

Kinder-Verhaltenstherapie

- Grundaspekte, Positionen und Thesen -

von

Dr.rer.nat. K.Quaschner, Dipl.Psych.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Psychologischer Psychotherapeut

Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (IVV)
am
Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Vortrag gehalten auf dem
1. Hessischen Psychotherapeutentag
am 26.6.2003
in
Bad Homburg

1. Einleitung

Als Werry & Wollersheim im Jahr 1989 ihre Übersicht über die Entwicklung der Kinder-Verhaltenstherapie veröffentlichten, kennzeichneten sie die Haltung, die in den 60er Jahren gegenüber dieser Behandlungsmethode vorherrschte, wie folgt: „At the time, behavior therapy was little understood, not well accepted, and oftentimes rejected ...“ (Werry & Wollersheim, 1989, S. 1). Obwohl sich in den vergangenen Jahrzehnten große Veränderungen und viele Neuerungen ergeben haben, scheint dieses Diktum erstaunlicherweise - zumindest für Teilbereiche der „psychotherapeutischen Szene“ - noch heute zuzutreffen. Abgesehen von Vorurteilen und Unwissen spielen dabei Vorstellungen von Verhaltenstherapie eine Rolle, in denen noch Erfahrungen aus der Anfangszeit nachwirken. Zwei Entwicklungstendenzen prägten seinerzeit maßgeblich das Bild der Verhaltenstherapie; Tendenzen, deren Folgen bis heute zu „Mißverständnissen“, Fehlinformationen und polemischen Verkürzungen führen.

Die *erste dieser Entwicklungstendenzen* bezieht sich auf die in den 50er und 60er Jahren mit verhaltenstherapeutischen Methoden behandelten Gruppen. Es handelte sich dabei um Patienten, die psychopathologisch und von ihrem Funktionsniveau her so schwer beeinträchtigt waren (z.B. Autisten, geistig Behinderte, Schizophrene und ähnlich andere),

daß sie mit traditionellen psychotherapeutischen Methoden nicht zu behandeln waren (Mash, 1989).

Eine *zweite Entwicklungstendenz* bezieht sich auf die vor allem im Umgang mit den genannten Patientengruppen eingesetzten Techniken des operanten Konditionierens, wie sie von Skinner und Mitarbeitern (Skinner, 1953) begründet worden waren (Mash, 1989).

Aufgrund dieser beiden Entwicklungstendenzen entstand ein stark verkürztes und verzerrtes Bild der Kinder-Verhaltenstherapie. Das Vorgehen wurde als sehr stark fremd kontrolliert, außengesteuert, ja „manipulativ“ gesehen. Die Kontroversen in den 50er und 60er Jahren spiegeln diese Standpunkte wider (siehe z.B. Ford & Urban, 1967; Rogers & Skinner, 1956).

Um so erstaunlicher ist es, daß bis auf den heutigen Tag – ungeachtet der mittlerweile eingetretenen Veränderungen – die Kinder-Verhaltenstherapie noch häufig mit diesen überholten Einstellungen konfrontiert wird. Die folgende, thesenartige Beschreibung der Kinder-Verhaltenstherapie ist vor dem geschilderten historischen Hintergrund zu sehen. Auswahl und Akzentuierung einzelner Merkmale sollen demjenigen ein zeitgemäße(ere)s Bild der Kinder-Verhaltenstherapie vermitteln, der willens ist, sich mit Positionen auseinanderzusetzen, die u.U. von eigenen, vertrauten Sichtweisen abweichen.

Ein kurzer, cursorischer Überblick wie der folgende kann natürlich nicht ausführlichere Darstellungen des Gebietes ersetzen, entsprechendes findet sich in der einschlägigen Fachliteratur (siehe z.B. Mash & Barkley, 1989).

