

Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Evangelische Hochschule Freiburg

Hans Uwe Rose

Psychotherapeutische Praxis, Wiesbaden

Störungen des Sozialverhaltens zählen zu den häufigsten und zugleich besonders deutlich andere Menschen beeinträchtigenden Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Auf der Grundlage einer personenzentrierten Haltung werden Überlegungen zur Diagnostik und Differentialdiagnostik, zum Störungsverständnis und zu fallspezifischer Therapieplanung entwickelt. Diese kombinieren die bedingungs-freie Wertschätzung der Person mit der Bereitschaft zur Konfrontation mit dem auffälligen Verhalten. Die Handlungsleitlinien zur Gestaltung der therapeutischen Arbeit beziehen sich in je eigener Darstellung auf die Eingangs-, die mittlere und die Abschlussphase einer Psychotherapie. Es werden für jede Phase Empfehlungen zur Begegnungshaltung, zu den Handlungsstrategien und den Interventionsmethoden formuliert. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen schließen den Beitrag ab.

Schlüsselwörter: Leitlinien, Störungen des Sozialverhaltens, Therapieprozessgestaltung, Personenzentrierte Psychotherapie

Disorders in social behaviour: Therapeutic Guidelines for Person-centered Psychotherapy with Children, Adolescents and Care Takers. Disorders in social behaviour are one of the most frequent conduct disorders occurring in childhood and adolescence, and are very often detracting their social environment. Based on the person-centered approach, therapeutic orientations with concepts for a differential diagnosis, an elaborated understanding of the disorder and a case-specific plan of the psychotherapeutic process are developed. They combine the unconditional appreciation of the client as a person and the readiness to confront the client with their diverging behaviour. They distinguish the initial, the middle/central, and the final phase of the psychotherapy, each requiring individual planning. Recommendations for the therapeutic attitude for every phase are given, such as therapeutic strategies for direct interaction with the client, or methods of intervention during the therapeutic process. Finally the article gives suggestions for the cooperation with the parents and other persons relevant to the client.

Keywords: therapeutic orientations, conduct behavior disorders, disorders in social behavior, differentiate therapeutic process planning, client-centered therapy

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Prof. Dr., geb. 1956, Diplom-Psychologe, ist hauptamtlicher Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Zusatzausbildungen in Psychoanalyse (DGIP, DGPT), Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Gesprächspsychotherapie (GwG). 20 Jahre Tätigkeit als niedergelassener Psychotherapeut und als Geschäftsführer eines Jugendhilfeträgers (AKGG). Supervisor bzw. Dozent/Ausbilder bei verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsstätten. Leiter des Zentrums für Kinder- und

Jugendforschung an der EH Freiburg. Leiter des MA Studiengangs „Bildung und Erziehung im Kindesalter“.

Hans Uwe Rose, geb. 1955, Diplom-Psychologe, approbierter Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Arbeit in freier (Lehr-) Praxis und als Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter in der Ausbildung von Psychotherapeutinnen schwerpunktmäßig an der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Evangelische Hochschule Freiburg, 79114 Freiburg, Bugginger Str. 38
E-Mail: Froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de

Vorbemerkungen

Störungen des Sozialverhaltens gehören zu den häufigsten, oft besondere Aufregung erzeugenden und zugleich besonders deutlich andere Menschen beeinträchtigenden Verhaltensauffälligkeiten. Die Prävalenzraten liegen – abhängig von den benutzten Instrumenten – bei ca. 5 % (Fröhlich-Gildhoff, 2007); das Verhältnis Jungen: Mädchen beträgt 2:1 bis 4:1. Entgegen vielen Mediendarstellungen geht die Gesamtrate aggressiven und gewalttätigen Verhaltens ca. seit dem Jahr 2000 zurück; allerdings – so zeigen viele Langzeitstudien – bleiben die Störungen des Sozialverhaltens, besonders das aggressive Verhalten, etwa ab dem 5./6. Lebensjahr stabil, wenn nicht gezielte pädagogische oder therapeutische Hilfen für das auffällige Kind und seine Familie angeboten werden (Petermann & Petermann, 2010; Essau & Conrath 2004). Ein besonderes Problem besteht darin, dass sog. „Intensivtäter“ (ca. 5 % der auffälligen Kinder/Jugendlichen) für einen Großteil (bis zu 70 %) der „Taten“ verantwortlich sind (z. B. Pfeiffer & Baier, 2010; Ostendorf et al. 2002). In jüngster Zeit wird das Phänomen des „Bullying“ bzw. „Mobbing“ besonders im Auftreten in Kindertageseinrichtungen und Schulen diskutiert. Bullying wird in Anlehnung an Olweus (2006) definiert: „Bullying oder Mobbing bedeutet, dass ein Kind wiederholt und systematisch den direkten oder den indirekten negativen Handlungen eines oder mehrerer Kinder ausgesetzt ist. Olweus definiert eine negative Handlung als eine absichtliche Verursachung von Unwohlsein beim Gegenüber, welche die Form von physischem Kontakt, Worten, Gesichtsausdrücken und Gesten, absichtlicher Missachtung der Wünsche oder Vorschläge eines Anderen, oder sozialer Isolation und Ausschluss annehmen kann“ (von Marées, 2009; S. 19).

Streit und Normverletzungen sind andererseits häufige und auffallendste Hinweise, dass ein Kind sich in Not befindet, sich nicht verstanden oder angenommen fühlt. Dieses Verhalten ist auffälliger als Angst oder Unsicherheit, die jedoch ‚hinter‘ der Störung des Sozialverhaltens stehen können. Nicht selten hat sich das normverletzende – und andere schädigende – Verhalten soweit verselbständigt, dass es vom Kind als hauptsächliche Form der Weltbegegnung gewählt wird. Das Verletzende oder schädigende Verhalten wird dann vom Kind/Jugendlichen selbst nicht mehr als solches empfunden – allerdings von seiner Umwelt. So kommt es zu Eskalationsspiralen ...

1. Erscheinungsbild der Störung (Symptome) – phänomenologisch

Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter sind durch andauernde, das heißt wiederholte, und situationsübergreifende sowie über einen längeren Zeitraum bestehende

Verhaltensmuster von dissozialem, aggressivem und (zielgerichtet) destruktivem Verhalten gekennzeichnet.

Im Einzelnen bedeutet dies:

- Ungehorsam (oppositionelles, aufsässiges Verhalten; bewusste Regelverletzung)
- Verweigerung und Abwehrhaltung gegenüber Autoritäten
- Trotz
- mangelnde Impulskontrolle, vor allem häufige, unkontrollierte Wutausbrüche
- häufiges Lügen, Stehlen, Weglaufen, Schuleschwänzen
- Zerstörung von Eigentum, Zündeln
- Streitprovokationen (Tyrannisieren und Quälen)
- Feindseligkeit gegenüber (bestimmten) Erwachsenen oder Kindern (Bedrohen, Einschüchtern)
- Gewalttätigkeit

Diese Symptomatik geht einher mit einem geringen oder instabilen Selbstwertgefühl, mangelnder Empathiefähigkeit gegenüber anderen und fehlender Selbstempathie („Härte“), niedriger Frustrationstoleranz, erhöhter Kränkbarkeit und einem geringen Repertoire an Konfliktlösungskompetenz (eingeschränkte soziale Kompetenzen).

2. Diagnose/Differentialdiagnostik

2.1 Spezifik des Störungsbildes

Im Klassifizierungssystem ICD 10 werden grundsätzlich „Störungen des Sozialverhaltens“ (ICD F91.xxx) von so genannten „Kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen“ (ICD F92) unterschieden. Innerhalb des Typus, der Störung des Sozialverhaltens, werden folgende Unterkategorien gebildet.

