

■ Aggressives Verhalten

Petermann und Petermann (2007) betonen die Bedeutung eines erweiterten Verhaltensrepertoires, wie auch die Stärkung der Ressourcen von Kind und Familie im Kontext von Aggression und gewalttätigem Verhalten.

Aggressives Verhalten kommt als Symptom bei sehr verschiedenen Diagnosen vor. Diese reichen von „Störung des Sozialverhaltens“ über „oppositionelles Trotzverhalten“ bis hin zu „Hyperkinetischen Störungen“, mit oder ohne Aufmerksamkeitsproblematik. Ein vielfältiges und kreatives „multimodales“ Vorgehen ist hier oft die einzige Chance. Die medikamentöse Variante sollte immer die letzte bleiben, außer bei massiver Eigen- oder Fremdgefährdung.

Ebenso müssen die häufig bei aggressiver Problematik bedeutsamen genetischen und psychosozialen Risikofaktoren Berücksichtigung finden, insbesondere häusliche Gewalt, Vernachlässigung und andere Traumatisierungen.

Neben Ansätzen wie Entspannungstechniken, dem Aufbau sozialer Kompetenzen, angemessener Selbstbehauptung und dem Einüben von Selbstkontrolle in verhaltenstherapeutischen Kinder- oder Jugendgruppen sowie in der Familientherapie, können folgende Interventionen dazu dienen, Gesprächssituationen zu entzerren, erste Erfolge weiter zu stabilisieren oder Eltern zusätzliche Ideen für den Umgang im Alltag zu vermitteln.

Psychoedukation

Um die richtige therapeutische Herangehensweise herauszufinden, sollte exploriert werden, ob der aggressive Klient nicht selbst Gewalterfahrungen gemacht hat, um auszuschließen, dass er Gewalt als Schutzstrategie einsetzt, im Sinne eines gelernten Verhaltens. Es gibt darüber hinaus viele Gründe, warum Kinder und Jugendliche aggressiv handeln. Daher gibt es auch nicht „die eine“ Intervention.

- **Fragen nach Ausnahmen** (siehe Seite 47)
- **Externalisieren** (siehe Seite 63)
- **Zirkuläres Fragen** (siehe Seite 57)
- **Beobachtungsaufgaben** (siehe Seite 75)

Diese können an Bezugspersonen gerichtet werden:

„Bitte achten Sie in den nächsten ... Wochen auf all die Situationen, in denen ... kein problematisches Verhalten gezeigt hat.“

Der Veränderungsdetektiv

(siehe Seite 86)

Diese Aufgabe kann je nach Klient eine weitere Interventionsform darstellen, nur wird dabei der Auftrag direkt an ihn gerichtet und im Umfeld beobachtet, nachdem Eltern beispielsweise eine Veränderung im Alltag umsetzen wollen:

„Versuche bis zum nächsten Mal herauszufinden, was dein Vater/deine Mutter anders machen, von dem du sagst, dass es eine gute Veränderung ist!“

Auch hier kann es verschiedene Ideen seitens der Familie/des Umfeldes geben, die einen weiteren Beitrag zur allgemeinen Deeskalation leisten können.

- **So-tun-als-ob**

(siehe Seite 103)

Beim **Externalisieren** bietet es sich an, mit dem **„Zwei-Instanzen-Modell“** zu arbeiten, d. h. eine Instanz des Klienten ist der aggressive Böse, die zweite Instanz ist letztendlich der, der das Kind oder der Erwachsene eigentlich sein möchte, dessen Anteile auch im Ansatz schon da sind. Der Klient lernt mit der „bösen Instanz“ draußen in die Auseinandersetzung zu gehen.

Beispiele:

„Ich habe den Eindruck, es gibt zwei von dir/Ihnen – der eine Part ist der aggressive, der andere ist der nette, den wir heute noch gesehen haben ...

Was meinst du/meinen Sie, wenn du/Sie eine Torte, die dein/Ihr Verhalten darstellt, aufteilen würdest/würden, wie groß wäre das Tortenstück des Bösen und wie groß das des Netten?“

„Was müsste passieren, damit das Tortenstück des Netten größer wird?“

Oder:

„Woran würdest du merken, dass der nette Teil die Oberhand gewinnt? Was würdest du dann anders machen?“

Vorsicht: Das Symptom verordnen oder paradox intervenieren ist hier aufgrund der Fremdgefährdung kontraindiziert!

Ein Beispiel aus der Praxis (M., 9 Jahre):

M. befand sich seit längerem wegen häufiger Aggressionen gegenüber Mitschülern sowie seiner Mutter bzw. seiner zwei Jahre jüngeren Schwester in ambulanter Behandlung. Unter dem Bild einer „Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“ waren nach einer umfassenden diagnostischen Abklärung sowohl verschiedene medikamentöse Therapieversuche, als auch verhaltenstherapeutische Interventionen auf den Ebenen Kind/Familie/Schule nur mäßig erfolgreich.

