

PAUL STALLARD

Kognitive Verhaltenstherapie



mit Kindern und Jugendlichen

Ein Arbeitsbuch

Paul Stallard

Kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen

Ein Arbeitsbuch

Ausführliche Informationen zu jedem unserer lieferbaren und geplanten Bücher finden Sie im Internet unter ↗ <http://www.junfermann.de>. Dort können Sie unseren Newsletter abonnieren und sicherstellen, dass Sie alles Wissenswerte über das Junfermann-Programm regelmäßig und aktuell erfahren. – Und wenn Sie an Geschichten aus dem Verlagsalltag und rund um unser Buch-Programm interessiert sind, besuchen Sie auch unseren Blog: ↗ <http://blogweise.junfermann.de>.

PAUL STALLARD

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN

EIN ARBEITSBUCH

Aus dem Englischen von
Elisabeth Vorspohl

Junfermann Verlag
Paderborn
2015



Copyright © Junfermann Verlag, Paderborn 2015

© der Originalausgabe: John Wiley & Sons Ltd, 2002

Die Originalausgabe ist 2002 unter dem Titel „*Think Good – Feel Good. A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People*“ bei John Wiley & Sons erschienen.

All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition published by John Wiley & Sons Limited. Responsibility for the accuracy of the translation rests solely with Junfermann Verlag GmbH and is not the responsibility of John Wiley & Sons Limited. No part of this book may be reproduced without the written permission of the original copyright holder, John Wiley & Sons Limited.

Übersetzung Elisabeth Vorspohl

Coverfoto naliaschwarz – photocase.com

Covergestaltung / Reihentwurf Christian Tschepp

Satz JUNFERMANN Druck & Service, Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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.

ISBN 978-3-95571-402-4

Dieses Buch erscheint parallel in diesen Formaten:

ISBN: 978-3-95571-400-0 (EPUB), 978-3-95571-023-1 (Print), 978-3-95571-401-7 (MOBI).

Inhalt

1. Kognitive Verhaltenstherapie: theoretische Ursprünge, Behandlungsprinzipien und -techniken ...	11
1.1 Die empirischen Grundlagen der Kognitiven Verhaltenstherapie	11
1.2 Das kognitive Modell	14
1.3 Kognitive Defizite und Verzerrungen.....	15
1.4 Die charakteristischen Merkmale der Kognitiven Verhaltenstherapie	16
1.5 Das Ziel der Kognitiven Verhaltenstherapie	18
1.6 Die zentralen Komponenten kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen	19
1.7 Wichtiger Hinweis zur empirischen Überprüfung der KVT mit Kindern und Jugendlichen.....	23
2. Kognitive Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche.....	27
2.1 Kognitive Verhaltenstherapie für Kinder unter 12 Jahren	27
2.2 Beurteilung der basalen Kompetenzen, über die Kinder verfügen müssen, um von der Kognitiven Verhaltenstherapie zu profitieren.....	28
2.3 Kognitive Verhaltenstherapie für Jugendliche.....	33
2.4 Häufige Probleme in der Kognitiven Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	35
3. Übersicht der Materialien	41
3.1 Gedanken, Gefühle und wie du dich verhältst.....	42
3.2 Automatische Gedanken.....	43
3.3 Denkfehler	44
3.4 Ausgewogenes Denken.....	44
3.5 Grundüberzeugungen	45
3.6 Wie du deine Gedanken kontrollieren kannst	46
3.7 Wie du dich fühlst	47
3.8 Wie du deine Gefühle kontrollieren kannst	48
3.9 Ändere dein Verhalten	49
3.10 Probleme lösen lernen	50
4. Gedanken, Gefühle und wie du dich verhältst	51
4.1 Der magische Zirkel.....	51
4.2 Was du denkst	53
4.3 Grundüberzeugungen	53
4.4 Überzeugungen und Annahmen.....	53
4.5 Wichtige Ereignisse	54
4.6 Automatische Gedanken.....	55
4.7 Wie du dich fühlst	55
4.8 Was du tust.....	56

Arbeitsblätter	57
<i>Gedanken, Gefühle und Verhalten: Wie gehört alles zusammen?</i>	57
<i>Der magische Zirkel</i>	58
<i>Die Falle der Negativität</i>	59
<i>Das Wenn-dann-Quiz</i>	60
<i>Was ich denke, was ich tue oder wie ich mich fühle</i>	61
 5. Automatische Gedanken	63
5.1 Ich, mein Verhalten und meine Zukunft.....	63
5.2 Warum höre ich auf meine negativen Gedanken?	64
5.3 Die Falle der Negativität	65
5.4 Der negative Kreislauf.....	65
5.5 „Brisante“ Gedanken.....	66
 Arbeitsblätter	68
<i>Gedanken und Gefühle</i>	68
<i>Gedanken und Gefühle</i>	69
<i>Meine „brisanten“ Gedanken</i>	70
<i>Gute Gedanken über mich selbst</i>	71
<i>Gute Gedanken über meine Zukunft</i>	72
<i>Unangenehme Gedanken über mich selbst</i>	73
<i>Beunruhigende Gedanken über das, was ich tue</i>	74
<i>Was denken sie?</i>	75
<i>Was denken sie?</i>	76
<i>Was denken sie?</i>	77
<i>Was denken sie?</i>	78
 6. Denkfehler	79
6.1 Die Spielverderber.....	79
6.2 Übertreibungen	80
6.3 Das Scheitern prophezeien	81
6.4 Gefühlsgedanken	81
6.5 Das Scheitern vorprogrammieren	82
6.6 Ich bin schuld!	82
 Arbeitsblätter	83
<i>Denkfehler identifizieren</i>	83
<i>Welche Denkfehler machst du?</i>	85

