichtet aufgelöst und unter Tränen, dass sie alles ihr nur Mögliche versucht habe, um das Kind nicht mit ihrem Problem zu »infizieren«. Sie habe nie geschrien, sei auch nie vor einer Spinne weggelaufen, obwohl ihr häufig danach gewesen sei, sondern habe sich eher in die Hand gebissen und tapfer durchgehalten.

Lars wird die nonverbalen Angstsymptome seiner Tagesmutter erkannt und ihr Gefahrenkonzept bezüglich Spinnen durch Modelllernen übernommen haben.

Probleme aufgrund mangelnder Frustrationstoleranz

Ein *Problem aufgrund von Frustrationsintoleranz* oder wegen »discomfort anxiety« (vgl. Ellis, 2003) entsteht durch Anspruchshaltungen wie: »Das Leben muss einfach und leicht sein. Alles soll so sein, wie ich es möchte und es darf keinen Verlust oder Verzicht geben!« und: »Eine gute Lösung muss die Vorteile aller Alternativen enthalten und sie darf keine Nachteile mit sich bringen. Und bevor so eine Lösung nicht gefunden ist, sollte man besser gar nichts tun!« Typische emotionale Reaktionen liegen auf den Angst-, Ärger- und Niedergeschlagenheitsdimensionen.

In den letzten Jahrzehnten haben die berichteten Frustrationsintoleranzprobleme (FIP) in allen Altersgruppen stark zugenommen. Heute sind wohl über 70 Prozent aller neurotischen Störungen bei Jugendlichen und Erwachsenen darauf zurückzuführen. Kinder sind hierdurch in stärkerem oder ähnlich starkem Maße und Umfang betroffen, da wohl alle Menschen mit Frustrationsintoleranz auf die Welt kommen. Ob es den Kindern gelingt, bereits in frühen Jahren Frustrationstoleranz zu erlernen, hängt im Wesentlichen von der Qualität ihrer Erziehung und ihrer Modelle ab. Ungünstige Modelle können die bereits vorhandene Frustrationsintoleranz noch weiter verstärken. Auch hier wirken sich soziale Normen in Bezug auf Erziehungsstile (Trends zu »toleranten«, permissiven Erziehungsstilen und zur Ein- oder Zwei-Kind-Familie mit der Konzentration auf diese) oder aber die eigene Frustrationsintoleranz der Eltern prägend auf die kindliche Haltung und auf dessen erlernte Strategien aus. Dabei fallen zwei unterschiedliche Störungsbilder bei der Konfrontation mit Frustration auf: Die einen reagieren mit Ärgerstörungen und den damit verbundenen sozialen und physiologischen Symptomen, die anderen mit Prokrastination und den sich daraus ergebenden sozialen, ökonomischen und psychischen Konsequenzen, z. B. sinkende(s) Selbsteffizienzerwartung, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen (ausführlicher zur Diagnose, Auswirkungen und Behandlung von FIP s. Stavemann & Hülsner, 2016).

Es ist unwesentlich, ob die Bezugspersonen es »aus Liebe« unterlassen, notwendige Grenzen zu setzen und auf deren konsequentes Einhalten zu achten (z. B. in der zunehmenden Zahl der Ein-Eltern-Familien, wo der verbliebene Elternteil häufig meint, den Verlust des anderen Elternteils durch eine permissive Haltung ausgleichen zu müssen, weil »das Kind doch schon auf den Vater/die Mutter verzichten muss«) oder weil die Eltern es aus eigener Bequemlichkeit ablehnen, diesen aufwendigen Teil der Kindererziehung selbst zu übernehmen, da die eigene Frustrationstoleranz dafür nicht ausreicht (»Wir arbeiten beide den ganzen Tag, da wollen wir uns abends auch mal entspannen«) oder weil sie die Erziehung ihrer Kinder am liebsten delegieren (»Wofür ist denn die Schule da?«).

Der Aufbau von Frustrationstoleranz kann auch durch Selbstwertprobleme bei den Bezugspersonen behindert werden. Wenn z. B. eine Mutter stets umgehend zu ihrem

Kind läuft, wenn es sich bemerkbar macht, und ängstlich bemüht ist, das Kind möglichst zufriedenzustellen, damit sie eine »gute Mutter« ist, wird auch dies die künftige Erwartungshaltung und die Strategien des Kindes prägen. Solche elterlichen Konzepte werden den Aufbau von Frustrationstoleranz bei den Kindern unterbinden. Sie verhindern, dass die Kinder zwei wesentliche Alltagsregeln erlernen:

- »So was kommt von so was« (Jedes Verhalten hat eine Konsequenz) und
- »Von nix kommt nix« (Kein Zielerreichen ohne den dafür nötigen Einsatz).

