

Einführung

Der vorliegende Band ist in zwei Teile aufgeteilt. Der erste Teil umfasst die Geschichte der Verhaltenstherapie mit Blick auf Kinder und Jugendliche, die theoretische Herleitung der Verhaltenstherapie mit den Grundlagen der klassischen und operanten Konditionierung und des sozial-kognitiven Lernens sowie lerntheoretische Ätiologie-Modelle. Weiter werden die Grundzüge der Entwicklungspsychologie und -psychopathologie dargestellt. Der erste Teil schließt ab mit einem Kapitel zur Psychotherapieforschung und daraus abgeleitet der Darstellung von Psychotherapieleitlinien.

Der zweite Teil beginnt mit den ethischen Grundprinzipien der Psychotherapie und leitet über zum praktischen Vorgehen in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Fokussiert wird auf Themen wie Gesprächsführung, Erstkontakt und Probatorik mit Erhebung der Eigen- und Sozialanamnese sowie des psychopathologischen Befundes. Dafür werden den Leserinnen verschiedene Fallbeispiele zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Probatorik gilt es, den diagnostischen Prozess einzuleiten. Dieser, sowie die verschiedenen Verfahren, die zur Anwendung kommen können, werden ausführlich dargestellt und mit Beispielen aus der Praxis veranschaulicht. Berücksichtigung findet dabei auch die Abklärung von Suizidalität. Der Band schließt ab mit Kapiteln zur Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung. Auch diese Kapitel wurden möglichst praktisch verfasst und mit vielen Beispielen angereichert. Am Ende finden sich verschiedene Beispiele für Therapieanträge inklusive der Sicht von Gutachterinnen auf diese.

Zusätzliche Online-Materialien (weitere Beispielanträge sowie einige Musterunterlagen z. B. für einen Anamnesebogen) finden Sie als Download auf der Webseite des Verlags (► Online-Zusatzmaterial: Hinweise und Übersicht)

Teil 1

1 Geschichte der Verhaltenstherapie mit dem Blick auf Kinder und Jugendliche

Lernziele

- Sie kennen den kleinen Albert und die ethischen Aspekte sowie die Relevanz des Experiments für die Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters.
- Sie kennen die Grundprinzipien der Verhaltenstherapie.

Lightner Witmer gründete 1896 in den USA die erste »Psychologische Klinik«. Zuvor hatte er bei dem Persönlichkeitspsychologen Raymond Cattell und bei Wilhelm Wundt, dem Gründer des ersten Instituts für experimentelle Psychologie, studiert. In der Klinik beobachtete er Kinder, die Lernschwächen oder Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Die Kinder besuchten mehrheitlich öffentliche Schulen in Philadelphia und Umgebung und wurden entweder von ihren Eltern oder Lehrerinnen in die Klinik gebracht. Die Klinik war insofern neu und bedeutsam, weil mit psychologischen Mitteln versucht wurde, Kindern mit Schulproblemen zu helfen. Häufig auftretende Schwierigkeiten waren z. B. Sprachprobleme, Schlafstörungen, Verhaltensstörungen, Hyperaktivität und Schulverweigerung. Jedes Kind wurde bei Aufnahme auf Geist und Körper untersucht. Die angewandten Methoden in der Klinik waren verhaltenstherapeutisch, und Witmers Ansatz war es, Informationen für die Kinder so zu vereinfachen, dass diese verständlich waren. Zudem gründete er 1897 die Zeitschrift »Clinical Psychology«, die erste wissenschaftliche Zeitschrift in der Psychologie. Eine Besonderheit bestand darin, dass die Zeitschrift Studien mit Kindern aufnahm. In seinem Artikel zur Erstausgabe stellte Witmer seine Idee vor, dass alle Kinder (klug oder intelligenzgemindert) mit Unterstützung ihr volles Potenzial erreichen könnten.