(F91.0) Auf den familiären Rahmen beschränkte Störungen des Sozialverhaltens

(F91.1) Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

(F91.2) Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen

(F91.3) Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

(F91.8/F91.9) Andere bzw. nicht näher bezeichnete Störungen des Sozialverhaltens

Zu einer genauen Diagnosestellung muss der Verlauf der Störung betrachtet werden. Es muss sich um ein kontinuierliches Muster der Verhaltensweisen, darf sich aber nicht um einmalige Reaktionen auf verletzende oder einschränkende Situationen

handeln. Das Diagnosesystem DSM geht von einer Auftretens-Mindestdauer von zwölf Monaten, das Diagnosesystem ICD 10 von einer Mindestdauer von sechs Monaten aus. Dabei treten in der Regel Kombinationen der oben genannten Symptome auf. Unter Bezug auf das ICD 10 sind folgende diagnostische Handlungsleitlinien für die einzelnen Unterkategorien zu beachten:

(F91.0) Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens

Zu beachten ist, dass keine bedeutsame Störung des Sozialverhaltens außerhalb des familiären Rahmens auftritt, sich also die sozialen Beziehungen des Kindes außerhalb der Familie im normalen Rahmen bewegen und sich das problematische Verhalten völlig oder fast völlig auf die Interaktion mit Mitgliedern der Kernfamilie oder der unmittelbaren Lebensgemeinschaft beschränkt. In den meisten Fällen sind diese familienspezifischen Störungen des Sozialverhaltens aus einer bedeutsamen Beziehungsstörung des Kindes zu einem oder mehreren Mitgliedern der Kernfamilie, beispielsweise anlässlich eines neu hinzugekommenen Ersatz-Elternteils, entstanden. Dieser Störungsart wird eine relativ günstige Prognose unter den umfassenden Störungen des Sozialverhaltens zugeschrieben.

(F91.1) Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

Das Fehlen einer wirksamen Einbindung in eine Peer-Group stellt das Hauptunterscheidungsmerkmal gegenüber den anderen Formen der „sozialisierten“ Störungen des Sozialverhaltens dar und hat Vorrang vor allen anderen Unterscheidungskriterien. Diese Störung des Sozialverhaltens ist charakterisiert durch die Kombination von andauerndem dissozialem oder aggressivem Verhalten mit einer deutlichen und umfassenden Beeinträchtigung der Beziehungen des betroffenen Kindes/Jugendlichen zu Gleichaltrigen. Die Beziehungen zu Erwachsenen sind in der Regel schlecht und zeichnen sich durch Unstimmigkeiten, Feindseligkeit und Verärgerung aus. Die aggressiven Übergriffe werden charakteristischerweise (aber nicht immer) allein begangen. In der Regel tritt die Störung situationsübergreifend auf, zeigt sich jedoch in der Schule am deutlichsten.

(F 91.2) Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen

Bei andauerndem dissozialem oder aggressivem Verhalten sind die betreffenden Kinder/Jugendlichen allgemein gut in ihre Altersgruppe eingebunden. Die Bezugsgruppe besteht oft aus ebenfalls delinquenten oder dissozialen Kindern und Jugendlichen, wobei in diesem Fall das sozial unerwünschte Verhalten von der Gruppe der Gleichaltrigen gutgeheißen und durch die Subkultur reguliert wird. Beziehungen zu Autoritätspersonen

sind häufig schlecht, jedoch kann zu einigen Erwachsenen auch ein recht positives Verhältnis bestehen.

(F91.3) Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

Diese Form einer Störung des Sozialverhaltens tritt charakteristischerweise bei Kindern unter zehn Jahren auf. Sie ist definiert durch ein deutlich aufsässiges, ungehorsames und trotziges Verhalten bei Fehlen schwerer dissozialer und aggressiver Handlungen, die das Gesetz oder die Rechte anderer verletzen. Kinder mit dieser Störung neigen dazu, häufig und aktiv Anforderungen oder Regeln Erwachsener zu missachten und überlegt andere Menschen zu ärgern. Sie sind oft zornig, übelnehmend und verärgert über andere, welchen sie die Verantwortung für eigene Fehler oder Schwierigkeiten zuschreiben. Generell haben sie eine geringe Frustrationstoleranz und werden schnell wütend. Typischerweise hat ihr Trotz eine deutlich provokative Qualität, so dass sie Konfrontationen hervorrufen. Dieses Verhalten ist häufig viel offensichtlicher bei Interaktionen mit Erwachsenen oder Gleichaltrigen, die das Kind gut kennt. Während einer diagnostisch-klinischen Untersuchung können Hinweise auf die Störung vollkommen fehlen.

(F91.8/F91.9). Andere bzw. nicht näher bezeichnete Störungen des Sozialverhaltens

Hier können Störungen des Sozialverhaltens kategorisiert werden, die einem der vorgenannten Typen entsprechen und durch andere massive Symptome (Angst, Zwang, somatische Störungen etc.) zusätzlich gekennzeichnet sind oder welche die Kriterien keiner der oben genannten Subgruppen erfüllen.

Verschiedene Autoren (z. B. Moffit, 1993; Petermann et al., 2001) unterscheiden zwei Typen der Störungen des Sozialverhaltens:

- Störung des Sozialverhaltens mit Beginn in der frühen Kindheit
- Störungen des Sozialverhaltens mit Beginn in der Pubertät

Die erstgenannte Störung tritt wesentlich häufiger auf. Es besteht die Gefahr des Persistierens, einer Verfestigung im Sinne dauerhafter Weltbegegnung durch gewalttätiges Verhalten. Viele dieser Kinder suchen sich im Jugendalter Cliques, in denen Aggression und Gewalt gleichfalls vorherrschende, ja identitätsstiftende Verhaltensmuster sind (Essau & Conradt, 2004; Baier et al., 2009; Pfeiffer & Baier, 2010). Anamnestisch ist darauf zu achten, die Geschichte des Problemverhaltens genau zu rekonstruieren; häufig finden sich frühe Anzeichen zum Beispiel schon im Kindergarten.

Bei den Störungen des Sozialverhaltens mit Beginn in der Pubertät zeigen Jugendliche in dieser Umbruchsphase oft zunächst delinquentes Verhalten, um sich neu auszuprobieren,

sich von Erwachsenen-Regeln abzugrenzen – oder/und auf besondere Problemlagen hinzuweisen. Auch diese Jugendlichen suchen dann die Nähe zu Gruppen, die gewaltaffines Verhalten zeigen: „Der stärkste Einfluss auf Jugendgewalt geht von der Zahl der delinquenten Freunde aus, mit denen Jugendliche in ihrem sozialen Netzwerk verbunden sind“ (Baier et al., 2009, S. 12). In einer Studie zur Mädchengewalt konnten entsprechende Entwicklungswege von Mädchen nachgezeichnet werden, die sich in ihrer Herkunftsfamilie „verstoßen“ fühlten und dann in einer gewalttätigen Clique ein neues „Zuhause“ gefunden hatten (Fröhlich-Gildhoff et al., 2009).

Epidemiologie:

Die Störungen des Sozialverhaltens sind die am häufigsten diagnostizierten Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie weisen eine sehr hohe Langzeitstabilität auf. (Prävalenzraten gehen je nach Untersuchungsmethode und Zielgruppe von zwischen 4 % und 14,5 % aus; vgl. die Zusammenstellung bei Fröhlich-Gildhoff, 2007).