Beispiel

»Impulsives Verhalten« als Beispiel für ein durch »soziales Lernen« vermitteltes Problem wegen Frustrationsintoleranz

Die Eltern erscheinen mit ihrem Sohn Kai, 5 Jahre, und klagen darüber, dass ihr Sohn in letzter Zeit unerträglich aggressiv geworden sei, ständig in Wut ausbreche und laut herumschreie. Die endgültige Entscheidung, dass jetzt unbedingt etwas unternommen werden müsse, sei gefallen, seit Kai nun auch im Kindergarten aggressiv auffalle und die Leitung angekündigt habe, Kai sei so nicht mehr tragbar. Er habe bereits des Öfteren andere Kinder geschlagen, geschubst und mit Gegenständen beworfen, wenn er seinen Willen nicht durchsetzen konnte. Zuhause empfinde man Kais Verhalten zwar auch immer störender und lästiger, aber sie beide seien selbst nicht so zimperlich, wenn es um Auseinandersetzungen gehe. Auch zwischen den Eltern gehe es dann häufig »hoch her«. Sie benutzten dann auch schon mal das eine oder andere heftige Wort und schlugen die Tür etwas lauter zu, aber sie respektierten und liebten sich dennoch und das sei beiden jederzeit klar. Nachdem die Eltern in den weiteren Explorationsstunden mit den nächsten notwendigen Schritten vertraut gemacht werden (z.B. Abbau der Symptomgewinne für aggressives Verhalten; Grenzen setzen und konsequentes Einhalten derselben; direktes Sanktionieren für Grenzverletzungen und Verstärken für das Einhalten von Vereinbarungen), melden sie Bedenken an: Sie würden sich da mehr von der Therapie, dem Therapeuten und auch den Erziehern im Kindergarten versprechen. Bei so einem Problem seien einfach Fachleute gefragt.

Der Therapeut erkennt, dass die Eltern selbst Probleme mit der eigenen Frustrationstoleranz besitzen und dass sie erwarten, andere sollten das Erziehen ihres Sohnes übernehmen. Sie selbst mögen ihm keine Grenzen setzen oder zumindest nicht auf deren Einhalten drängen, denn dann wird es ja ungemütlich. Sie wollen unbedingt solche lästigen Machtkämpfe mit dem Kind vermeiden, sonst biete das Leben zu Hause ja gar keine Entspannung mehr.

Sollte es dem Therapeuten nicht gelingen, die Eltern davon zu überzeugen, dass ohne ihr eigenes konsequentes Mitwirken kein Therapieerfolg möglich ist, wird er wegen ungünstiger Prognose keine Therapie beginnen, denn wo keine Bande ist, funktioniert auch keine »Billard-Therapie« (s. nächsten Abschnitt).

»Ab wann kann man denn bei Kindern ein Problem wegen Frustrationsintoleranz diagnostizieren?«

Betrachten wir diese Frage einmal am Beispiel des Einkotens oder Einnässens. Wenn Säuglinge oder Kleinkinder in die Hose machen und wenn sie diesen Zustand als unangenehm empfinden, reagieren sie mit Unzufriedenheit – und sie tun dies üblicherweise lautstark durch Quengeln oder Geschrei kund. Um diesem unerwünschten Zustand zu entkommen, sind sie allerdings noch auf die Mithilfe ihrer Umwelt angewiesen, denn auf eigene Faust können sie das nicht regeln. Die Frustration, die sie darüber empfinden, halten wir im Allgemeinen für normal und angemessen.

Anders sieht die Angelegenheit aus, wenn es sich um ein älteres Vorschulkind handelt, das sich im Prinzip bereits selbst aus seiner misslichen Situation befreien könnte, dazu aber wenig Lust verspürt und findet, das sollte gefälligst Mama wegmachen. Hier ist dann die Grenze zum FIP bereits überschritten, denn der hierfür typische Leitgedanke »ich will etwas, aber es darf mich nichts kosten« ist bereits aktiv.

