

Verhaltenstherapeutisches Arbeiten mit Kindern, Jugendlichen und Eltern

Vortrag zum 10jährigen Praxis-Jubiläum der Gemeinschaftspraxis Dr. Teichert et al.
Am 22.10.04 in Offenburg

Sehr geehrte Damen und Herren,
noch einmal meinen herzlichen Glückwünsche an das gesamte Praxis-Team für die herausragende Leistung der letzten 10 Jahre und beste Wünsche für die nächsten 10 – wenn wir einmal in Jubiläumsschritten denken wollen.

Einleitung:

Ich wurde gebeten, über verhaltenstherapeutischen Arbeiten mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern zu referieren. Lassen Sie mich zunächst einiges –gar nicht so „spezifisch-verhaltenstherapeutisches“ anmerken:

Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist ein vielschichtiger, spannender Prozess, der allein mit einer Methodenorientierten Sichtweise – welches Problem – welche Intervention- welches Ergebnis? –nicht hinreichend beschrieben werden kann.

Folgende Aspekte gelten aus meiner Sicht für alle Formen der Kindertherapie:

Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

- Beteiligung verschiedener Subsysteme
- Unterschiede in Problemsicht und Zielsetzung



- In der Kindertherapie haben wir es immer **mit mehreren Subsystemen** zu tun. Erwartungen, Einstellungen, Lebensweisen und Lebenssituationen einer ganzen Reihe von Systembeteiligten und deren Wechselwirkungen fließen in diesen Prozess ein und prägen ihn. – Eltern und Kinder bringen ihre je eigenen Geschichten, Sichtweisen und

Gewohnheiten ein – nicht zuletzt wir als Therapeut/In bringen unsere berufliche Sozialisation, unsere Erfahrungen und Prägungen mit.

„Mama hat gesagt, ich soll mit“ -Zur Frage von Therapiemotivation und –auftrag in der Kinder-VT

Kindertherapeuten/innen bekommen im Allgemeinen den therapeutischen Auftrag nicht von den Kindern und Jugendlichen selbst sondern i.d.R. von den Eltern, manchmal von Erziehern, oder Pädagogen. Auch wenn diese Auftraggeber bsp. wegen Verhaltensauffälligkeiten des Kindes im Erziehungsalltag hochbelastet sind, und deshalb möglicherweise hochmotiviert sind, professionelle Hilfe aufzusuchen, heißt dies noch lange nicht, dass das Kind/der/ die Jugendliche selbst sein Verhalten in gleicher Weise als problematisch ansieht- es ist auch noch nicht gesagt, ob ein vom Kind in der Therapie formuliertes oder angestrebtes Therapieziel dem der Eltern entspricht.

Nicht selten erhalten wir von Eltern eine Art Reparaturauftrag – der die Notwendigkeit zur Veränderung zunächst hauptsächlich beim Kind oder Jugendlichen ansiedelt.

Eine wesentliche Aufgabe in der ersten Phase der Therapie liegt also darin - den verschiedenen Sichtweisen Gehör und Raum zu verschaffen.

Dazu gehört, die Sichtweise *aller Beteiligten* – z.B. zur Wahrnehmung von Problemen, Ideen zu deren Entsehung, bisherigen Lösungsversuchen, Hoffnung auf Veränderung und Zielvorstellungen taktvoll und differenziert zu erfragen.

Es gehört zu den wesentlichen Aufgaben insbesondere in der Anfangsphase der Therapie, sowohl Eltern als auch Kind/Jugendlichen

- in ihrem Bedürfnis nach Verständnis, Akzeptanz zu begegnen und gleichzeitig klar zu machen,
- dass zu einer Problemlösung jeder Einzelne seinen Beitrag leisten muss.

Der **Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung** zum Kind/ Jugendlichen ist insbesondere in der Anfangsphase der Therapie ein wesentlicher Baustein von Änderungs- und Therapiemotivation .