Ein Durchbruch ergab sich nach folgendem Vorgehen:

M., seine Schwester und seine Eltern erhielten in einem Familiengespräch eine gemeinsame **Beobachtungsaufgabe**, kombiniert mit der **Verordnung einer Veränderung**, „verpackt“ in ein „Detektiv-Spiel“, das besonders den Kindern zusagte.

Die Aufgabe lautete: *„Überlegt euch bitte jeder eine Veränderung, von der die anderen in der Familie sagen werden, dass es eine gute Veränderung ist, und führt diese aus, ohne sie den anderen Familienmitgliedern zu verraten.“*

Beobachtet dann bitte jeder bis zum nächsten Mal, was denn die Anderen wohl verändert haben könnten!“

Zur Verankerung dieses Ansatzes wurden alle Vier gebeten, ihre geplante „Veränderung“ noch vor dem Ende des Gesprächs auf einen Zettel zu schreiben, der beim Berater/Therapeuten verbleiben sollte. Keiner durfte vom Anderen mitbekommen, was dieser notiert hatte.

Beim Folgetermin vier Wochen später erschienen alle Familienmitglieder in heiterer, fast aufgekratzer Stimmung und berichteten von einer besonders guten Phase ohne wesentliche Probleme. Sie brannten darauf, darüber zu berichten, was jeder von ihnen herausgefunden hatte, alle überzeugt, die jeweils Anderen „durchschaut“ zu haben ...

Zuerst wurden die Eltern gebeten, ihre Vermutungen über die stattgefundenen Veränderungen bei ihren Kindern zu berichten. Dies führte dazu, dass sowohl Vater als auch Mutter in einen längeren Dialog darüber gerieten, wer denn welche Beobachtungen gemacht und wie erlebt hatte, mit dem Ergebnis, dass die Kinder immer gespannter zuhörten und sich immer erstaunter darüber zeigten, was an positiven Entwicklungen aufgefallen war.

Nachdem schließlich auch die Kinder über ihre Feststellungen berichtet hatten, durfte das Rätsel gelöst werden, wobei deutlich wurde, dass – obwohl keiner die Veränderung des Anderen erkannt hatte – viele andere Verhaltensweisen positiv aufgefallen waren. M. hatte z. B. sein Vorhaben mit dem Satz: *„Ich werde meine Schwester nicht mehr hauen.“* ganz konkret benannt, und ohne dass

genau diese Veränderung aufgefallen war, hatten sowohl die Eltern als auch seine Schwester viele angenehme Seiten an ihm entdeckt ...

Erst nach der Auflösung fiel aber allen auf, dass M. seine Schwester tatsächlich nicht mehr geschlagen hatte.

■ **Angststörungen, wie z. B. Schulangst, Trennungsangst oder Prüfungsangst**

Angst hat eine wichtige Schutzfunktion (Görlitz, 2005), sie kann den Klienten aber auch lähmen. In der Therapie der Angststörung kommt es darauf an, die Angst zurück auf ihre Schutzfunktion zu regulieren.

Psychoedukation

Dazu ist es u. U. wichtig, den Klienten – Kind, Jugendlicher oder Erwachsener – über die Vorgänge im Gehirn aufzuklären. Rotthaus (2015) weist darauf hin, dass es sich in fast jedem Fall als hilfreich erwiesen hat, das Zusammenspiel von Amygdala als Angstzentrum und Frontalhirn als Bewertungsinstanz der jeweiligen Situation zu erläutern. Er vergleicht die Rolle dieser Achse metaphorisch mit einem Wachhund, der nur dann wertvoll ist, wenn er nicht bei jedem Anlass anschlägt, sondern nur dann, wenn wirklich Gefahr droht. Der Wachhund muss also – genau wie unser Gehirn – erzogen werden.

Bei allem darf man nicht vergessen, dass der Wachhund nicht erforderlich wäre, wenn nicht vorher ein Gefühl der Verunsicherung vorhanden gewesen wäre. Eine Angststörung kann unseres Erachtens v. a. dann entstehen, wenn sich der Klient nicht sicher fühlt. Es wird in der Begleitung und Therapie also häufig darauf ankommen, diese Sicherheit zu schaffen.

Dazu stehen viele kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme, Reizkonfrontationsverfahren sowie die medikamentöse Unterstützung im Vordergrund (Schneider, 2004), aber auch lösungs- und ressourcenorientierte, systemische Zugänge zur Verfügung (Rotthaus, 2015).

Bei Angststörungen im Erwachsenenalter sind die Ansätze vergleichbar. Die hier vorgeschlagenen Methoden lassen sich vom jungen Kindesalter bis hin zu Senioren anwenden.