Ein weiterer wichtiger Meilenstein in der Geschichte der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen waren 1924 die Veröffentlichungen von Mary Cover Jones. Jones war eine Schülerin von Watson, der 1920 die berühmt-berüchtigten Konditionierungsexperimenten am »kleinen Albert« (► Kasten) (Watson & Rayner, 1920) durchführte. Die von Watson beschriebenen Methoden zur Rekonditionierung und Beseitigung von Ängsten wurden von Cover Jones in der Behandlung des »kleinen Peters« angewendet.

Die Geschichte des kleinen Peter ist der erste Fall der Verhaltenstherapie, dessen Behandlungsgeschichte bekannt ist (Pongratz, 1973). Peter war ein fast drei Jahre alter Junge mit einer starken Angst vor Kaninchen, Ratten, Pelzmänteln, Federn und Baumwolle. Am stärksten ausgeprägt war seine Angst vor Kaninchen. Zunächst

bestand die Behandlung darin, ihn mit einem Kaninchen zu konfrontieren. Da dieses Vorgehen nicht zur gewünschten Angstreduktion führte, bekam Peter in Anwesenheit des Kaninchens jedes Mal sein Lieblingsessen. Dabei wurde das Kaninchen graduert immer näher an Peter herangeführt. Peter wurde immer vertrauter mit dem Kaninchen und war in der Folge fähig, das Kaninchen zu berühren und mit ihm zu spielen.

Bei Peters Behandlung wurde in Anwesenheit des angstauslösenden Reizes eine positive Reaktion provoziert, die inkompatibel und stärker als die negative Reaktion war (Peter erhielt sein Lieblingsessen, während ein Kaninchen anwesend war). Diese Form wird als Gegenkonditionierung bezeichnet. Die Annäherung an das angstauslösende Objekt (Kaninchen) erfolgte dabei schrittweise.

Trotz dieses Erfolges ist zu berücksichtigen, dass beispielsweise ein Wechsel der Behandlungsmethode – von der einfachen Präsentation des angstauslösenden Stimulus zur Präsentation mit der Darbietung des Lieblingsessens – sowie die Generalisierung der Effekte auf andere angstauslösende Stimuli (z. B. Ratten, Pelzmäntel und Federn) nicht überprüft wurde. Zudem wurden keine Nachuntersuchungen durchgeführt, so dass keine Aussagen zur Stabilität des Behandlungserfolges gemacht werden können.

Kleiner Albert

Watson und Rayner publizierten 1920 die Konditionierungsversuche mit dem kleinen Albert. Aus heutiger Sicht eine ethisch inakzeptable Studie. Albert war ein neun Monate alter normal entwickelter Junge, der bei der Konfrontation mit einer Ratte, einem Hasen, einem Hund, einem Affen, Wolle und Masken mit und ohne Haaren keinerlei Angstreaktionen zeigte. Hingegen zeigte er Furcht und begann zu weinen, wenn hinter ihm mit einem Hammer auf eine Eisenstange geschlagen wurde.

Watson und Rayner stellten folgende Fragen auf: Kann eine Angstkonditionierung auf Tiere wie z. B. eine weiße Ratte hergestellt werden, indem gleichzeitig zur visuellen Darbietung der Ratte auf eine Eisenstange geschlagen wird? Wird es nach dieser Konditionierung zu einer Generalisierung der Ängste auf andere Objekte kommen? Welche Effekte hat die Zeit? Falls nach einer gewissen Zeit die emotionalen Reaktionen nicht abflachen, welche Methoden gibt es zur Beseitigung? Bezüglich ethischer Bedenken beschrieben die Autoren, dass sie zunächst gezögert hätten, die Konditionierung durchzuführen, dann aber zur Überzeugung gelangt seien, dass es sowieso irgendwann zu solchen Ereignissen kommen würde, wenn das Kind das behütete Umfeld verlasse.