7. Ausgewogenes Denken	87
7.1 Wie funktioniert es?	88
Arbeitsblätter	90
<i>Nach Beweisen suchen</i>	<i>90</i>
<i>Ausgewogenes Denken</i>	<i>92</i>
<i>Das Gedankenthermometer</i>	<i>94</i>
8. Grundüberzeugungen	95
8.1 Grundüberzeugungen identifizieren.....	96
8.2 Grundüberzeugungen infrage stellen	98
8.3 Mit jemandem sprechen.....	99
Arbeitsblätter	100
<i>Grundüberzeugungen identifizieren</i>	<i>100</i>
<i>Grundüberzeugungen infrage stellen</i>	<i>102</i>
<i>Allgemeine Überzeugungen.....</i>	<i>103</i>
9. Wie du deine Gedanken kontrollieren kannst	107
9.1 Ablenkung.....	107
9.2 Aktivitäten, die deine Aufmerksamkeit fesseln	109
9.3 Mut machende Selbstgespräche	109
9.4 Positive Selbstgespräche	110
9.5 Das Stoppschild für negative Gedanken	110
9.6 Die Lautstärke drosseln.....	111
9.7 Überprüfe deine negativen Gedanken.....	112
9.8 Wirf deine negativen Gedanken fort	113
Arbeitsblätter	114
<i>Überprüfe deine Gedanken und Überzeugungen</i>	<i>114</i>
<i>Der Gedankenherausforderer.....</i>	<i>115</i>
<i>Das Positive suchen</i>	<i>116</i>
<i>Positive Selbstgespräche.....</i>	<i>117</i>
<i>Mut machende Selbstgespräche.....</i>	<i>118</i>
<i>Der Kummertresor</i>	<i>119</i>
<i>Schalte den CD-Player ab</i>	<i>120</i>
<i>Übung macht den Meister</i>	<i>121</i>
<i>Das Stoppschild für negative Gedanken.....</i>	<i>122</i>

10. Wie du dich fühlst	123
10.1 Welche Gefühle habe ich?	123
10.2 Gefühle und Verhalten	125
10.3 Gefühle und Gedanken	125
10.4 Wie alles zusammengehört	126
Arbeitsblätter	127
<i>Gedanken und Gefühle</i>	<i>127</i>
<i>Aktivitäten und Gefühle</i>	<i>128</i>
<i>Die Wörtersuche des Gefühlefinders</i>	<i>129</i>
<i>Welches Gefühl gehört wohin?</i>	<i>130</i>
<i>Meine Gefühle</i>	<i>131</i>
<i>Was passiert, wenn ich traurig bin?</i>	<i>132</i>
<i>Was passiert, wenn ich wütend bin?</i>	<i>133</i>
<i>Was passiert, wenn ich Angst habe?</i>	<i>134</i>
<i>Was passiert, wenn ich fröhlich bin?</i>	<i>135</i>
<i>Gefühle und Orte</i>	<i>136</i>
<i>Das Gefühlsthermometer</i>	<i>137</i>
 11. Wie du deine Gefühle kontrollieren kannst	 139
11.1 Entspannungsübungen	139
11.2 Sport	141
11.3 Kontrolliertes Atmen	141
11.4 Beruhigende Vorstellungen	141
11.5 Entspannungsaktivitäten	142
11.6 Prävention	142
Arbeitsblätter	144
<i>Der Tresor</i>	<i>144</i>
<i>Der Wutvulkan</i>	<i>145</i>
<i>Entspannen lernen</i>	<i>146</i>
<i>Mein Entspannungsort</i>	<i>147</i>
<i>Meine Entspannungsaktivitäten</i>	<i>148</i>
 12. Ändere dein Verhalten	 149
12.1 Häufiger etwas Schönes unternehmen	150
12.2 Protokolliere, wie du dich fühlst und was du tust	150
12.3 Kleine Schritte	151
12.4 Sich der Angst stellen	152
12.5 Wirf deine Gewohnheiten über Bord	153