- **Fragen nach Ausnahmen** (siehe Seite 47)

„Wann ist es dir schon mal gelungen, die Angst zu besiegen?“

„Was hast/haben du/Sie anders gemacht in den Zeiten, in denen du/Sie keine Angst hattest/hatten?“

- **Externalisieren** (siehe Seite 63)

Die Angst malen lassen, die Angst wegpusten oder einsperren ...

Der Angst Grenzen setzen: Angst darf nur zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Räumen auftreten.

- **„Cartoon-Technik“** (siehe Seite 120)
- **Verordnen von symptomfreier Zeit / Raum** (siehe Seite 92)
- **Verordnen des Symptoms** (siehe Seite 78)
- **Ressourcen** (siehe Seite 44)
 - „Wie hast du es schon mal geschafft, deine Angst zu besiegen?“
 - „Welche deiner Stärken hast du dafür eingesetzt?“
 - „Was hast du ausprobiert, das gut funktioniert hat?“
- **„Der angstlösende Faden“** (siehe Seite 136)
- **Therapeutische Geschichten** (siehe Seite 125)

Rotthaus (2015) schlägt vor, als Hausaufgabe das Grimm-Märchen „Von einem, der auszog das Fürchten zu lernen“ zu lesen und sich zu fragen, warum das nicht gelang ...
- **Die Feen-Rakete** (siehe Seite 129)
- **Verankern** (siehe Seite 105)
- **Sonstige Fragen**
 - „Hat Angst auch Vorteile?“
 - Oder:
 - „Können Sie der Angst auch etwas Gutes abgewinnen?“
- **Eigene Körperwahrnehmung stärken**

(Massage-Techniken, „Körper-Landkarte“ ...)

Besonders **bei Kindern im Vorschulalter** geeignet:

Eine besonders schnelle und wirkungsvolle Intervention bei jüngeren Kindern ist der „angst-lösende Faden“ ebenso wie das Externalisieren, z. B. das Weg-pusten der Angst.

Es lohnt sich oft, die Kinder selbst zu fragen, was sie denn meinen, welche Methode am besten hilft, um die Angst loszuwerden.

Es ist immer wieder eindrucksvoll zu erleben, auf welche kreativen Ideen die Kinder selbst kommen – und die Ansätze, in die diese Vorschläge der Kinder integriert werden konnten, sind in der Regel die mit den größten Erfolgsaussichten.

Kombination verschiedener Interventionen

1. Externalisieren auf verschiedene Weisen plus Fragen

Ein Junge, fünf Jahre alt, hatte zum Beispiel die Idee, die Angst im Garten zu vergraben. Er hat dazu ein Bild gemalt, auf dem die Angst zu sehen war, dieses in eine kleine Kiste gesperrt und dann in der hintersten Ecke des Gartens vergraben.

Die Stelle, an der die Angst „verschwinden“ sollte, hatte er selbst ausgesucht:

„Die kommt da hin, wo ich sie oben von meinem Zimmerfenster aus noch gut sehen kann.“

„Dann weiß ich immer, wo sie ist ...“

Anschließend gab es ein Gespräch darüber, warum es gut ist, dass die Angst nun dort begraben ist.

„Warum ist es gut ...?“

„Woran merkst du das?“

„Was könntest du sonst noch machen, falls die Angst wieder auftaucht?“

2. Fragen nach Ausnahmen und Verordnen von symptomfreier Zeit

Eine junge Frau mit einer Sozialphobie wurde gefragt, ob es Zeiten gibt, in denen ihre Angst nicht da ist. Sie bejahte.

Anschließend wurde sie gebeten zu überlegen, wie lang denn diese Zeiträume sind, dann:

„Könnten Sie sich vorstellen, diese Zeit auszudehnen? Wenn ja, um wie viele Minuten?“

■ **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)**

Motorische Unruhe, Impulsivität und erhöhte Ablenkbarkeit gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen im jüngeren Kindesalter, nicht selten in Verbindung mit oppositionellen Tendenzen und Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen (Lehmkuhl & Holtmann, 2015). Ein Zusammenhang zwischen ungünstigen familiären Faktoren und dem Schweregrad/Verlauf wird berichtet.

Eine umfassende Diagnostik und insbesondere die Abgrenzung zu anderen möglichen Ursachen sowie die Erfassung der individuellen Lebenssituation, einschließlich möglicher Einschlaf- oder sonstiger körperlicher und psychischer Probleme, sind von wesentlicher Bedeutung.

Zum Krankheitsbild ADHS/ADS im Kindes- und Jugendalter bzw. bei Erwachsenen, hat sich in den letzten Jahren, auf der Basis eines multimodalen und individualisierten Vorgehens, ein breites Spektrum an Interventionsmöglichkeiten etabliert. Dabei bestimmen je nach Altersgruppe und Intensität der Problematik, neben dem Baustein der medikamentösen Therapie, grundsätzlich folgende Methoden das Vorgehen (auch hier sollte die medikamentöse Therapie nur dann zum Tragen kommen, wenn es nicht mehr anders geht):

Patientenzentrierte, eltern- und/oder familienzentrierte, kindergarten-/schul- oder umfeldzentrierte Interventionen, von Psychoedukation und kognitiver Therapie bis Elternterapie und gezielten Ansätzen in Schule, Kindergarten oder sonstigem Umfeld (Döpfner, Banaschewski & Sonuga-Barke, 2008).

Psychoedukation: Gerade AD(H)S-Patienten und ihre Eltern sind oft ratlos, weil sie sich dem problematischen Verhalten ausgeliefert fühlen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass eine fundierte Psychoedukation viel zum Verständnis und daher zum besseren Tolerieren der Symptomatik beitragen kann. Die Klienten und ihre Familien fühlen sich aufgeklärt und ernstgenommen, auch bereits im Vorschulalter.

Es reicht oft, die Aufmerksamkeitszentren im Gehirn zu erläutern, gerne ein Bild / eine Grafik dazu zu verwenden und etwas über die Informationsweitergabe zwischen den Nervenzellen zu erzählen. Das gelingt besonders gut, wenn man es mit einer eigenen kleinen Zeichnung zu unterstreichen versucht (Caby & Caby, 2017). In Zeiten von neuen Star Wars™-Abenteuern kann man sich auch solcher Begriffe wie (Weltraum-)„Transporter“ und „Andockstationen“ bedienen, um es für die Klienten noch anschaulicher zu machen ...

Als ergänzende Interventionen kommen in Frage:

- **Rituale** und Regeln sind gerade im Alltag von ADHS-Familien wichtige Strukturierungshilfen, die zur Entlastung beitragen können.

Hier kommt es besonders darauf an, schrittweise vorzugehen und nicht alles auf einmal erreichen zu wollen:

„Welcher Vorschlag/welche Veränderung könnte aus eurer/Ihrer Sicht bis zum nächsten Mal umgesetzt werden?“

- Unterstützende Fragen, um den Erfolg der obigen Maßnahmen weiter zu stabilisieren. Dazu gehören insbesondere:

- **Skalierungsfragen** (siehe Seite 50)

sowie

- **Fragen nach Veränderungen und ihre Würdigung** (siehe Seite 47 und 60)

(evtl. in Verbindung mit der Wunderfrage)

- *„Wer wird zuerst Veränderungen bemerken?“*
- *„Welche Vorteile sind durch die Veränderung möglicherweise entstanden?“*

- **Reframing** (siehe Seite 55)

„Mit so viel Ideenreichtum bleibt der Alltag auf jeden Fall spannend.“

- Einen weiteren Aspekt, besonders bei ADHS-Familien, stellt die **Stärkung des Familiensystems** dar (**Ressourcenarbeit**).

- Kind und Eltern kennen lernen:

- *„Was machst du/machen Sie gerne?“*
- *„Gibt es Alltagssituationen, bei denen die Familie gut gemeinsam funktioniert?“*
- *„Was hat schon immer gut geklappt, und wie haben Sie das gemacht?“*

- Positive Erlebnisse und gemeinsam Erreichtes

- Dazu kommen Interventionen je nach Motivation wie:
 - **Beobachtungsaufgaben**, die ganz klassisch z. B. mit dem Auftrag beginnen können, bis zum nächsten Gesprächstermin zu verfolgen, was gut gelaufen ist (Kind/Klient oder Eltern/Partner)

(siehe Seite 75)

 - „*Welche Stärken wurden durch ADHS überdeckt?*“
 - „*Was soll so bleiben, wie es ist ...?*“
- Bei Folgeterminen können wiederum einzelne Methoden vertieft werden:
 - Frage nach Veränderungen
 - „Was-ist-gut?“-Tagebuch
 - Ändert sich die Geschwisterkonstellation? Gibt es neue Sichtweisen? Ist plötzlich ein anderes Kind im Fokus?
 - Welche Vorteile gibt es durch ADHS?
 - Intervention: **Mehr von dem tun, was gut läuft ...!**

Vorsicht: Viele ADHS-Familien haben einen langen Leidensweg hinter sich. Es ist wichtig und auch für die therapeutische Beziehung bzw. für die Compliance förderlich, wenn der Therapeut den Leidensweg der Familien würdigt und sich dafür interessiert, wie sie das überhaupt ausgehalten haben (Selekman, 1997).

In den letzten Jahren hat es sich auch etabliert, mit mehreren betroffenen Familien gleichzeitig zu arbeiten. Dafür haben sich das Konzept der Multifamilien-therapie (Asen & Scholz, 2015) sowie die Reflektierte Kommunikation (Caby, in Vorbereitung) bewährt.