Geschlechtsverteilung:

Ebenfalls abhängig von realisierten Untersuchungsmethoden zeigt sich, dass das Verhältnis von Jungen zu Mädchen mindestens 2:1 bis hin zu 4:1 beträgt. Bei aggressivem Verhalten zeigen Jungen und Mädchen unterschiedliche Formen: Jungen sind eher körperlich und verbal aggressiv, Mädchen zeigen eher relationale Aggressionen (Intrigen, Mobbing ...). Eine Zunahme der Mädchengewalt ist in geringem Maße zu verzeichnen – jedoch bei weitem nicht so stark, wie es z. T. durch Medien suggeriert wird (Fröhlich-Gildhoff et al., 2009).

2.2 Abgrenzung zu anderen/ähnlichen Störungsbildern

Es bestehen hohe Komorbiditätsraten der Störungen des Sozialverhaltens mit Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Je nach Untersuchung schwanken die Zahlen des gemeinsamen Auftretens zwischen 20 % und 50 %, in klinischen Studien teilweise bis zu 90 % (vgl. hierzu Scheithauer & Petermann, 2004; Essau & Conrads, 2004). Eine differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen diesen beiden Störungsbildern ist relativ schwierig, da eine wesentliche Überschneidung im Bereich der mangelnden Impulskontrolle liegen kann. Bei ADHS haben in der Regel die Hyperaktivität und die Aufmerksamkeit (eingeschränkte Konzentrations- und Ausdauerfähigkeit) gleichwertig eine große Bedeutung. Ein Unterscheidungsmerkmal kann auch sein, ob die angerichteten Schäden beabsichtigt bewirkt werden oder wie bei den Kindern mit ADHS-Störungen mit der grundlegenden mangelnden Impulskontrollfähigkeit und einem damit verbundenen Spannungsabbau zu erklären sind.

Hohe Komorbiditätsraten wurden zwischen den Störungen des Sozialverhaltens und Angststörungen, aber auch Depressionen im Kindes- und Jugendalter sowie mit Störungen mit Substanzkonsum festgestellt (vgl. hierzu z. B. Scheithauer & Petermann, 2004; Essau & Conrads 2004).

2.3 Diagnostisches Vorgehen

Beim diagnostischen Vorgehen ist grundsätzlich immer zu unterscheiden zwischen einem Standardrepertoire von diagnostischen Methoden, die differenziert entsprechend den Klienten und ihrem Umfeld sowie altersspezifisch eingesetzt und ausgewählt werden und symptom-spezifischen diagnostischen Methoden.

a) Standardrepertoire

- Familieninterview zur Erfassung der dynamischen und systemischen Einbettung der Symptomatik, ihrer Funktion, Ausprägung und Genese und zur Konfliktklärung; bei Jugendlichen kann es sinnvoll und nötig sein, nur alleine mit dem Jugendlichen bzw. dem jungen Erwachsenen zu arbeiten.
- Probatorische Stunden zur Klärung der Beziehungsbereitschaft des Kindes/Jugendlichen und zur Wahrnehmung der Ressourcen. Sorgfältige Anamneseerhebung (gegebenenfalls mit Hilfe strukturierter Verfahren, z. B. DEF, Anamnestischer Elternfragebogen)
- Standardisierte Verfahren zur Erfassung des Leistungsstandes des Kindes
- Standardisierte Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren von Vielfalt und Ausmaß der Störung (z. B. CBCL, YSR, SDQ ...)
- Systematische Erfassung der Ressourcen des Kindes/Jugendlichen und des Umfeldes
- Altersgemäß eingesetzte projektive Verfahren zur Erfassung nicht symbolisierter Selbstanteile und zur Erfassung des Selbstkonzeptes des Kindes bzw. Jugendlichen (z. B. Schwarzfusstest, Scenotest, Mensch-Zeichentest)
- Spezifische Verfahren zur Erfassung der Familiendynamik (z. B. Familie-in-Tieren-Test, Schwarzfusstest, Soziogramm, Genogramm ...)

b) Störungsspezifische Methoden

- Aufgrund der hohen Stabilität der Störung und der zu meist geringen Veränderungsmotivationen der betroffenen Kinder/Jugendlichen ist es sehr wichtig, schon in der diagnostischen Phase die Veränderungsmotivation abzuklären und zugleich aufzubauen (siehe Punkt 4.2 Handlungsleitlinien in der Eingangsphase)
- Weitere Umfeldbefragung (oder Beobachtungen) in Kita,

Hort, Schule (abhängig von der Betroffenheit der Lebensbereiche der Kinder/Jugendlichen und den Auswirkungen auf das Umfeld)

- Spezifische Testverfahren abhängig vom Behandlungskontext und Auftrag und von der Bereitschaft des Kindes/Jugendlichen z. B. EAS (Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen)/BVF Bullying- und Viktimisierungsfragebogen. Kinderversion und Lehrerversion (von Marées & Petermann, 2010).

3. Personenzentriertes Störungsverständnis, Genese

Die Störungen des Sozialverhaltens stellen eine stabile Form der Weltbegegnung dar. Lebensgeschichtlich früh erworbene, stabile Anteile des Selbstkonzepts sind handlungsleitend für die Wahrnehmung, Bewertung und Begegnung mit der Außenwelt und auch der emotionalen Bewertungen. Diese handlungsleitenden Selbstkonzeptanteile entwickeln sich aus dem frühen Zusammenspiel von biologischen und sozialen Faktoren. Auf biologischer Ebene haben beispielsweise unterschiedliche Erregungs- oder Aktivitätslevel eine Bedeutung – die jedoch immer in frühen Beziehungserfahrungen modelliert werden. Kinder, die Störungen des Sozialverhaltens entwickeln, haben in ihren ersten Lebensphasen in folgenden Bereichen wenig angemessene Unterstützung durch ihre Bezugspersonen erfahren:

- Bei der Entwicklung der Selbstregulation erfolgten dysfunktionale oder nicht ausreichende Unterstützungen der Emotionsregulation
- Im Bereich des Selbstwirksamkeitserlebens wurden die kindlichen Lebensäußerungen nicht entsprechend unterstützt und das Kontrollerleben nicht gesichert
- Erfahrungen sicherer Bindungen konnten nicht oder nur bruchstückhaft gemacht werden
- Durch Unregelmäßigkeit konnten innere Strukturen nur unzureichend aufgebaut werden.

Insgesamt haben die Kinder in frühen Lebensphasen ein zu geringes Maß an empathischer Beachtung, Wertschätzung und Akzeptanz in den eigenen organismischen Erfahrungen erlebt. Dadurch konnten viele Erfahrungen nicht in das Selbstkonzept integriert werden und es ist eine primäre *Inkongruenz zwischen den im Selbstkonzept repräsentierten und den realen Erfahrungen* – die nicht entwicklungsförderlich waren – des Kindes entstanden; es ist insofern von einer *grundlegenden Störung der Selbst-Struktur* auszugehen (Jürgens-Jahnert, 2010). Die Symbolisierung bzw. Wahrnehmung der realen Erfahrungen war nur *in verzierter Form* möglich. Diese Verzerrungen wiederum strukturieren die Art der Weltbegegnung. Sie führen zu Einschränkungen von Handlungsfähigkeit und

Ich-Funktionen, die dann zur beschriebenen Form der Weltbegegnung führen.