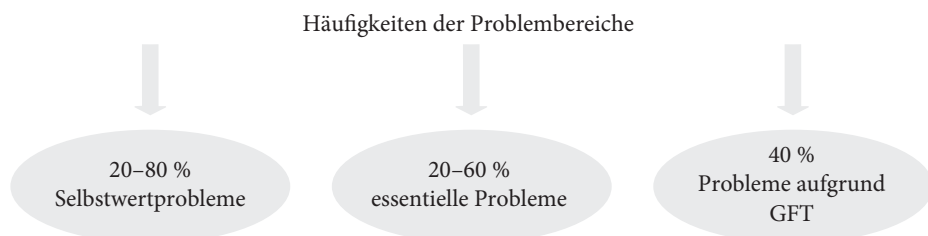


Abbildung 0.1 Problemtypen neurotischer Erkrankungen: Die Prozentzahlen zeigen die altersabhängige Zunahme / Abnahme. Die Summe der Prozentsätze ergibt über 100 %, da man auch an zwei oder drei Problemen leiden kann (aus: Stavemann, 2016)

Diagnose der kognitiven Entwicklung

Psychische Probleme treten bei bis zu ca. 20 Prozent und psychische Störungen treten bei ca. 7-15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen auf (Hölling et al., 2007; Remschmitt, 1995). Um hieran angemessen mit kognitiven Methoden zu arbeiten, ist das Wissen um die entwicklungsspezifischen Besonderheiten der jeweiligen Altersgruppe notwendig. Gerade zu Beginn der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist es unabdingbar, den kognitiven Entwicklungsstand des kindlichen oder jugendlichen Patienten zu kennen, um die therapeutischen Strategien entsprechend zu adaptieren. (Häufig führt die Unsicherheit bezüglich der Kompetenz des Kindes zum Bevorzugen älterer, eher jugendlicher Patienten.)



Kognitive Verhaltenstherapie muss sich am kognitiven Entwicklungsstand des Kindes bzw. Jugendlichen orientieren.

Kinder sind im Vergleich zu Erwachsenen faszinierend in ihrer Lernfähigkeit und -möglichkeit. So weist der Mensch schon im Mutterleib Lern- und Gedächtniskapazitäten auf und allein im ersten Lebensjahr verdoppelt sich die Größe des kindlichen Gehirns (Hepper, 1992).

Kinder durchlaufen in ihrem Entwicklungsprozess vielfältige Veränderungen. Jede Entwicklungsphase birgt eine Erweiterung der Kompetenz, manchmal auch einen Verlust und bisweilen auch deutlich erhöhte Risiken. Daten aus Studien zu subklinischen Symptomen zeigen, dass diese zwischen 10- und 20-mal häufiger vorkommen als klinisch auffällige Störungsbilder (z. B. Resch, 1998). Zwar sind die ersten Symptome häufig in der frühen Kindheit zu finden, sie führen jedoch nicht immer zu psychischen Erkrankungen. Dieses Wissen ist gerade für Psychotherapeuten wichtig, um einem Pathologisieren entgegenzuwirken.

Zwischen den unterschiedlichen Störungsbildern gibt es hohe Korrelationen oder Überlappungen (z. B. bei Schlafstörungen und Angststörungen oder bei Angststörungen und Depressionen). Dies bedeutet, dass ein Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit bei einer depressiven Erkrankung ebenfalls Symptome einer Angststörung oder einer Verhaltensstörung aufweist. Dieses Wissen ist für die therapeutische Vorgehensweise relevant. Hilfreich ist hierzu eine konzept- und problemorientierte Diagnostik (s. vorherigen Abschnitt; genauer: Stavemann, 2016).

Kategoriale oder dimensionale Diagnose. Grundsätzlich existieren gegenwärtig zwei Ansätze für psychopathologische Phänomene. Ein Ansatz verfolgt die kategoriale Perspektive bzw. Einschätzung und sieht Kinder und Jugendliche mit psychischen Symptomen hauptsächlich im Gegensatz zu den gesunden Altersgenossen.

Die dimensionale Einschätzung hingegen ordnet die psychischen Symptome als unspezifische Reaktionsmuster ein, die eine Überforderung der Anpassungskapazität des Individuums aufgrund unterschiedlicher pathogener Umstände und Bedingungen darstellen. Hierbei ist die Grenze zwischen Gesundheit und Störung fließend (s. auch Döpfner & Lehmkuhl, 1997).

Betrachtet man die Symptomatik des Kindes oder Jugendlichen als Anpassungsversuch, so ergibt sich eine mehr ressourcenorientierte Sichtweise, die eher die Möglichkeit offen lässt, eine gemeinsame – z. B. familiäre – Lösung zu finden.

So können Symptome als kindliche Strategie gesehen werden, um sich in einer Situation zu stabilisieren. In diesem Gefüge spielen wiederum sämtliche Einflussfaktoren eine Rolle: Eltern, Peers, Lebens- und Tagesereignisse. Diese kann das Kind stabilisierend oder auch belastend wahrnehmen. Vor allem die Entwicklungsaufgaben des jeweiligen Altersabschnitts können Stress auslösend verarbeitet werden und so zu einem fehlgeleiteten Anpassungsversuch führen, der sich in einer subklinischen oder gar klinischen Symptomatik zeigen kann.

