

ISSN 0344-9300

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN

SEKTION
PSYCHOLOGIE · PAEDAGOGIK

SERIE 2 · NUMMER 6 · 1984

FILM C 1538

**Kritische Situationen in der
Kinderpsychotherapie**



INSTITUT FÜR DEN WISSENSCHAFTLICHEN FILM · GÖTTINGEN

Angaben zum Film:

Video-Tonfilm (Originalton), farbig, 47 min. Hergestellt 1983, veröffentlicht 1984.
Der Film ist für die Verwendung im Hochschulunterricht bestimmt. Veröffentlichung aus dem Seminar für Schulpädagogik an der Pädagogischen Fakultät Bonn, Dr. U. PETERMANN, dem Institut für Psychologie der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Priv.-Doz. Dr. F. PETERMANN, und dem Institut für den Wissenschaftlichen Film, Göttingen, Dipl.-Psych. H.J. PILS; Kamera: M. SCHORSCH, Th. SPIELBÖCK; Ton: K. KEMNER; Video-Technik: Th. SPIELBÖCK, J. ZEDEL; Schnitt: H.J. PILS und M. SCHORSCH.

Zitierform:

PETERMANN, U., F. PETERMANN und INST. WISS. FILM: Kritische Situationen in der Kinderpsychotherapie. Film C 1538 des IWF, Göttingen 1984. Publikation von F. und U. PETERMANN, Publ. Wiss. Film., Sekt. Psychol./Pädag., Ser. 2, Nr. 6/C 1538 (1984), 15 S.

Anschrift der Verfasser der Publikation:

Priv.-Doz. Dr. F. PETERMANN, Institut für Psychologie der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Jägerstr. 17/19, 5100 Aachen.

Dr. U. PETERMANN, Pädagogische Fakultät der Universität Bonn, Seminar für Schulpädagogik, Römerstr. 164, 5300 Bonn.

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN

Sektion BIOLOGIE

Sektion ETHNOLOGIE

Sektion MEDIZIN

Sektion GESCHICHTE · PUBLIZISTIK

Sektion PSYCHOLOGIE · PÄDAGOGIK

Sektion TECHNISCHE WISSENSCHAFTEN

NATURWISSENSCHAFTEN

Herausgeber: H.-K. GALLE · Schriftleitung: E. BETZ

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN sind die schriftliche Ergänzung zu den Filmen des Instituts für den Wissenschaftlichen Film und der Encyclopaedia Cinematographica. Sie enthalten jeweils eine Einführung in das im Film behandelte Thema und die Begleitumstände des Films sowie eine genaue Beschreibung des Filminhalts. Film und Publikation zusammen stellen die wissenschaftliche Veröffentlichung dar.

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN werden in deutscher, englischer oder französischer Sprache herausgegeben. Sie erscheinen als Einzelhefte, die in den fachlichen Sektionen zu Serien zusammengefaßt und im Abonnement bezogen werden können. Jede Serie besteht aus mehreren Lieferungen.

Bestellungen und Anfragen an: Institut für den Wissenschaftlichen Film
Nonnenstieg 72 · D-3400 Göttingen
Tel. (05 51) 20 22 02

FILME FÜR FORSCHUNG UND HOCHSCHULUNTERRICHT

ULRIKE PETERMANN, Bonn, FRANZ PETERMANN, Aachen, und INSTITUT FÜR DEN WISSENSCHAFTLICHEN FILM, Göttingen:

Film C 1538

Kritische Situationen in der Kinderpsychotherapie

Verfasser der Publikation: FRANZ PETERMANN und ULRIKE PETERMANN

Mit 3 Tabellen

Inhalt des Films:

Kritische Situationen in der Kinderpsychotherapie. In dem Filmdokument wird unter Zugrundelegung sozialpsychologischer Überlegungen zur Interaktion eine Sammlung kritischer Therapiesituationen demonstriert. Das Kindverhalten wird nach Reaktionen im Einzel- und Gruppenkontakt untergliedert und das Therapeutenverhalten nach Kategorien „Anforderungen setzen“, „Umgang mit dem Material“ und „Lenken von Kommunikationsabläufen“. Die gesammelten Situationen geben in gedrängter Weise Anregungen für den Umgang mit aggressiven und ängstlichen (unsicheren) Kindern. Allgemeine Verhaltensregeln, Konfliktsituationen, die sich an lerntheoretischen Konzepten orientieren, werden dargestellt.