Arbeitsblätter	156
<i>Tagebuch meiner Aktivitäten</i>	156
<i>Die nächste Stufe auf der Leiter</i>	157
<i>Dinge, die mir gute Gefühle vermitteln</i>	158
<i>Dinge, die mir unangenehme Gefühle vermitteln</i>	159
<i>Dinge, die ich gern tun würde</i>	160
<i>Sich der Angst stellen</i>	161
<i>Kleine Schritte</i>	162
<i>Wirf deine Gewohnheiten über Bord</i>	163
 13. Probleme lösen lernen	165
13.1 Warum kommt es zu Problemen?	165
13.2 Innehalten und überlegen.....	166
13.3 Unterschiedliche Lösungen identifizieren.....	167
13.4 Die Konsequenzen bedenken	167
13.5 Ruf dir in Erinnerung, was zu tun ist	169
13.6 Übung macht den Meister	170
13.7 Den Erfolg planen	171
13.8 Problemlösungen Schritt für Schritt durchsprechen.....	171
 Arbeitsblätter	173
<i>Mögliche Lösungen identifizieren</i>	173
<i>Mögliche Lösungen identifizieren</i>	174
<i>Welche Konsequenzen haben meine Lösungen?</i>	175
<i>Lösungen suchen</i>	176
<i>Sprich's mit jemandem durch</i>	177
<i>Sag dir deine Lösung Schritt für Schritt vor</i>	178
<i>Stopp, planen, handeln</i>	179
 Literatur	181

1. Kognitive Verhaltenstherapie: theoretische Ursprünge, Behandlungsprinzipien und -techniken

Als *Kognitive Verhaltenstherapie* (KVT) werden psychotherapeutische Interventionen bezeichnet, die psychischen Distress und fehlangepasstes Verhalten reduzieren sollen, indem sie kognitive Prozesse verändern (Kaplan et al., 1995). Der KVT liegt die Annahme zugrunde, dass unsere Affekte und unser Verhalten in hohem Maß durch Kognitionen erzeugt werden. Das bedeutet zugleich, dass kognitive und verhaltensorientierte Interventionen unser Denken, Fühlen und unser Verhalten beeinflussen können (Kendall, 1991). Deshalb stützt sich die KVT auf zentrale Elemente der Kognitions- sowie der Verhaltenstheorien. Kendall und Hollon (1979) definieren ihre Ziele wie folgt: Die Kognitive Verhaltenstherapie macht sich

„die Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Techniken zunutze, gestaltet den Behandlungskontext jedoch weniger doktrinär, um der Art und Weise, wie Kinder Ereignisse kognitiv interpretieren und ihnen Bedeutung zuschreiben, Rechnung zu tragen.“

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie findet die KVT wachsendes Interesse. Angeregt wurde es durch Forschungsberichte, die sie als vielversprechende und effektive Intervention zur Behandlung psychischer Probleme im Kindesalter beschreiben (Kazdin & Weisz, 1998; Roth & Fonagy, 1996; Wallace et al., 1995). Sie ist nachweislich geeignet zur Therapie generalisierter Angststörungen (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Silverman et al., 1999a), depressiver Störungen (Harrington et al., 1998; Lewinsohn & Clarke, 1999), interpersonaler Schwierigkeiten und sozialer und anderer Phobien (Spence & Donovan, 1998; Spence et al., 2000; Silverman et al., 1999b), der Schulverweigerung (King et al., 1998b) und der Folgen von sexuellem Missbrauch (Cohen & Mannarino, 1996, 1998). Die KVT hat sich im Schmerzmanagement (Sanders et al., 1994) bewährt und wird darüber hinaus zur Behandlung mannigfaltiger weiterer Probleme empfohlen, etwa der adoleszenzspezifischen Verhaltensstörungen (Herbert, 1998), der Essstörungen (Schmidt, 1998), der Posttraumatischen Belastungsstörung (March et al., 1998; Smith et al., 1999) und der Zwangsstörungen (March, 1995; March et al., 1994).

Kognitive Verhaltenstherapie fokussiert auf die Beziehung zwischen

- Kognitionen (was wir denken),
- Affekten (wie wir fühlen),
- Verhalten (was wir tun).

Kognitive Verhaltenstherapie kann eine Reihe häufig auftretender psychischer Schwierigkeiten im Kindes- und Jugendalter nachweislich positiv beeinflussen.

1.1 Die empirischen Grundlagen der Kognitiven Verhaltenstherapie

Zur Entwicklung der theoretischen Grundlagen der Kognitiven Verhaltenstherapie trugen bedeutsame wissenschaftliche Erkenntnisse bei. Dieses Forschungsgebiet vorzustellen würde den Rahmen des Buches sprengen. Unbedingt zu erwähnen sind jedoch die zentralen Konzepte und Überlegungen, die das Fundament der KVT bilden und sie maßgeblich geprägt haben.

