



Leseprobe aus: Schlarb/Stavemann, Einführung in die KVT, ISBN 978-3-621-27693-1
© 2011 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27693-1>

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 bislang vor allem in den USA viel geforscht und publiziert (Christner et al., 2007; Friedberg et al., 2002; Stallard, 2005). Im Gegensatz zu den amerikanischen Kolleginnen und Kollegen, die Kinder und Jugendliche bereits seit mehreren Dekaden höchst erfolgreich, effektiv und langfristig wirksam mit kognitiven Interventionsmethoden behandeln, haben bisher leider nur wenige deutsche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten die »Kognitive Wende« vollzogen. Woran liegt das?

Zum einen vermutlich an fehlenden Ausbildungsmöglichkeiten. Es gibt noch zu wenige Ausbilder für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, die kognitive Diagnose- und Behandlungstechniken für diese Altersgruppe vermitteln. Zum anderen geistern immer noch Argumente für die Präferenz klassischer VT-Methoden und gegen den Einsatz kognitiver Verfahren herum, die einer kritischen Prüfung unterzogen werden sollten. Die am häufigsten genannten 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 in der Symptombehandlung und -beseitigung 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 bei der Behandlung des Bettnässens). Allerdings wäre dann noch zu klären, ob es sich hierbei um Erziehungsberatung oder Verhaltensformung oder um Psychotherapie, d. h. um die systematische Behandlung 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 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.

Bisweilen führen derartige symptomorientierte Behandlungen zu Symptomverschiebungen und nur zu kurzfristiger Symptommfreiheit, da die zugrunde liegenden 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 Grundschul Kinder können zwar noch wenig über ihre Kognitionen reflektieren, dennoch entstehen manchmal auch ihre emotionalen Probleme durch Kognitionen und Konzepte, die sie i. d. R. von den Eltern und Bezugspersonen übernommen haben. Deswegen ist bei der Behandlung 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, 1969; 1987).

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

Natürlich müssen die KVT-Techniken im Kindes- und Jugendalter modifiziert und 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 Hilfestellung bei der Erziehung ihrer Kinder zu erbitten, bestimmte störende, unerwünschte oder selbst- und fremdschädigende Verhaltensmuster zu verändern oder sonst wie regulierend und verhaltenssteuernd einzugreifen, dann handelt es sich um den Wunsch nach Erziehungsberatung. Hier wird versucht, die Fragestellung zu lösen: »Was kann ich tun, damit mein Kind so etwas unterlässt und dafür dieses oder jenes macht?«

Psychotherapie. Unter Psychotherapie soll die systematische Bearbeitung 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 die Bearbeitung 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 lassen sich derart übernommene dysfunktionale kognitive Muster und Schemata in lediglich drei Kategorien sortieren und beschreiben als

- ▶ Selbstwertprobleme,
- ▶ Existentielle Probleme,
- ▶ Probleme aufgrund geringer Frustrationstoleranz.

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 *existentielles 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 existentiellen 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«. Bei Vorschulkindern treten existenzielle Probleme in Form von Angst vor der Dunkelheit, vor Geistern, vorm Verlassenwerden 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 weitgereichte 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 mangelnder Frustrationstoleranz* 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 Probleme aufgrund geringer Frustrationstoleranz (GFT) in allen Altersgruppen stark zugenommen. Heute sind wohl 40 Prozent aller neurotischen Störungen bei Jugendlichen und Erwachsenen darauf zurückzuführen. Aber auch Kinder sind hierdurch in ähnlichem Maße und Umfang betroffen. 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 geringe Frustrationstoleranz der Eltern prägend auf die kindliche Haltung und auf dessen erlernte Strategien aus.

Es ist unwesentlich, ob die Bezugspersonen es »aus Liebe« unterlassen, notwendige Grenzen zu setzen und auf deren konsequente Einhaltung 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 einer 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 umgehend zufriedenzustellen, damit sie eine »gute Mutter« ist, wird auch dieses Verhalten die künftige Erwartungshaltung und die Strategien des Kindes prägen. Solche elterlichen Haltungen werden den Aufbau einer 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« (Keine Zielerreichung ohne den dafür nötigen Einsatz).