Die ersten Konditionierungen fanden mit einer Ratte statt. Als Albert die Ratte berührte, wurde hinter ihm mit einem Hammer auf eine Eisenstange geschlagen. Beim zweiten Durchgang begann Albert zu wimmern und zögerte, die Ratte zu berühren. In der Folge fanden mehrere Konditionierungsdurchgänge statt, in denen die Ratte gleichzeitig mit dem lauten Ton präsentiert wurde. Daraufhin begann Albert bei der alleinigen Präsentation der Ratte zu weinen und krabbelte weg. Es wurde dann untersucht, ob sich die Angst generalisiert hatte. Bei der

Präsentation eines Hasen und Pelzes lehnte er sich weg, wimmerte und brach in Tränen aus. Mit Holzblöcken spielte er nach wie vor gerne. Einige Tage später fixierte Albert die Ratte mit den Augen und zog sich zurück, weinte jedoch nicht. Damit war es den Autoren leider noch nicht genug und es wurden weitere Konditionierungsversuche durchgeführt, dieses Mal in einen anderen Raum. Bei der Konfrontation mit der Ratte, dem Hasen und dem Hund zeigte Albert leichte Angstreaktionen und versuchte, seine Hände so weit weg wie möglich von den Tieren zu halten. Erneut wurde dann bei der Präsentation der Tiere auf eine Eisenstange geschlagen. Dies führte bei Albert wiederum zu einem Rückzugsverhalten.

Danach wird beschrieben, dass im Anschluss an diese (letzte) Sitzung die Mutter mit Albert weggezogen sei, so dass keine Rekonditionierung durchgeführt werden konnte. Weshalb die Mutter wegzog und was aus Albert wurde, ist bis heute nicht bekannt.

Im Zusammenhang mit dieser Studie können, neben den ethischen Aspekten hinsichtlich der Durchführung der Studie und der Nicht-Beseitigung der willkürlich erzeugten Angst, weitere Probleme festgehalten werden: Es fehlte eine Operationalisierung der Variable »Furcht« und eine klare Quantifizierung des Verhaltens von Albert. So wird im Studienprotokoll von »verzieht das Gesicht«, »wimmert« und »fällt vorn über« berichtet. Zudem werden gegen Ende des Experiments die Reaktionen von Albert immer unklarer beschrieben. Des Weiteren wurde der Versuchsplan immer wieder neu angepasst. Beispielsweise wurden weitere Konditionierungsversuche durchgeführt, als die Reaktionen von Albert schwächer wurden.

Ein entscheidender Unterschied zu anderen Therapieverfahren ist, dass historisch in der Verhaltenstherapie nicht konzeptionell zwischen dem Vorgehen mit Kindern und Erwachsenen getrennt wurde. Bei Kindern und bei Erwachsenen wurden lerntheoretische Konzepte gleichermaßen angewendet. Es ging also in der Verhaltenstherapie mehrheitlich um die Methoden, die bei Kindern und Erwachsenen den gleichen Gesetzmäßigkeiten folgen. Dies steht im Gegensatz zur Psychoanalyse wo, in der z. B. Anna Freud und Melanie Klein spezifische Behandlungsmethoden für Kinder entwickelten.

Die konkrete Umsetzung der Methoden in der Verhaltenstherapie ist jedoch an die Altersgruppe angepasst: z. B. können bei Jugendlichen und Erwachsenen operante Methoden zur Selbstverstärkung (z. B. »Wenn ich mich dem angstausslösenden Reiz aussetze und diese Angst aushalte, belohne ich mich danach mit einem Stück Kuchen und Kaffee«) eingeübt werden, wohingegen bei einem Kind ein Token-Programm gemeinsam mit den Eltern erstellt wird (z. B. die Regel, dass das Kind, wenn es sich morgens selber anzieht, hierfür einen Punkt bekommt). Diese Anpassung impliziert auch, dass jeweils die entwicklungspsychologische Perspektive zu berücksichtigen ist. Als weitere Besonderheit ist sicherlich die Berücksichtigung des Therapiesettings aufzuführen.

Borg-Laufs beschreibt auf der Homepage der DGVT (www.dgvt.de), dass das Psychotherapeutengesetz 1999 den entscheidenden Schritt zur Trennung zwischen Kinder- und Erwachsenentherapie markiert. Allerdings stellen Meyer und Kollegen

1991 in ihrem Gutachten zum Psychotherapeutengesetzes fest, dass diese Trennung in der Verhaltenstherapie keine Tradition hat, und es auch inhaltlich keinen Sinn macht, zwischen Kinder- und Erwachsenentherapie zu unterscheiden.

