



Lauth • Linderkamp (Hrsg.)

4. Auflage

# Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen

Praxishandbuch

**BELTZ**

# 9 Spezifische Phobien

Tina In-Albon • Simone Pfeiffer

## Fallbeispiel

Lara, 10 Jahre, berichtet über starke Angst vor Puppen, die seit ca. 1,5 Jahren bestehe. Vor dieser Zeit sei die Angst auch bereits vorhanden gewesen, seit sie allerdings einen Horrorfilm mit einer Puppe als Protagonist geschaut habe, sei diese in erheblichem Ausmaße aufgetreten. Immer wenn sie eine Puppe sehe, auch Schaufensterpuppen, zittere sie, bekomme Herzklopfen, Kopfschmerzen, Kribbeln in den Händen und ein »komisches« Gefühl im Bauch. Sie habe die Befürchtung, dass die Puppen lebendig werden könnten und sie verletzen oder töten. Zuhause habe sie alle Puppen entsorgt oder in den Keller verbannt. Derzeit seien die Ängste auch in der Schule vorhanden und sie könne nur unter starker Anspannung auf die Toilette gehen, weil vor dem Mädchen-WC Schaufensterpuppen stehen. Sie gibt an, dass sie aufgrund der Ängste häufig schlecht ein- und durchschlafen könne. Sie vermutet, dass sie ohne die Ängste keine Schlafprobleme hätte. Durch ihre Ängste fühle sich Lara sehr beeinträchtigt und habe großen Leidensdruck. Sie äußert den Wunsch nach Hilfe. Lara zeigt die Symptome einer Spezifischen Phobie, anderer Typus (Puppenphobie).

## 9.1 Diagnostische Kriterien nach ICD-10

In der ICD-10 wird unterschieden zwischen der kindspezifischen Diagnose »Phobische Störung des Kindesalters (F93.1)« und den »Phobischen Störungen (F40)«, die sowohl für das Kindes- als auch das Erwachsenenalter gelten. Aktuell liegen keine empirischen Befunde vor, die eine spezifische Differenzierung beider Diagnosen sichern könnten. Es liegen auch keine klaren Anweisungen vor, welche Diagnose vorzuziehen ist, wenn beide Diagnosen erfüllt sind. In die »Phobischen Störungen« gehen die »Agoraphobie (F40.0)«, »Soziale Phobie (F40.1)«, »Spezifische Phobie (F40.2)« und »sonstige phobische Störungen (F40.8)« ein.

Exemplarisch werden nachfolgend die ICD-10-Kriterien für die Diagnose einer »Spezifischen Phobie nach F40.2 und F93.1« dargestellt. Mit kleinen Abweichungen werden in der ICD die gleichen Kriterien auch den anderen Phobiekategorien zugrunde gelegt. Die Entscheidung, welche Form der Phobie vorliegt, hängt von dem gefürchteten Inhalt ab (s. Tab. 9.1). Die »Phobische Störung des Kindesalters« bezieht sich in Abgrenzung zur F40-Diagnose auf entwicklungsphasenspezifische

Ängste, die anhaltend und wiederkehrend sowie übermäßig ausgeprägt und mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen verbunden sind.

Handelt es sich um eine eng umgrenzte Furcht (z. B. Angst vor Phantasiegestalten oder Spinnen), wird die Diagnose »Spezifische Phobie« gegeben.

#### **Diagnosekriterien »Spezifische Phobie (F40.2)«**

A. Entweder (1) oder (2)

(1) deutliche Furcht vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation, außer Agoraphobie oder sozialer Phobie

(2) deutliche Vermeidung solcher Objekte und Situationen

B. Angstsymptome (z. B. Herzklopfen, Schwitzen) in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung

C. Deutliche emotionale Belastung durch die Symptome oder das Vermeidungsverhalten; Einsicht, dass diese übertrieben und unvernünftig sind

D. Die Symptome sind auf die gefürchtete Situation oder Gedanken an diese beschränkt

E. Die Symptome des Kriteriums A sind nicht durch eine andere psychische Störung bedingt und sind nicht Folge von kulturell akzeptierten Anschauungen. Folgende fünf Subtypen werden unterschieden: Tier-Typ, Naturgewalten-Typ, Blut-Injektions-Verletzungs-Typ, Situativer Typ und Andere Typen

Beziehen sich Ängste konkret auf soziale Situationen (z. B. vor der Schulklasse sprechen), wird eine »Soziale Phobie« diagnostiziert.

#### **Diagnosekriterien »Phobische Störung des Kindesalters (F93.1)«**

A. Eine anhaltende oder wiederkehrende Angst, die zwar entwicklungsphasentypisch ist (oder zum Zeitpunkt des Beginns war), die aber übermäßig ausgeprägt und mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen verbunden ist.

B. Fehlen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F93.80)

C. Die Störung tritt nicht im Rahmen einer anderen psychischen Störung auf

D. Dauer mindestens 4 Wochen

Bei Ängsten, die an bestimmten Orten, wie z. B. in Menschenmengen, an öffentlichen Plätzen oder in gewisser Entfernung von zu Hause auftreten, wird eine »Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung« diagnostiziert.

Beziehen sich die Ängste auf plötzliche und unerwartete Angstanfälle, die mit einem Kontrollverlust verbunden sind, wird eine Agoraphobie diagnostiziert. Die Angst geht mit einer Reihe als unangenehm erlebter Symptome einher. Sie ist aber nicht an ein bestimmtes Merkmal der Situation gebunden, sondern wird vom Gefühl des Kontrollverlusts bestimmt (z. B. die Situation kann nur schwer verlassen werden, es steht keine Hilfe zur Verfügung, es wäre sehr peinlich, die Situation zu verlassen).

In Tabelle 9.1 sind typische Situationen, Symptome und Kognitionen für die Spezifische Phobie, die Soziale Phobie und Agoraphobie dargestellt, die aus klinischer Sicht für die Abgrenzung der einzelnen Phobiearten hilfreich sind.

**Tabelle 9.1** Charakteristische Merkmale der Spezifischen und der Sozialen Phobie sowie der Agoraphobie

Merkmals	Spezifische Phobie	Soziale Phobie	Agoraphobie
Stimulus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spinnen</li> <li>• Insekten</li> <li>• andere Tiere</li> <li>• Donner</li> <li>• Phantasiegestalten</li> <li>• Höhen</li> <li>• Fahrstuhl</li> <li>• Zahnarzt/ Arztbesuche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vor anderen reden</li> <li>• Fremde ansprechen</li> <li>• mit Autoritäten sprechen</li> <li>• Geburtstagsfeier / Party</li> <li>• im Mittelpunkt stehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menschenmengen</li> <li>• öffentliche Plätze</li> <li>• Supermärkte</li> <li>• Kaufhäuser</li> <li>• Zug/ Bus/ U-Bahn</li> <li>• Flugzeuge</li> <li>• geschlossene Räume</li> </ul>
Körperliche Symptome	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzklopfen</li> <li>• Bauchschmerzen</li> <li>• Schwitzen</li> <li>• Zittern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erröten</li> <li>• Zittern</li> <li>• Übelkeit, Bauchschmerzen</li> <li>• Herzklopfen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzklopfen</li> <li>• Bauchschmerzen</li> <li>• Schwitzen</li> <li>• Zittern</li> </ul>
Kognitionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Tier beißt mich.</li> <li>• Es passiert etwas Schlimmes.</li> <li>• Es wird wehtun.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich werde mich blamieren.</li> <li>• Andere lachen mich aus.</li> <li>• Andere denken schlecht über mich.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich werde ohnmächtig.</li> <li>• Ich bekomme keine Luft.</li> <li>• Ich sterbe.</li> </ul>

Die Inhalte der Ängste ändern sich mit dem Alter der Kinder. So zeigen vor allem Kinder im Vorschulalter Angst vor Geistern, Monstern, Dunkelheit, Tieren und dem Alleinsein, während bei den 10–12-Jährigen die Angst vor Blut und Verletzungen relativ häufig vorkommt. Soziale Ängste und Prüfungsängste beginnen mit dem Schuleintritt und nehmen mit zunehmenden Leistungserwartungen zu.