Da Menschen in der Regel in einem sozialen Gefüge leben, zeigen sich diese Symptome auch in Interaktionen. In diesem Rahmen können sie einen stabilisierenden Charakter annehmen oder sich – je nach Reaktion des Interaktionspartners – wiederum verändern oder gar verschwinden.

Gerade in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist das Berücksichtigen solcher reziproker Prozesse wichtig und kann maßgeblich für die Wirksamkeit von Interventionsstrategien sein.

Zudem werden die Möglichkeiten in die Therapie einbezogen, die sich aus den sich entwickelnden Kräften, Stärken und Talenten des Kindes ergeben (s. auch Resch, 1999). Ein Kind verändert sich so schnell bzw. zeigt Potenziale innerhalb eines kurzen Zeitabschnitts, dass dies von den Eltern, Erziehenden oder auch professionellen Helfern wie Pädiatern oder Psychotherapeuten leicht übersehen wird. Innerhalb kürzester Zeit kann ein Kind Fähigkeiten entwickeln, die sich wenige Monate zuvor in dieser Weise keinesfalls oder nur ansatzweise erahnen ließen. Oftmals hängen diese neuen Fähigkeiten zeitlich mit dem Bewältigen von Entwicklungsaufgaben zusammen, wie z. B. eine gelungene Einschulung oder ein gut bewältigter Übergang in eine weiterführende Schule.

Kognitive Entwicklung im Vorschulalter

Erwerb von kognitiven Kompetenzen im Vorschulalter. Schon Neugeborene interessieren sich für Sprache und Sprachmelodien (Fernald, 1992) und bevorzugen die menschliche Sprache im Gegensatz zu anderen Geräuschen. Dies kann in der Therapie von jüngeren Kindern genutzt werden, um durch die Stimmlage gezielt Beruhigung oder Aufforderung zu signalisieren. Bereits im ersten Lebensjahr beginnen die Kinder, durch Gemeinsamkeiten und Unterschiede Kategorien zu bilden. Die meisten dieser frühen Objekte sind basal (z. B. »Hund«) und je mehr das Kind kennenlernt, desto eher kann es übergeordnete Kategorien benennen (z. B. »Tiere«). Dadurch können die Kinder ähnliche Objekte benennen und die Gemeinsamkeiten von Objekten kategorisieren (z. B. »ein Hund ist ein Tier«). Diese Zusammenhänge können sich sowohl auf die Kategorienbezeichnung beziehen als auch auf die Wirkfaktoren (»Hunde können beißen«). Bis zu ihrem zweiten Geburtstag haben die Kinder bereits hunderte Wörter in diversen grammatikalischen Formen erlernt (z. B. Nomen, Verben, Adjektive) und begonnen, diese zu kurzen Phrasen zu kombinieren, die der jeweiligen Ursprungssprache entsprechen. Diese Konzepte können bis ins Erwachsenenalter in dieser Struktur bestehen bleiben und unterscheiden sich somit nicht deutlich von denen der Erwachsenen, sind jedoch noch wesentlich gröber. Gerade bezüglich emotionaler Ausdrucksweisen und Begriffe findet man bei Kindern in der Therapie häufig gröbere Kategorisierungen und weniger Differenzierungen (Waxman & Booth, 2001).

Lernen im frühen Lebensalter. Für das Therapieren von jungen Kindern und das Beraten von Eltern ist es wichtig zu wissen, wie diese Kinder lernen und wie häufig sie Lernvorgänge wiederholen. Oftmals erwarten Eltern von ihnen bereits komplexe Lernvorgänge oder dass einmal Gelerntes fortan präsent ist. Eine Reihe von Bedingungsfaktoren hat Einfluss darauf, ob Kinder etwas behalten oder eher wieder vergessen. Sie können z. B. Dinge besser behalten, die in Beziehung zu einem anderen Ereignis stehen (Carver & Bauer, 1999). Auch die Anzahl und zeitliche Reihenfolge von Erfahrungen beeinflusst das kindliche Gedächtnis. Erfahrungen, die über einen eher längeren Abstand wiederholt werden, tragen dazu bei, dass das Gelernte in größerem

Umfang und über eine längere Zeit behalten wird (Bauer et al., 1995, 2000). Dies bedeutet wiederum für die Therapie mit jungen Kindern, dass Wiederholungsvorgänge sinnvoll sind – vor allem, falls das Kind entwicklungsverzögert scheint.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist das aktive Beteiligen des Kindes am Geschehen. Es ist vor allem für nicht mehr ganz kleine Kinder notwendig, um das Gelernte gut zu behalten. Für die KVT-Interventionen bedeutet dies, dass gerade Kinder im Vor- und Grundschulalter bei dem neu zu Erlernenden mit einbezogen werden. Besonders die zu erlernenden Strategien sollen daher Handlungsbezüge aufweisen, damit das Kind auf das neu Gelernte später besser zurückgreifen kann. Diesen Effekt kann man allerdings nach einiger Zeit vernachlässigen. Neben dem Beteiligen sind dann vor allem Wiederholungen für das Behalten nötig. Insgesamt gilt: Je älter das Kind, desto leichter und schneller lernt es komplexe Zusammenhänge und neue Informationen (Howe & Coarage, 1997).