Dazu gehört seitens des /der Therapeutin, Interesse und Wissen gegenüber dem Kind als Person, nicht nur am als problematisch wahrgenommenen Verhalten zum Ausdruck zu bringen. Fragen nach Vorlieben und Fähigkeiten des Kindes, nach Freunden und Klassenkameraden, danach, was es gut kann und gerne macht liefern wichtige Informationen, die im Verlauf der Therapie genutzt werden können.

Es ist in diesem Zusammenhang für den Kinder/und Jugendlichenpsychotherapeuten hilfreich zu wissen, dass GZSZ nichts mit der Gebühreneinzugzentrale zu tun hat, sondern eine von Mädchen vielgesehene Vorabendserie ist, dass Richard Golz nicht der Frankfurter Schule um Adorno und Horkheimer sondern als Torwart dem SC Freiburg angehört und dass GLUMANDA kein Gewürz sondern ein POKEMON der ersten Generation darstellt. Falls Sie nicht bei allem ganz im Bilde waren -trösten Sie sich- so wichtig und unerlässlich es für den/die Kinder/Jugendlichentherapeutin ist, Zugang und Interesse an kindlichen und jugendlichen Lebenswelten zu haben – der Anspruch, hier jeweils up to date zu sein, ist schlechterdings unmöglich.

Fallbsp.: der 14jährige Tobias leidet aufgrund einer Hormonstörung an einem deutlichem Minderwuchs. Der nur 1,40m große Jugendliche fällt zu Hause und in der Schule durch zunehmend aggressives und dissoziales Verhalten auf – zum ersten Therapiegespräch kommt er nur auf erheblichen Druck der Eltern. Ein zähes, von seiten Tobias mürrisch geführtes Gespräch wandelt sich erheblich, als T. auf Nachfrage von seinem Interesse an Eminem, und

Rap berichtet. Seine Talent, eigene Rap texte zu schreiben, vor andern Gleichaltrigen vorzutragen und zu improvisieren, wird im verlauf der therapie zu einer wichtigen Ressource, die es ihm ermöglicht, für ihn wichtige Inhalte zur Sprache zu bringen aber auch, den Stolz und die Zufriedenheit aus diesem Bereich konstruktiver einzusetzen und zu üben, in Konfliktfällen nicht gleich zuzuschlagen.

Historisches:

Die VT basiert auf lerntheoretischen und behavioristischen Modellen des Verhaltens. Lassen Sie mich einiges zur Entwicklung der VT sagen, wobei ich – seien Sie beruhigt – nicht im Einzelnen auf lerntheoretische Details eingehen möchte, Ihnen aber dennoch etwas Theorie zumute:

Auf der Handlungsebene geht es um eine Veränderung von ungünstigen eingeschliffener Verhaltensweisen, Intentionen und Antrieben. Verhalten wird dabei verstanden als eine Abfolge von Handlungssequenzen, die durch situative Gegebenheiten bestimmt werden. Innere und äußere Reize können dabei als positive oder negative Verstärker wirken. Im Rückblick lassen sich verschiedene Phasen in der historischen Entwicklung der Verhaltenstherapie unterscheiden:

In der ersten Phase waren die Therapien sehr eng an Lerntheorien (klassisches Konditionieren, Operantes Konditionieren) orientiert. Das Prinzip des **klassischen Konditionierens** lässt sich exemplarisch geradezu tagtäglich im Kinderkrankenhaus beobachten: Ein Beispiel ist der weiße Kittel, der für manche Kinder schnell von einem neutralen zum angstauslösenden Stimulus wird. Aber auch andere Reaktionen können klassisch konditioniert werden – z.B. treten Übelkeit und Erbrechen bei manchen Kindern, die mit Zytostatika behandelt wurden schon beim Anblick von Infusionsflaschen oder bestimmten - mit der ursprünglichen Situation assoziierten Gerüchen auf.