## 9.2 Epidemiologie, Verbreitung und Altersrelevanz

Die meisten Kinder zeigen im Verlauf ihrer Entwicklung unterschiedliche Ängste, jedoch werden nur die wenigsten dadurch so in ihrem Leben beeinträchtigt oder belastet, dass eine Spezifische Phobie als klinisch relevant angesehen wird. Die Häufigkeiten von klinischen Phobien werden in Tabelle 9.2 wiedergegeben.

**Tabelle 9.2** Prävalenzen von Phobien bei Kindern und Jugendlichen (Angaben in %)

	Federer et al. (2000, 6-Monats-Prävalenz)	Wittchen et al. (1998, Lebenszeit-Prävalenz)			Essau et al. (2000, Lebenszeit-Prävalenz)		
		14–24	14–24 männlich	14–24 weiblich	12–13	14–15	16–17
Alter (Jahre)	8						
Spezifische Phobie	5,2	2,3	1,2	3,3	2,6	3,1	4,9
Soziale Phobie	0,4	3,5	2,2	4,8	0,5	2,0	2,6
Agoraphobie	0	2,6	1,0	4,2	2,4	4,9	5,2

**Komorbidität.** Angststörungen zeigen eine hohe Komorbidität untereinander. Bei der Spezifischen Phobie kommt es oft vor, dass weitere Spezifische Phobien komorbid vorliegen. Darüber hinaus können sich mit zunehmender Chronifizierung der Angststörungen auch depressive Störungen entwickeln. Weiterhin weist ein Teil der Kinder Ausscheidungsstörungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen auf. Mädchen leiden öfter unter exzessiven Ängsten als Jungen.

**Störungsbeginn.** Der Beginn von Phobien ist je nach Art der Phobie unterschiedlich. Den frühesten Beginn zeigt die Spezifische Phobie, die bereits im Kleinkindalter auftreten kann. Die Soziale Phobie beginnt typischerweise in der frühen Adoleszenz, wenn vermehrt Leistungen erwartet werden. Agoraphobien sind oft erst nach der Adoleszenz zu beobachten mit einem Erstauftretensgipfel im jungen Erwachsenenalter. Der Verlauf von Phobien kann mehrheitlich als stabil betrachtet werden. Für die Prognose kann festgehalten werden, dass das Vorliegen einer Angststörung im Kindes- und Jugendalter das Risiko für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen im Erwachsenenalter erhöht (Trumpf et al., 2009). Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass sich Phobien von selbst auswachsen und keinen Einfluss auf die weitere psychische Entwicklung haben.

### 9.3 Diagnostik

In der diagnostischen Phase geht es sowohl um die differentialdiagnostische Einordnung/Klassifikation nach ICD-10 als auch um die genaue Analyse der konkreten auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen für das Problemverhalten des Kindes. Neben der Exploration im Gespräch sind Selbstbeobachtungsmethoden, Verhaltensbeobachtungen sowie Eltern- und ggf. auch Lehrerbeurteilungsverfahren geeignete Hilfsmittel für die sorgfältige Erhebung dieser Informationen.

Bei der Diagnostik von Phobien im Kindes- und Jugendalter müssen jedoch folgende Besonderheiten beachtet werden: Ängste im Kindesalter sind weit verbreitet. Es muss daher bei der Diagnose einer Phobie beurteilt werden, inwieweit die Angst des Kindes altersgemäß oder übermäßig ist. Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Tatsache, dass sich Eltern und Kinder in ihren Angaben zur Art und Häufigkeit von Symptomen beim Kind zum Teil stark unterscheiden. Es wird daher empfohlen, bei emotionalen Störungen, wie z. B. den Phobien, mehrere diagnostische Methoden miteinander zu kombinieren und folgende Schritte durchzuführen:

**Allgemeiner Eindruck.** Im ersten Gespräch mit Eltern und Kind geht es darum, einen Überblick über den Behandlungsanlass zu gewinnen. Dabei sollten sowohl die Eltern als auch das Kind befragt werden.

**Medizinische Untersuchung.** Eine sorgfältige Diagnostik beinhaltet immer den Ausschluss bzw. die Beachtung organischer Faktoren (z.B. Schilddrüsenüber- resp. -unterfunktion) für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden des Kindes oder des Jugendlichen.

**Strukturierte Interviews.** Die spezifische Diagnose des Kindes oder Jugendlichen wird mithilfe eines strukturierten klinisch diagnostischen Interviews festgestellt. Hierbei werden anhand vorgegebener Interviewleitfäden sowohl vom Kind als auch von den Eltern systematisch Informationen über das Vorliegen bestimmter psychischer Störungsbilder erfasst. Für den deutschen Sprachraum liegt mit dem *Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Kinder-DIPS, Schneider et al., 2017) ein solches evaluiertes strukturiertes Interviewverfahren vor. Das Kinder-DIPS erlaubt eine differenzierte Diagnostik nach DSM-5 und ICD-10. Es erfragt alle Angststörungen der Kindheit und Adoleszenz und erlaubt darüber hinaus eine detaillierte Ausschluss- und Differentialdiagnostik weiterer typischer psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Bei Kindern, die jünger als acht Jahre sind, kann die Durchführung des Interviews schwierig sein. In diesem Fall sollte das Interview nur mit den Eltern durchgeführt werden.

**Fragebogen.** Zusätzlich zu dem Gespräch ist bei Kindern ab dem Schulalter auch der Einsatz spezieller klinischer Fragebögen sinnvoll:

- ▶ Der *Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche* (PHOKI; Döpfner et al., 2006) erfasst das Ausmaß der Angst (Altersbereich 8–18,11 Jahre) anhand einer Gesamtskala und sechs Subskalen (Angst vor Gefahren und Tod, Trennungsängste, Soziale Ängste, Angst vor Bedrohlichem und Unheimlichem, Tierphobien, Angst vor medizinischen Eingriffen und Schul- und Leistungsängste).
- ▶ Der *Bereichsspezifische Angstfragebogen für Kinder* (BAK; Mack, 2002) erfasst spezifische Ängste (Altersbereich 9–18 Jahre) durch Selbst- (BAK-K) und Elterneinschätzung (BAK-E) anhand von 56 Situationen bzw. Objekten, die sieben Subskalen zugeordnet sind (Medizinischer Bereich, Naturgewalten, Kleine Tiere, Trennung/Unbekanntes, Schulbereich, Fehler/Kritik, Unfall/Tod), aus denen sich ein Gesamtwert ermitteln lässt.
- ▶ Der *Angstfragebogen für Schüler* (AFS; Wiczerkowski et al., 2016) erfasst das Ausmaß der Angstatmosphäre in Schulklassen (Altersbereich 9–18 Jahre) anhand von drei Skalen (Prüfungsangst, Manifeste Angst, Schulunlust) sowie einer Skala zur Sozialen Erwünschtheit.

**Erfassung übergreifender Angstsymptome durch Selbstbeurteilung.** Neben störungsspezifischen Fragebögen sind auch Selbstbeurteilungsverfahren von übergreifenden Angstsymptomen wichtig.

- ▶ Der *Screen for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders – deutsche Version* (SCARED-D; Weitkamp et al., 2011) für den Altersbereich 6–8 (Elternversion; SCARED-P) und 11–18 Jahren (Kinderversion; SCARED-C) misst diese anhand von fünf Subskalen (Panik/Somatische Symptome, Generalisierte Angst, Trennungsangst, Soziale Angst, Schulangst).
- ▶ Die *Spence Childrens Anxiety Scale* (SCAS-D; Essau et al., 2002) erhebt diese für Altersbereich 8–12 Jahre anhand von fünf Subskalen (Trennungsangst, Soziale Phobie, Zwangsstörung, Panikstörung und Agoraphobie).