Beispiel

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

Die Eltern erscheinen mit ihrem Sohn Kai, 5 Jahre, und klagen darüber, dass ihr Sohn in letzter Zeit unerträglich aggressiv geworden sei, ständig Wutausbrüche habe und laut herumschreie. Die endgültige Entscheidung, dass jetzt unbedingt

etwas unternommen werden müsse, sei gefallen, seit Kai nun auch im Kindergarten als 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«. Es falle dann auch schon mal das eine oder andere heftige Wort und die Tür schlage etwas lauter zu, aber man respektiere und liebe 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; direkte Sanktionierung für Grenzverletzungen und Verstärkung 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 GFT besitzen und dass sie erwarten, andere sollten die Erziehung ihres Sohnes übernehmen. Sie selbst mögen ihm keine Grenzen setzen oder zumindest nicht auf deren Einhaltung 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 ihre eigene konsequente Mitwirkung kein Therapieerfolg möglich ist, wird er wegen ungünstiger Prognose keine Therapie beginnen, denn wo keine Bande ist, funktioniert auch keine »Billard-Therapie« (siehe nächsten Abschnitt).

»Ab wann kann man denn bei Kindern ein Problem wegen zu geringer Frustrationstoleranz 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 Gequengel 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 zur GFT bereits überschritten, denn der hierfür typische Leitgedanke »ich will etwas, aber es darf mich nichts kosten« ist bereits aktiv.

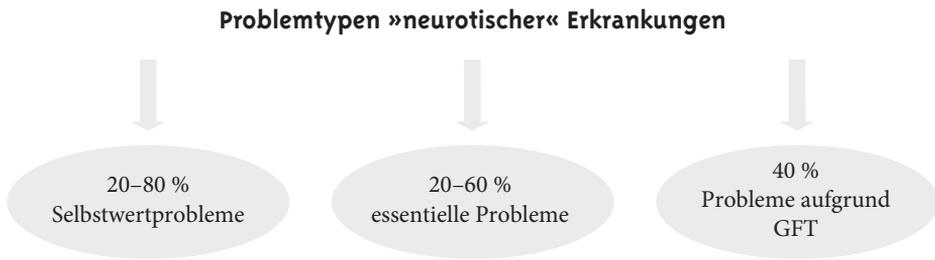


Abbildung 0.1 Problemtypen neurotischer Erkrankungen: Die Prozentzahlen zeigen die altersabhängige Zunahme/Abnahme. Die Summe der Prozentsätze ergibt über 100 %, da man auch an zwei oder drei Problemen leiden kann (aus: Stavemann, 2011)

Diagnose der kognitiven Entwicklung

Psychische Störungen treten bei ca. 7–15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen auf (Remschmitt, 1995). Um hieran angemessen mit kognitiven Methoden zu arbeiten, ist das Wissen um die entwicklungspezifischen 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 zur Bevorzugung 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 einer Pathologisierung 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, 2010a).

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 (siehe auch Döpfner & Lehmkuhl, 1997).

Betrachtet man die Symptomatik des Kindes oder Jugendlichen als Anpassungsversuch, so ergibt sich eine eher 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 stressend 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 die Berücksichtigung solcher reziproker Prozesse wichtig und kann maßgeblich für die Wirksamkeit von Interventionsstrategien sein.

Zudem werden die Möglichkeiten in die Therapie miteinbezogen, 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 der Bewältigung 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 die Therapie von jungen Kindern und für die Beratung 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 die aktive Beteiligung des Kindes am Geschehen. Sie 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 Vorschul- und Grundschulalter bei dem neu zu Erlernenden mit einbezogen werden. Besonders zu erlernende 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 der Beteiligung 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, Clifton & Clarson, 1987). Für die Therapie von Kindern bedeutet dies, dass das Gelernte im geeigneten Kontext wiederholt werden soll, damit es vom Kind leichter abrufbar ist.

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.

Darstellung 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