Zu den ältesten Einflüssen zählen Iwan Petrowitsch Pawlows Arbeiten über die klassische Konditionierung. Pawlow demonstrierte, dass natürliche Reaktionen (z. B. der Speichelfluss) mit spezifischen Reizen (z. B. einem Glockenton) assoziiert (d. h. konditioniert) werden können, wenn man das Zusammentreffen nur häufig

genug wiederholt. Seine Experimente mit Hunden belegten, dass emotionale Reaktionen (z. B. Angst) durch spezifische Ereignisse und Situationen konditioniert werden können.

Emotionale Reaktionen können an spezifische Ereignisse gekoppelt (konditioniert) werden.

Joseph Wolpe (1958) erforschte die klassische Konditionierung in Bezug auf das menschliche Verhalten und auf klinische Probleme. Er entwickelte das Verfahren der systematischen Desensibilisierung: Indem er angsterregende Reize mit einem zweiten Stimulus paarte, der eine antagonistische Reaktion (Entspannung) auslöst, konnte er die Angstreaktion reziprok hemmen. Das Verfahren kommt in der klinischen Praxis nach wie vor häufig zur Anwendung, und zwar in Verbindung mit einer allmählichen – direkten oder imaginären – Exposition an eine Hierarchie von Angstsituationen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des entspannten Zustandes.

Emotionale Reaktionen können reziprok gehemmt werden.

Der zweite bedeutsame Einfluss, den die Verhaltensforschung auf die Entwicklung der KVT ausübte, ging von der Arbeit B. F. Skinners (1974) aus. Er wies nach, welche große Bedeutung der Umwelt für unser Verhalten zukommt. Bekannt wurden seine Studien unter dem Stichwort *operante Konditionierung*; sie konzentrierten sich auf die Beziehung zwischen Antezedenten (Rahmenbedingungen), Konsequenzen (Verstärkung) und Verhalten, kurz: Wenn ein bestimmtes Verhalten immer öfter auftritt, weil es positive Konsequenzen zur Folge hat oder keine negativen nach sich zieht, spricht man davon, dass es „verstärkt“ wurde.

- Verhalten wird durch antezedente Bedingungen und durch seine Konsequenzen beeinflusst.
- Konsequenzen, die die Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens erhöhen, sind Verstärker.
- Die Veränderung der antezedenten Bedingungen und der Konsequenzen kann das Verhalten verändern.

Mit der Entwicklung der Theorie des sozialen Lernens führte Albert Bandura (1977) eine wichtige Erweiterung der Verhaltenstherapie ein, die der Vermittlungsfunktion kognitiver Vorgänge Rechnung trägt. Seine Theorie erkennt die Bedeutsamkeit der Umwelt an, unterstreicht aber die Vermittlerrolle der zwischen Reiz und Reaktion intervenierenden Kognitionen. Laut Bandura erwerben wir Fertigkeiten, indem wir andere Menschen bei deren Ausführung beobachten. Er entwarf ein Modell der Selbstkontrolle, das auf Selbstbeobachtung, Selbstbeurteilung und Selbstverstärkung beruht.

Ins Zentrum rückten die Kognitionen schließlich im Werk von Donald Meichenbaum (1975), der das Selbstinstruktionstraining entwickelte. Meichenbaum ging davon aus, dass ein Großteil unseres Verhaltens der Kontrolle durch unsere Gedanken oder durch „inneres Sprechen“ unterliegt. Infolgedessen können veränderte „Selbstinstruktionen“ es uns ermöglichen, angemessenere Techniken der Selbstkontrolle zu entwickeln. Das Modell ist entwicklungspsychologisch orientiert und spiegelt den Prozess wider, durch den Kinder ihr Verhalten zu steuern lernen. Dieser Prozess besteht aus vier Schritten: Beobachtung eines anderen Menschen, der eine vorgegebene Aufgabe löst, Durchführung derselben Aufgabe mithilfe der verbalen Instruktionen durch eine andere Person, Durchführung der Aufgabe mithilfe eigener Anweisungen, die man sich laut vorsagt, und schließlich die Durchführung mithilfe geflüsterter bzw. stummer Selbstinstruktionen.

- Verhalten wird durch kognitive Vorgänge und Prozesse beeinflusst.
- Die Veränderung kognitiver Prozesse kann das Verhalten verändern.

Albert Ellis (1962) beschrieb den Zusammenhang zwischen Emotionen und Kognitionen im Kontext der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie. Sein Modell beruht auf der Annahme, dass Emotion und Verhalten nicht aus den Ereignissen an sich hervorgehen, sondern aus der Art und Weise, wie wir sie konstruieren. Das heißt, wir bewerten aktivierende Ereignisse (A) nach Maßgabe bestehender Überzeugungen (B = belief);

diese Bewertung hat emotionale Konsequenzen (C = consequences). Überzeugungen können rational oder irrational sein; irrationale Überzeugungen begünstigen negative emotionale Zustände und deren Langlebigkeit.