Erinnern und Berichten von Ereignissen. Ereignisse, die bis zum 18. Lebensmonat stattfinden, können später nicht vom Kind berichtet werden. Hingegen sind Kinder, die einschneidende Ereignisse im Alter von 20-25 Monaten erlebt haben, in der Lage, davon auch noch nach sechs Monaten zu berichten. Jedoch kann das gleiche Umfeld assoziative Erinnerungen wecken, sodass die Kinder noch bis zu einem Jahr danach solche Erlebnisse wiedergeben können (Myers et al., 1987). Für die Therapie von Kindern bedeutet dies, dass das Gelernte im geeigneten Kontext wiederholt werden soll, damit es vom Kind leichter abrufbar ist. Somit ist das Einüben zu Hause mit den Eltern ein wesentlicher Bestandteil der Therapie in diesem frühen Alter.

Das Alter zum Zeitpunkt der Erfahrung scheint wesentlich für die Verarbeitungsart und vor allem für die Verbalisierungsfähigkeit des Kindes zu sein. So scheinen vor allem frühe Ereignisse mit eingeschränkter Verbalisierungsfähigkeit einherzugehen (Peterson & Rideout, 1998). Für die Therapie von Kindern und Jugendlichen ist daher zu berücksichtigen, dass auch deutlich einschneidende Ereignisse gegebenenfalls nicht besonders gut verbalisiert werden können, wenn sie zu einem sehr frühen Zeitpunkt stattfanden oder wenn sie schon derart lange her sind, dass die Art des Berichts einem deutlich jüngeren Kind zugeordnet werden muss.

Darstellen der persönlichen Biografie. Vor allem bis zum dritten, vierten Lebensjahr wird häufig über infantile Amnesie diskutiert, da Erwachsene sich meist nicht an ihre ersten Lebensjahre erinnern (West & Bauer, 1999). Demnach sind weniger Erfahrungen abrufbar, als durch Vergessen verursacht sein kann (Rubin, 1982). Die meisten Erklärungsansätze für dieses Phänomen gehen davon aus, dass diese frühen Erfahrungen in ihrer Qualität anders beurteilt werden. Dagegen spricht, dass Routinehandlungen oder typische Abläufe auch schon im Alter von drei Jahren von Kindern benenn- und erklärbar sind (Fivush, 1997). Ebenso können persönlich bedeutsame Ereignisse im Alter von zwei bis drei Jahren auch noch später berichtet werden, achtjährige Kinder können sogar fünf Jahre zurückliegende Ereignisse berichten. Wichtig dabei ist die Relevanz des Ereignisses für das Kind. Daraus lässt sich für die Therapie von Kindern folgern, dass Kinder häufig persönlich bedeutsame Ereignisse besser als gedacht erinnern. Hierbei kann es für die Exploration sinnvoll sein, den entsprechenden Kontext erneut herzustellen.

Die Entwicklung der Theory of Mind. Für die Therapie von Kindern und Jugendlichen ist es neben dem Verständnis von Gedächtnis und persönlichen Ereignissen wichtig, die Entwicklung von psychologischen Zusammenhängen zu begreifen, denn die Kinder werden von den Eltern oder Erziehungsberechtigten erzogen, wachsen in familiären Zusammenhängen auf und interagieren von Anfang an mit anderen Menschen. Daher entwickeln auch Kinder schon sehr früh Konzeptionen und Überzeugungen bezüglich menschlichen Verhaltens, sozialen Interaktionen sowie sozialen Regeln und Rollen. Bereits Zweijährige sind in der Lage zu verstehen, dass Menschen unterschiedliche Gedanken, Bedürfnisse und Wissen über Dinge haben. Sie können schon unterscheiden, dass es unterschiedliche Emotionen auch außer ihren eigenen gibt und dass das gleiche Objekt von unterschiedlichen Personen unterschiedlich beurteilt werden kann (Wellman & Woolley, 1990).

Drei- bis vierjährige Kinder können Denken und Handeln unterscheiden und sind in der Lage, Denkvorgänge im Gegensatz zu einer physiologischen Handlung als etwas Persönliches zu bezeichnen (Wellman et al., 1996).