Ein weiteres historisches Experiment, das nicht nur das lerntheoretische Prinzip des Generalisierens und die Entstehung bestimmter Aspekte von Angst verdeutlicht, sondern v.a. auch zeigt, wie fragwürdig lerntheoretische Forschung in ethischer Hinsicht sein kann, wurde von RAYNER und WATSON 1920 durchgeführt. Sie konditionierten bei dem damals 11 Monate alten Heimkind Albert zunächst mit Hilfe eines erschreckenden Geräusches Angst vor einer Ratte. Mit dieser Ratte hatte der Junge zuvor angstfrei gespielt. Sie konnten beobachten, dass sich die Angst des Jungen danach ausdehnte auf andere Pelztiere und mit Pelz versehen Gegenstände. Bevor eine Versuch unternommen werden konnte, Albert von seiner künstlich erzeugten Angst wieder zu befreien, wurde der Junge unerwartet aus dem Heim entlassen – wir wissen nicht wie es Albert, der heute 85 wäre, in seinem weiteren

Leben ergangen ist. Aber es waren Experimente wie diese, die der VT lange Zeit den Ruf einer mechanistischen, nur am Symptom und nicht an der Person interessierten Methode

Operantes Lernen



eingebraucht haben.

Ein weiteres wesentliches Paradigma ist das Prinzip des **Operanten Verstärkens** oder **Operanten Konditionierens**. Skinner und Watson konnten zeigen, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit und Frequenz von bestimmten Verhaltensweisen entscheidend dadurch bestimmt wird, welche Konsequenzen dieses Verhalten nach sich zieht. Dieses Grundprinzip des Lernens hat nicht nur nach wie vor große Bedeutung für das Verständnis, wie sich problematisches Verhalten entwickelt, als auch auf welchem Weg Änderungen erzielt werden können.

Wie die obige Abb. zeigt, gehört, das Prinzip der positiven Verstärkung erwünschten Verhaltens zu einem der am häufigsten angewandten Erziehungsmethoden – es zeigt jedoch gleichzeitig, dass die Auswahl der Verstärker - soziale Verstärker sollten in der Regel immer den Vorzug vor materiellen haben – einen entscheidenden Einfluss bei dem Erfolg dieses Lernprinzips hat.

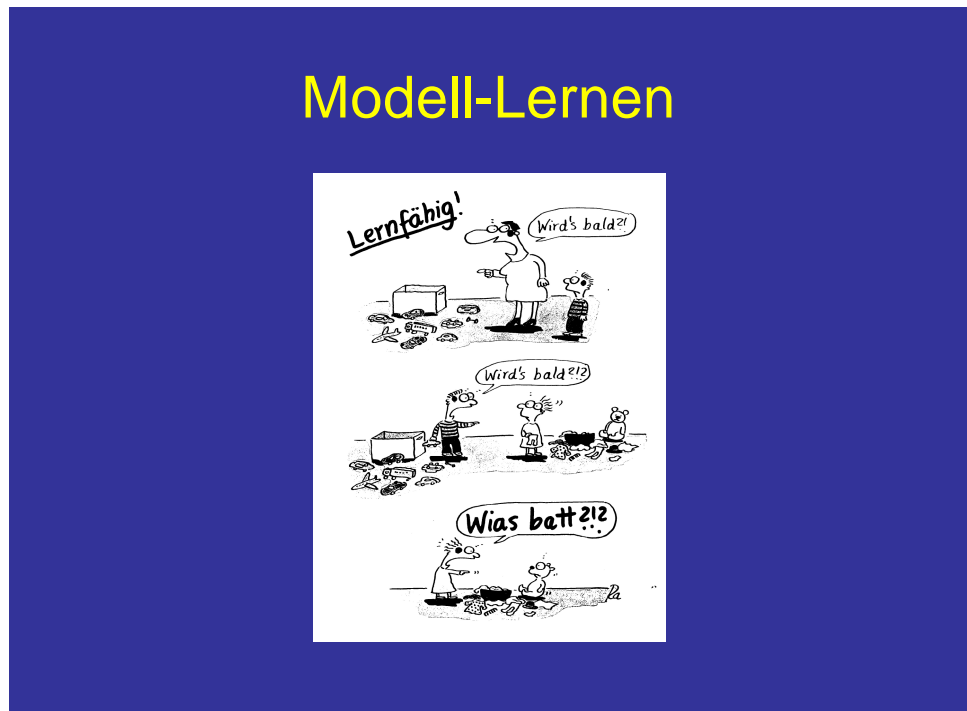
Auch in der Entstehung klinisch bedeutsamer Störungen kann das Prinzip der Operanten Verstärkung wesentlichen Anteil haben.

