



Schlarb • Stavemann

2. Auflage

Einführung in die KVT mit Kindern und Jugendlichen

Grundlagen und Methodik



E-BOOK INSIDE

BELTZ

Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

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

Bielefeld und Hamburg, Herbst 2018

A. A. Schlarb & H. H. Stavemann

Einleitung: Kognitive Verfahren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Stand der Dinge

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

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

Diese Argumente wollen wir nun kurz beleuchten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Möglichkeiten und Chancen einer Kognitiven Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Notwendige Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen

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

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

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

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

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

Kognitive Diagnostik

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

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

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

Selbstwertprobleme

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

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

Für Selbstwertprobleme sind sozialphobische und die meisten depressiven Störungsbilder symptomatisch.

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

Beispiel

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

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

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

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

Existenzielle Probleme

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

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

Beispiel

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

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

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

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

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

Probleme aufgrund mangelnder Frustrationstoleranz

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

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

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

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

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

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

Beispiel

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

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

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

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

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

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

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

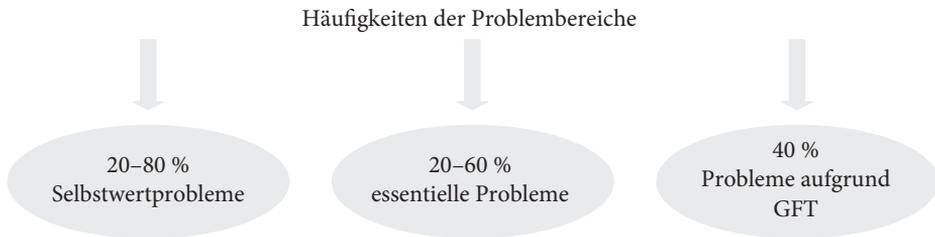


Abbildung 0.1 Problemtypen neurotischer Erkrankungen: Die Prozentzahlen zeigen die altersabhängige Zunahme/ Abnahme. Die Summe der Prozentsätze ergibt über 100 %, da man auch an zwei oder drei Problemen leiden kann (aus: Stavemann, 2016)

Diagnose der kognitiven Entwicklung

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



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