Ein Beispiel hierfür ist die unzureichende Unterstützung der kindlichen Selbstregulation durch nicht erfolgte oder zu rigide, gar gewalttätige elterliche Co-Regulation: Das Kind erlebt, dass es mit seinen Erregungen, Spannungen und Gefühlen – in diesem Falle v. a. bei erlebten Einschränkungen – nicht verstanden wird und dass es beim Umgang mit diesen unangenehmen inneren Zuständen nicht unterstützt, z. B. getröstet und dadurch beruhigt wird. Es geht hierbei nicht um „triebhafter“ Spannungen, sondern um emotionale und physiologische Aktivierungen, die infolge von nicht befriedigten Bedürfnissen entstehen. So bleibt das Spannungs- bzw. Erregungspotential bestehen, zugleich entsteht das Erleben der eigenen Unfähigkeit, damit umzugehen. Um diesen Zustand zu bewältigen, ist es eine psychologisch sinnvolle Möglichkeit, sich sehr vehement zu zeigen, etwas oder jemand zu (be)schädigen – dies führt zum Abbau der unangenehmen Spannungen und erhöht kurzfristig das Selbstwirksamkeitserleben („Ich kann doch etwas bewirken, ich erziele Effekte“). In der Folge einer Vielzahl gleichartiger Erfahrungen wird dieses intrapsychische Schema – als Bestandteil der intrapsychischen Struktur, des Selbstkonzepts – immer stabiler und zunehmend strukturierend und handlungsleitend in der Begegnung des Kindes mit der (Um-)Welt.

Solche Struktur-Elemente sind:

- die Einschränkungen in der Selbststeuerung und Selbstregulation
- unklare Bindungsrepräsentationen und (fehlende) Kompetenzen, sichere Bindungsabbildungen zu verankern
- eingeschränkter Selbstwert; Selbstwirksamkeitserfahrungen werden über schädigendes und destruktives Verhalten hergestellt
- verzerrte, feindselig tendierte Informationsverarbeitung
- weiterhin spielen fehlende soziale Kompetenzen insbesondere zur Konfliktbewältigung eine Rolle – die sekundär durch das kurzzeitig erfolgreiche, gewalttätige Verhalten verstärkt werden.

Eine besondere Bedeutung hat dabei, dass das aggressive Verhalten dem Schutz des eigentlich als schwach erlebten Selbst dient. Der Modus „lieber schlagen/bestimmen, ... als geschlagen/bestimmt ... zu werden“ dient als Schutz vor weiterer Selbstentmachtung und Ohnmacht. Das aktive Täter-Sein, das Sich-als-kraftvoll-und-machtvoll-Erleben, die Möglichkeit so als handelnde Person Kontrolle auszuüben, wird als Selbstgefühl spürbar. Dadurch wird zumindest kurzfristig das Selbstwerterleben erhöht. Aus dem Gefühl der Wertlosigkeit wird: ‚Ich mach mich durch mein Handeln zu einer bedeutsamen Person, erziele damit Aufmerksamkeit und Zuwendung‘ – damit gelingt es zumindest kurzfristig, Kontrolle in und über eine

Situation zu erlangen und das an sich schwache Selbst (kurzfristig) zu stabilisieren. Durch diese Form der Aktivität wird das „Täter sein“ in einer neuen Form identitätsbildend. Das früher schwache Selbst und negative Selbstbild wird über derartige, sich wiederholende Erfahrungen in (situative) Stärke umgekehrt; das Verhalten wird ebenso wie die damit verbundenen Wahrnehmungsverzerrungen („die Anderen greifen mich zuerst an und wollen mich vernichten, so muss und darf ich mich wehren“) als stimmig erlebt, es bietet Sicherheit, die dementsprechend immer wieder gesucht wird.

Es entsteht – in Analogie zum Konzept der Bindungstheorie (Grossmann & Grossmann, 2006) formuliert – ein stabiles inneres „Arbeitsmodell“ (im Sinne eines handlungsleitenden Selbst-Schemas), das dadurch gekennzeichnet ist, dass über die Gewalt Beziehungen vom Individuum gestaltet/beeinflusst werden können, auch wenn dies oft mit negativen Emotionen verbunden ist. Oder andersherum formuliert: Es ist *kein* inneres Arbeitsmodell entstanden, in dem positive Bindungserfahrungen repräsentiert sind. Der positive Wert von prosozialem Verhalten und Zugehörigkeit kann nicht erlebt werden.

Aggression kann auch als eine Form der Angstbewältigung angesehen werden (wofür die relativ hohen Komorbiditätsraten sprechen, s. o.): Wenn ich Angst vor neuen oder unklaren Situationen habe – weil mir z. B. keine sozialen Kompetenzen zum Umgang mit ihnen zur Verfügung stehen – dann schaffe ich durch das aggressive Verhalten Situations-Klarheit: *Ich* handle.

4. Fallspezifische Therapieplanung

Folgende Aspekte werden für die Arbeit mit Kindern/Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens als besonders wichtig angesehen:

- Die therapeutische Haltung ist durch die Kombination von Wertschätzung und der Bereitschaft zur Konfrontation mit dem gewalttätigen Verhalten gekennzeichnet; die Akzeptanz gilt der Person – nicht dem auffälligen und zum Teil schädigenden Verhalten, das personenzentrierte Grenzsetzung erfordern kann.
- Je nach Kind/Jugendlichem und Gesamtsituation kann es sinnvoll sein, das therapeutische Vorgehen innerhalb der Therapiesitzungen – oder auch diese selbst – zu strukturieren (Fröhlich-Gildhoff, 2006; Weinberger & Papastefanou 2008; Geldart & Geldart, 2000).
- Alle Untersuchungsergebnisse (vgl. z. B. Petermann et al., 2001, Scheithauer & Petermann, 2004; Kleiber & Meixner, 2000) weisen darauf hin, dass ein multimodales Vorgehen (Einbezug von Eltern, Schule, weiterem Umfeld) sinnvoller ist, als nur die Einzeltherapie mit dem Kind/Jugendlichen.

- In vielen Fällen ist es sinnvoll, die einzeltherapeutische Arbeit mit Gruppenverfahren zu kombinieren (s. o.)
- Die Arbeit mit der Zielgruppe ist extrem anstrengend; die Therapeutinnen müssen rechtzeitig und sorgfältig auf Burnoutprophylaxe achten.

4.1 Vorphase

Die Vorphase besteht aus dem Erstgespräch, der diagnostischen Abklärung (s. o.), der Indikationsstellung (Notwendigkeit von Psychotherapie, Frequenz ...) und der Selbstreflexion des Therapeuten.

In der Vorphase der eigentlichen Therapie, während des diagnostischen Prozesses, ist die *Vor-Einstellung* des Therapeuten von besonderer Bedeutung: Es gilt zu reflektieren, ob es möglich ist, dem Kind/Jugendlichen entwicklungsförderlich zu begegnen, also auf das A-soziale vorbereitet zu sein, absolute Achtung und Wertschätzung der Person entgegenbringen zu können – und zugleich die Taten nicht einfach an- oder hinzunehmen. Diese innere Einstellung muss vorbereitet, erarbeitet werden, damit die Achtung des Kindes/Jugendlichen auch wirklich in der Handlungs-/Begegnungskompetenz spürbar gemacht werden kann.

4.2 Therapieziele

Therapieziele beziehen sich sowohl auf die Besserung der Symptomatik als auch auf die Entwicklung der Person.

Dabei lässt sich unterscheiden zwischen allgemeinen auf Kind/Jugendlichen bzw. Eltern/Bezugspersonen bezogenen Zielen einerseits und andererseits Zielen, die konkret mit den jeweiligen Klienten abgesprochen und vereinbart werden.