- ▶ Die *Fremd-* (4–18 Jahre) und *Selbstbeurteilungsbögen* (11–18 Jahre) für *Angststörungen* des DISYPS-III (FBB-, SBB-ANG; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) erfassen Angstsymptome anhand von fünf Subskalen (Trennungsangst, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Agoraphobie).
- ▶ Manifeste Ängste können mit der *Manifesten Angstsкала für Kinder* (RCMAS-G; Boehnke et al., 1986) im Altersbereich 6–18 Jahre mit drei Subskalen (Physiologische Aspekte der Angst, Besorgnis, Konzentration) erfasst werden. Der Fragebogen erfasst auch soziale Erwünschtheit.
- ▶ Trait- und Zustandsangst können mit dem *State-Trait-Angstinventar für Kinder – deutsche Version* (STAIK-T/S; Unnewehr et al., 1992) im Alter von 8–16 Jahren erfasst werden.
- ▶ Der *Kinderangsttest* (KAT-II; Turner & Tewes, 2002) ist für den Altersbereich 9–15 Jahre. Neben einer Trait-Skala gibt es auch zwei State-Skalen, die die prospektive und retrospektive Einschätzung akuter Erwartungsangst vor angstaustösenden Situationen messen.
- ▶ Die Ausprägung der Angst bei körperlichen Erkrankungen kann mit der deutschen Version der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-D; Hermann-Lingen et al., 2011) ab einem Alter von 15 Jahren erfasst werden.
- ▶ Die Ausprägung bzw. der Schweregrad von Angstsymptomen kann ab einem Alter von 12 Jahren mit dem *Beck Angst-Inventar* erfasst werden (BAI; Beck et al., 2007) (s. AWMF-Leitlinien Angststörungen des Kindes- und Jugendalters, in Vorbereitung).

**Verhaltensbeobachtungen.** Verhaltensbeobachtungen geben Aufschluss über die aufrechterhaltenden Bedingungen der Phobie. Daneben erlauben sie eine Validierung der von dem Kind und den Eltern berichteten Verhaltensauffälligkeiten. Ein Beispiel hierfür ist der *Behavioral Avoidance Test*, der speziell für die Beobachtung phobischer Verhaltensweisen geeignet ist. Typischerweise wird hierzu das Kind in einen Raum mit dem phobischen Stimulus geführt. Es werden nun verschiedene Verhaltensaspekte des Kindes beobachtet: die Zeitdauer, die das Kind in der Nähe des phobischen Stimulus verbringt, der räumliche Abstand, den das Kind zum phobischen Stimulus hält, sowie die Anzahl und Latenz des Annäherungsverhaltens.

**Familiendiagnostik.** Eine besondere Rolle für das Verständnis von Ängsten im Kindes- und Jugendalter scheint das Ausmaß der elterlichen Angst zu spielen. Es ist daher für die Therapieplanung äußerst sinnvoll, das Ausmaß der elterlichen Angst und der allgemeinen Psychopathologie zu klären. Zudem sollte der Umgang der Eltern mit den ggf. vorliegenden eigenen Angstsymptomen sowie denen des Kindes exploriert werden. Falls bei den Eltern eine Angststörung diagnostiziert wird, sollte den Eltern eine eigene Angstbehandlung zur Unterstützung der Phobiebehandlung des Kindes empfohlen werden.

Weiterhin können den Familien gemeinsame Aufgaben gegeben werden, deren Durchführung vom Therapeuten beobachtet wird. Zum Beispiel können Eltern mit Kindern mit Phobien gebeten werden, gemeinsam einen vom Kind gefürchteten Ort

aufzusuchen. Diese Beobachtung gibt wertvolle Hinweise darüber, inwieweit das elterliche Verhalten das Vermeidungsverhalten des Kindes unterstützt. In der späteren Behandlung sollte dann ggf. Angst reduzierendes Erziehungsverhalten mit den Eltern konkret eingeübt werden.

## 9.4 Bedingungsmodell

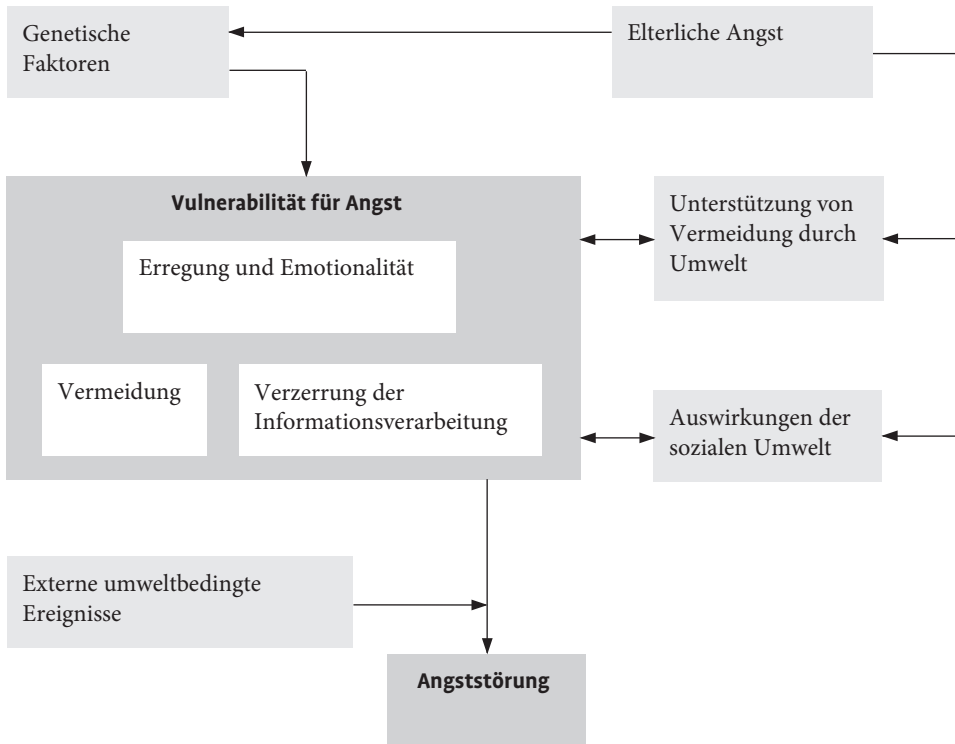
Insgesamt muss bei der Entwicklung einer Angststörung von einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren ausgegangen werden, bei dem sowohl genetische Faktoren als auch Konditionierungs- und Modellernen sowie kognitive Faktoren eine bedeutende Rolle spielen.

Rapee (2001) stellte ein integratives Bedingungsmodell für Angststörungen im Kindesalter vor (s. Abb. 9.1). Das Modell geht davon aus, dass Kinder mit unterschiedlich stark ausgeprägten Neigungen für die Entwicklung einer Angststörung geboren werden. Das Ausmaß dieser Neigung eines Kindes wird durch genetische und Umweltfaktoren (Unterstützung von Vermeidungsverhalten durch die Umwelt, Auswirkungen der sozialen Umwelt) bestimmt. Kinder mit einer solchen Neigung zeigen diesem Modell zufolge ein Temperament, das durch ausgeprägte Emotionalität, einem vermeidenden Bewältigungsstil sowie leicht auslösbarer physiologischer Erregbarkeit bei Gefahr charakterisiert ist. Das ängstliche Temperament führt dazu, dass unklare oder neue, fremde Situationen als bedrohlich interpretiert und neue Reize gemieden werden. Eltern oder andere Bezugspersonen von Kindern mit einem ängstlichen Temperament reagieren auf das ängstliche Kind mit einem überengagierten, beschützenden Verhalten und versuchen, das Kind vor stressreichen Erfahrungen zu schützen oder ihm die Kontrolle in belastenden Situationen abzunehmen. Hierdurch vermitteln sie dem Kind jedoch, dass die Welt gefährlich ist und es selbst keine Kontrolle darüber hat. Dieses Interaktionsmuster führt dazu, dass sich das Vermeidungsverhalten des Kindes ausweitet und das Kind soziale Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien für die von ihm als bedrohlich bewerteten Situationen nicht oder nur unzureichend erlernt. Ferner erfährt es keine Habituation an potenziell bedrohliche Reize.

Eltern von ängstlichen Kindern sind ebenfalls häufig ängstlich. Verbale Instruktionen (»Das ist gefährlich!«) oder ängstliches Modellverhalten können die Angstneigung eines Kindes verstärken. Ein Kind ahmt das ängstliche Verhalten einer Bezugsperson nach und lernt durch die Beobachtung dieser Personen unangemessenes und Angst förderndes Verhalten (z. B. Vermeidungsverhalten). Unabhängig vom ängstlichen Temperament des Kindes und der elterlichen Angst kann sich das ängstliche Kind ein Umfeld suchen, das die Wahrscheinlichkeit für die Exposition mit ängstlichen Modellen erhöht. Beispielsweise können sich ängstliche Kinder ängstliche Spielkameraden suchen. Belastende Lebensereignisse können unabhängig



von der Angstneigung des Kindes auftreten. Während es grundsätzlich immer möglich ist, dass ein belastendes Ereignis eine Angststörung auslösen kann, ist dies wahrscheinlicher, wenn bereits eine Vulnerabilität für Angst vorhanden ist.