Vier- bis fünfjährige Kinder können sich bereits in andere hineinversetzen und deren Wissen bzw. Nicht-Wissen über Vorgänge antizipieren. Damit besitzen sie bereits eine wichtige Voraussetzung für therapeutische Interventionen: die reflexive Persönlichkeit (Stavemann, 2014a). Dieses Vermögen lässt sich für die Therapie ab diesem Vorschulalter für das Erarbeiten und Verändern unangemessener, dysfunktionaler kindlicher Konzepte nutzen. Und dass bereits Kleinkinder unter dysfunktionalen Konzepten, Glaubensgrundsätzen, Normen und Bewertungen leiden können, wird durch das bisher Dargelegte nur allzu deutlich: Sozial und kulturell vermittelte Muster (Mead, 1973, 2015), Modelllernen, Analogienbildung etc. führen bereits zu einem eigenen kindlichen Weltbild, das – im ungünstigen Fall – bereits für unnötige emotionale Probleme des Kindes verantwortlich zeichnet.

Ausdruck von Emotionen. Kinder können ab dem Alter von zwei Jahren Wörter wie »glücklich«, »traurig«, »wollen« und »mögen« benutzen (Bretherton & Beeghly, 1982). Sie können sich zudem in andere und deren Gefühlszustand hineinversetzen (z. B. »Ich mag kein Eis. Mama mag Eis.«). Damit lässt sich bereits in der Therapie mit jungen Kindern deren Kompetenz nutzen, zu unterscheiden zwischen dem, was andere wollen, und dem, was es selbst will. Komplexere Sachverhalte werden dabei möglichst anschaulich gestaltet, damit das Kind differenzieren kann, wer was denkt, und damit es die Unterschiede besser erkennt.

Familiäre Gepflogenheiten über emotionale Zustände und Gefühle tragen ebenfalls dazu bei, wie das Kind diese repräsentiert. Obwohl beinahe in allen Familien über Emotionen gesprochen wird, variieren Häufigkeit, Umfang und beteiligte Familienmitglieder (z.B. Reese et al., 1993). Unterschiede in diesem Auseinandersetzen mit Emotionen prägen auch den kindlichen Umgang mit Gefühlen. Daher können Kinder aus Familien, die eher über Emotionen und den Zusammenhang von Emotionen und Ereignissen sprechen, im Alter von sieben Jahren besser über eigene Gefühle reden und haben ein besseres Verständnis für die Emotionen anderer Personen (Bartsch & Wellman, 1995).

Je jünger die Kinder, desto schlechter können sie eigene oder vermutete fremde Gedanken benennen. Diese Kompetenz ist eher ab dem Alter von sechs bis acht Jahren verfügbar (Flavell et al., 1995). Daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein junges Kind im Vorschulalter schon detailliert über seine eigenen Gedankengänge reflektieren und die Gedanken anderer bis ins Detail schildern kann.

Alterstypische Symptome. Je nach Alter sind verschiedene Symptome häufiger, andere weniger oft vertreten. So zeigen Kleinkinder verstärkt Widerstände beim Zubettgehen sowie Ein- und Durchschlafstörungen (Schlarb, 2010), während diese Symptome im Schulalter seltener auftreten. Andere häufige Symptome im Vorschulalter sind Stereotypen, Hyperaktivität, Ungehorsam, Impulsivität, Wutanfälle oder Schüchternheit (Laucht et al., 1993).

Insgesamt ist bei 10-15 Prozent der Vorschulkinder von psychischen Auffälligkeiten auszugehen. Diese Rate erhöht sich deutlich, wenn Kinder mit biologischen und psychosozialen Risiken betrachtet werden. Dann zeigen 24 Prozent der Vier- bis Fünfjährigen ein deutlich auffälliges Verhalten, während in dieser Risikogruppe nur 35 Prozent der Kinder unauffällig sind (Laucht et al., 1993).

Prospektive Untersuchungen zeigen, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern geschlechtsabhängig oft persistierenden Charakter haben. Daher sollen sie unbedingt ernst genommen werden. Bei 73 Prozent der Jungen und bei 47 Prozent der Mädchen wird dies später chronisch (Richman et al., 1992). Insgesamt kann von einer 50-prozentigen Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden, dass Verhaltensauffälligkeiten im frühen Alter auch später persistieren (Campbell, 1995). Daher ist ein früher therapeutischer Einsatz sinnvoll.