1.1 Definition Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie orientiert sich an der empirischen Psychologie und vereinigt unterschiedliche spezifische Techniken (z. B. Verstärkung) und Behandlungsmaßnahmen (z. B. Exposition). Da die Verhaltenstherapie nicht auf ein einziges theoretisches Modell zurückgeführt werden kann und auch zukünftige Entwicklungen zugelassen werden sollen, fassen Margraf und Lieb (1995) die Verhaltenstherapie als psychotherapeutische Grundorientierung auf, weniger als Therapieschule oder Gruppe von Verfahren.

Margraf (2018) definiert die Verhaltenstherapie wie folgt:

»Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfasst störungsspezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüfem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern.« (Margraf, 2018, S. 5).

Hervorzuheben sind die Grundprinzipien der Verhaltenstherapie (Margraf, 2018), die allen verhaltenstherapeutischen Methoden zugrunde liegen. Der nachfolgende Kasten gibt einen Überblick der Grundprinzipien.

Überblick der Grundprinzipien der Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie

- orientiert sich an der empirischen Psychologie,
- ist problemorientiert,
- setzt an den prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen an,
- ist zielorientiert,
- ist handlungsorientiert,
- ist nicht auf das therapeutische Setting begrenzt,
- ist transparent,
- soll »Hilfe zur Selbsthilfe« sein,
- bemüht sich um ständige Weiterentwicklung.

Verhaltenstherapie ist problemorientiert, d.h. die Therapieplanung und -durchführung wird anhand der aktuell beschriebenen Probleme ausgerichtet. Basierend auf einem individuellen Störungsmodell wird ein Behandlungsplan erstellt, der spezifisch und individuell auf die Verringerung der vorhandenen Probleme ausgerichtet ist. Im Störungsmodell werden prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren für die beschriebene Problematik identifiziert und Behandlungsmethoden mit dem Fokus der Identifikation auslösender Faktoren und der Reduktion von aufrechterhaltenden Faktoren abgeleitet. Die Verhaltenstherapie ist weiterhin ziel- und handlungsorientiert. Mit Patientin und ggf. Bezugspersonen werden konkrete Ziele zu Beginn der Therapie erarbeitet, die realistisch erreichbar sind. Die Zielerreichung wird während der Behandlung regelmäßig überprüft und wenn nötig angepasst. Zur Erreichung der Ziele ist das aktive Mitwirken der Patientin und der Eltern wichtig. Die Patientin soll selbst zur Expertin für den Umgang mit den eigenen Symptomen werden. Im Rahmen von Psychoedukation wird der Patientin auf eine altersangepasste und verständliche Art und Weise Wissen über ihre psychische(n) Störung(en) vermittelt und die Ableitung des Behandlungsplans transparent gestaltet. Im Vordergrund steht das Neulernen oder der Wiedererwerb eines funktionalen Umgangs mit Symptomen (z. B. Konfrontation bei Angststörungen), welche auch zu Hause geübt und erprobt werden. Hausaufgaben sind ein wesentlicher Bestandteil der Verhaltenstherapie, die in den Sitzungen jeweils vor- und nachbesprochen werden. Der Transfer von erarbeiteten Strategien und Aufbau von funktionalem Verhalten im therapeutischen Setting in den Alltag ist in der Verhaltenstherapie von zentraler Bedeutung. Die Psychotherapeutin hilft der Patientin und den Eltern dabei, einen funktionalen Umgang mit Symptomen zu erwerben, z. B. mit Strategien, die der Patientin nach Abschluss der Therapie weiterhin zur Verfügung stehen. Die Verhaltenstherapie sieht sich als Hilfe zur Selbsthilfe und fördert die Eigenständigkeit und das Selbstwirksamkeitserleben der Patientin.

1.2 Überprüfung der Lernziele

- Zählen Sie die Grundprinzipien der VT auf.
- Nennen Sie kritische Aspekte der Studie mit dem kleinen Albert.