**Abbildung 9.1** Modell der Entwicklung einer Angststörung nach Rapee (2001; Hudson & Rapee, in Schneider, 2004)

### Aufrechterhaltung von Phobien

Als zentraler Mechanismus für die Aufrechterhaltung der phobischen Symptomatik gilt noch immer der zweite Teil der Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer. Mowrer nahm an, dass bei Ängsten ursprünglich neutrale Reize (z.B. Hund) aufgrund traumatischer Ereignisse (z.B. Hundebiss) mit einem zentralen motivationalen Angstzustand assoziiert (klassische Konditionierung) und die darauf folgende Vermeidung dieser Reize durch den Abbau dieses unangenehmen Zustands negativ verstärkt werden (operante Konditionierung). Zwischenzeitlich liegen zahlreiche Studien vor, die zeigen, dass die Annahme einer klassischen Konditionierung allein nicht genügt, um die Entstehung von Phobien zu erklären. Nichtsdestotrotz stellt die Zwei-Faktoren-Theorie in der therapeutischen Praxis die zentrale Basis für die Herleitung und Erklärung der Wirkungsweise der Konfrontationstherapie dar.

## 9.5 Therapieplanung

Phobien werden mit einer Expositionstherapie behandelt. Das bedeutet, dass das Kind mit den Angst auslösenden Situationen in Kontakt gebracht wird, um ihm die Möglichkeit zu geben, die Angst in der Situation ohne Sicherheitsverhalten zu bewältigen. Ziel der Exposition ist es, die Angstreaktion des Kindes abzubauen, indem es erfährt, dass die Angst in der gefürchteten Situation abnimmt, ohne dass die von ihm antizipierten Befürchtungen eintreten und es diese Situation bewältigen kann. Des Weiteren soll das Vermeidungsverhalten vor Angst auslösenden Objekten oder Situationen abgebaut werden. Für eine erfolgreiche Behandlung sind, neben der Exposition, die Psychoedukation und kognitive Interventionen mit Kind bzw. Eltern wichtige Verfahren (s. Traub & In-Albon, 2017).

**Einbezug der Eltern.** Je jünger die Kinder sind, desto stärker sollten die Eltern in die Therapie miteinbezogen werden. Bei älteren Kindern kann auf die Einbeziehung der Eltern verzichtet werden. So zeigten sich in einer Therapiestudie für Kinder mit Spezifischen Phobien keine Unterschiede im Vergleich mit und ohne Einbezug der Eltern (Ollendick et al., 2014).

Bei Kindern oder Eltern, die sich auch nach ausführlicher Informationsvermittlung nicht zu einer Expositionstherapie in vivo entschließen können, sollte das Rational für die Expositionstherapie in vivo nochmals erläutert werden oder dann eine Exposition in sensu zur Anwendung kommen. Eine detaillierte Erläuterung und Beschreibung der Vorgehensweise bei der Konfrontationstherapie ist im Kapitel 57 zu finden. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte der Therapie dargestellt.

**Auswertung und Rückmeldung der Diagnostik.** Nach Abschluss der Diagnostik wird dem Kind und den Eltern das Ergebnis erläutert. Hierzu gehört, dass die Diagnose mitgeteilt und erklärt wird. Dem Kind und den Eltern wird nun das weitere therapeutische Vorgehen vorgestellt. Eltern und Kind bekommen dann Gelegenheit, Fragen und Bedenken bzgl. der Therapie mit dem Therapeuten zu besprechen. Der letzte Schritt in dieser Therapiephase beinhaltet die explizite Entscheidung von Eltern und Kind für oder gegen die vom Therapeuten vorgeschlagene therapeutische Intervention.

**Psychoedukation.** Anhand von Bildmaterialien oder Büchern (z. B. Boie, 2012; Schneider & Borer, 2007) kann in kindgerechter Weise das Erscheinungsbild der Angst mit ihren drei Komponenten (Gedanken, Körpersymptome und Verhalten), der Sinn der Angst als etwas Überlebensnotwendiges und die Abgrenzung gesunder von krankhafter Angst mit dem Kind erarbeitet werden. Den Eltern sollte auch ein Erklärungsmodell für die Entstehung und derzeitige Aufrechterhaltung der Phobie gegeben werden, da diese häufig Schuldgefühle haben, dass sie für die Angststörung verantwortlich sind. Mit dem Kind ist es häufig ausreichend, den gegenwärtigen Teufelskreis der Angststörung zu besprechen und daran das Therapierational für die Expositionsübungen abzuleiten.

**Erstellen einer Angsthierarchie.** Im Rahmen einer ausführlichen Verhaltens- und Problemanalyse wird nun gemeinsam mit dem Kind und den Eltern eine Angsthierarchie erstellt. Eine Angsthierarchie ist eine Liste von Situationen oder Interaktionen, in der die gefürchteten Situationen oder Objekte in eine Rangordnung von »sehr stark« bis »gar nicht Angst auslösend« gebracht werden.

**Stärkung der Selbstwirksamkeit.** Mit dem Kind können Selbstinstruktionen erarbeitet werden, die helfen sollen, die Angst auslösenden Situationen zu bewältigen. Die Selbstinstruktionen tragen zur Steigerung der Selbstwirksamkeit bei und können auf Karteikärtchen geschrieben oder gezeichnet werden. Beispiele für solche Selbstinstruktionen sind: »Ich bin mutig!«, »Ich schaff' das!«. Bei jüngeren Kindern können auch Mut machende Objekte (z. B. Mut-Stein, Monsterspray) oder Mut machende Figuren (z. B. Superman) eingesetzt werden.

**Exposition in vivo.** In der Vorbereitung auf die Expositionsübungen ist herauszuarbeiten, dass das Vermeidungsverhalten die Angst aufrechterhält und stabilisiert. Anhand früher Lernerfahrungen kann aufgezeigt werden, dass das Kind auch Lernen kann, die Angst zu bewältigen. Hilfreich für die Expositionsübungen ist das Erstellen einer Angsthierarchie, z. B. Spinnenfotos anschauen (Angststärke: 4), eine Plastikspinne berühren (5), einen Film über Spinnen anschauen (6), eine lebendige Spinne im Glasbehälter anschauen (7), eine Spinne über den Tisch laufen lassen (8), eine Spinne über den Handrücken laufen lassen (9), in den Keller gehen (10). In den Expositionsübungen in vivo wird das Kind mit den Angst auslösenden Situationen konfrontiert. Es soll dabei die Angst so lange aushalten, bis es von selbst zu einem Rückgang der Angst kommt. Die Expositionsübung wird erst dann beendet, wenn die Erwartung (z. B. »Ich werde von der Spinne gebissen«) nicht eingetreten ist. Ein weiteres wichtiges Prinzip ist, dass Flucht- und Vermeidungsverhalten des Kindes verhindert werden. Dem Kind soll durch dieses Vorgehen die Erfahrung vermittelt werden, dass Angst auslösende Situationen ertragen werden können, ohne dass die von ihm erwarteten unangenehmen Folgen eintreten. Es findet also eine neue Lernerfahrung statt, während die ursprüngliche Assoziation zwischen Angstreiz und Angstreaktion gehemmt wird (Inhibitorisches Lernen). Für den anhaltenden Therapieerfolg ist es zentral, die Übungen in möglichst vielen Variabilitäten von Kontexten, Stimuli, Intensitäten und Durchführungsmodalitäten durchzuführen, im Sinne von »wie kann die Angst noch stärker provoziert werden?« – z. B. unterschiedliche Spinnen, verschiedene Räume, Kombination mit körperlichen Symptomen, Exposition alleine und in Begleitung.