Ein klinisches Beispiel: Ein 2jähriger Junge wird in unsere Ambulanz vorgestellt. Die Eltern berichten über ausgeprägte Schlafstörungen. Dirk schlafe erst nach stundenlangen sich

abwechselnden Bemühungen der Eltern ein. Um ihn zum Schlafen zu motivieren, werden über eine Stunde Lieder und Geschichten vorgetragen, dem Wunsch nach wechselnder Anwesenheit jeweils des anderen Elternteils wird in der Hoffnung, ihn zu beruhigen, und unweigerlichen Wutanfällen sofort Rechnung getragen – auch Wünsche nach Trinken, gegebenenfalls Essen werden erfüllt. Als maximal problematisch erleben die Eltern jedoch Dirks häufiges Aufwachen nachts, das zunehmend begleitet wird von heftigem Kopfschlagen des Kindes an die Wand. Die verunsicherten Eltern versuchen beruhigend auf das Kind einzureden, mit ihm zu sprechen, um Dirk zum Aufhören zu bewegen, berichten jedoch von einer wachsenden Anzahl massiv gestörter Nächte. Eine neuropädiatrische Abklärung erbringt bei dem vollkommen altersgerecht entwickelten Kind keinerlei auffälligen Befund. Im Gespräch mit den Eltern wird deutlich, dass beide Eltern die Befürchtung haben, das Verhalten ihres Kindes könne Ausdruck einer schweren psychischen Störung sein. In der Spielbeobachtung mit Eltern und Kind sowie deren Schilderung von Alltags-Situationen ist zu sehen, dass beide Eltern kaum in der Lage sind, dem Kind sicherer und verlässliche Regeln vorzugeben und auf deren Einhaltung zu bestehen, da sie fürchten, sonst Wutausbrüche des Kindes zu provozieren. Als erschwerend beschreibt die Kindesmutter, dass ihre eigenen Eltern bei denen Dirk mehrfach in der Woche betreut werde, versuche, feste Regeln einzuführen vielfach unterlaufen. Es gelingt rasch, mit den Eltern zu erarbeiten, wie deren bisheriger Umgang beispielsweise mit der Schlafsituation des Sohnes im Sinne systematisch positiver Verstärkung des Problemverhaltens zur Entstehung und Aufrechterhaltung der schwierigen Situation beigetragen haben. Zusammen mit der beruhigenden Versicherung, dass es sich nicht um den Ausdruck einer schweren psychischen Erkrankung handele, können gemeinsam Verhaltens-Alternativen besprochen werden, die dazu führen, dass Dirk zunehmend unproblematisch ein und durchschläft. Diese ersten Erfolge bestärken die Eltern darin, auch in anderen Alltagsbereichen sicherer im Umgang mit dem eigenen Kind aber auch gegenüber anders lautenden Meinungen und Forderungen der Großeltern, was die Erziehung des Enkels angeht, aufzutreten.

Modell-Lernen

Lernen am Modell spielt insbesondere beim Erwerb komplexer sozialer Fertigkeiten eine wesentliche Rolle – sowohl im Alltagsleben als auch in der verhaltenstherapeutischen Arbeit ist Lernen durch beobachten, Imitieren und Ausprobieren neuer Handlungsmöglichkeiten ein zentraler Bestandteil.