Kognitive Entwicklung im Grundschulalter

Erst im Schulalter gehen Kinder davon aus, dass Psyche und Verstand aktive Anteile sind, die Wissen konstruieren und formen. Sie wissen, dass ein und dasselbe Ereignis mehrere Interpretationen ermöglicht. Freunde werden nun nicht mehr hauptsächlich aufgrund räumlicher Nähe gewählt, sondern neue Aspekte wie gleiches Alter (Schulklasse) und Ähnlichkeit, z. B. hinsichtlich gleicher Interessen (Handball, Ballett etc.) und Werthaltungen (Ehrlichkeit, Treue etc.), spielen eine stärkere Rolle. Diese Veränderung vollzieht sich Schritt für Schritt. So ist in den ersten Klassen im Alter zwischen acht und zehn Jahren noch das gleiche Alter als Motiv vorherrschend, jedoch wird in dieser Phase im Gegensatz zu der nur räumlichen Nähe des Vorschulalters der Freundeskreis erweitert, da die Klassenkameraden meist schon aus einem größeren Einzugskreis kommen. Die Auswahl von Freunden aufgrund gleicher Interessen und Werte erreicht ihren Zenit mit ca. 12 Jahren (Epstein, 1989).

Insgesamt werden Freundschaften im Grundschulalter deutlich stabiler, überdauern längere Zeit und die Kinder differenzieren ihr Verhalten stärker gegenüber Freunden als gegenüber fremden Personen. Im Zuge dessen wird Wettbewerb und Wettstreit unter Freunden zu vermeiden gesucht. Dass Freunde zur emotionalen und kognitiven Entwicklung beitragen, ist nachvollziehbar. Kinder lernen hierdurch den Perspektivenwechsel (Mead, 2015) und tragen stärker dazu bei, objektbezogene

Konflikte zu beiderseitiger Zufriedenheit zu lösen. So scheint die emotionale Nähe auch Motivator für soziales Lernen zu sein. Wie vielfältig die hier einfließenden Prozesse sind, ist noch nicht vollständig geklärt. So entscheiden Kinder auch in diesem Alter durchaus schon nach Attraktivität. Halten sie ein anderes Kind für attraktiv, nimmt sie dies für das andere Kind ein, sie bevorzugen dieses eher und sprechen diesem eher die Freundschaft aus als weniger attraktiven Kindern. Auch scheinen sie bereits Peers zu bevorzugen, die sich ähnlich verhalten. So scheint schon im Kindesalter das Prinzip der Attraktion zu funktionieren, das auf Ähnlichkeiten basiert und das auch später im Jugendalter wieder bei der Partnersuche angewandt wird.

Lebensereignis Einschulung. Eine der wichtigsten Veränderungen ist der Schulbeginn. Damit werden neue Anforderungen an das Kind gestellt: Durch die Schulstruktur wird das Wissen neu geordnet, Umwelterfahrungen des Kindes werden neu sortiert und bewertet. Wurden bislang Erfahrungen eher zufällig und aufgrund der Ereignisse episodisch mit dem eigenen Lebenslauf verbunden, werden nun Kategorien eingeführt, sodass die bisherigen Erfahrungen neu verarbeitet und aus dem Erfahrungskontext gelöst werden können. Eine wissenschaftliche Ordnung wird durch die einzelnen Fächer vorgegeben, sodass das semantische Gedächtnis gezielt gefördert wird. Auch muss sich das Kind in seiner Leistung stärker als zuvor mit anderen messen und vergleichen. Dieser soziale Vergleichsprozess ist der Normorientierung dienlich, denn so erlernen Kinder, welches Verhalten andere von ihnen erwarten.

Ein weiteres Ergebnis aus dem sozialen Vergleichsprozess ist die Selbstbewertung. Ab dem Alter von neun bis elf Jahren nutzen die Kinder den Vergleich mit anderen zur eigenen Orientierung. Sie überprüfen ihre eigene Leistung durch den Vergleich mit der Leistung anderer und bestimmen so, wie gut sie bei einer bestimmten Aufgabe sind und ordnen sich entsprechend ein. Dies führt zu einer stärkeren Betonung der eigenen Leistungsfähigkeit und verändert die Selbsteinschätzung sowie das Selbstbild. Meist sehen sie sich dadurch einer stärkeren Realitätskontrolle ausgesetzt.

Einfluss der sozialen Umwelt. In diesem ganzen Gefüge können familiäre Probleme wie z. B. Streit der Eltern, Partnerschaftskonflikte, Sorgerechtsauseinandersetzungen oder Probleme im größeren Familienkreis deutliche Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben. Darüber hinaus orientiert sich das Kind in dieser Zeit mehr und mehr an Gleichaltrigen, was ebenfalls emotionale Probleme aufwerfen kann.