### **Massiertes vs. graduelles Vorgehen**

Abhängig vom Alter bzw. der kognitiven Entwicklung des Kindes muss entschieden werden, ob für die Exposition ein graduelles oder ein massiertes (Flooding) Vorgehen angezeigt ist. Als generelle Faustregel gilt aber, dass bei jüngeren Kindern eher das graduelle Vorgehen und bei Jugendlichen das massierte Vorgehen gewählt werden sollte. Beim graduellen Vorgehen beginnt das Kind die Expositionstherapie mit einer mittelmäßig Angst auslösenden Situation und wird dann Schritt für Schritt

an die schwierigste Situation herangeführt. Beim massierten Vorgehen wird die Exposition gleich mit einer stark Angst auslösenden Situation begonnen und danach in unregelmäßiger Abfolge in leicht und stark Angst auslösenden Situationen weitergeführt. Der Vorteil des massierten Vorgehens liegt in der sehr schnellen und langfristig stabilen Wirkungsweise dieser Methode. Im Unterschied zum graduellen Vorgehen ist in der Regel schon nach wenigen Sitzungen eine deutliche Reduktion der Angstsymptomatik und dabei vor allem der Erwartungsangst zu beobachten. Beim graduellen Vorgehen hingegen werden die Angstreduktion und der Abbau der Erwartungsangst länger hinausgezögert, was unter Umständen zu Motivationsproblemen aufseiten des Kindes und der Eltern führen kann. Auch beim graduellen Vorgehen sollte darauf geachtet werden, dass die erste Expositionsübung eine mittlere Angst auslöst, da ansonsten das Kind nicht wahrnehmen kann, dass die Angst von allein weg geht.

**Selbstkontrollphase und Rückfallprophylaxe.** Im letzten Therapieabschnitt wird das Kind angeleitet, die Expositionsübungen allein, möglichst oft und in verschiedenen Situationen durchzuführen. Dabei sollten auch die Eltern darüber aufgeklärt werden, wie sie die Übungen ihres Kindes erfolgreich unterstützen können. Den Abschluss der Behandlung bildet die Rückfallprophylaxe. Hier wird mit dem Kind noch einmal rekapituliert, was seiner Meinung nach seine wichtigsten Lernerfahrungen während der Therapie waren und wie es sich zukünftig in schwierigen, beängstigenden Situationen verhalten wird. Das Kind muss darauf vorbereitet werden, dass es auch nach Abschluss einer erfolgreichen Angsttherapie Rückschläge der Angst geben kann. Somit sei ein Rückschlag nicht gleichbedeutend mit einem völligen Versagen der Therapie. Stattdessen soll das Kind den Rückschlag nutzen, um die gelernten Prinzipien erneut anzuwenden und zu üben.

## 9.6 Wirksamkeit und Wirksamkeitsbedingungen der Therapie

Der zentrale Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung zur Behandlung von Phobien im Kindes- und Jugendalter ist die Exposition in vivo mit den angstauslösenden Stimuli.

In einer von In-Albon und Schneider (2007) erstellten Metaanalyse wurde die Wirksamkeit von Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen mit Phobien und anderen Angststörungen untersucht. In die Metaanalyse wurden 24 kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiestudien aufgenommen. Die eingesetzten Interventionen bestanden aus Konfrontationsverfahren, kognitiven Interventionen und Entspannungsverfahren. Nach der Behandlung erfüllten 69% der Kinder nicht mehr die Diagnosekriterien einer Angststörung. Bis zum Katamnesezeitpunkt nach zehn Monaten stieg diese Zahl auf 72% an, sodass man von einem stabilen Therapieeffekt ausgehen kann. Die durchschnittliche Prä-post-Effektstärke betrug 0.86, was einem großen Effekt entspricht. Im Vergleich dazu wies die Effektstärke für die Kontrollgruppe einen Wert

von 0.13 auf. Bei der Untersuchung des Einflusses verschiedener Therapiesettings auf den Behandlungserfolg zeigte sich, dass die Kognitive Verhaltenstherapie einzeln oder in Gruppe durchgeführt vergleichbar wirksam war. Des Weiteren ergaben sich keine Unterschiede, ob die Therapie mit dem Kind allein oder familienzentriert durchgeführt wurde. Eine mögliche Erklärung ist, dass dem Kind in der kindzentrierten Therapie vermittelt wird, dass es diese Situationen alleine meistern kann und dies einen starken Effekt auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Kindes hat. Einzelne Studien mit jüngeren Kindern zeigten, dass diese stärker von einer familienzentrierten Therapie profitierten als von einer kindzentrierten Therapie.

Bis auf die 1-Session-Behandlung von Ollendick et al. (2009), welche auch auf die Behandlung der Blut-Spritzen-Phobie erweitert wurde, liegen ansonsten keine störungsspezifischen Therapiestudien zur Behandlung der Spezifischen Phobie im Kindes- und Jugendalter vor. An der randomisiert kontrollierten Therapiestudie nahmen 196 Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 16 Jahren teil, die einer intensiven Kognitiven Verhaltenstherapie-, einer Psychoedukations- und einer Wartelistenkontrollgruppe zugeordnet wurden. Die 1-Session-Bedingung dauerte max. 3 Stunden und beinhaltete die Analyse katastrophisierender Gedanken, graduierte Konfrontation in vivo und Verhaltensexperimente. Beide Interventionsgruppen schnitten besser ab als die Wartelistenkontrollgruppe. In Bezug auf die klinische Einschätzung des Schweregrads, die Anzahl der diagnosefreien Teilnehmer, die Angsteinschätzung des Kindes während der Verhaltensexperimente und der Behandlungszufriedenheit beurteilt durch die Eltern und Kinder schnitt die Gruppe, die eine intensive Kognitive Verhaltenstherapie erhielt, signifikant besser ab, als die Psychoedukationsgruppe. Auch sechs Monate nach der Behandlung blieben die Behandlungseffekte überwiegend stabil.

### Grundlegende Literatur

- In-Albon, T. (2011). Kinder und Jugendliche mit Angststörungen. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Behandlung, Prävention. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 80–96.

### Weiterführende Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Leitlinien zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. In Vorbereitung.
- Ollendick, T. H., Öst, L.-G., Reuterskiöld, L., Costa, N., Cederlund, R., Sirbu, C. & Jarrett,

M. A. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial in the United States and Sweden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 504–516.

Trumpf, J., Vriends, N., Meyer, A. H. & Margraf, J. (2009). Rates and predictors of remission in young women with specific phobia: A prospective community study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 958–964.

### Materialien

- Boie, K. (2012). Kirsten Boie erzählt vom Angst haben. Hamburg: Oetinger
- Döpfner, M., Schnabel, M. & Goletz, H. (2006). Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI). Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S. & Borer, S. (2007). Nur keine Panik! Was Kinder über Angst wissen sollten (2. Aufl.). Basel: Karger.

# 54 Selbstmanagement-Therapie

Satyam Antonio Schramm

## Fallbeispiel

Tina ist 14 Jahre alt und fällt insbesondere in der Schule, aber auch zu Hause durch impulsiv-aggressive Wutausbrüche auf, die lautes Schreien, aber auch Angriffe auf Mitschüler mit einschließen. Oft musste Tina deswegen schon von der Mutter aus der Schule abgeholt werden.

Aus Sicht der Eltern ist dieses Verhalten nicht zu erklären und sie werden seit einiger Zeit zunehmend ungehaltener ihrer Tochter gegenüber, da diese sich nicht zugänglich zeige und keine Besserung in Sicht sei. Zwangsmaßnahmen wie Handy- und Ausgehverbote führten eher zu noch bockigerem und aggressiverem Verhalten (den Hund und den kleinen Bruder schlagen), als dass sich etwas ändern würde. Das »angegriffene Nervenkostüm« der Eltern führe nun schon so weit, dass sich die Eltern zunehmend selbst untereinander streiten und die familiäre Atmosphäre sehr beeinträchtigt sei. Tina selbst fühlt sich unverstanden, allein gelassen und schuldig. Wenn sie sich gerade nicht mit ihren Eltern und auch mit dem jüngeren Bruder streitet, zieht sie sich in ihr Zimmer zurück und weint viel.

Eine umfassende psychologische Diagnostik (diagnostische Interviews mit den Eltern und mit Tina, Überprüfung der kognitiven Lernvoraussetzungen, verhaltens- und erlebensbezogene Diagnostik inklusive Fremdeinschätzungen der Lehrkräfte) ergab bei Tina die klinische Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens (F 91.3). Basierend auf dem SORKC-Modell wurden mit Tina und ihren Eltern das Problemverhalten sowie bedingende und aufrechterhaltende Faktoren herausgearbeitet. In der anschließenden Psychotherapie auf Grundlage des Selbstmanagement-Ansatzes gelang es Tina, ihre Frustrationstoleranz zu verbessern und prosoziale Kompetenzen zu erwerben. Die Eltern erwarben im Kontext einer Erziehungsberatung adäquateres Erziehungsverhalten, das neben dem Umgang mit schwierigen Situationen (bspw. mit aggressiven Impulsdurchbrüchen des Kindes) ein Bewusstsein für die Bedürfnisse der Kinder umfasste (bspw. positive Zuwendung bei unauffälligem Verhalten, Spielzeiten).

## 54.1 Kurzbeschreibung der Methode und ihres Hintergrundes

Das Prinzip des Selbstmanagements lässt sich historisch zurückführen auf grundlegende lerntheoretische Erkenntnisse. Demnach erfolgt Selbstmanagement, wenn ein Patient selbst, etwa durch Selbstbekräftigung (»Prima, das habe ich super hinbe-

kommen!«) oder Selbstverstärkung durch Belohnung (Handlungsverstärkung: nach erfolgreicher Erledigung der ungeliebten Mathe-Aufgaben gönne ich mir eine halbe Stunde Internet-Gaming) dafür sorgt, dass die Wahrscheinlichkeiten sich verändern, mit denen Verhalten bei ihm auftritt (z. B. Cautela, 1969).

In aktuellen Ansätzen ist eine Erweiterung um kognitive Aspekte erfolgt, indem Erwartungen, (selektive) Wahrnehmungsprozesse, Speicherung und Verarbeitung von Informationen zur Handlungsplanung, -ausführung und -kontrolle mit einbezogen werden, deren Modifikation oder Kompetenzaufbau zur Verbesserung des Selbstmanagements führen sollen.

Ein umfassendes Konzept zur Selbstmanagement-Therapie legen Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012) vor. Es stellt in besonderer Weise die Eigenverantwortung des Patienten in den Vordergrund und ist explizit auf das Lösen von Problemen ausgerichtet. Hierfür werden fünf zentrale Kompetenzbereiche bestimmt:

- (1) Selbstbeobachtung,
- (2) das Setzen sinnvoller Ziele zur Verhaltensänderung,
- (3) die Entwicklung von Handlungsstrategien zur Zielerreichung und
- (4) die konsequente, selbstmotivierte Umsetzung der Strategien,
- (5) begleitet von (Teil-)Ergebniskontrollen, die ggf. selbst verstärkt werden.

Therapeutische Ziele richten sich entsprechend auf den Aufbau angemessener Verhaltensweisen und dazugehöriger Kognitionen.

Fehlen aus diesem Spektrum zentrale Fertigkeiten, kann ein erfolgreiches Selbstmanagement bei sozialen und anderen Leistungsanforderungen nicht gelingen, sodass verschiedene Störungsformen resultieren.

## 54.2 Indikation

Die Selbstmanagement-Therapie ist ein übergeordnetes Modell zur Behandlung psychischer Störungen, weshalb sie sich prinzipiell auf alle Störungsbereiche anwenden lässt. Als besonders geeignet gilt der Ansatz für folgende Störungsformen:

- ▶ **Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92).** Erwerb von Fähigkeiten der Impuls- und Emotionsregulation; Erhöhung der Frustrationstoleranz; prosoziale Kompetenzen; Empathiefähigkeit
- ▶ **Aufmerksamkeitsstörungen (F90, F98.8).** Erwerb von Planungskompetenzen, Impulsregulationsfähigkeiten
- ▶ **Emotionale Störungen des Kindesalters (F93).** Abhängig von der jeweiligen Störung (z. B. Abbau der Trennungsangst)
- ▶ **Angststörungen (F40, F41).** Abbau der Angst vor angstausslösenden Stimuli
- ▶ **Depressive Erkrankungen (z. B. F32).** Aktivitätenaufbau, kognitive Umstrukturierung / Reframing
- ▶ **Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81).** störungsspezifisch, z. B. Verbesserung der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten bei einer Lese- und Rechtschreibstörung durch selbstgesteuerte Lernprozesse

Auch im *Krankheitsmanagement*, wie etwa bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes oder Asthma, hat sich die Selbstmanagement-Therapie bewährt. In Schulen bietet sich zur Selbstregulation von *Lern- und Arbeitsverhalten*, *Stressmanagement* oder zur Verbesserung der *Selbstbehauptungsfähigkeit* die Therapie in besonderer Weise an (Kanfer et al., 2012).

### Alter

Selbstmanagement-Therapie ist für Kinder ab dem Grundschulalter geeignet (Borg-Laufs & Hungerige, 2016). Um von dieser Therapie zu profitieren, müssen die Kinder und Jugendlichen einige entwicklungsabhängige Basisfertigkeiten beherrschen, die in der Regel etwa ab dem Grundschulalter gegeben sind:

- ▶ **Effektiv kommunizieren.** Kinder ab dem Grundschulalter können in hinreichendem Maße zuhören, verstehen und sich mitteilen. Sie sind in der Lage einzuschätzen, ob andere sie verstehen und sind zudem zur selbstgesteuerten Kommunikation sowie zu Beziehungsaufbau und -pflege in der Lage.
- ▶ **Selbstwirksamkeit begreifen.** Ab dem Alter von etwa fünfeneinhalb Jahren können Kinder den Zusammenhang zwischen eigener Anstrengung und dem Erfolg bzw. Misserfolg ihrer Handlungen sicher begreifen. Dies ist eine zentrale, notwendige Voraussetzung für eine effektive Selbstmanagement-Therapie.

Darüber hinaus werden – wie in der Therapie von Kindern / Jugendlichen üblich – die Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess mit einbezogen.

## 54.3 Detaillierte Beschreibung des Vorgehens

### Diagnostik

Der diagnostische Prozess umfasst die Exploration des Problemverhaltens, eine ausführliche Anamnese, Verhaltensbeobachtungen, Verhaltensinventare, Symptomchecklisten, Fragebögen, spezielle psychologische Testverfahren oder medizinisch-physiologische Messmethoden.

Der Therapeut geht mit maximaler Transparenz (Offenlegung des Behandlungsplans, der Zielsetzung, usw.) vor. Der Patient übernimmt das Sammeln von Informationen im Alltag, beispielsweise durch Selbstbeobachtungen, schriftliche Aufzeichnungen, Verhaltenstagebücher.

Grundsätzlich orientiert sich die Therapie an einer funktionalen Bedingungsanalyse (SORKC-Schema). Deshalb werden die abträglichen Verhaltensweisen (z. B. Vermeidungsverhalten bei Ängsten) und ihre relevanten Bedingungen (z. B. Unterstützung des Vermeidungsverhaltens durch die Eltern) möglichst genau erfasst. Hierbei werden eng umgrenzte Verhaltensausschnitte aufgeschlüsselt (Mikro-Analyse). Die kontextuellen Zusammenhänge, Hintergründe sowie der Gesamtkontext und das soziale System werden in der Makro-Analyse erfasst.

Diagnostische Informationen werden hypothesengeleitet auf möglichst konkretem Verhaltensniveau erhoben (z. B. mittels Verhaltensbeobachtungen und Verhaltens-



einschätzungen), um relevante Problembedingungen zu klären und daran möglichst unmittelbar therapeutische Schritte anzusetzen. Es geht also um eine klar zielgerichtete Sammlung von Daten zur Therapieplanung. Zudem werden von Anfang an alle Beteiligten, wie Kind, Eltern, Geschwister, ggf. auch Lehrkräfte aktiv in den diagnostischen Prozess mit eingebunden.

### **Funktionale Verhaltensanalyse bei Tina**

Das Problemverhalten im Fallbeispiel sind Tinas aggressive Verhaltensweisen. Bedingende Faktoren auf Mikro-Ebene sind das aggressive Modellverhalten der Kindeseltern, Streitbeziehung zwischen den Eltern, fehlende verhaltensreduzierende Konsequenzen und mangelnde liebevolle Erziehungsstrukturen.