- a) Allgemeine auf das Kind / den Jugendlichen bezogene Therapieziele:
- Entwicklung einer angemesseneren und einer breiteren, differenzierteren Selbst- und Fremdwahrnehmung (und Entzerrung der einseitig, aggressiv gepolten Form der Weltwahrnehmung und Informationsverarbeitung)
 - Verbesserte Fähigkeiten zur Selbststeuerung insbesondere zur Affekt- und Impuls-Regulation
 - Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens, ohne auf schädigendes und/oder gewalttätiges Handeln oder Zerstörung zurückgreifen zu müssen
 - Verbesserung der Selbstachtung und Selbstakzeptanz und Entwicklung eines vollständigeren Selbstbildes; dazu zählt auch das Aktivieren persönlicher Ressourcen
 - Verbesserung der sozialen Kompetenzen, insbesondere der Empathiefähigkeit, der Fähigkeit zur konstruktiven Konfliktlösung und der Fähigkeit zur angemessenen Äußerung und Durchsetzung eigener Interessen.

b) Allgemeine auf die Eltern/Bezugspersonen bezogene Therapieziele

- Förderung des empathischen Verstehens des Kindes/Jugendlichen und Förderung der Fähigkeit, Struktur- und Grenzsetzung etc. im Kontakt mit dem Kind umzusetzen.
- Verbesserung der Fähigkeiten der Eltern, Konflikte im Alltag mit dem Kind/Jugendlichen zu lösen (z. B. Verzicht auf Gewalt)
- Förderung des Verstehens und des Selbstverstehens der Handlungsmuster der Eltern vor dem Hintergrund ihrer jeweils eigenen Biografie
- Unterstützung und Begleitung der Eltern beim Halten und Aushalten des Kindes/Jugendlichen mit seinen Problemen; aber auch:
- Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit den eigenen Grenzen und beim Reflektieren alternativer Betreuungs- und Unterstützungsformen (Schuldentlastung)

4.3 Planung der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Mit den Eltern sind *regelmäßige* Gespräche/Kontakte von großer Bedeutung (s. a. Kontraktbildung). Im Sinne eines multimodalen Vorgehens sind i. d. R. weitere Bezugspersonen (Lehrerinnen ...) einzubeziehen. Bei sehr kleinen Kindern ist eine personenzentrierte Arbeit direkt mit/an Eltern-Kind-Interaktion (am besten unter Nutzung des Mediums Video) angezeigt. Optionen sind Personenzentrierte Familientherapie oder auch Personenzentrierte Familienspieltherapie (Kemper, 2002) bzw. Filialtherapie (Goetze, 2009).

Da das Störungsbild dazu führt, dass andere Menschen innerhalb und außerhalb der Familie geschädigt werden, spielen starke Gefühle auch der Familienmitglieder oft eine Rolle; Themen sind z. B.: Verzweiflung, Schuld, „Rettungshoffnung“ oder Abgeben der Verantwortung an die Therapeutin.

4.4 Kontraktbildung

Für die Arbeit mit der Zielgruppe ist es besonders wichtig, sehr klare Absprachen über Regeln und entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Der erzielte Konsens über Therapiebedarf und Ziele soll in einem Kontrakt mit Kind/Jugendlichen und Eltern verankert werden: Vereinbarung über Frequenz und Dauer der Therapie, über die Einbeziehung der Eltern, über Schweigepflicht.

Weitere Regelungen sind zu treffen:

- Klare, möglichst einvernehmliche Regelung bezüglich Ausfallstunden
- Vereinbarungen über das klare Umgehen mit möglichen Auflagen von außen (beispielsweise Gerichtsauflagen zur Therapie)
- Vereinbarungen über die gegebenenfalls nötige Arbeit mit dem weiteren Umfeld (Lehrer, Erzieherinnen)
- Regelungen über den Umgang mit eventuell nötiger medikamentöser Unterstützung
- Regelungen über eventuell nötige Hinzuziehung weiterer Hilfen (beispielsweise Hilfen zur Erziehung ...)

5. Handlungsleitlinien für die therapeutische Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen

Handlungsleitlinien in den unterschiedlichen Therapiephasen

Therapieeingangsphase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmethoden
(1) Bedingungsfreie Wertschätzung und Akzeptanz: unbedingte Wertschätzung des Kindes als Person, nicht seiner feindseligen Handlungen	(1) Aggressive Kinder/Jugendliche kommen mit dem Gefühl „ungerecht“ abgestempelt zu sein und haben eine Geschichte von Ausgrenzungserfahrungen. Sie sind dementsprechend misstrauisch und mehr oder weniger latent feindselig. Als Beziehungsangebot ist es wichtig, sich dem Kind entgegen seinen internalisierten Abwertungserwartungen zu verhalten, also bedingungsfreie Akzeptanz seiner Person (nicht seines Verhaltens) zu vermitteln (weg von der problemzentrierten Sicht und: Ressourcen wahrnehmen).	(1) Direktes Ansprechen des Kindes: Benennen der Ressourcen des Kindes/Jugendlichen <ul style="list-style-type: none"> • Schaffen von klaren Rahmenbedingungen als Grundlage; Verlässlichkeit (Zeit, Ort), damit Anbieten von Halt und Orientierung. • Verdeutlichen, dass das Problemverhalten des Kindes (insbesondere schädliches Verhalten) nicht billigend vom Therapeuten akzeptiert wird. • Dem Kind Raum geben für seine Art des Sich-Einbringens in die Therapiesituation und seine Art des Beziehungsaufbaus.

Therapieeingangsphase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmethoden
(2) Aufbau von Veränderungsmotivation	(2) Kinder, die Störungen des Sozialverhaltens zeigen, haben in der Regel aus sich heraus wenig Motivation bzw. sind von Eltern, Lehrern, Gerichten etc. geschickt. Andererseits gibt es auch – oft verborgene – Momente, in denen sie selber unter dem ständigen Ärger mit anderen leiden. Diese Thematik ist gezielt aufzugreifen.	(2) <ul style="list-style-type: none"> • Die Ressourcen benennen • Erfolgserleben ermöglichen durch das Vermitteln von Selbstwirksamkeitserfahrungen • Ermöglichen von Erfolgserlebnissen des Kindes ggf. Herstellen durch transparente Zurücknahme als Erwachsener (z. B. Handicaps anbieten)
(3) Einführendes Verstehen/Empathie: Das Verhalten als Problemlösungsversuch verstehen, das heißt sich einfühlen in die innere Not und Rebellion des Kindes und mit dem eigenen Aggressionspotential Kontakt aufnehmen, um einen emotionalen Zugang zum Verhalten des Kindes zu bekommen. Den Kreislauf der Wiederholung destruktiver Symbolisierung als notgedrungene Überlebensstrategie verstehen und akzeptieren.	(3) Empathie <ul style="list-style-type: none"> • Auf die Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen auf der Handlungs- und verbalen Ebene eingehen • Aggressionen im Sinne von Aktualisierung als Vitalitätspotential positiv bewerten • Erste Ansätze zur Förderung einer verbesserten Selbstwahrnehmung und des Zugangs zu eigenen Affekten und Bedürfnissen konsequent aufgreifen und stützen. 	(3) Empathie <ul style="list-style-type: none"> • Angemessenes verbales und nonverbales Spiegeln der Gefühle des Kindes • Handeln in Interaktionsresonanz (Behr, 2008) • Begrenzt: stellvertretendes Benennen von Gefühlen (da wo es sinnvoll und nötig ist)
(4) Kongruenz: Kinder brauchen – auch zur Sensibilisierung der Selbstwahrnehmung und zur Förderung der angemessenen organismischen Bewertung – ein klares aufrichtiges Gegenüber. Hierzu ist die Selbstwahrnehmung der eigenen Grenzen bei der Therapeutin ebenso wichtig wie eine angemessene, sehr sensible Nähe-Distanzregulation.	(4) Kongruenz <ul style="list-style-type: none"> • Klares Differenzieren beim Aussprechen und konsequentes Einhalten von Regeln innerhalb der Therapiesituation und darüber hinaus (z. B. in anderen Praxisräumen) • Klares Formulieren von persönlichen Grenzen und Achtung auf Einhaltung dieser Grenzen • Formulieren und Festlegen von Regeln, sofern diese zur Sicherung des therapeutischen Geschehens nötig sind 	(4) Kongruenz <ul style="list-style-type: none"> • Authentisch sein • Begrenzt: Selbstäußerungen des Therapeuten über innere Zustände (da wo es sinnvoll und nötig ist); self disclosure • Angemessene Konfrontation des Kindes/Jugendlichen (mit Authentizität und Selbstachtung des Therapeuten) • Mögliche Grenzüberschreitung im Vorfeld bemerken und ansprechen • Klare Grenzsetzung, wenn nötig im Sinne von Akzeptanz des kindlichen Bedürfnisses (aber der Beschränkung auf der Handlungsebene); Trennen von Motiv/Absicht und Tat
(5) Wachheit und Momentzentriertheit: Bei schnellem Agieren und Austesten von Grenzen kann das Erregungsniveau des Kindes leicht überschießen und zu Kontrollverlust führen. Zu viele Grenzsetzungen zu Therapiebeginn stellen für die noch fragile Beziehungsebene möglicherweise eine zu starke Belastung dar.	(5) Guter Spielfluss fördert den Beziehungsaufbau; erhöhte Aufmerksamkeit für das Tempo des Kindes und das Spannungsniveau im Raum sind wesentlich.	(5) <ul style="list-style-type: none"> • Reizüberflutung durch zu großes Materialangebot vermeiden • sich dem Tempo anpassen und ggf. drosseln, entschleunigen • Aufmerksam sein und mögliche Gefahrensituationen (z. B. bei Kämpfen mit dem Kind) antizipieren