2 Theoretische Herleitungen der Verhaltenstherapie

Lernziele

- Sie kennen die verschiedenen Lernprinzipien, die zu der Vielzahl von Methoden der Verhaltenstherapie beitragen.
- Sie können die einzelnen Lernprinzipien mit Beispielen erklären.
- Sie wissen um die verschiedenen Verstärkerpläne.
- Sie kennen die unterschiedlichen Arten von Verstärkern.
- Sie kennen die sozial-kognitive Lerntheorie nach Bandura.
- Sie können das Vorgehen für das Time-out/die Auszeit beschreiben.

Die Grundlage der Verhaltenstherapie ist die Lerntheorie. Die Grundidee ist, dass störungsbedingtes Verhalten erlernt wird und somit wieder verlernt oder umgelernt werden kann, bzw. dass angemessenere Verhaltensweisen neu erlernt werden können. Bei der Verhaltensmodifikation geht es dabei bis heute darum, die das Verhalten auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen zu analysieren und Problemverhalten dadurch zu modifizieren. Die diversen Lernformen – klassisches Konditionieren, instrumentelles Lernen, Prinzipien des operanten Konditionierens, Modelllernen – sind sowohl für Störungsmodelle als auch Interventionen relevant. Eine bedeutsame Erweiterung stellt die Berücksichtigung von Kognitionen dar.

Verschiedene Lernprinzipien haben zu einer Vielzahl von Methoden der Verhaltenstherapie beigetragen. Von besonderer Relevanz sind die folgenden Lernprinzipien:

- Klassische Konditionierung
- Operante Konditionierung
- Diskriminationslernen
- Modelllernen
- Sozial-kognitives Lernen

2.1 Klassische Konditionierung

Bei der klassischen Konditionierung (Assoziationslernen) nach Iwan P. Pawlow (1927) werden ursprünglich neutrale Reize bzw. Stimuli zum Auslöser einer Reaktion, die sie zuvor nicht auslösen konnten. Dieser neutrale Stimulus wird gemeinsam mit einem unkontingierten Stimulus dargeboten, der eine biologisch programmierte, automatische Reaktion auslöst. In der Vorbereitungsphase seines klassischen Experiments an Hunden, konnte Pawlow folgendes zeigen (► Abb. 2.1): In der *Vorbereitungsphase* löst der Glockenton als neutraler Stimulus (NS) eine Orientierungsreaktion (OR) mit Zuwendung zur Reizquelle aus. Als Reaktion auf Futter (unkontingierter Stimulus, US) zeigen Hunde einen biologisch programmierten reflexhaften Speichelfluss, also eine nicht gelernte, unkontingente Reaktion (UCR).