2. Autonomie und Selbstkontrolle

Nicht nur die angesprochenen Kontroversen mit anderen therapeutischen Schulrichtungen, sondern auch Weiterentwicklungen innerhalb der Verhaltenstherapie (z.B. „Selbstkontrollansatz“) führten dazu, daß in neueren Definitionen und Bestimmungen der Verhaltenstherapie (z.B. Margraf, 1996) sehr stark auf die Eigenständigkeit und Autonomie der Patienten Bezug genommen wird. Von daher bleibt festzuhalten:

- **Die (Kinder-)Verhaltenstherapie betont Eigenverantwortlichkeit, Autonomie und Selbständigkeit der Patienten.**

Inwieweit ein derartiger, sehr stark an der ambulanten Therapie erwachsener Patienten orientierter Anspruch auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu übertragen ist, bleibt im Einzelfall zu diskutieren. Zu beachten ist jedenfalls, daß in der Kinder-Verhaltenstherapie neben der Symptomatik und dem Schweregrad einer Störung das Alter und der Entwicklungsstand der Patienten die eigenverantwortliche Mitarbeit - in unterschiedlichem Ausmaß - einschränken. Ein bestimmter Grad an „Fremdbestimmung“ ergibt sich zudem daraus, daß neben Therapeut und Patient in der Regel auch Eltern bzw. andere erwachsene Bezugspersonen in irgendeiner Form in die Behandlung miteinbezogen werden (müssen).

3. Bedeutung des (Lebens-)Umfeldes

Wenn also - wie unter Punkt 2 postuliert - in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die eigenverantwortliche Mitarbeit der Patienten aus verschiedenen Gründen eingeschränkt ist, dann folgt daraus:

- **Das (Lebens-) Umfeld der Kinder hat in der Verhaltenstherapie zentrale Bedeutung.**
Kinder-Verhaltenstherapie eignet sich neben dem einzeltherapeutischen Vorgehen sehr gut ...
 - a) für den Einsatz von Mediatoren** (Eltern, Lehrer etc.) **und**
 - b) für den Einsatz in Institutionen** (z.B. klinische Einrichtungen, Schulen, Kindergärten, Heime etc.).

Der Einsatz verhaltenstherapeutischer Prinzipien und Techniken im Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen kann als eine wesentliche Stärke und als großer Vorteil dieses Therapieansatzes gesehen werden (Lauth et al., 2001).

Als Beispiel für einen derartigen Behandlungsansatz kann das Konzept einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik dienen, in der die individuumbezogenen, einzeltherapeutischen Maßnahmen eingebettet sind in einen institutionellen Behandlungsrahmen, der wiederum abgestimmt werden muß auf Maßnahmen, die das Umfeld, und hier insbesondere die Zusammenarbeit mit den Eltern, aber auch die Schule, betreffen (siehe z.B. Warnke & Quaschner, 1997).

4. Verhaltenstherapie als therapeutische Strategie

Was den Einsatz und die Auswahl von verhaltenstherapeutischen Techniken betrifft, ist anzumerken, daß Verhaltenstherapie kein „Bündel“ ungeordneter Methoden oder ein „Sammelsurium“ von Techniken darstellt. Demgegenüber ist zu betonen:

- **„Die Verhaltenstherapie ist eine psychotherapeutische Grundorientierung“ (Margraf, 1996) mit einem geplanten Vorgehen, in das die einzelnen Methoden eingebettet sind.**

Die einzelnen Schritte dieser Therapiestrategie haben sich über die Jahrzehnte hinweg nicht nur in der Verhaltenstherapie bewährt, sondern eignen sich auch als allgemeines Rahmenmodell, um psychotherapeutisches Vorgehen im allgemeinen, in gewissem Maße schulunabhängig zu beschreiben. In diesem systematischen Vorgehen bilden Auswahl und Einsatz von einzelnen therapeutischen Techniken nur einen unter mehreren Schritten.

Ausgehend von den einflußreichen Arbeiten D’Zurillas und Goldfrieds (D’Zurilla & Goldfried, 1971) zum Problemlösen hat sich über die Jahre ein „logisch-operationales Vorgehen“ (Braun & Tittelbach, 1978) der Verhaltenstherapie etabliert, das je nach Gewichtung und Sichtweise eine unterschiedliche Zahl von Schritten und komplexen Abfolgen beinhaltet (siehe z.B. Schulte, 1996). Das stark vereinfachte Modell in Abbildung 1 verdeutlicht, daß Auswahl und Einsatz von spezifischen Techniken in einen Rahmen eingebunden sind, der diesen Schritt der Therapie als Teil einer systematischen und kontrollierten Gesamtstrategie ausweist.

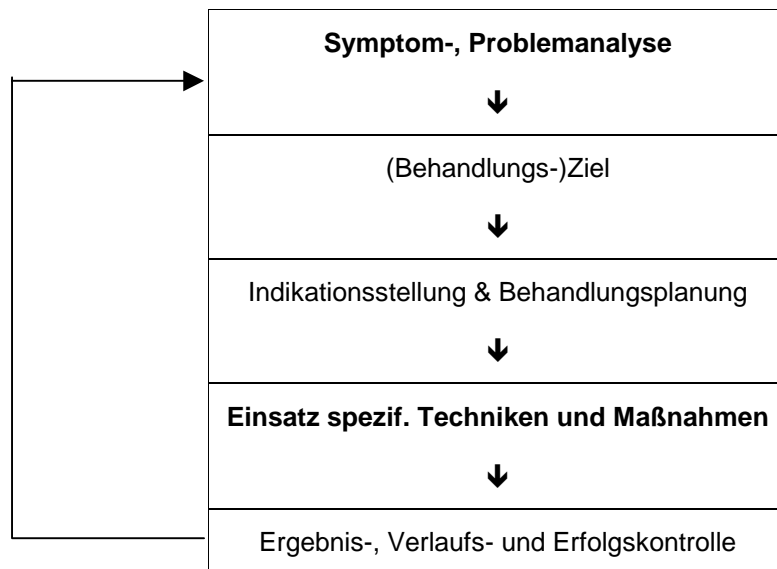


Abb. 1: Stark vereinfachtes Ablaufschema des Vorgehens in der Verhaltenstherapie

5. Problemanalyse und Fallkonzeptualisierung

Ohne auf die Schritte des oben dargestellten verhaltenstherapeutischen Vorgehens im einzelnen einzugehen, sei an dieser Stelle lediglich der erste Schritt, die Symptom- bzw. Problemanalyse, erwähnt. Sie bildet die Grundlage und den Ausgangspunkt für die Konzeptualisierung eines Falles und damit auch die Grundlage für die Therapie (Mattejat, 1997a; Schulte, 1996). Im Hinblick auf die Fallkonzeptualisierung bleibt festzuhalten:

- **Die Verhaltenstherapie zielt auf eine umfassende Berücksichtigung des gesamten Störungs- und Lebenszusammenhanges eines Kindes oder Jugendlichen.**

Diese Sichtweise kann durchaus als „ganzheitlich“ bezeichnet werden, weil in ihr versucht wird, alle für das Störungsbild relevanten Faktoren miteinzubeziehen. Terminologisch findet dies auch darin seinen Ausdruck, daß einflußreiche Vertreter der Kinder-Verhaltenstherapie ihren Ansatz als „behavioral-systemische“ oder „ökobehaviorale“ Perspektive kennzeichnen (Mash & Barkley, 1989). Insbesondere grenzt sich die Verhaltenstherapie damit von Richtungen ab, die einseitige, ideologiebegründete und realitätsresistente Schemata in ihren jeweiligen Fall-Konzeptionen verwenden.

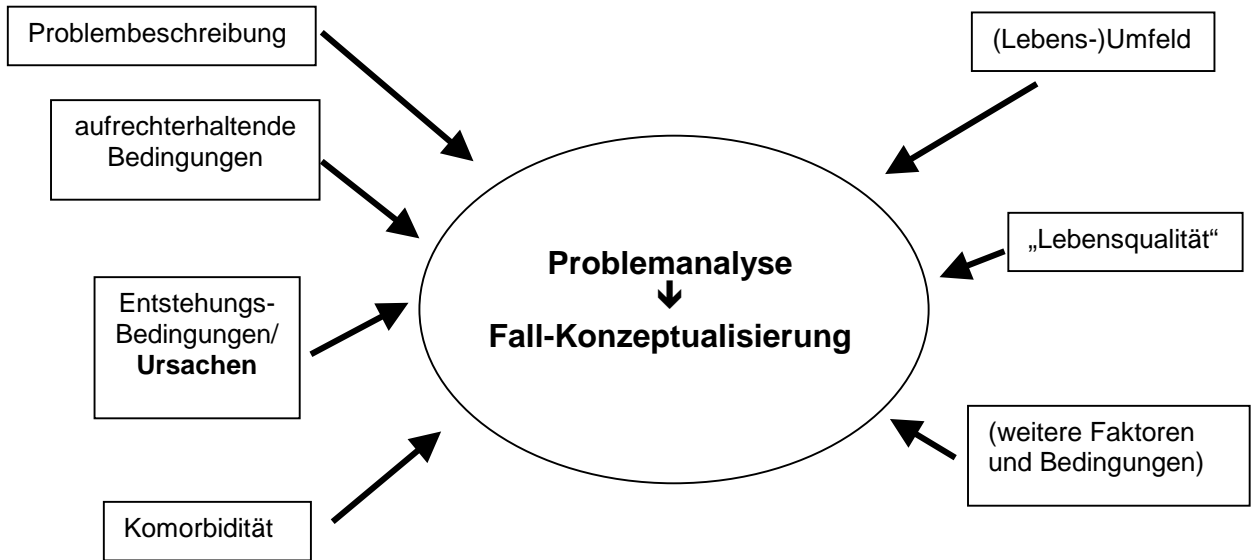


Abb.2: Problemanalyse als Grundlage der Fallkonzeptualisierung

Bereits die einfache obige Abbildung veranschaulicht die Komplexität der Faktoren, die in einem gegebenen Fall zu berücksichtigen sind. Neben „störungsnahen“ Komponenten werden beispielsweise auch zunehmend Konzepte verwendet, die unter dem Stichwort „Lebensqualität“ in die Forschung Eingang gefunden haben (siehe z.B. Mattejat et al., 1996).

Besonders hervorgehoben ist in Abbildung 2 der Ursachenbegriff, weil die mitunter ideologische Formen annehmende Diskussion über „die“ Ursachen einer psychischen Störung auch heutzutage noch vielfach zu Mißverständnissen führt. Daher sei an dieser Stelle ausdrücklich festgehalten, daß Verhaltenstherapie, die ihrer Auffassung nach relevanten Ursachen einer Störung konzeptualisiert und in der Therapie auf deren Beseitigung zielt. Im Hinblick auf Anspruch und Auftreten mancher psychotherapeutischer Schulrichtungen bleibt zu diesem Thema festzuhalten: „Die“ Ursachen einer psychischen Störung, im Sinne von „die einzigen, eigentlichen, allein relevanten Ursachen“ gibt es nicht. Jede Schulrichtung konzeptualisiert ihre „eigenen“ Ursachen, wobei durchaus zu diskutieren ist, wie tragfähig diese Ursachen für eine Behandlung sind. Die Verhaltenstherapie jedenfalls hat – wie im nächsten Punkt dargelegt wird - gute Gründe, ihre Sichtweisen von psychischen Störungen für tragfähig zu halten.

6. Der empirische Bezug der Kinder-Verhaltenstherapie:

Wie die Verhaltenstherapie insgesamt, so bezieht sich die Kinder-Verhaltenstherapie in zentraler und fundamentaler Art und Weise auf empirisch gewonnenes Wissen (z.B. Braun & Tittelbach, 1978; Margraf, 1996). Der Bezug auf die empirische Basis sichert Begründung und Rechtfertigung des verhaltenstherapeutischen Vorgehens und bildet die Abgrenzung zu denjenigen psychotherapeutischen Schulrichtungen, die sich diesem Anspruch nicht verpflichtet fühlen. Einige Bereiche für den Einsatz und die Anwendung von empirischen Daten sind im folgenden beispielhaft genannt.

- **Die Kinder-Verhaltenstherapie berücksichtigt empirisches Wissen in vielfacher Form, z.B.:**
 - a) **als entwicklungspsychologisches und hier insbesondere als entwicklungspsychopathologisches Wissen,**
 - b) **als störungsspezifisches Wissen und**
 - c) **als Veränderungswissen im Sinne des Einsatzes von empirisch überprüften Therapiemethoden.**

Zu a): Als besonders eindrucksvolles Beispiel für den Zuwachs an Grundlagenwissen kann das Fachgebiet der Entwicklungspsychopathologie gelten. Einer ihrer Begründer, Thomas Achenbach, eröffnete noch im Jahr 1975 sein grundlegendes Werk über „Developmental Psychopathology“ mit den Worten: „This is a book about a field that hardly exists yet.“ (Achenbach, 1975 zitiert nach Garmezzy, 1990) Nur sieben Jahre später, in der 2. Auflage des Buches, war der Satz gestrichen und das Fach präsentierte sich als weit gefächerte Disziplin, die eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze beinhaltete und integrierte.

In der Folge dieser Entwicklung sind auch im deutschsprachigen Raum eine Reihe von Lehrbüchern zur Entwicklungspsychopathologie, „Klinischen Psychologie des Kindes- und Jugendalters“ bzw. „Klinischen Entwicklungspsychologie“ erschienen, die diesen Fortschritt dokumentieren (z.B. Esser, 2002; Oerter, 1999).

Zu b): Der Zusammenhang zwischen „normaler“ Entwicklung und Symptombildung, wie er im Rahmen des entwicklungspsychopathologischen Ansatzes thematisiert wird, stellt nur einen Aspekt störungsspezifischen Wissens dar. Darüberhinaus hat in den letzten Jahren der Bestand an empirischen Daten auch in anderen Bereichen wie etwa Epidemiologie,

Ätiologie, Symptomatologie und Prognose bzw. Verlaufsforschung stark zugenommen (Remschmidt, 2000). Aufgrund dieser Erweiterungen des störungsrelevanten Wissens ergeben sich z.T. erheblich veränderte Sichtweisen bzgl. einzelner Störungsbilder. Diese Entwicklungen nicht zu berücksichtigen bzw. nur selektiv durch die jeweilige psychotherapeutische „Schulbrille“ zur Kenntnis zu nehmen, bedeutet - vorsichtig formuliert - unprofessionell zu handeln.

Als ein Beispiel für derartige Veränderungen kann die „Hyperkinetische Störung“/ADHD gelten, deren Einschätzung, was etwa Verlauf und Behandelbarkeit betrifft, sich über die Zeit hinweg erheblich gewandelt hat. Das Beispiel dieses Störungsbildes verdeutlicht auch, wie störungsbezogenes Wissen im Rahmen der Kinder-Verhaltenstherapie umgesetzt werden kann in Veränderungswissen, d.h. behandlungsrelevantes Wissen. Die einschlägigen Veröffentlichungen von Döpfner und Mitarbeitern (z.B. Döpfner et al., 1998) belegen dies eindrucksvoll.

Zu c): Seit jeher hat die Verhaltenstherapie den Anspruch erhoben, Therapiemethoden und deren Wirksamkeit empirisch zu überprüfen. Unter methodischen und inhaltlichen Gesichtspunkten ist sicher kritisch zu hinterfragen, inwieweit die Umsetzung dieses Anspruches gelingt und welche Schwächen und Defizite damit verbunden sind. Tatsache aber ist, daß die (Kinder-)Verhaltenstherapie in diesem Bereich durchgängig besser abschneidet als andere Therapiemethoden und sich diesen gegenüber als überlegen erweist (siehe z.B. Döpfner, 1999; Mattejat, 1997b; Remschmidt, 2003), was auch von Autoren betont wird, die sich anderen Schulrichtungen zurechnen (Target & Fonagy, 1996).

7. Schlußfolgerungen

Sowohl was die Entwicklung von Interventionen als auch die empirische Überprüfung ihrer Wirksamkeit angeht, hat die Kinder-Verhaltenstherapie in den letzten beiden Jahrzehnten große Fortschritte gemacht (Döpfner, 1999). Als Folge und großer Vorteil der empirischen Fundierung kann zusammenfassend festgehalten werden:

- **Die Kinder-Verhaltenstherapie ist offen für Entwicklungen und Veränderungen im Sinne von Korrekturen, Erweiterungen, Ergänzungen, Revisionen und Kritik.**

Dies sichert der Kinder-Verhaltenstherapie eine Offenheit und Flexibilität zu, die ein Festhalten an überholten Dogmen, Postulaten und ideologischen Anachronismen verhindert und darüber hinaus den Austausch mit anderen Therapieschulen erleichtert. Die vielfach betonte Pluralität in der Psychotherapie birgt die Gefahr von Beliebigkeit, ja Willkür, so daß die empirische Grundlegung zudem als Referenz, Maßstab und Korrektiv für die Beurteilung psychotherapeutischen Handelns dienen kann.

8. Literatur

- Braun, P. & Tittelbach, E. (1978). Verhaltenstherapie. In L. Pongratz (Hrsg.), Handbuch der Psychologie. Bd. 8.2 Klinische Psychologie (1955 – 2081). Göttingen: Hogrefe.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107 - 126.
- Döpfner, M. (1999). Ergebnisse der Therapieforschung zur Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In Borg-Laufs, M. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1, (153 - 185). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Döpfner, M.; Schürmann, S. & Frölich, J. (1998). Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellen Verhalten (THOP) (2.Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Esser, G. (Hrsg.) (2002). Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart: Thieme.
- Ford, D.H. & Urban, H.B. (1967). *Systems of Psychotherapy*. New York: Wiley.
- Garnezy, N. (1990). Foreword. In Lewis, M. & Miller, S.M. (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. ix-xii). New York: Plenum Press.
- Lauth, G.W., Brack, U.B. & Linderkamp, F. (2001). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen . In Lauth, G.W., Brack, U.B. & Linderkamp, F. (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (3 – 14). Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Margraf, J. (Hrsg.) (1996). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1 und Bd. 2. Berlin: Springer.
- Mash, E.J. (1989). Treatment of Child and Family Disturbance: A Behavioral-Systems Perspective. In: Mash, E.J. & Barkley, R.A. (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (3 – 26). New York: The Guilford Press.
- Mash, E.J. & Barkley, R.A. (Eds.): *Treatment of Childhood Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Mattejat, F. (1997a). Indikationsstellung und Therapieplanung. In H. Remschmidt, H. (Hrsg.), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (18 - 44). Stuttgart: Thieme.
- Mattejat, F. (1997b). Psychotherapieforschung. In Remschmidt, H. (Hrsg.), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (45 - 68). Stuttgart: Thieme.
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., Scholz, M., Schmidt, M.H. & Remschmidt, H. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 174-182.
- Oerter, R., von Hagen, C., Röper, G. & Noam, G. (1999). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Remschmidt, H. (Hrsg.) (Hrsg.). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. (2003). Evidence concerning the effectiveness of psychotherapies with children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 389 - 393.
- Rogers, C. & Skinner, B.F. (1956). Some issues concerning the control of human behavior, *Science*, 124, 1057-1066.
- Schulte, D. (1996). Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.
- Target, M. & Fonagy, P. (1996). The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. In Roth, A. & Fonagy, P. (Eds.), *What works for whom ?* (263 - 320). New York: The Guilford Press.
- Warne, A. & Quaschner, K. (1997). Psychotherapie im teilstationären Bereich. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (439 - 450). Stuttgart: Thieme.
- Werry, J.S. & Wollersheim, J.P. (1989). Behavior therapy with children and adolescents: A twenty-year-overview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 1-18.