Mittlere Therapiephase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategie	Interventionsmethoden
<p>Die Grundelemente der Therapieeingangsphase haben weiterhin Gültigkeit auch in der mittleren Therapiephase. Drei Elemente treten allerdings zusätzlich in den Vordergrund:</p> <p>a) Wenn die Regeln bzw. Grenzen von dem Kind ansatzweise akzeptiert und damit strukturelle Eckpfeiler gesetzt sind, kann sich die Therapeutin hinsichtlich dieser äußeren Strukturgebung zurücknehmen und es rücken innere Prozesse des Kindes mehr in den Mittelpunkt.</p> <p>b) Je nach Stabilität der Selbststruktur des Kindes erfolgt eine stärkere Konfrontation mit den problematischen und schädigenden Verhaltensweisen.</p> <p>c) Wenn sich die Kinder in der Beziehung sicherer fühlen, kann es dazu kommen, dass verstärkt Provokationen auch direkt gegenüber dem Therapeuten gezeigt und ausgelebt werden. Es geht dann darum, diese einerseits in der Begegnung auszuhalten, andererseits authentisch und kongruent grenzsetzend zu beantworten.</p> <p>Durch regelmäßige Reflexionen des Therapiegeschehens sollen die bisherige Entwicklung und die Wirkungen außerhalb der Therapie angesprochen werden.</p>	<p>In der mittleren Therapiephase steht das explizite Arbeiten an den Therapiezielen – auf der Grundlage der gewachsenen Beziehung und der Gestaltung korrigierender emotionaler Erfahrung – stärker im Mittelpunkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung durch angemessenes Spiegeln der gezeigten Gefühle der Klienten (Erweiterung des Gefühlsspektrums); klarere Rückmeldung über das Erleben des Therapeuten zur Förderung der Fremdwahrnehmung, gezieltes Arbeiten an der verzerrten Informationsverarbeitung ● Verbesserung der Fähigkeit zur Selbstregulation durch angemessene Co-regulation (z. B. über die Steuerung der Intensität des Spielflusses, Affekt- und Impulsspiegelung) und das Anbieten von Hilfen zur Selbstregulation (Entwicklung von „Filtern“, Entspannung ...) ● Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens und des Selbstwertgefühls (siehe Therapieeingangsphase) ● Verbesserung der Selbstachtung und Selbstakzeptanz und Entwicklung eines realistischen Selbstbildes durch die Akzeptanz Erfahrungen der Patientinnen und die verbale und nonverbale Spiegelung ● Arbeiten an der deutlichen Übernahme von Selbstverantwortung für soziale Situationen und die Auswirkungen des eigenen Handelns ● Verbesserung der sozialen Kompetenzen (Konfliktlösung, angemessene Selbsteinbringung) 	<p>Bei Regel-, Rollen- und konstruktiven Spielen sowie im kreativen Gestalten (aber auch bei älteren Kindern und Jugendlichen im Gespräch):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lautes Denken in der Opferrolle praktizieren, so dass auch unangenehme Gefühle wie Demütigung, Kränkung und Schmerz spürbar werden; zunächst jedoch nur in der Rollenübernahme im Spiel – Erleben und körperliche Erfahrung benennen. ● Aggressives Verhalten nur auf der Spiel Ebene halten im Sinne eines „als ob Handelns“ zur Erweiterung der Impulskontrolle ● Resonanz in der Interaktion geben... ● Kampfspiele: Regelklärung im Sinne sportlicher Fairness und Strukturgebung ● Regeln und Kompromisse aushandeln, z. B. bei Wettkämpfen, wie stark der Therapeut sein darf, und seine Rolle als Gegner ● Darüber im Spiel neue Erfahrungen ermöglichen im Sich-Messen im Miteinander sowie in neuen Rollen ● Bei zu hohem Erregungsniveau: Möglichkeiten (spezielle Bewegungsspiele, Boxsack, Hauklotz etc.) anbieten zum Spannungsabbau ● Angebote zum Erlernen von Impulskontrolle und Spannungsabbau z. B. durch Entspannungsverfahren ● Selbstexplorativ begründete Handlungsimpulse, die etwas Neues in die Situation bringen, durch den Therapeuten einbringen ● Nach-Beeltern, das heißt: Näheangebot ermöglichen in Rollenspielen, bei denen der Fürsorgeaspekt in den Vordergrund treten kann (kochen, essen, Kaufmannsladen ...). Dafür indirekte Reizkontrolle (Situationsgestaltung) einsetzen, das heißt z. B. anregende Materialien in den Vordergrund rücken. ● In Konfliktsituationen Grenzen verdeutlichen (via Interaktionsresonanz) und trennen bzw. differenzieren zwischen Absicht und Tat und zur Klärung des Sinns von Grenzen und Konsequenzen als logische Folge im Unterschied zu Strafen ● Gezieltes Durchspielen und Bearbeiten von realen Konfliktsituationen – so dass Einstellungs- und Verhaltensänderung erfolgen kann und auch eingeübt wird ● Erarbeiten gesellschaftlich akzeptierter Möglichkeiten zum Zeigen und Leben der eigenen Vitalität der Klientinnen

Therapieabschlussphase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmethoden
<p>Die therapeutische Grundhaltung der ersten beiden Phasen gilt auch in der Therapieabschlussphase.</p> <p>In dieser Phase treten zwei Themen hinzu, die gezielt beachtet und bearbeitet werden müssen:</p> <p>a) Stärkerer Transfer der erreichten Veränderungen und Entwicklungen des Klienten und der damit verbundenen Verhaltensweisen in den Alltag – diese Thematik muss aktiv von Seiten des Therapeuten in den Fokus der Arbeit gerückt werden</p> <p>b) Vorbereitung und Realisierung des Abschiedes – hierzu gehört auch, dass die Therapeutin selber Abschied nimmt vom Kind/ Jugendlichen und dem gemeinsamen Prozess</p>	<p>a) Transfer der Therapieerfahrungen in den Alltag</p> <ul style="list-style-type: none"> • konkretes Nachfragen zu Erfahrungen in Alltagssituationen – systematische Reflexion der Erprobung im Alltag (ggf. inklusive Hausaufgaben); überprüfen, wo verändertes Verhalten gelingt <p>b) 1. Bilanzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrachtung dessen, was sich verändert/entwickelt hat • Thematisierung des Symptomverzichts <p>2. Ablösung aus der Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechtzeitige Thematisierung • Umgang mit möglicherweise zu erwartenden „Rückfällen“ • ggf. Änderung der Therapiefrequenz oder Vergrößerung der Abstände • reales, persönliches Abschiednehmen 	<p>Insbesondere die in der mittleren Therapiephase aufgeführten Interventionsmethoden werden auch in der Abschlussphase angewendet/realisiert. Eine besondere Bedeutung werden Rollenspiele haben und darüber hinaus gezielte, die Selbstreflexion des Klienten fördernde Gespräche. Weitere Elemente sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verankerung und Stabilisierung der positiven Erfahrungen und Erkenntnisse durch Symbole und Rituale, die materiell oder ideell mit aus der Therapie herausgenommen werden können • gemeinsames Planen (und Realisieren) eines Abschiedsrituals (z. B. das zu spielen, was am schönsten war, oder was noch nie gespielt wurde, Abschiedsfest ...) • Abschlussdiagnostik

6. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

6.1 Begegnungshaltung

Grundsätzlich ist es so, dass in vielen Fällen die Eltern der betroffenen Kinder/Jugendlichen sowohl in Bezug auf reale, äußere als auch in Bezug auf psychische, innere Faktoren schwerer zu erreichen sind als die Eltern anderer Patienten; oftmals sind auch (oder ausschließlich) weitere Professionelle mit der Betreuung und Erziehung der Kinder betraut. Zunächst geht es in der Arbeit mit den Eltern deshalb darum, überhaupt einen Kontakt herzustellen, aufzubauen und zu intensivieren. Die Eltern haben aufgrund der Schwierigkeiten ihrer Kinder – die deutlich auch außen sichtbar werden – die Erfahrung gemacht, dass ihr Kind schwierig ist und sie wahrscheinlich „schuld daran“ sind. Sie haben Erfahrung mit Hilfen und Unterstützungssystemen, möglicherweise Ängste und/oder Vorurteile. Vor diesem Hintergrund ist es eine zentrale Aufgabe, Vertrauen aufzubauen.

Das bedeutet für die *Therapieeingangsphase*, den Eltern sehr wertschätzend zu begegnen und deren Ressourcen zu achten und weiter zu aktivieren. Dies bedeutet auch, Eltern in ihrer biografischen Gewordenheit wahrzunehmen und keine Schuldzuschreibungen zu machen. Es geht im Gegenteil darum, die bisherigen vielleicht auch nur bedingt tauglichen

Bewältigungsversuche zu würdigen und sie von Schuldgefühlen zu entlasten.

Nach einem gelungenen Beziehungsaufbau wird es in *weiteren Therapiephasen* darum gehen, die Eltern ressourcenorientiert zu ermutigen, sich mit ihrem Erziehungsverhalten auseinanderzusetzen und dieses [gegebenenfalls] zu verändern. Zentrale Aufgabe ist es – orientiert an der Betrachtung konkreter (Konflikt-)Situationen –, die Eltern zu einem klaren, regelhaften, konsistenten und konsequenten Verhalten zu befähigen. Es geht zugleich darum, das Selbstwirksamkeitserleben der Eltern zu stärken. Ebenso wichtig ist es jedoch, auch die Eltern dafür zu gewinnen, ein tieferes Verständnis für ihr Kind zu entwickeln und die Probleme im Gesamtzusammenhang der familiären Entwicklung zu verstehen (transgenerative Perspektive). Darüber hinaus wird es wichtig sein, dass die Eltern das Kind/den Jugendlichen auch im Alltag unterstützen und dessen Möglichkeiten, Selbstwirksamkeit zu erleben, konkret fördern. In diesen weiteren Therapiephasen bedeutet dies, dass – ähnlich wie in der Therapie mit dem Kind – die Eltern stärker gefordert und auch angemessen konfrontiert werden.

Zum *Therapieende* geht es darum, die Eltern zu ermutigen und zu unterstützen, eigenständig Verantwortung für den weiteren Entwicklungsprozess der Familie und besonders des Kindes/Jugendlichen wieder zu übernehmen und Ängste hinsichtlich einer möglichen zukünftigen negativen Entwicklung abzubauen.

In der Arbeit mit weiteren professionellen Helferinnen stellen sich öfters zusätzliche Probleme. Diese Helferinnen sind noch einmal besonders verwoben mit der Problematik des Kindes oder seiner Familie. Sie haben zum Beispiel in der Heimerziehung Elternersatzfunktion, sind lange mit der Problematik befasst, und auch für sie kann es das Eingestehen des Scheiterns bedeuten, wenn sie mit dem Kind einen Therapeuten aufsuchen müssen; auch hier finden sich Schuldgefühle. Mit dieser Problematik ist äußerst sensibel umzugehen. Aus den potentiellen Kränkungerfahrungen kann Konkurrenz erwachsen, die thematisiert und abgebaut werden sollte. Sehr hilfreich ist hier eine eindeutige Rollenklärung.

6.2 Themenschwerpunkte

Themenschwerpunkte in der *Therapieeingangsphase* sind

- das weitere Sammeln von Informationen über das Kind und die familiäre Situation
- das Betrachten möglicher Schuldgefühle der Eltern
- die Betrachtung der Belastung der Familie durch die Problematik des Kindes
- die Resonanz und Antwortversuche der Eltern auf die Problematik des Kindes
- mögliche Bearbeitung der Konkurrenz zwischen Eltern und Therapeut
- erstes Verstehen der Funktion der Problematik des Kindes im Hinblick auf das Familiensystem

Zentraler Themenschwerpunkt in der *mittleren Therapiephase* ist der Aufbau eines förderlichen Erziehungsverhaltens der Eltern im Zusammenleben mit ihrem Kind bzw. Jugendlichen. Dies bedeutet einerseits, die Resonanz der Eltern auf die Problematik des Kindes und die Grundgefühle gegenüber dem Kind/Jugendlichen zu bearbeiten (wobei diese Grundgefühle immer auch etwas mit der Geschichte der Eltern zu tun haben und je nach Möglichkeit und Offenheit der Eltern auch diese Thematik angesprochen werden kann). Dies bedeutet zum anderen die Analyse und Bearbeitung konkreter Interaktionssituationen zwischen Eltern und Kindern mit dem Ziel, die Eltern zu einer klaren und konsistenteren Strukturgebung im Alltag zu befähigen. Eine besondere Bedeutung haben insbesondere in dieser Phase Kontakte zu anderen Bezugspersonen (Kindergarten, Schule, Hort etc.), um dabei auch die Beziehung zwischen Eltern und anderen Bezugspersonen zu stärken und diese anderen Bezugspersonen regelmäßig in die Arbeit mit dem Kind einzubeziehen (Mitwirkung, gemeinsame Zielsetzung ...). In der *Abschlussphase* sind Themenschwerpunkte der Transfer in den Alltag, Rückblick und Ausblick sowie Aufmerksamkeit für die Abschiedsthematik auch der Eltern. Es kann in diesem Zusammenhang

erwogen werden, ob über die (beendigte) Therapie des Kindes/Jugendlichen hinaus weitere Unterstützungsangebote für die Eltern gestaltet werden.

6.3 Handlungsstrategien – Interventionsbeispiele

In der *Therapieeingangsphase* sind unter anderen folgende Interventionen hilfreich:

- empathische Bestätigung der Belastung der Eltern
- Wertschätzende Begleitung des eigenen Erlebens der Eltern
- Ansprechen möglicher Konkurrenz
- Klärung der Rahmenbedingungen und Abschließen von Vereinbarungen über das Setting der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen (in bestimmten Fällen kann es sinnvoll sein, auch hier eine sehr klare Strukturierung hinsichtlich der Regelmäßigkeit der Termine, Ausfallregelungen usw. vorzunehmen).