Ein weiteres Beispiel aus dem klinischen Alltag:

In der Arbeit mit krebskranken Kindern konnte durch intensiven Einsatz von Spielmaterial, Bilderbüchern, Einüben von Strategien im Spiel mit Puppen und Übungen im Rollenspiel erreicht werden, dass bereits sehr kleine Kinder schwierige Behandlungsmaßnahmen wie beispielsweise eine halbstündige Bestrahlung, die erfordert, dass das Kind in dieser Zeit reglos und ohne direkte Anwesenheit einer vertrauten Bezugsperson auf dem Bestrahlungstisch liegen bleibt - bestehen, ohne dass eine belastende Sedierung oder Narkose eingesetzt werden musste.

Kognitive Verhaltenstherapie

Die sogenannte „**kognitive Wende**“ Ende der 70er Jahre bezog die Therapie stärker zuvor auf die Person und ihre Handlungsstrukturierenden Überlegungen. Forscher wie Ellis, Beck, Kanfer und Meichenbaum gingen nicht mehr davon aus, dass Problemverhalten eines Kindes ausschließlich durch Konditionierungsprozesse zu erklären sind. Vielmehr wird im Rahmen

der modernen, kognitiven Verhaltenstherapie davon ausgegangen, dass Verhalten durch innere Gedanken –Kognitionen – in Form von inneren Monologen, Selbstanweisungen, Überzeugungen und übergeordneten Einstellungen begleitet und vermittelt wird.

Dysfunktionale Kognitionen etwa in Form innerer Selbstabwertung, verzerrter Wahrnehmung sozialer Situationen oder Bewertung des eigenen Tuns spielen heutzutage im Verständnis und in der Therapie von Störungen wie beispielsweise der Depression, Angst, Zwangsstörungen oder auch der Anorexie eine zentrale Rolle.

Bei aggressiven, impulsgestörten Jugendlichen konnte gezeigt werden, dass soziale Situationen in typischer Weise verzerrt wahrgenommen werden. Sie deuten Situationen fehl und vermuten bei anderen feindelige Absichten, während eigene aggressive Reaktionen unterschätzt werden.

Bei ängstlichen, selbstunsicheren und depressiven Kindern zeigen sich häufig negativ gefärbte Wahrnehmungsstile sowohl der eigenen Person als auch der Umwelt gegenüber. Eigene Schwächen werden übermäßig wahrgenommen, dagegen potentiell angstausslösende, als bedrohliche Information selektiv stark wahrgenommen. Zuversichtlich stimmende Hinweise und Informationen werden eher abgewertet und unterschätzt.

Ziele der VT auf der kognitiven Ebene:

- ? Erarbeitung und Einüben von realitätsgerechten Erwartungshaltungen an sich und die Umwelt
- ? Veränderung des Selbstbildes/Selbstkonzepts
- ? Veränderung von Attributions- und Wahrnehmungsstilen
- ? Verbesserung von Impulskontrolle und Selbststeuerung

Ein Beispiel für das Ineinandergreifen traditioneller und kognitiver Strategien ist das Selbstinuktionsntraining von Meichenbaum (1979), das zunächst insbesondere für hyperkinetische und impulsgestörte Kinder entwickelt wurde.

Patienten üben durch angeleitete Selbstbeobachtung, dysfunktionale innere Bewertungen und Impulse frühzeitig wahrzunehmen, und günstigere innerer Anweisungen, Bewertungen und Autosuggestionen anzuwenden. In Verbindung mit traditionellen VT-Techniken wie Rollenspiel und Verhaltensübungen können neue Verhaltensweisen aufgebaut und verstärkt werden. Irrationale Überzeugungen können an der Realität überprüft und leichter geändert werden.

Psychoedukation

Kognitive Verhaltenstherapie beginnt nicht erst bei der Identifizierung und Bearbeitung verzerrter oder dysfunktionaler innerer Monologe und Bewertungen.

Kognitive Therapie beginnt bereits mit einer – dem Entwicklungsstand des Kindes angepassten **Informationsvermittlung zur Entstehung eines Störungsbildes (Psychoedukation)** ebenso wie die Aufklärung der Eltern.