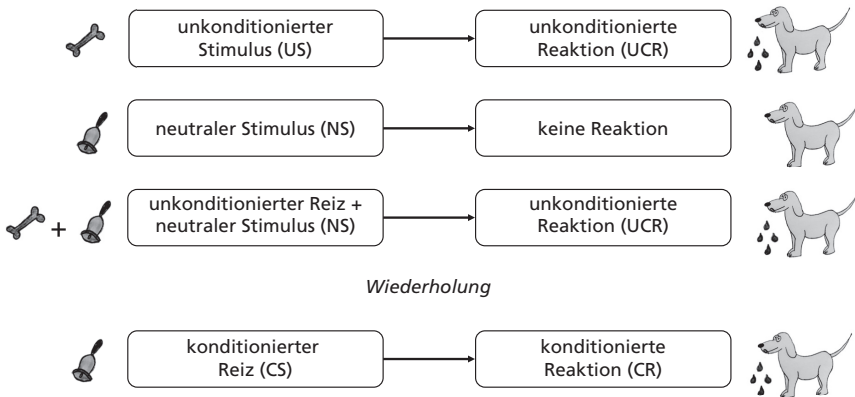


Abb. 2.1: Ablauf des Experiments zur Klassischen Konditionierung von Pawlow

In der darauffolgenden *Trainingsphase* wird der NS wiederholt mit dem US dargeboten. Das Tier lernt, auf den ursprünglichen neutralen Stimulus mit einer UCR zu antworten. Somit wird der neutrale Stimulus zu einem konditionierten Stimulus (CS). Die unkontingente Reaktion wird zur konditionierten bzw. bedingten Reaktion (CR). Um zwei Reize miteinander verknüpfen zu können, müssen sie in einem räumlichen und zeitlichen Zusammenhang gesetzt werden. Hierbei ist es notwendig, dass UCS und NS zeitlich dicht beieinander liegen (Gesetz der *Kontiguität*), um eine konditionierte Reaktion (CR) auszulösen. Diese Kopplung zwischen NS und UCS wird als *Verstärkung* bzw. Bekräftigung (reinforcement) bezeichnet. Die konditionierte Reaktion (CR) muss nicht vollkommen der unkontingierten Reaktion (UCR) entsprechen (z. B. eine Schmerz-Furcht Reaktion als UCR und eine Angstreaktion als CR).

Für die Konditionierung einer emotionalen Reaktion ist das Experiment von Watson und Rayner (1921) mit dem kleinen Albert zu nennen (► Kap. 1, *Kleiner*

Albert). Ebenfalls zeigt sich anhand des Experiments eine *Reizgeneralisierung*, welche darauf hinweist, dass je ähnlicher ein anderer neutraler Reiz dem konditionierten Reiz ist, dieser umso wahrscheinlicher die konditionierte Reaktion auslöst. Beim kleinen Albert waren dies pelzähnliche Objekte, die der weißen Ratte glichen, wie z. B. ein weißes Kaninchen oder ein Seehundfell. Die Reaktion auf weiße Watte war hingegen gering. Manche bedingten Reaktionen treten hingegen nur bei einem einzigen genau definierten Reiz auf (*Reizdiskrimination*).

Reizdiskrimination

Ein Kind hat Angst vor Tieren. Nun stellt es fest, dass z. B. Kaninchen und Meerschweinchen harmlos sind und fürchtet sich vor diesen Tieren nicht mehr. Trotz dieser Erfahrung bleibt die Angst bei z. B. Hunden, Spinnen oder Pferden dennoch bestehen.

Führt ein Reiz zuverlässig zu keiner ausgelösten Reaktion, z. B. indem er mehrere Male ohne Konsequenz dargeboten wurde, wird dieser Reiz in einer späteren Lernphase (Aquisition) schwerer als konditionierter Reiz gelernt, wenn er mit einem unkonditionierten Reiz gepaart wird. D. h. es findet eine Abschwächung des Assoziationslernens statt. Diesen Prozess nennt man eine *latente Hemmung* oder *latente Inhibition* (auch CS-Präexposition). Im Alltag ist dieser Prozess notwendig, um zwischen relevanten und irrelevanten Reizen zu unterscheiden und Aufmerksamkeitsprozesse effektiv steuern zu können.

Latente Hemmung/Inhibition

Früher wurden samstags um 12 Uhr häufig Feueralarmübungen durchgeführt. Diese »Mittags sirene« gehörte zum Samstag fest dazu und führte in der Regel bei den Personen, die diese hörten, nicht zu Angst. D. h. aber auch, dass ein solcher Sirenton an einem Samstag um 12 Uhr im Falle eines tatsächlichen Feuers wahrscheinlich keine Angstreaktion und somit auch kein angemessenes Fluchtverhalten auslöste.

Die Konditionierungsstärke hängt hierbei also sowohl stark von der Vorerfahrung mit einem konditionierten Stimulus ab als auch von der Fähigkeit der latenten Hemmung im Sinne einer Verhinderung von Reizüberflutungen.

Verhinderung von Reizüberflutung

Der Therapieraum wird ansprechend gestaltet, aber nicht extrem bunt und mit offen herumstehenden oder ausgestellten Spielsachen, damit das Kind sich auf die neuen Reize im Zusammenhang mit Therapie oder Therapeutin konzentrieren kann und nicht überfordert ist.