Die Rolle, die fehlangepasste und verzerrte Kognitionen für die Entwicklung von Depressionen und deren Chronifizierung spielen, wurde von Aaron Beck erforscht. Sein Buch *Cognitive Therapy for Depression* (Beck, 1976; Beck et al., 1979), in dem er seine Studien publizierte, avancierte zum Klassiker. Becks Modell postuliert, dass fehlangepasste Gedanken über das Selbst, die Welt und die Zukunft (kognitive Trias/kognitives Dreieck) zu kognitiven Verzerrungen führen, die wiederum negative Affekte auslösen. Besondere Aufmerksamkeit widmete Beck den Grundannahmen oder Schemata, das heißt relativ fest verankerten, schon in der Kindheit entwickelten Überzeugungen, nach deren Maßgabe wir Ereignisse beurteilen. Einmal aktiviert, setzen diese Grundannahmen eine Serie automatischer Gedanken in Gang. Solche automatischen Gedanken und Überzeugungen weisen zumeist Verzerrungen oder logische Fehler auf. Negative Kognitionen sind mit einer depressiven Stimmung assoziiert.

- Affekte und Gefühle werden durch kognitive Vorgänge beeinflusst.
- Irrationale Überzeugungen/Schemata oder negative Kognitionen sind mit negativem Affekt assoziiert.
- Die Veränderung kognitiver Prozesse kann den Affekt verändern.

Der Zusammenhang zwischen kognitiven Prozessen, emotionalen Zuständen und psychischen Problemen gilt mittlerweile als gesichert (Beck et al., 1985; Hawton et al., 1989). Seit etlichen Jahren richtet sich das Interesse vor allem auf die Erforschung der Beziehung zwischen verschiedenen Überzeugungen/Schemata, die sich im Kontext der Entstehung und der Aufrechterhaltung psychischer Probleme beobachten lässt. Repräsentativ dafür ist die Schematherapie von Jeffrey E. Young (1990). Er nimmt an, dass fehlangepasste (maladaptive) kognitive Schemata ihren Ursprung in der Kindheit haben und selbstdestruktiven Verhaltensmustern Vorschub leisten, die lebenslang wiederholt werden. Die fehlangepassten Schemata sind mit spezifischen Erziehungsstilen der Eltern assoziiert und entwickeln sich, weil die emotionalen Grundbedürfnisse des Kindes nicht befriedigt werden. Empirisch nachgewiesen wurden 15 primäre Schemata (Schmidt et al., 1995). Wobei dieses ursprüngliche Konzept inzwischen um weitere drei Schemata ergänzt worden ist. Loose, Graf und Zarbock (2013) beispielsweise unterscheiden 18 Schemata und die drei Bewältigungsstrategien Erdulden (freeze/fright), Vermeiden (flight) und Überkompensieren (fight).

Maladaptive kognitive Schemata entwickeln sich in der Kindheit und hängen möglicherweise direkt mit dem Erziehungsstil der Eltern zusammen.

Die empirische Überprüfung dieses Zusammenhangs wird unter anderem bei Loose, Graf und Zarbock (2013) thematisiert. Für alle, die beruflich für das psychische Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen verantwortlich sind, ergibt sich also die spannende Aufgabe, zu klären, ob besser angepasste kognitive Prozesse gefördert und künftige psychische Schwierigkeiten verhindert werden können.

1.2 Das kognitive Modell

Die Kognitive Verhaltenstherapie versucht zu verstehen, wie Ereignisse und Erfahrungen interpretiert und durch welche Verzerrungen oder Defizite kognitive Verarbeitungsprozesse beeinträchtigt werden.

Abbildung 1.1 zeigt in Anlehnung an das Werk von Aaron Beck, wie dysfunktionale kognitive Prozesse erworben und aktiviert werden und wie sie das Verhalten und die Emotionen beeinflussen.

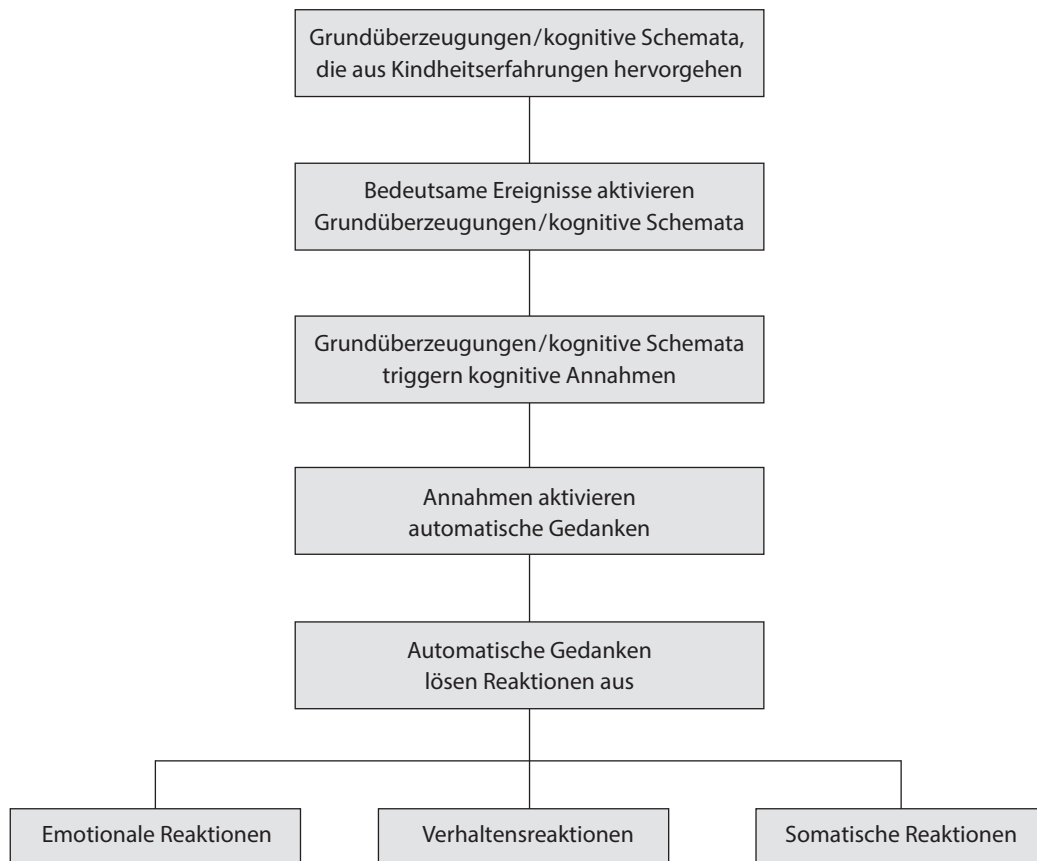


Abbildung 1.1: Das kognitive Modell

Auf der Grundlage früher Erfahrungen sowie des Erziehungsstils der Eltern entwickeln sich diesem Modell zufolge relativ fixierte, starre Denkweisen (Grundüberzeugungen / Schemata). Neue Informationen und Erfahrungen werden anhand dieser Grundüberzeugungen / Schemata (z. B.: „Ich muss erfolgreich sein“) bewertet; Informationen, die diese Überzeugungen verstärken und aufrechterhalten, werden selektiv registriert und akzeptiert. Grundüberzeugungen / Schemata werden durch bedeutsame Ereignisse (z. B. eine Prüfung) „getriggert“; ihre Aktivierung ruft die entsprechenden Annahmen auf den Plan (z. B.: „Ich bekomme nur dann eine gute Note, wenn ich den ganzen Tag lang lerne“). Die Annahmen aktivieren wiederum einen Strom automatischer Gedanken, die sich auf die Person selbst beziehen (z. B.: „Ich bin offenbar strohduhm“), auf ihre Leistung („Ich habe mich nicht genügend angestrengt“) und auf die Zukunft („Ich werde durch die Abi-Prüfungen fallen und deshalb nie studieren können“). Ebendiese Gedanken über das Selbst, die eigenen Leistungen und die persönliche Zukunft werden häufig zusammenfassend als *kognitive Trias* oder *kognitives Dreieck* bezeichnet. Sie können emotionale Veränderungen auslösen (ängstlich oder traurig stimmen), das Verhalten verändern (jemanden in einen unablässig lernenden Stubenhocker verwandeln) und zu körperlichen / physiologischen Veränderungen (Appetitverlust, Schlafstörungen) führen.

1.3 Kognitive Defizite und Verzerrungen

Die Kognitive Verhaltenstherapie führt psychopathologische Entwicklungen auf Anomalien der kognitiven Verarbeitung zurück, präziser: Psychische Schwierigkeiten gehen Hand in Hand mit kognitiven Verzerrungen oder Defiziten.

Kognitive Verzerrungen finden sich bei Kindern im Zusammenhang mit mannigfaltigen Schwierigkeiten. Zum Beispiel nehmen Kinder mit Angststörungen Ereignisse, deren Bedeutung unklar ist, als bedrohlich wahr (Kendall et al., 1992). Sie sind tendenziell auffällig selbstbezogen und überkritisch und neigen nach eigener Aussage besonders oft zu Selbstgesprächen und negativen Erwartungen (Kendall & Panichelli-Mindel, 1995). Aggressive Kinder hingegen vermuten hinter mehrdeutigen Situationen böse Absichten. Um die Intentionen anderer Menschen zu interpretieren, orientieren sie sich selektiv an einer geringeren Zahl von Hinweisen als normale Kinder (Dodge, 1985). Depressive Kinder neigen in höherem Maße als nicht depressive Gleichaltrige zu negativen Zuschreibungen und führen negative Ereignisse mit höherer Wahrscheinlichkeit auf innere stabile Ursachen, positive hingegen auf äußere instabile Ursachen zurück (Bodiford et al., 1988; Curry & Craighead, 1990). Sie nehmen eigene Leistungen verzerrt wahr und konzentrieren ihre Aufmerksamkeit vorrangig auf die negativen Merkmale von Ereignissen (Kendall et al., 1990; Leitenberg et al., 1986; Rehm & Carter, 1990).

Interventionen zur Modifizierung kognitiver Verzerrungen sollen das Gewahrsein des Kindes für dysfunktionale und irrationale Kognitionen, Grundüberzeugungen und Schemata schärfen und sein Verständnis für deren Auswirkungen auf Verhalten und Gefühle verbessern. Teil der meisten Behandlungsprogramme sind diese oder jene Form der Selbstbeobachtung, das Identifizieren fehlangepasster Kognitionen, das Überprüfen der eigenen Gedanken sowie die kognitive Umstrukturierung.

Defizite der kognitiven Prozesse, etwa die Unfähigkeit, zu planen oder Probleme zu lösen, wurden bei Kindern und jungen Menschen beobachtet, die unter Schwierigkeiten mit der Selbstkontrolle – zum Beispiel an einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – leiden, aber auch bei Kindern mit interpersonellen Problemen (Kendall, 1993; Spence & Donovan, 1998). So verfügen aggressive Kinder über eingeschränkte Fähigkeiten zur Problemlösung; auch ihre Fähigkeit, Schwierigkeiten verbal zu lösen, ist begrenzt (Lochman et al., 1991; Perry et al., 1986). Kinder mit einer Sozialphobie weisen Defizite in ihren sozialen Kompetenzen auf, während antisoziale Kinder in ihrer sozialen Wahrnehmung gravierend beeinträchtigt sind (Chandler, 1973; Spence et al., 1999).

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zur Bearbeitung der kognitiven Defizite zielen in erster Linie auf die Vermittlung neuer kognitiver und behavioraler Fertigkeiten. Die meisten Behandlungsprogramme konzentrieren sich auf Fähigkeiten zur Lösung sozialer Probleme und kognitive Strategien (z.B. Selbstinstruktionstraining und positive / Mut machende Selbstgespräche), auf das Einüben solcher Strategien und die Selbstverstärkung.

Zu verstehen, wie Kinder und Jugendliche Ereignisse und Erfahrungen kognitiv interpretieren, ist eine Grundvoraussetzung der KVT. Jede kognitive Intervention hat sich daran zu orientieren. (Weitere Informationen zu kognitiven Defiziten oder Verzerrungen, die zahlreichen Problemen des Kindesalters zugrunde liegen, sind einzusehen in Schlarb [2012].)

Erkenntnisse aus der Arbeit mit erwachsenen Patienten, die unter Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) oder Zwangsstörungen leiden, verweisen auf die Notwendigkeit zu verstehen, wie das Trauma bzw. der Zwang vom Patienten selbst aufgefasst wird (Ehlers & Clark, 2000; Salkovskis, 1999). Eine langwierige Posttraumatische Belastungsstörung kann mit verzerrten kognitiven Prozessen einhergehen, die zur Folge haben, dass das Trauma an sich als gravierende aktuelle Bedrohung verstanden wird (Ehlers & Clark, 2000). In vergleichbarer Weise verzerrt sind auch die Kognitionen, die zahlreiche Zwangsstörungen aufrechterhalten; das heißt, die Betroffenen leben in der ständigen Angst, Schaden oder Unheil anzurichten, und haben ein

übersteigertes Verantwortungsgefühl entwickelt (Salkovskis, 1999). Ob diese Verzerrungen auch schon bei Kindern auftreten, ist nicht gesichert. Klar ist indes, dass wir unser Verständnis der kognitiven Prozesse, die psychischen Schwierigkeiten und Störungen im Kindesalter zugrunde liegen, verbessern müssen.

- Kinder mit psychischen Problemen weisen kognitive Defizite und Verzerrungen auf.
- Die kognitiven Prozesse, die mit psychischen Schwierigkeiten im Kindesalter assoziiert sind, müssen gründlicher erforscht werden.

1.4 Die charakteristischen Merkmale der Kognitiven Verhaltenstherapie

Der Begriff *Kognitive Verhaltenstherapie* bezeichnet eine Bandbreite unterschiedlicher Interventionen, die aber häufig zentrale Merkmale gemeinsam haben (Fennel, 1989).

KVT ist theoretisch fundiert

Der KVT liegen empirisch überprüfbare Modelle zugrunde, die sowohl die Behandlungsprinzipien (Affekt und Verhalten werden maßgeblich durch Kognitionen beeinflusst) als auch den Fokus und die Art der Therapie vorgeben (Infragestellung von Verzerrungen bzw. Bearbeitung von Defiziten). KVT ist kein Konglomerat disparater Techniken, sondern eine kohärente, rationale Intervention.

KVT beruht auf einem Modell der partnerschaftlichen Zusammenarbeit

Ein zentrales Merkmal der KVT ist die kollaborative Natur der therapeutischen Beziehung. Die Kinder oder Jugendlichen arbeiten aktiv daran mit, Behandlungsziele zu formulieren. Sie werden zum Experimentieren und Üben angehalten und beobachten und beurteilen ihre Leistungen. Dieser Ansatz ist einer stringenteren und effektiveren Selbstkontrolle zuträglich. Der Therapeut ist für den stützenden Rahmen verantwortlich. Darüber hinaus hat er die Aufgabe, es dem Kind oder Heranwachsenden in einer partnerschaftlichen Beziehung zu ermöglichen, seine Probleme besser zu verstehen und alternative Denk- und Verhaltensweisen zu entdecken.

KVT ist zeitlich begrenzt

KVT ist eine Kurzzeitbehandlung. Sie umfasst zumeist nicht mehr als 16 Sitzungen, häufig sogar weniger. Die kurze Dauer der Intervention fördert die Eigenständigkeit und ist Hilfe zur Selbsthilfe. Das Modell kann in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mühelos eingesetzt werden. Die Dauer der Intervention ist in diesen Altersgruppen gewöhnlich deutlich kürzer als bei Erwachsenen.

KVT ist objektiv und strukturiert

Die KVT ist ein strukturiertes und objektives Verfahren. Die Kinder oder Jugendlichen werden durch einen Prozess der Beurteilung, Problemformulierung, Intervention, Überprüfung und Bewertung hindurchgeleitet. Die Behandlungsziele werden expliziert definiert und regelmäßig besprochen. Eine wesentliche Rolle spielen Quantifizierung und Ratings (zum Beispiel werden die Häufigkeit unangemessener Verhaltensweisen, die Hartnäckigkeit, mit der das Kind an dysfunktionalen Gedanken festhält, oder die Intensität trauriger oder

verstörender Gefühle anhand von Skalen bewertet). Durch die regelmäßige Kontrolle lassen sich Fortschritte beurteilen, indem man die aktuelle Performanz mit den Bewertungen zu Beginn der Intervention vergleicht.

KVT fokussiert auf das Hier und Jetzt

KVT-Interventionen fokussieren auf die Gegenwart, auf aktuelle Probleme und Schwierigkeiten. Sie versuchen nicht,

„unbewusste frühe Traumata oder biologische, neurologische und genetische Faktoren aufzudecken, die an einer psychischen Dysfunktion beteiligt sind; stattdessen sollen sie die Fähigkeit vermitteln, die Welt auf neue, besser angepasste Weise zu verarbeiten.“

(Kendall & Panichelli-Mindel, 1995)

Dieser Ansatz leuchtet Kindern und Jugendlichen unmittelbar ein. Die Ursprünge ihrer augenblicklichen Schwierigkeiten sind für sie meist weniger interessant. Ihnen geht es in erster Linie darum, in der Gegenwart und ganz konkret etwas zu ändern.

KVT erfolgt durch einen Prozess der gelenkten Selbstentdeckung und des angeleiteten Experimentierens

Die KVT ist ein aktiver Prozess, der dazu ermutigt, sich selbst zu hinterfragen und seine Annahmen und Grundüberzeugungen in Zweifel zu ziehen. Der Therapeut erteilt dem Patienten keine Ratschläge und präsentiert ihm keine Entdeckungen; stattdessen regt er ihn dazu an, Fragen zu stellen und durch einen Prozess des Experimentierens zu lernen. Er hilft ihm, seine Gedanken, Annahmen und Grundüberzeugungen zu überprüfen, alternative Erklärungen zu entdecken und neue Möglichkeiten der Bewertung von Ereignissen und Verhaltensweisen zu finden, sie auszuprobieren und die Ergebnisse anschließend zu beurteilen.

KVT beruht auf dem Erlernen neuer Fertigkeiten

Die KVT dient Kindern und Jugendlichen als Möglichkeit, alternative Denk- und Verhaltensmuster zu erlernen. Die jungen Menschen werden ermutigt, Fertigkeiten und Denkweisen, die der Therapeut in den Sitzungen mit ihnen bespricht, ins Alltagsleben zu übertragen. Eine zentrale Komponente zahlreicher Programme bilden die Hausaufgaben.

- KVT ist theoretisch fundiert.
- Sie beruht auf einem Modell der aktiven Zusammenarbeit.
- Sie ist eine Kurzzeittherapie.
- Sie ist objektiv und strukturiert.
- Sie fokussiert auf aktuelle Probleme.
- Sie fördert die Selbstentdeckung und das Experimentieren.
- Sie ist ein fertigkeitengestütztes Lernverfahren.