Entlang des SORKC-Modells könnten auf Mikro-Ebene an einem Schulbeispiel folgende ungünstige Verstärkungseffekte mit der Familie erarbeitet und verdeutlicht werden:

**Situation:** Tina wird von Marvin im Unterricht geärgert und abgelenkt.

**Organismus:** Tina hat eine geringe Frustrationstoleranz und ist müde, weil sie wenig geschlafen hat.

**Reaktion:**

- ▶ Kognition: Marvin soll aufhören mich zu ärgern.
- ▶ Emotion: Ärger und Wut.
- ▶ Verhalten: Tina schreit Marvin an und geht auf ihn los.

**Konsequenzen:**

- ▶ kurzfristig: (1) Marvin hört auf sie zu ärgern. (2) Tinas Wut lässt nach. (3) Der Klassenlehrer wird auf die Situation aufmerksam und greift ein.
- ▶ folgend: (1) Negative Gefühle in Bezug auf Schule. (2) Ablehnendes Verhalten der anderen Mitschüler Tina gegenüber. (3) Negative Verstärkung (Belohnung) des aggressiven Verhaltens durch die Zuwendung des Lehrers.

### **Schaffung günstiger therapeutischer Bedingungen**

Der Selbstmanagement-Ansatz hat in besonderer Weise die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten zum Ziel. Daher kommt hier dem Aufbau einer tragfähigen Therapeut-Patient-Beziehung eine besondere Bedeutung zu, auf deren Grundlage der Therapeut eine weniger direktive als aktivierende Haltung einnimmt (z. B. Anregen zur Selbstbeobachtung, Anregen zum Erproben im therapeutischen Setting entwickelter Strategien – etwa zur Ärgerkontrolle – im Alltag).

### **Aufbau von Änderungsmotivation/vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen**

Selbstmanagement verfolgt das Ziel, die Patienten dabei zu unterstützen, für eine begrenzte Zeit Anstrengungen und Energien auf Änderungsprozesse auszurichten. Dies umfasst:

- ▶ die Maximierung der persönlichen Kontrolle über eigenes Verhalten
- ▶ die Arbeit an selbst gesetzten Zielen

- ▶ die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen
- ▶ die Transparenz des Therapieprozesses oder das Prinzip der Freiwilligkeit

Um Änderungsmotivation zu erzeugen, bieten sich folgende drei Strategiestränge an. Es kann an Problemen (P), einem erwünschten Zielzustand (Z) oder den verschiedenen Wegen von P nach Z angesetzt werden, wie in Tabelle 54.1 am Beispiel Tinas dargestellt.

**Tabelle 54.1** Strategien zum Erzeugen von Änderungsmotivation

Ansatzpunkt	Grobe Strategie	Fallbeispiel Tina
Unerwünschter Ausgangszustand (P)	Diskrepanz von P zu Z verdeutlichen Bedürfniszustand vergrößern Attraktivität von P reduzieren »Reframing«	Tina wird geärgert Tina fühlt Wut Aggressives Verhalten (Schreien, auf andere losgehen) Tina will sich nicht aggressiv Verhalten
Mittel und Wege von P zu Z	Beseitigen von Motivationshindernissen Handlungstendenzen erhöhen	Erstmal bis fünf zählen Sich aus der Situation entfernen sozial verträgliche Verhaltensweisen im Umgang mit Provokationen erwerben
erwünschter Zielzustand (Z)	Ziele suchen, klären oder finden Anreize zur Veränderung schaffen attraktive Alternativen aufbauen	bei Provokationen nicht wütend werden sich nicht aggressiv Verhalten von anderen nicht geärgert werden

**Tina**

Mit Tina wurden die in Tabelle 54.1 aufgeführten Probleme, Ziele und Wege zu den Zielen erarbeitet. Erarbeitete und vereinbarte Ziele sollten möglichst konkret sein und in kindgerechter Sprache formuliert sein (z. B. »Wenn mich das nächste Mal jemand ärgert, zähle ich erstmal bis fünf und überlege, was ich als nächstes mache«, »Ich möchte, dass das Wutmonster nicht mehr so mächtig ist«).

Verhaltenstagebücher oder Protokollbögen, die mit einer unmittelbaren Rückmeldung über Erfolg oder Misserfolg verbunden sind, können als Hilfsmittel der Selbstbeobachtung eingesetzt werden, um neue Verhaltensweisen außerhalb der Therapiestunden zu dokumentieren. Diese Verhaltensweisen, wie sie vom Kind dokumentiert wurden, sollten im Nachgang vom Therapierenden besprochen und kontingent verstärkt werden.

Angenommen wird, dass bereits die Selbstbeobachtung kognitive Vergleichsprozesse und damit Veränderungen in Gang setzt und Therapiemotivation und Selbstwirksamkeitserwartung erhöht werden.

Am Ende dieser Phase besteht eine Änderungsmotivation und eine vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen, die konkrete Zielzustände (»targets«) beschreiben. Dementsprechend spielen für die Auswahl der Bereiche sowohl sachliche, wie motivationale Aspekte eine Rolle. Nur für Bereiche, für die beides gegeben ist, sollte in den weiteren Phasen der Änderungsprozess in Gang gesetzt werden.

### **Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell**

Die zunächst grob erhobenen, problembezogenen Informationen werden nun so verfeinert und konkretisiert, dass eine funktionale Verhaltensanalyse der Problembedingungen nach dem SORKC-Modell erfolgen kann. Daraus wird ein vorläufiges funktionales Bedingungsmodell erstellt.

### **Vereinbaren therapeutischer Ziele**

Hier geht es um die Klärung, Analyse und Vereinbarung konkreter Therapieziele auf Basis des vorher analysierten Ist-Zustands. Die Klärung umfasst zunächst eine rein gedankliche Beschäftigung mit der Zukunft. Die Ergebnisse der Diagnostik werden auf den Prüfstand gestellt und kritisch nach Kriterien wie Konkretheit, Realisierbarkeit oder dem Abgleich mit notwendigen vorhanden Fähigkeiten hinterfragt. Erst nach dieser Prüfung werden die konkreten Therapieziele festgelegt und vereinbart. Bei einer Vielzahl von Zielen sollte zudem noch eine Hierarchisierung von Therapiezielen erfolgen.

#### **Tina**

Auf das Fallbeispiel bezogen lauten die Fernziele, die in der Arbeit mit Tina vereinbart werden:

- (1) Ich möchte in der Schule nicht mehr von den anderen geärgert werden.
- (2) Ich spiele zuhause weniger alleine und mache stattdessen mehr zusammen mit meinem Bruder und meinen Eltern.

Durch ein effektives Vereinbaren von Zielen kann die folgende Phase der Interventionsplanung stark erleichtert werden. Zudem bereitet es die Patienten auch auf zentrale Änderungsprozesse vor, da der Abgleich des Ist-Zustands mit einem Soll-Zustand bereits kognitive Vergleichsprozesse auslöst.

Wichtig bei der Zielklärung ist die Erörterung, wann denn mit einer Zielerreichung zu rechnen ist. Bei Kindern/Jugendlichen ist der Zeithorizont begrenzt und erstreckt sich in der Regel nicht weiter als auf einige Wochen (Borg-Laufs & Hungerige, 2016).

#### **Tina**

Ein Ziel im Fallbeispiel im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Mutter bezieht sich hauptsächlich auf positive Interaktionen. In der Zielklärung wurde zunächst der negative Ist-Zustand der gewaltgeprägten Interaktionen bewusst gemacht und

als gewünschter Soll-Zustand eine harmonische Mutter-Kind-Beziehung bestimmt. Daraus konnten wiederum verhaltensnahe Ziele abgeleitet werden (z. B. »Ich bemerke, wenn Tina mit ihrem Bruder spielt und lobe sie dafür.«).

### Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden

Kanfer et al. (2012) formulieren für die Auswahl konkreter Therapiemethoden folgende Grundsatzüberlegungen:

- ▶ **Berücksichtigung der Zielanalyse.** Interventionen müssen in die Zielperspektiven der Patienten eingebettet sein und die Arbeit an konkret operationalisierten, positiven Zielkriterien ansetzen.
- ▶ **Minimale Interferenz.** Nur so lange und mit den am wenigsten aufwändigen Mitteln unterstützen, bis die Patienten sich selber helfen können. Die Selbsthilfemöglichkeiten nicht durch Verantwortungsübernahme untergraben, wenn die Verantwortung durch Patienten selber getragen werden kann. Nicht utopische Hoffnungen wecken, die zu einer »Therapieabhängigkeit« führen könnten.
- ▶ **Prinzip der kleinen Schritte.** Weit entfernte Ziele in kleine Teilziele zerlegen, die leichter erreichbar sind.