In der *mittleren Therapiephase* geht es darum, sich gezielter den bisherigen Problembewältigungsversuchen zuzuwenden und gemeinsam mit den Eltern nach möglichen Alternativen zu suchen und diese konkret zu erarbeiten; dies kann z. B. auch in Rollenspielen erfolgen, sollte auf jeden Fall von einem systematischen Prozess der Überprüfung von Veränderungen bzw. Zielen begleitet sein.

- Eine wichtige Voraussetzung hierfür sind eine genaue Beschreibung der – auch gelingenden – Interaktionen und des Erlebens von Eltern und Kind – die Eltern müssen Raum bekommen, eigene Unsicherheit, aber auch eigene Bedürfnisse zu äußern.
- Zur Unterstützung des Kindes/des Jugendlichen und seiner Selbstwirksamkeitserfahrungen sollten konkrete Handlungsmöglichkeiten mit den Eltern erarbeitet und die Eltern zu einer Erprobung ermutigt werden.
- Weitere Ermutigung der Eltern, mit anderen Bezugspersonen des Kindes zusammenzuarbeiten – ggf. Anleiten und Durchführen von Helferinnenrunden unter Einbeziehen der Eltern.

In der *Therapieabschlussphase* geht es darum, Bilanz zu ziehen („Was hat sich verändert, wie geht es weiter?“) und konkrete mögliche weitere Unterstützungsformen mit den Eltern anzuregen und abzusprechen.

7. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen aus dem Lebensumfeld des Kindes/Jugendlichen

Im Rahmen des multimodalen Vorgehens müssen auch andere Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden. Dies sind v. a. (fallspezifisch unterschiedlich):

- *Schule, Kindergarten, Hort*: I. d. R. zeigt sich das auffällige Verhalten in diesen Institutionen, besonders in Gruppenzusammenhängen. Die Pädagoginnen benötigen Unterstützung im Verstehen, bei der Gestaltung der Beziehung zum Kind und bei der Bewältigung von Konfliktsituationen, die durch das auffällige Verhalten (oft) entstehen. Eine Gefahr besteht darin, dass die Pädagoginnen schon sehr erschöpft im Kontakt mit dem Kind/Jugendlichen sind und eigentlich keine Basis mehr für eine gute Zusammenarbeit und Unterstützung des Kindes gegeben ist; dieses Thema sollte in jedem Fall angesprochen werden. Ebenso muss verdeutlicht werden, dass Psychotherapie (Veränderungs-)Zeit benötigt ...
- *Pädagoginnen in Einrichtungen der Heimerziehung*: Wenn die Klientinnen in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung – oder Pflegefamilie – leben, so sind sie in ähnlicher Intensität einzubeziehen wie die Eltern. Eine Gefahr besteht darin, dass Konkurrenz entsteht, wer der/die bessere Helfer bzw. Helferin ist; dies muss gemeinsam reflektiert werden.
- *Kooperation mit Fachkräften der Jugendhilfe/des Jugendamtes*: z. T. werden die Kinder/Jugendlichen aufgrund ihrer Auffälligkeit in Maßnahmen der ‚Hilfen zur Erziehung‘ (Sozialpädagogische Familienhilfe; Soziale Gruppenarbeit ...) betreut. Hier muss unbedingt eine Kooperation angestrebt werden – auch um Konkurrenz zu vermeiden –, in die auch die Fachkräfte des Jugendamtes eingebunden sind. Ein guter Weg sind „Runde Tische“, an denen unbedingt die Eltern und – zumindest zeitweise – auch das Kind/der/die Jugendliche teilnehmen müssen.
- *Vernetzung mit weiteren Personen/Diensten* (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie/niedergelassene KJPsychiaterinnen) – hier gilt gleiches wie für Fachkräfte der Jugendhilfe
- *Andere Verwandte oder wichtige Kontaktpersonen* (Trainer im Sportverein ...) des Kindes/Jugendlichen: Manchmal gibt es Personen im Umfeld des Kindes/Jugendlichen, die eine (mögliche) stabilisierende Funktion haben (können). Dies sollte schon im diagnostischen Prozess herausgefunden werden (Ressourcencheck), und diese Personen können dann in den Unterstützungsprozess systematisch einbezogen werden.

Literatur

- Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J. & Rabold, S. (2009). *Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN*. Online verfügbar: http://kfn.de/versions/kfn/assets/fb_107.pdf [Zugriff: 3. 6. 2011].
- Behr, M. (2008). Interaktionsresonanz – Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie: Das Prinzip Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsön. *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Essau, C. A. & Conradt, J. (2004). *Aggression bei Kindern und Jugendlichen*. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K., v. Zülow, C., Kunert, H. & Germer, L. (2009). *Mädchengewalt in Freiburg. Eine Bestandsaufnahme*. Freiburg: Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Ev. Hochschule Freiburg. Online: <http://zfkj.de/?q=node/10#M%C3%A4dchengewalt%20Bestandsaufnahme%20Freiburg>
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Personenzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/gewalttätigen Kindern und Jugendlichen. *PERSON*, 10, 2, S. 151–163.
- Geldart, D. & Geldart, K. (2000). *Counselling Adolescents: The Proactive Approach for Young People*. Thousand Oaks: Sage.
- Goetze, H. (2009). Filialtherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsön (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 78–98). Göttingen: Hogrefe
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2006). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jürgens-Jahnert, S. (2010). Selbststörungen von Kindern und Jugendlichen erkennen, verstehen und behandeln. In C. Wakolbinger, M. Katsivelaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Tagungsband: Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder*. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Wien. (S. 83–106) Norderstedt: BoD.
- Kemper, F. (2002). Personenzentrierte Familienspieltherapie – am Beispiel einer Familie mit einem zähneknirschenden Knaben. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis*. (2., überarb. Auflage, S. 93–158). Göttingen: Hogrefe.
- Kleiber, D. & Meixner, S. (2000). Aggression und (Gewalt-)Delinquenz bei Kindern und Jugendlichen: Ausmaß, Entwicklungszusammenhänge und Prävention. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*. 31. Jg., Heft 3, S. 191–205.
- von Marées, N. & Petermann, F. (2010). *Bullying- und Viktimisierungsfragebogen BVF. Kinderversion und Lehrerversion*. Göttingen: Hogrefe.
- von Marées, N. (2009). *Der Bullying- und Viktimisierungsfragebogen: Konstruktion und Analyse von Instrumenten zur Erfassung von Bullying im Vor- und Grundschulalter*. <http://elib.suub.uni-bremen.de/diss/docs/00011350.pdf> [Zugriff: 2. 6. 2011].
- Moffitt, T. E. (1993). "Life-course-persistent" and "adolescence-limited" antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Olweus, D. (2006). *Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können* (4. Aufl.) Bern: Huber.
- Ostendorf, H., Köhnken, G. & Schütze, G. (2002). *Aggression und Gewalt*. Frankfurt/M., Berlin, Bern: Lang.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2010). *Aggression. Kindheit und Entwicklung*, 19, S. 205.

- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, H. M. (2001). *Aggressiv-dissoziale Störungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Pfeiffer, C. & Baier, D. (2010). Gewalt durch Jungen und Mädchen. In D. Dölling, B. Götting, B.-D. Meier & T. Verrel (Hrsg.), *Verbrechen – Strafe – Resozialisierung. Festschrift für Heinz Schöch zum 70. Geburtstag am 20. 8. 2010*. (S. 69–80) Berlin: de Gruyter.
- Scheithauer, H. & Petermann F. (2004). Aggressiv-dissoziales Verhalten. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. (S. 367–406) Berlin, Heidelberg: Springer.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa