



Leseprobe aus: Petermann, Petermann, Training mit sozial unsicheren Kindern, ISBN 978-3-621-28245-1

© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28245-1>

Vorwort zur 11. Auflage

Soziale Unsicherheit bei Kindern umfasst eine Vielzahl von emotionalen und Verhaltensproblemen, die sich auf Sozialkontakt- und Trennungsängste beziehen. Diese Ängste im Kontext des Sozialkontaktes können bei Kindern so massiv sein, dass diese sozial isoliert sind. Sehr viele Kinder weisen in ihrer Entwicklung solche Phänomene auf, wobei ein Großteil der Ängste nach einigen Jahren während der Vorschulzeit wieder verschwindet. Ein gewisser Teil verfestigt sich jedoch und weist eine ungünstige Prognose für das Jugend- und Erwachsenenalter auf. Häufig tritt dann eine soziale oder eine andere Angststörung auf.

Das vorliegende Buch, das erstmals im Frühjahr 1983 erschienen ist, geht auf die Phänomene, die Klassifikationskriterien und die Ursachen der sozialen Unsicherheit ein. Diese Phänomene äußern sich im sozialen und familiären Kontext. Das therapeutische Vorgehen beruht auf der Überlegung, dass auffälliges Sozialverhalten und das durch Ängste bedingte Vermeidungsverhalten durch ein systematisches und aktives Einüben (zum Beispiel durch Rollenspiele) am nachhaltigsten verändert werden kann. Zugleich werden kognitive Therapieelemente berücksichtigt, da diese die einzuübenden Methoden vorbereiten, unterstützen und deshalb ebenfalls zur Nachhaltigkeit der Therapie beitragen. Gelingt es zudem, auf verschiedenen Ebenen (bezogen auf das einzelne Kind, eine therapeutische Kindergruppe und die Eltern) Therapieangebote bereitzustellen, dann sind die Erfolgsaussichten besonders gut. Das Buch bietet für diese kombinierte Behandlungsstrategie Praxisanleitungen und Materialien an, die sehr gut abgesichert sind.

Weitere, über das Buch hinausgehende Materialien liegen vor. Sie beziehen sich auf Videogeschichten für die Einzeltherapie, die 1996 völlig überarbeitet wurden. Die inhaltlichen Beschreibungen dieser Videoszenen sind in diesem Buch abgedruckt; jeweils ein Foto illustriert die Inhalte der Videogeschichten; hierzu wurden neue Fotos erstellt.

Die vorliegende 11. Auflage wurde grundlegend überarbeitet. Dies bezieht sich sowohl auf die theoretischen Grundlagen als auch auf die Materialien für die praktische Arbeit. Für die Einzeltherapie wurde ein weiteres Modul entwickelt, welches sich mit der Psychoedukation befasst. Besonders grundlegend wurde auch das Vorgehen für die Kinder im Vorschulalter bearbeitet; hierzu wurden präzisere und konkretere Instruktionen erstellt. Es wurden Leitfiguren eingeführt, sodass die Vorschulkinder einen »roten Faden« durch die Therapie hindurch erkennen können.

Auf eine erweiterte Sichtweise möchten wir noch hinweisen: Wir ermutigten in den letzten Jahren verstärkt Anwender unseres Manuals, die Materialien auch zur Prävention einzusetzen. Dies erscheint uns angemessen, da soziale Unsicherheit und Angststörungen immer früher im Kindesalter auftreten. Dies hat zur Konsequenz, dass es

nur durch eine frühzeitige Förderung sozial unsicherer Kinder möglich ist, deren Prognose günstig zu beeinflussen.

In der 11. Auflage wurde das Kapitel zur Erfolgskontrolle erweitert; die Wirksamkeitsstudien wurden vor allem von Frau Dr. Christine Möller (Bremen) realisiert. In diesem Kontext liegen auch Ergebnisse zur langfristigen Wirksamkeit vor.

Wir hoffen, dass unsere Leser die vorliegende Auflage genauso positiv aufnehmen wie alle bisherigen. Wir wünschen uns, dass unsere Ausarbeitungen zur Qualitätssicherung in der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie beitragen und unser Manual auf diese Weise Kindern mit sozialen Ängsten hilft.

Die vorliegende grundlegende Überarbeitung hatte viele Helfer: Frau Mirjam Laakmann (Bremen), M.Sc. Klinische Psychologie, unterstützte uns bei der Aktualisierung der Literatur und der Bearbeitung der Materialien. Frau Claudia Styrsky (München) gestaltete alle Zeichnungen neu, wodurch die Materialien nicht nur einheitlicher geworden sind, sondern auch deutlich an Attraktivität gewonnen haben. Wir danken dem Beltz Verlag, der jederzeit für unsere Anliegen ein offenes Ohr hatte, und hier ganz besonders Frau Dipl.-Psych. Karin Ohms, die uns wie immer in bewährter Weise von Seiten des Lektorats betreute. Allen Helfern und unseren kleinen Patienten sowie deren Familien gilt unser ausdrückliches »Dankeschön«.

Bremen, im Januar 2015

Ulrike Petermann und Franz Petermann

Vorwort zur 1. Auflage

Sozial unsicheres Verhalten bei Kindern – ein Verhaltensdefizit, eine Wohlstandsproblematik, eine emotionale Verarmung oder ...? Das vorliegende Buch geht der Ursachenklärung des Phänomens nach und stellt Symptomkonstellationen im sozialen und familiären Bezugssystem dar. Die Grundannahme des therapeutischen Vorgehens beruht auf der Überlegung, dass Sozialverhalten durch Interventionen auf verschiedenen Ebenen (beim Einzelkind, bei der Arbeit mit der Kindergruppe und mit den Eltern) beeinflusst werden kann. Das Buch bietet für diese kombinierte Interventionsstrategie Praxisanleitungen (Instruktionen) und Materialien an, die theoretisch und empirisch abgesichert sind.

In dieses Buch geht die Erfahrung unserer therapeutischen Arbeit der letzten acht Jahre ein; aus dieser Perspektive betrachtet, ist diese Veröffentlichung eine Fortführung des 1978 erschienenen Buches *Training mit aggressiven Kindern* (München: Verlag Urban & Schwarzenberg) – allerdings mit einer anderen Problematik und dementsprechend neuen Materialien. Einige theoretische Grundideen zu diesem Buch und die komplette Effektprüfung basieren auf meiner Dissertation im Fach Psychologie, die ich im Frühjahr 1982 an der Technischen Universität Berlin beendete. Für die vorliegende Publikation wurde eine vollkommene Neukonzipierung vorgenommen, die sich an der Rahmenkonzeption »Materialien für die Praxis« orientiert. In diesem Zusammenhang danke ich den Herausgebern der Reihe und den Lektoren des Verlages Urban & Schwarzenberg (Dr. Kagelmann, Dr. Weidenmann), die das Buch betreuten. Besondere Unterstützung erfuhr ich durch meinen Ehemann Franz Petermann, der nicht nur als Herausgeber, sondern auch als Lebenspartner mir bei der praktischen und theoretischen Gestaltung und Umsetzung zur Seite stand. Bei der Datenerhebung und Datenauswertung unterstützten mich Frau cand. phil. Ingeborg Bandemer (Berlin) und Herr Dipl.-Psych. Herbert Noack (Bonn); Frau cand. phil. Marion Grünthal (Bonn) erstellte die Fotografien, die als Materialien im Einzel- und Gruppentraining eingesetzt werden. Meinen Kollegen der Erziehungs- und Familienberatungsstelle St. Augustin danke ich für die uneingeschränkte Unterstützung. Nicht vergessen werden sollen die Kinder und Eltern, die an den Trainings beteiligt waren und ohne deren Vertrauen in unser Vorgehen unsere Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Bonn, im Oktober 1982

Ulrike Petermann

4 Konzeption des Vorgehens

4.1 Therapieziele

Zur globalen Umschreibung möglicher Therapieziele verwenden wir den Begriff »sozial kompetentes Verhalten«. Im Folgenden werden Bedingungen sozial kompetenten Verhaltens vorgestellt, die die Zielsetzungen unseres Vorgehens zusammenfassen. Hierbei wird von zwei Voraussetzungen ausgegangen: Zum einen wird angenommen, dass sozial kompetentes Verhalten nur möglich sein wird, wenn die betroffene Person frei von sozialer Angst ist und zudem über soziale Fertigkeiten verfügt (vgl. Abb. 4.1). Diese Voraussetzungen sind jeweils an verschiedene Vorbedingungen gekoppelt.

Freisein von Angst

Von Angst frei zu sein bedeutet, über eine günstige motivationale Voraussetzung zu verfügen, sich sozial kompetent verhalten zu können. Für diese motivationale Voraussetzung »Freisein von Angst« sind erforderlich:

- ▶ ein positives Selbstkonzept
- ▶ Selbstvertrauen

Selbstkonzept. Darunter versteht man das gesamte Wissen über die eigene Person und die diesbezüglich gesammelten Erfahrungen (vgl. Alden & Taylor, 2004). Es schließt Einstellungen, Urteile, Bewertungen eigenen Verhaltens sowie eigener Merkmale und Eigenschaften ein. Das Selbstkonzept wird durch Erfahrungen und Sozialisationsinflüsse in der Kindheit und Jugendzeit entscheidend geprägt.

Selbstvertrauen. Ein positives Selbstkonzept zieht Selbstvertrauen nach sich. Dies kann aus der Definition von Selbstvertrauen in Anlehnung an den Begriff »Selbstwirksamkeit« von Bandura (1997) geschlossen werden. Selbstvertrauen wird als das Gefühl der Sicherheit verstanden, über ein wirksames und angemessenes Verhaltensrepertoire zu verfügen. Selbstvertrauen entwickelt sich, indem man Überzeugungen über eigenes wirksames Handeln aufbaut.

Verfügen über soziale Fertigkeiten

Auch soziale Fertigkeiten hängen von Vorbedingungen ab, die mindestens aus den folgenden Teilfertigkeiten bestehen (Petermann, 2002, vgl. Abb. 4.1).

Differenzierte Selbst- und Fremdwahrnehmung. Eine angemessene Wahrnehmung der eigenen Person und des Interaktionspartners tragen dazu bei, dass Emotionen und Handeln beeinflusst- und steuerbar werden. Wesentlich ist dabei, die eigenen Emotionen zu erkennen und soziale Situationen angemessen einordnen zu können.

Rollenübernahmefähigkeit. Diese bezieht sich im Wesentlichen auf die Fähigkeit, sich in die Lage anderer zu versetzen.

Interaktionsfähigkeit. Hierunter versteht man die Fähigkeit, sich in unterschiedlichen Kontakt- und Kommunikationssituationen angemessen zu verhalten. Kontakte knüpfen, kooperieren, fragen, erklären und eigene Vorstellungen darlegen zu können, gehört genauso dazu wie zuhören und Anerkennung geben sowie akzeptieren zu können. Die Interaktionsfähigkeit baut auf einer differenzierten Wahrnehmungs- und Rollenübernahmefähigkeit auf.

Selbstbehauptungsfähigkeit. Die Fähigkeit zur Selbstbehauptung vervollständigt die Interaktionsfähigkeit in einem wesentlichen Bereich und trägt zu einer eigenständigen und unabhängigen Person bei. Sie zielt auf die Fähigkeit ab, Nein zu sagen, Wünsche zu äußern, Forderungen zu stellen, Kontakte zu beenden und negative Gefühle sowie Kritik angemessen zum Ausdruck zu bringen. Um sich angemessen behaupten zu können, müssen Konflikte differenziert beurteilt werden und angemessene Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen (vgl. u. a. Lübben & Pfingsten, 2005).



Abbildung 4.1 Bedingungen sozial kompetenten Verhaltens

Soziale Fertigkeiten können nur erworben und eingesetzt werden, wenn die motivationalen Voraussetzungen (positives Selbstkonzept, Selbstvertrauen) vorhanden sind. Umgekehrt können gut geübte soziale Fertigkeiten das Selbstvertrauen verbessern und zu einem positiven Selbstkonzept beitragen. Dieses Wechselspiel kann natürlich leider auch sozial unsicheres Verhalten verfestigen.

Ziele unseres Therapieprogramms

Aus den in Abbildung 4.1 vorgestellten Bedingungen sozial kompetenten Verhaltens lassen sich wichtige Ziele unserer therapeutischen Arbeit ableiten: Das von uns entwickelte Therapieprogramm zielt darauf ab, sowohl auf der motivationalen als auch auf der Handlungsebene die Voraussetzungen für sozial kompetentes Verhalten schrittweise aufzubauen. Das übergeordnete Therapieziel »sozial kompetentes Verhalten« ist demzufolge davon abhängig, inwieweit Fortschritte im Hinblick auf folgende Teilziele erreicht werden können:

(1) Zielsetzung auf motivationaler Ebene: Freisein von Angst

- ▶ Aufbau eines positiven Selbstkonzepts,
- ▶ Stärkung des Selbstvertrauens.

(2) Zielsetzung auf Handlungsebene: Verfügen über soziale Fertigkeiten

- ▶ Förderung der differenzierten Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- ▶ Förderung der Rollenübernahmefähigkeit,
- ▶ Förderung der Interaktionsfähigkeit und
- ▶ Förderung der Selbstbehauptungsfähigkeit.

4.2 Behandlungsmethoden

Die Angstbehandlung im Kindesalter gehört seit Mitte der 1990er-Jahre zu den innovativsten Bereichen der Kinderpsychotherapie. Viele Ansätze sind verhaltenstherapeutisch orientiert und verknüpfen verschiedene kognitiv-behaviorale Ansätze mit einer familienorientierten Vorgehensweise (vgl. Eimecke et al., 2010; Matzejat & Ihle, 2015; Petermann & Petermann, 2009; Rodebaugh et al., 2004; Schneider & Margraf, 2009). Darüber hinaus liegen Präventionsprogramme vor: So erprobten schon Dadds et al. (1999) ein Vorgehen, um den familiären Einflüssen der Angstentwicklung entgegenzuwirken. In zehn Gruppensitzungen lernten Kinder, ihre Ängste besser zu bewältigen; in drei Elternsitzungen wurden Erziehungsfertigkeiten vermittelt. Das Vorgehen basiert auf kognitiv-behavioralen Elementen und zeigte kurz- und längerfristig überzeugende Ergebnisse.

Ein deutschsprachiges Präventionsprogramm stammt von Jürgens und Lübben (2014). Es wurde als Gruppentraining sozialer Kompetenzen für Kinder und Jugendliche GSK-KJ konzipiert und richtet sich an Kinder, die lernen wollen, sich sozial angemessen zu behaupten sowie sich selbstsicher zu verhalten. Erste Ergebnisse sowohl der Kinder- als auch der Jugendlichenversion mit Wartekontrollgruppendesign zeigen kleine Effekte im Sinne der Trainingsziele.

Neben komplexen, integrativen Therapieprogrammen sind vor allem die folgenden Behandlungsmethoden bei kindlichen Angststörungen erfolgreich (vgl. Büch et al., 2015; Cartwright-Hatton et al., 2004; Compton et al., 2004; In-Albon & Schneider, 2007):

- ▶ Expositionsbehandlung (Konfrontationstherapie in sensu und in vivo; vgl. die Intervention bei einer Schulphobie von Walter et al., 1997; vgl. Beidel et al., 2000, 2005; Coplan et al., 2008; Grasko et al., 2008; Kendall et al., 2004)
- ▶ operante Ansätze (systematische Verstärkung)
- ▶ Modelllernen
- ▶ soziale Fertigkeitentrainings (Beidel et al., 2004, 2006)

- ▶ kognitiv-behaviorale Ansätze (vgl. Ahrens-Eipper & Leplow, 2004; Barrett et al., 2001; Beck et al., 2006; Harb & Heimberg, 2002; Joormann & Unnewehr, 2002; Manassis et al., 2002; Maur-Lambert et al., 2003; Walkup et al., 2008)
- ▶ Entspannungsverfahren (Harb & Heimberg, 2002; Petermann, 2014b)

Aufgrund der Tatsache, dass im Kindes- und Jugendalter Angst- und depressive Störungen oftmals eine gemeinsame Ursache aufweisen (vgl. Epkins & Heckler, 2011; Groen & Petermann, 2011; Prinzie et al., 2014) liegen auch kognitiv-behaviorale Ansätze zur Behandlung einer kombinierten Angst-Depressions-Störung vor (vgl. Compton et al., 2004; Groen & Petermann, 2008). Die verhaltenstherapeutische Behandlung von Angst- und depressiven Störungen unterscheiden sich dabei kaum (Groen & Petermann, 2013).

Unser Vorgehen fokussiert stark den Aufbau sozialer Fertigkeiten, da sozial unsicheres Verhalten in erster Linie durch die Vermeidung von Sozialkontakt und von sozialen Anforderungen aufrechterhalten wird. Erst durch den Aufbau sozialer Fertigkeiten sowie durch die schrittweise oder unmittelbare Konfrontation mit angstauslösenden Situationen und deren erfolgreiche Bewältigung kann die Angst langfristig reduziert werden.

In einzelnen Fällen muss ein Einüben sozialer Fertigkeiten durch eine Expositionsbehandlung ergänzt werden. Diese wird entweder vom Therapeuten selbst durchgeführt oder die Eltern konfrontieren ihr Kind unter Anleitung des Therapeuten mit einer angstauslösenden Situation (vgl. Beidel et al., 2000, 2005; Cartwright-Hatton et al., 2004; Rodebaugh et al., 2004). Eine Expositionsbehandlung kann in unterschiedlichen Varianten durchgeführt werden (Hand, 2011):

- ▶ langsam gestufte In-sensu-Exposition (Desensibilisierung in der Vorstellung)
- ▶ langsam gestufte In-vivo-Exposition (Desensibilisierung durch Situationsexposition)
- ▶ rasch-unmittelbare In-sensu-Exposition (Flooding – Überflutung – durch rasche und intensive Konfrontation in der Vorstellung)
- ▶ rasch-unmittelbare In-vivo-Exposition (Flooding mit der angstauslösenden Situation durch rasche und intensive Konfrontation)

Eine Expositionsbehandlung zielt immer auf die Konfrontation mit dem angstauslösenden Reiz ab; jedoch sind die intendierten Wirkungen verschieden – und zwar in Abhängigkeit des gewählten Konfrontationsweges.

In-sensu-Exposition. Bei der In-sensu-Exposition sollen Angstgefühle und damit einhergehende verzerrte Vorstellungen durch die Imagination von angstauslösenden Situationen hervorgerufen werden. Diese Ängste und ängstigenden Vorstellungen sollen mit Hilfe verschiedener Techniken bearbeitet und bewältigt werden. Sinnvoll ist eine Kombination mit Verhaltensübungen zum Aufbau sozial kompetenten Verhaltens, da soziale Fertigkeiten die Bewältigung von Angstreaktionen und verzerrten Vorstellungen unterstützen. Die In-sensu-Exposition kann sowohl als Desensibilisierung als auch als Flooding realisiert werden.

In-vivo-Exposition. Die Situationsexposition zu den aversiven, angstauslösenden Bedingungen erfolgt ebenfalls als Desensibilisierung oder als Flooding-Vorgehen. Das Ziel besteht darin, das Vermeidungsverhalten zu unterbinden und über Habituation (Gewöhnung an die angstauslösende Situation) die Angstreaktion zu löschen. Die bei der In-vivo-Exposition auftretenden Emotionen, Vorstellungen und körperlichen Reaktionen sollten unbedingt mit dem Kind und seinen Eltern vorbesprochen und nachbearbeitet werden. Dies schließt den Aufbau von Bewältigungsverhaltensweisen und Selbstmanagementfertigkeiten ein, beispielsweise angemessene Selbstverbalisation, Selbstbelohnung und Selbstreflexion. Gerade die Vorbereitung einer In-vivo-Exposition bedeutet, vor allem die Eltern zu diesem Vorgehen zu motivieren beziehungsweise den Therapeuten zur Exposition durch das Einverständnis der Eltern zu autorisieren. Ein solches Vorgehen setzt eine vertrauensvolle Beziehung zum Kind und zu den Eltern voraus. Des Weiteren ist mit den Eltern das Ziel eines solchen Vorgehens herauszuarbeiten: Das Vermeidungsverhalten des Kindes soll gelöscht werden, es soll angstfrei vorher angstbesetzte Situationen bewältigen können und langfristig soll eine positive sozial-emotionale Entwicklung ermöglicht werden. Das Erreichen dieser Ziele bedeutet schließlich Entlastung für die gesamte Familie.

4.3 Aufbau des Vorgehens

Der Aufbau unseres Vorgehens lässt sich durch folgende Stichworte kennzeichnen:

- ▶ zweigleisiges Vorgehen durch eine parallel zur Kindertherapie verlaufende Eltern- und Familienberatung
- ▶ altersspezifisches Vorgehen und entsprechende Materialien für die gezielte Förderung der Kinder
- ▶ zielorientierte Strukturierung des Vorgehens
- ▶ flexible Anwendung des Vorgehens, um der spezifischen Problemlage der Kinder gerecht zu werden

Die folgenden Abschnitte geben anhand dieser Stichworte einen Überblick über die Konzeption des therapeutischen Vorgehens.

Zweigleisiges Vorgehen: Kindertherapie und Eltern- und Familienberatung

Es ist davon auszugehen, dass sich einerseits das sozial unsichere Verhalten eines Kindes auf sein familiäres Umfeld auswirkt, andererseits die Familie an der Entstehung und Aufrechterhaltung des Problemverhaltens beteiligt ist. Eine ausschließlich symptomorientierte Behandlung des Kindes ist somit weder angemessen noch ausreichend. Daher gehen wir zweigleisig vor: Unser Konzept umfasst zum einen ein Vorgehen zum Abbau des Problemverhaltens und zum Aufbau sozialer Fertigkeiten beim Kind; zum anderen werden durch die Eltern- und Familienberatung die familiären Bedingungen und die Eltern-Kind-Interaktion verändert sowie die elterliche Erziehungskompetenz verbessert. Die Therapiesitzungen mit dem Kind werden von Elternkontakten begleitet, sodass eine inhaltliche Verzahnung möglich wird (vgl. Abb. 4.2).

Kindertherapie. Die Therapie mit einem Kind ist in Einzel- und Gruppentherapie untergliedert. Um Sozialverhalten zu modifizieren, ist eine Gruppentherapie zur Verhaltenseinübung unabdingbar (vgl. Fiedler, 2005; Gallagher et al., 2004).



Die Begrenzung auf eine Gruppentherapie allein erscheint jedoch aus folgenden Gründen nicht sinnvoll:

- (1) Sozial unsichere Kinder sind überfordert, wenn ein Vorgehen mit einer Gruppentherapie beginnt. Es besteht die Gefahr, dass manche Kinder ein noch ausgeprägteres Verweigerungsverhalten zeigen, als es ohnehin schon der Fall ist. Zudem erleichtert eine Einzeltherapie den Aufbau einer durch Vertrauen geprägten Kind-Therapeut-Beziehung.
- (2) Um Verhaltensübungen effektiv durchführen zu können, müssen alle Kinder die vergleichbaren Voraussetzungen mitbringen. Das heißt, sie müssen über relevante Informationen zu sozial kompetentem Verhalten und über grundlegende Fertigkeiten verfügen, um von Verhaltensübungen profitieren zu können. Dies betrifft zum Beispiel verbales und nonverbales Verhalten von Interaktionspartnern richtig zu interpretieren. Es bezieht sich auch darauf, dass die Prinzipien der Selbstbeobachtung und Selbstinstruktion bereits erlernt wurden, um sie in relativ realitätsnahen Situationen, wie in der Gruppentherapie, anwenden und üben zu können.

Aus den genannten Gründen ist der Gruppentherapie eine Einzeltherapie vorgeschaltet. Die Einzeltherapie umfasst fünf Module, die Gruppentherapie acht Module. Berücksichtigt man die Passivität oder Reaktionsverweigerung der Kinder, dann ist bei Schulkindern eine Sitzungslänge von 100 Minuten hilfreich. Diese Dauer wird für die Einzel- und Gruppentherapie empfohlen. Gerade in der Gruppentherapie benötigen drei bis vier Kinder ausreichend Zeit für Verhaltensübungen. Nur bei Vorschulkindern oder solchen mit kognitiven Einschränkungen sowie einer sehr ausgeprägten Angstsymptomatik ist eine kürzere Sitzungsdauer von 50 Minuten sinnvoll.

Exkurs

Konfrontation im Training mit sozial unsicheren Kindern

In unserem Vorgehen erfolgt die Konfrontation mit angstausslösenden Situationen auf unterschiedliche Weise:

- ▶ Thematische Bearbeitung von Ängsten des Kindes in der Einzeltherapie (zum Beispiel »Wovor hat Mutmacher-Moritz/Mutmacher-Lisa Angst?«).
- ▶ Konfrontation durch unterschiedlich anforderungsreiche Rollenspielinhalte in der Gruppentherapie. Ziel ist es, dass im Verlauf der Gruppentherapie eine Gruppe von drei oder vier Kindern unter Anleitung des Therapeuten emotional immer stärker belastende Situationen und Anforderungen im Rollenspiel bearbeitet. Die Kinder können sich hierbei wechselseitig unterstützen und

helfen sowie Modelle füreinander im Hinblick auf positives Bewältigungsverhalten darstellen; denn die angstausslösenden Situationen unterscheiden sich bei den Kindern.

- ▶ Durch Verhaltensaufträge im Detektivbogen üben die Kinder im Alltag soziale Fertigkeiten ein und wenden diese im Kontext von Situationen an, die bislang soziale oder generalisierte oder Trennungsängste auslösten und zu Vermeidungsverhalten führten. Durch die schrittweise Konfrontation mit angstausslösenden Situationen und deren Bewältigung wird sozial unsicheres Verhalten nachhaltig abgebaut.
- ▶ Eltern werden vom Therapeuten angeleitet, Vermeidungsverhalten ihres Kindes nicht zuzulassen. Sie müssen lernen, auf Verhaltensweisen zu bestehen, die entwicklungs- und altersangemessen, nicht überfordernd sowie in der Therapie mit dem Kind bearbeitet und eingeübt worden sind.
- ▶ Liegt eine Störung mit Trennungsangst vor, ist immer die Konfrontation mit der Trennungssituation notwendig, um die Trennungsangst bewältigen zu lernen. Dies muss insbesondere dann erfolgen, wenn der Schulbesuch vermieden oder aktiv verweigert wird. Ob eine schrittweise Annäherung an das Zielverhalten und eine systematische Desensibilisierung der angstausslösenden Situation angestrebt oder ob eine Konfrontation im Sinne einer Überflutung (Flooding) durchgeführt wird, hängt vom Einzelfall ab. Welche Kombination der Expositionsbehandlung auch immer gewählt wird: Die Konfrontation ist sowohl in der Kindertherapie als auch in der Elternberatung gründlich vorzubereiten (vgl. auch Ausschlusskriterien in Abschn. 4.5).

Eltern- und Familienberatung. Für die fünf Module der Eltern- und Familienberatung werden minimal fünf Sitzungen mit jeweils 100 Minuten veranschlagt. Acht Wochen nach Therapieende erfolgt ein Nachgespräch.

Im Folgenden verwenden wir zwar vorwiegend den Begriff »Elternberatung«, möchten jedoch darauf hinweisen, dass dies auch für die Beratung der Familie insgesamt stehen kann. Eine Familienberatung wird immer dann angestrebt, wenn die Kinder über acht oder neun Jahre alt sind, wenn Themen aus der Kindertherapie besprochen werden und wenn eine enge Verzahnung von Kindertherapie und Elternberatung angestrebt wird.

Altersspezifisches Vorgehen

Bei einer Reihe von Angststörungen im Kindesalter wird in den Klassifikationssystemen gefordert, dass die Störung vor dem sechsten Lebensjahr begonnen haben muss. Spätestens mit der Einschulung werden die Probleme im Kontext einer Angststörung offensichtlich, besonders wenn stark vermeidendes Verhalten auftritt. Dennoch gibt es auch Fälle, in denen sich die Angststörung weit in das Kindesalter hinein unerkannt entwickeln konnte, da die Kinder zwar »still«, aber ansonsten unauffällig und »pflegeleicht« sind.

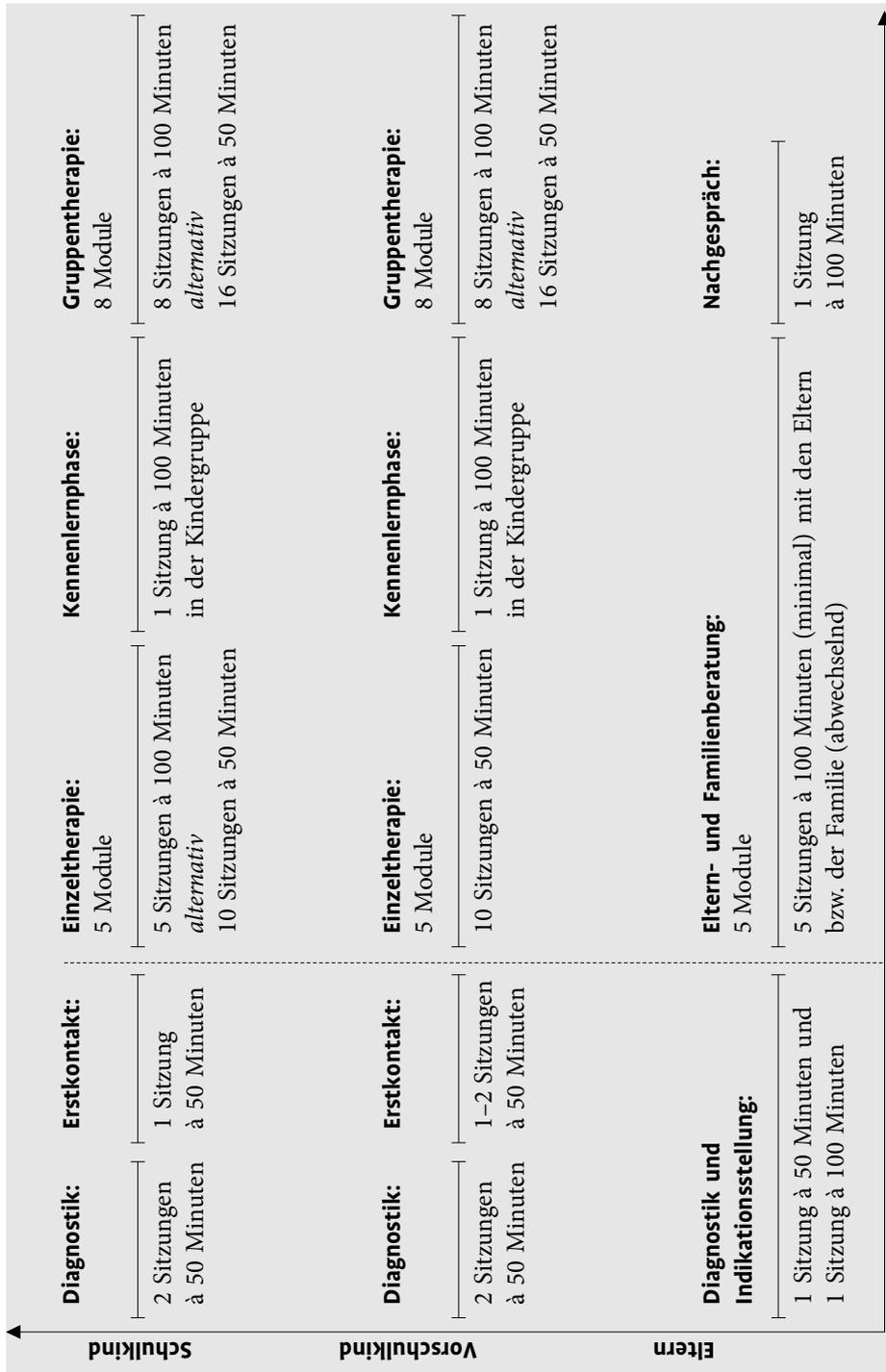


Abbildung 4.2 Überblick über den Aufbau des Vorgehens

So ist es notwendig, das Vorgehen für verschiedene Altersstufen zu gestalten. Das bedeutet, dass sich zwar die Therapieziele und verhaltenstherapeutischen Methoden für Kinder unterschiedlichen Alters prinzipiell nicht unterscheiden. Dennoch muss eine altersspezifische Abstimmung des Vorgehens und der Materialien erfolgen. Hierbei sind vor allem der altersabhängige kognitive Entwicklungsstand und die unterschiedliche emotionale Belastbarkeit zu berücksichtigen. Aus diesem Grund liegt das Training mit sozial unsicheren Kindern einmal in einer Version für Vorschulkinder und einmal in einer Version für Schulkinder vor, um diesen Alters- und Entwicklungsunterschieden Rechnung zu tragen.

Zielorientierte Strukturierung des Vorgehens

Sowohl die Einzel- und Gruppentherapie als auch die Elternberatung sind jeweils durch eine Abfolge von Therapiezielen gegliedert. Ebenso folgt der Aufbau jeder einzelnen Sitzung einer vorgegebenen Struktur (s. die vier Phasen einer Sitzung auf S. 77f.). Diese strenge Strukturierung der Arbeit hat sich aus zweierlei Gründen als sinnvoll erwiesen: Zum einen bietet sie dem Therapeuten eine Orientierungshilfe, die es ihm erleichtert, das Vorgehen zu erlernen, aber auch durchzuführen. Insbesondere hat sich aber das vorgeschlagene strukturierte Vorgehen aus der Sicht der Kinder und Eltern bewährt: Die Abfolge der Therapieziele erfolgt hierarchisch von leicht zu schwer sowie aufeinander aufbauend; dadurch ist gewährleistet, dass Kind und Familie nicht überfordert werden, sondern Schritt für Schritt Erfolge erleben können. Die ritualhaft wiederkehrenden Elemente in den Sitzungen bedeuten darüber hinaus Vorhersehbarkeit von Ereignissen und damit Orientierung sowie Sicherheit für das Kind.

Flexibles Vorgehen

Obwohl das Vorgehen eine festgelegte Abfolge von Therapiezielen und eine vorgegebene Gliederung der Sitzungen aufweist, kann und muss man flexibel auf die Besonderheiten von Kind und Familie eingehen. So besteht die Möglichkeit, Vorgehen und Materialien zu variieren, wenn auch in Grenzen, und die Modulhalte nach einem flexiblen Zeitraster zu bearbeiten. So lassen sich beispielsweise Fotogesichten alternativ zu Videofilmsequenzen einsetzen, an Stelle von Rollenspielen sind auch Puppenspiele möglich oder Themen und Übungen werden über mehrere Sitzungen intensiv und wiederholt bearbeitet. Da eine Reihe von Materialien nur mit Hilfe persönlicher Erlebnisse eines Kindes bearbeitbar sind, werden dadurch die Module automatisch individuell auf ein Kind und seine Lebenssituation abgestimmt. Entscheidend ist bei der Auswahl der Materialien und Themen jedoch immer, dass ein Kind und seine Eltern nicht überfordert werden und sie sich in den Themen wiedererkennen.

Möchte man das »Tempo« und die Dauer der Bearbeitung einzelner Module flexibel gestalten, sollte man wie folgt vorgehen:

- ▶ Sind einzelne Therapieziele für ein Kind leicht zu erreichen, werden solche Module zügig bearbeitet, um keine Langeweile aufkommen zu lassen.

- ▶ Merkt man zum Beispiel bei einem lernbehinderten Kind, dass nachgeordnete Therapieziele und Module zu schwer sind, dann kann man komplexe Vorgehensweisen streichen.
- ▶ Ist ein Kind von der Menge der Inhalte eines Moduls überfordert, dann empfiehlt es sich, die Modulbearbeitung über mehrere, 50-minütige Sitzungen zu verteilen; bei solchen Kindern sollten von Anfang an für die Einzeltherapie zehn Sitzungen veranschlagt werden. Wichtige und attraktive Materialien, wie zum Beispiel die Videosituationen oder die Wolkenköpfe, werden dann wiederholt eingesetzt. Manche Module stellen mehrere Themen und Materialien zur Verfügung, aus denen ausgewählt oder auch mehrere, über verschiedene Sitzungen verteilt, bearbeitet werden können.

So verstehen sich die Sitzungsangaben in Abbildung 4.2 als Orientierung und können einer Kurzzeit- oder Langzeittherapie flexibel angepasst werden. In Abschnitt 5.1 werden das Modulsystem sowie die Entscheidungskriterien für 50- oder 100-minütige Sitzungen ausführlich erläutert.

Diese Ausführungen unterstreichen, dass das Training mit sozial unsicheren Kindern einen Rahmen vorgibt, der im Sinne eines modularen Systems individuell ausgestaltet werden muss; hierfür hält unser Buch ausreichend Materialien und Methoden für jedes Modul bereit. Die Planung des Vorgehens setzt also einen komplexen Entscheidungsprozess aufgrund einer differenzierten Diagnostik voraus, der zu einer rezepthaften Anwendung des Vorgehens im Widerspruch steht.

4.4 Therapeutische Beziehung

Für den Aufbau eines positiven Kontaktes zum Kind ist eine Reihe von beziehungs-fördernden Faktoren von Bedeutung. Für die Kinderpsychotherapie hat F. Petermann (2013a) solche Faktoren zusammengestellt. Es handelt sich hierbei zum einen um allgemeine Hinweise zur Beziehungsgestaltung (Empathie, emotionale Wärme, Akzeptieren), zum anderen um spezifische Kompetenzen eines Therapeuten im Umgang mit Kindern und Eltern. Alle Bemühungen sollen dazu führen, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Kind bzw. Eltern aufgebaut wird.

Bei sozial unsicheren Kindern ist der Aufbau von Vertrauen häufig schwierig und langwierig; dieses Problem soll im Mittelpunkt des Interesses und der folgenden Ausführungen stehen.

Vertrauensaufbau durch Kompetenzübertragung. Vieles spricht für die folgende These: Vertrauensaufbau in der Kinderpsychotherapie erfolgt dadurch, dass einem Kind gezielt Aufgaben und Kompetenzen übertragen werden, aus denen es Bestätigung und Selbstwirksamkeit ableiten kann (vgl. Petermann, 2013a). Es geht darum zu ermöglichen, dass ein Kind in der therapeutischen Situation die Erfahrung macht, schwierige Aufgaben bewältigen zu können. Es muss erleben, dass andere Kinder