Als Therapiemethoden kommen alle Evidenz-basierten und somit alle verhaltenstherapeutischen Techniken in Frage.

### Tina

Für das Fallbeispiel boten sich eine ganze Reihe gut evaluierter Interventionsmethoden an. Ansatzpunkte waren vor allem die Familie, um eine positive Eltern-Kind-Interaktion herzustellen.

Daneben wurde auch an der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung mit Tina selbst gearbeitet. Die Verhaltensanalyse hat ergeben, dass Tina geeignete, zielführende Handlungsalternativen im Umgang mit Provokationen fehlen. Zudem sind die kurzfristigen Konsequenzen ihres aggressiven Verhaltens in der Summe positiv (ihre Mitschüler hören auf zu ärgern und ihre Wut lässt nach), wohingegen langfristige negative Konsequenzen nicht kontingent und somit bewusst sind (negativer Einfluss des Problemverhaltens auf die Familie; negative Emotionalität gegenüber Schule).

In der Therapie konnten demnach in modellierenden bzw. sokratischen Dialogen langfristige Konsequenzen bewusst gemacht werden (z. B. anschreien und hauen führt nur zu noch mehr Ärger zuhause und Mitschüler machen sich immer wieder über Tina lustig.). Ein von Tina auf dieser Grundlage entwickeltes konkretes Zielverhalten war: Cool bleiben und nicht provozieren lassen, dann finden die anderen Schüler das Ärgern irgendwann langweilig und hören auf. Dieses Zielverhalten sollte im Folgenden erprobt werden, begleitet durch Selbstbeobachtungsprozesse und die kontingente Verstärkung gelungenen Verhaltens in der Therapiesitzung.

## Evaluation

Erfolgskontrolle und Evaluation des Therapieerfolgs sind ein wesentliches Merkmal der Selbstmanagement-Therapie und sollen kontinuierlich überprüfen, ob die durchgeführten Therapiemethoden auch zu den gewünschten Effekten führen, bzw. wann Therapiestrategien geändert werden müssen.

**Zielabhängige Evaluation.** In der Praxis sollten sowohl eine Prozess-, als auch eine Ergebnisevaluation vorgenommen werden. Kanfer et al. (2012) formulieren dazu das Konzept der »Zielabhängigen Evaluation«, welche Effekte für jeden Einzelfall überprüfbar macht. Sie schlagen folgende Fragen vor:

Gelingt es den Patienten im Verlauf der Therapie besser,

- ▶ Probleme effektiv zu erkennen?
- ▶ Tatsachen von Problemen zu trennen?
- ▶ relevante Ereignisse und Abläufe zu registrieren?
- ▶ kontrollierte statt automatisierte Informationsverarbeitung vorzunehmen?
- ▶ effektiv Entscheidungen zu treffen?
- ▶ Ziele zu klären und sich realistische (Kur- und Langzeit-) Ziele zu setzen? Gezielt zu planen?
- ▶ Vorsätze in die Tat umzusetzen?
- ▶ das eigene Handeln auch über längere Zeiträume selbst angesichts von »Durststrecken« auf Langzeitziele hin auszurichten?
- ▶ eigenes Handeln auf Effizienz hin zu überprüfen und entsprechende Schlüsse für künftiges Handeln zu ziehen?
- ▶ eigene Ziele und eigenes Handeln in Einklang zu bringen?

Zu Beginn einer Selbstmanagement-Therapie werden vom Patienten gemeinsam mit dem Therapeuten verhaltensnahe Therapieziele formuliert und in realistische Teilziele zerlegt. Diese können am Ende der Therapie Gegenstand gemeinsamer Reflektion werden – etwa indem die Methode der Zielerreichungsskalierung (Goal Attainment Scaling, GAS) eingesetzt wird. Hierzu kommen skalierte Verhaltensprotokolle zum Einsatz.

### Tina

Ein Fernziel in der Arbeit mit Tina lautete: Ich möchte in der Schule nicht mehr von den anderen geärgert werden. Ein dazugehöriges konkretes Zielverhalten lautete somit: Wenn mich jemand ärgert, bleibe ich cool und lasse mich nicht provozieren.

Ob dieses konkrete Ziel nun gelingt, wurde über ein Verhaltensprotokoll im Sinne der Zielerreichungsskalierung eingeschätzt, das zwei Kategorien (»gelingen«, »nicht gelungen«) vorsah. Tinas Aufgabe war es, jede Situation zu notieren, in der sie sich geärgert fühlt und einzuschätzen, ob sie das konkrete Ziel erreicht hat oder nicht und welche Konsequenzen dies hatte. Über einen gewissen Zeitraum ließ sich damit feststellen, ob die Strategie des Ignorierens angewendet wird und mit welchen Erfolgen sie verbunden ist.

### **Erfolgsoptimierung und Abschluss**

In dieser letzten Therapiephase rücken Therapieablöseprozesse in den Vordergrund der Sitzungen. Aufgrund der Grundkonzeption der Selbstmanagement-Therapie (z. B. konkrete Zielorientierung, Verantwortungsübernahme, Prinzip der minimalen Intervention) ist die Ablösung unter Umständen wenig problematisch. Gerade im Umgang mit Kindern und Jugendlichen sollte jedoch sensibel auf ein Ende der therapeutischen Beziehung vorbereitet oder die Sitzungen langsam ausgeblendet werden (Sitzungsfrequenz reduziert).

Zudem geht es in dieser letzten Phase um die Stabilisierung und den Transfer der Therapieerfolge. Hier können Prinzipien der Lerntheorien für eine Generalisierung und Stabilisierung erlernter Fähigkeiten sorgen. Zu nennen sind vor allem die Anregung von Prozessen der Selbstverstärkung, der intermittierten Verstärkung oder dem langsamen ausblenden/überblenden von Kontingenzen (z. B. von Token zu sozialen Verstärkern). Auch die Einübung von Verhaltensweisen in der natürlichen Situation (Therapie in-vivo) erhöht den Transfer des Gelernten auf den Alltag. Gerade bei Kindern und Jugendlichen spielt zudem der Einbezug der Bezugssysteme (Familie/ Eltern, Schule/ Lehrkräfte) eine entscheidende Rolle für die Stabilität der Therapieerfolge.

## **54.4 Wirksamkeit und Wirksamkeitsbedingungen**

Selbstmanagement- bzw. Selbstregulations-Ansätze wurden für verschiedene Problembereiche evaluiert:

**Aufmerksamkeitsstörungen.** DuPaul et al. (2012) vergleichen in ihrer aktualisierten Metaanalyse zu schulbasierten Interventionen bei ADHS über 60 Studien mit unterschiedlichen Therapieansätzen. In sechs Studien wurden Methoden des Selbstmanagements angewendet und über einzelfallanalytische Designs überprüft. Im Vergleich schneiden diese mit sehr großen Effekten ( $ES = 3.31$ ), bezogen auf Verhaltensprobleme und akademische Fertigkeiten besser ab als Methoden des Kontingenzmanagements ( $ES = 2.40$ ) oder akademische Interventionen ( $ES = 1.53$ ). Zudem werden Methoden der Selbstregulation aufgrund ihres präventiven Charakters für das Schulsetting von den Autoren besonders empfohlen.

**Emotionale und Verhaltensstörungen.** Mooney et al. (2005) geben in ihrem Review über 20 Studien mit einem N von 78 einen Überblick zur Wirksamkeit von Methoden des akademischen Selbstmanagements bei Schülern und Schülerinnen mit emotionalen und Verhaltensstörungen. Zur Anwendung kamen vor allem die Methoden Zielsetzung, Selbstbeobachtung und Selbstinstruktion. Im Durchschnitt ergab sich eine Effektstärke von  $d = 1.80$  für akademische Fertigkeiten.

**Verhaltens- und Lernprobleme.** In einer Metaanalyse über Verhaltensprobleme im Unterricht von Briesch und Briesch (2016) wurden 47 zu Einzelfallanalysen mit einem N von 159 ausgewertet. Insgesamt ergab sich für die Wirksamkeit von Methoden des