Es zeigen sich nun vielfältige Auswirkungen dessen, was das Kind bis zu diesem Zeitpunkt gelernt hat, denn die erworbenen Kompetenzen oder Defizite wirken reziprok. So wissen manche Kinder in diesem Alter noch nicht, wie sie sich an Spielen mit anderen beteiligen, Kontakt zu anderen aufnehmen und sich sozial kompetent äußern können. Kann ein Spielarrangement oder eine Arbeitskooperation entstehen, macht das Kind dadurch wiederum neue Erfahrungen und entwickelt sich weiter. Beispielsweise lernt so ein siebenjähriges Kind, sich am Spiel von Fremden zu beteiligen und auf neue Regeln einzugehen. Dadurch erweitert es sein Wissen und seine kognitiven Fähigkeiten. Besitzt es diese Kompetenz nicht, lässt sich eine negative Schleife darstellen: Durch mangelnde Kontaktfähigkeit vermag das Kind es nicht, sich Zugang zur Gruppe zu verschaffen, es weiß nicht, was es sagen und wie

es Themen ansprechen soll, sodass es die Regeln sozialer Interaktion nicht erlernt. Dies führt zu negativen Rückkoppelungen. So zeigt sich beispielsweise, dass Ablehnung durch andere Kinder auch darauf begründet sein kann, dass das Kind Schwierigkeiten hat, Emotionen anderer adäquat einzuschätzen. Auch haben abgelehnte Kinder Probleme beim Verbergen eigener Emotionen. Sie zeigen Wut oder andere negative Impulse deutlicher, was für andere Kinder wiederum ein Grund sein kann, um sich zurückzuziehen (Crick & Dodge, 1994). Es scheint somit basal zu sein, soziale Informationen dekodieren zu können und sich dementsprechend sozial kompetent zu verhalten.

Diese Entwicklungsprozesse werden in der Therapie besonders beachtet.

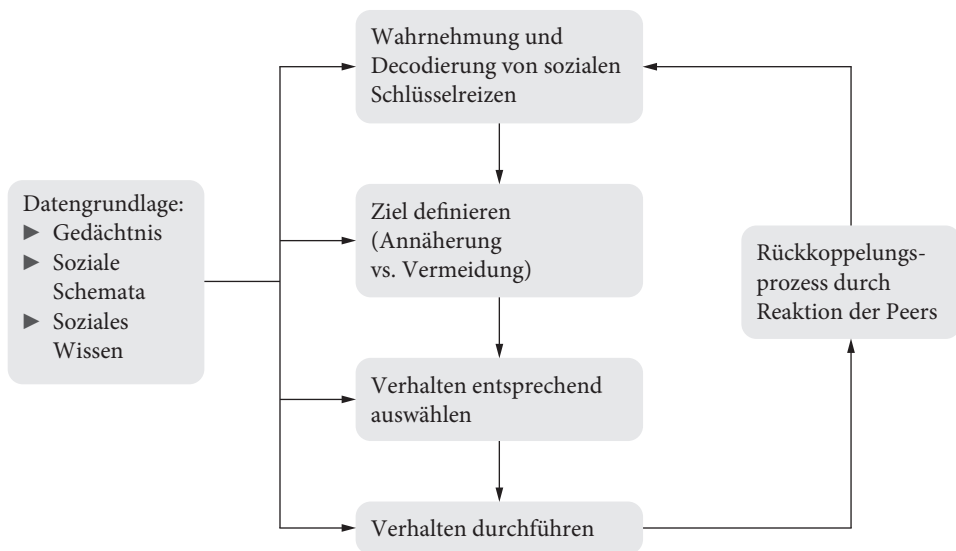


Abbildung 0.2 Soziales Informationsverarbeitungsmodell in Anlehnung an Crick und Dodge (1994)

Die vielfältigen Prozesse der Informationsverarbeitung und damit verbundene kognitive Leistungen von Kindern und Jugendlichen sollten in der Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden. Einzelne Defizite führen zu deutlich eingeschränktem Sozialverhalten, das entsprechende Rückkoppelungen zur Folge haben kann, z. B. wenn ein Kind das Angebot eines anderen Kindes, eine Geste oder eine Körperhaltung nicht adäquat einschätzt oder das Signal falsch decodiert.

Auch kann das Kind unterschiedliche Ziele verfolgen (beispielsweise in eine Situation eingebunden zu werden oder alleine bleiben zu wollen). Um sie zu erreichen, muss es über adäquate Verhaltensstrategien verfügen. Wählt es die falsche, können gerade Kinder mit sozialen Schwierigkeiten die Kontaktaufnahme inadäquat (z. B. zu impulsiv oder zu aggressiv) initiieren. Sie versuchen sich dann z. B. Zugang zur Gruppe zu verschaffen, indem sie sich in der Nähe aufhalten und zu den anderen herüber-