Gutes Beispiel hierfür ist etwas das Einkoten:

Viele Eltern –im übrigen auch Fachleute- sind überzeugt, das Kind kote willentlich aus einer aggressiven Motivation heraus ein. Dies führt unweigerlich zu dysfunktionalem strafenden Verhalten. Das Kind entwickelt rasch ein Selbstbild, das von Scham, Selbstabwertung und verleugnung gekennzeichnet ist. Gleichermäßen hilflose wie aggressive Verhaltensweisen - u.a- das typische Verstecken verschmutzter Unterhosen bestätigen scheinbar das Krankheitsmodell – „dem ist das alles egal,er könnte wenn er wollte. Er macht das mit Absicht“. Die Vermittlung von Information über das Störungsbild im Gespräch oder durch Bilderbücher- z.B. die Tatsache, dass das betroffene Kind beileibe kein Einzelfall ist – dass bei der häufig zugrunde liegenden Überlaufenkopresis das betroffene Kind nichts dafür kann und bei großen gehorteten Stuhlmassen im Darm das Kind momentan trotz aller Anstrengung keine Kontrolle über die Ausscheidung hat, tragen manchmal bereits im Erstgespräch zur deutliche Entlastung von Eltern und Kind bei. Die Reduktion von Schuldattributionen und Scham sind eine wesentliche Voraussetzung für Therapiemotivation und Compliance.

Generell gilt:

Voraussetzung für eine Therapie ist, dass Wahrnehmungs- und Informationsstrathien des Kindes verstanden sind. Die Therapie muss entwicklungsbezogen sein , das heißt, sie muss auf den individuellen kognitiven Möglichkeiten des Kindes aufbauen. Daraus ergibt sich u.a. der Anspruch, dass im Rahmen einer Kinder- oder Jugendtherapeutischen Behandlung routinemäßig eine **Intelligenzdiagnostik** erfolgen sollte.

Schlussbemerkungen:

In den letzten Jahren sind zunehmend auf bestimmte Störungsbilder zugeschnittene Therapiemanuale – auch für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen entstanden.

Der VT wird nachgesagt , eine effiziente und rasche Methode zu sein – sicher richtig ist – dass die VT empirisch - zunehmend liegen hier auch ergebnisse für die behandlung von

Kindern und Jugendlichen vor - Effektivitätsnachweise der Methode belegen kann. Daraus wird nicht selten ein gewisser Machbarkeitsmythos abgeleitet, der verkürzt dargestellt, nahe legt- bei ordentlicher VT oder gar - richtiger Manualanwendung sei jedes Störungsbild in den Griff zu bekommen.

Im „wirklichen Leben“ reichen Therapiemanuale für eine differenzierte verhaltenstherapeutische Arbeit in der Regel nicht aus - auch wenn sie einen sinnvollen Baustein darstellen können. Gerade bei schweren und chronifizierten Störungsbildern spielen langer Atem und Geduld, die individuell orientierte Arbeit an emotionalen Inhalten, an Beziehungsaspekten und familiären Konstellationen eine wichtige Rolle.

Die Verhaltenstherapie zählt in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zu den wichtigen Verfahren – sowohl die nachfolgenden Vorträge zur Familientherapie und Tranaktionsanalyse als auch die wissenschaftliche Erkenntnisse der Therapieforschung der letzten Jahre belegen zunehmend, dass - wenn wir das Ziel einer möglichst guten Versorgung und optimalen Behandlung unserer Patienten verfolgen- es sicherlich nicht um einen Konkurrenzkampf zwischen verschiedenen Therapieschulen gehen kann, sondern darum, für jeweiligen Patienten, dessen Problemstellung und geeignete Methode zu finden.

Literatur:

Berger-Sallawitz, F. , (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (unveröffentlichtes Manuskript)

Borg-Laufs. M. (Hrsg.). (1999). Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd.1, Tübingen: DGVT

Eggers, C., Fegert, J. Resch, F., (2004). Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin: Springer

Cartoons: Marie Marcks und Renate Alf