Summary of the Film:

Critical Situations in Children's Psychotherapy. The film demonstrates on the background of concepts of interaction a survey of critical therapy situations. Child's reactions are divided into dyadic (child – therapist) behavior and group interaction (interaction between children). The behavior of the therapist is classified: "directiveness", "handling with therapeutic materials", and "persuasive communication". The filmed situations demonstrate rules for interaction with aggressive and anxious (unassertive) children. General rules of interaction and critical situations are discussed in terms of learning and modeling.

Résumé du Film:

Des situations critiques appliquant la psychothérapie aux enfants. Ce film documentaire démontre un aperçu critique des situations thérapeuthiques à la base d'une conception formulée de la psychologie sociale sur l'interaction. La réaction des enfants est divisée d'après le contact individuel et en groupe; la réaction du thérapeute est divisée selon les catégories: "faire demande", "manipulation des matériaux" et "direction de l'écoulement communicatif". Les situations montrées dans ce film apportent d'une manière très brève des propositions pour s'occuper d'enfants agressifs et anxieux. Des règles générales de l'interaction et des situations critiques, qui s'orientent aux conceptions behavioristiques, sont y indiquées.

I. Allgemeine Vorbemerkungen

1. Die Gestaltung der Kind-Therapeut-Beziehung

Die Ausführungen versuchen, eine Fortführung der Filmdokumente über die Arbeit mit aggressiven und sozial unsicheren Kindern vorzustellen (vergl. die Filmdokumente Nr. 1486 und 1505). In diesen Filmdokumenten stand die Demonstration von Verhaltenstherapieprogrammen und den dazugehörigen Materialien im Vordergrund (vergl. hierzu auch die Buchpublikationen von PETERMANN [9] und PETERMANN und PETERMANN [10], 2. Aufl.). Die vorliegende Schrift möchte die unmittelbaren Verhaltensweisen des Therapeuten im Umgang mit Kindern beleuchten. Eine solche Diskussion muß das Kind-Therapeut-Verhältnis in den Blickpunkt des Interesses rücken – ein Schritt, der von Verhaltenstherapeuten bislang zaudernd vollzogen oder unterlassen wurde.

Möchte man den Boden wissenschaftlich begründbarer therapeutischer Handlungsweisen nicht verlassen, können am ehesten sozialpsychologische Konzepte der Interaktion helfen, empirisch greifbare Aspekte in den Mittelpunkt zu rücken. So läßt sich die Attraktivität einer Beziehung darüber definieren, inwieweit sie Sicherheit für die Beteiligten bedeutet, d.h. frei ist von Ambiguität (Zweifel), die im Therapeut-Klient-Kontakt die Abhängigkeit des Klienten eher noch verstärken (vergl. FRANK [4]).

Abhängigkeiten zwischen Klient und Therapeut sind in der Kindertherapie naturgemäß über die unterschiedlichen Lebenserfahrungen der Beteiligten eh schon gegeben und sollten nicht zudem überstrapaziert werden. Ziel einer Therapie muß es sein, eine für die soziale Situation sensible, eigenständige Persönlichkeit heranzuziehen. Kinderpsychotherapie sollte aus diesem Grund zeitlich eng umgrenzt, effektiv geplant und durchgeführt sein, sowie so früh als möglich ein Problem beheben. Psychotherapie ist für Kinder und Familien eine bewältigbare, da dosierte Belastung, die Lern- und Interaktionsprozesse auslöst oder verändert. Eine Kinderpsychotherapie ist immer in Verbindung mit einer familienorientierten Intervention zu sehen (vergl. PETERMANN u. PETERMANN [10], 2. Aufl. oder PETERMANN [9]).

Sichtet man die verhaltenstherapeutische Forschung (vergl. GOLDSTEIN [5]; ZIMMER [13]), dann erhält man leider wenige und nur allgemeine Anhaltspunkte für eine „gute therapeutische Beziehung“; so wird z.B. von GOLDSTEIN ([5]) mitgeteilt, daß therapeutisches Handeln transparent für den Klienten sein soll und sein Handeln Imitationslernen erleichtern muß. ZIMMER ([13]) gibt unter anderem an, daß der Therapeut als Verstärkerquelle dienen und sein Handeln angstreduzierend wirken sollte. Die Erforschung von verbalen und nonverbalen Kommunikationsstrategien (vergl. zur Übersicht HERKNER [6], 2. Aufl.) betont, daß

- die Körperhaltung, das Zueinander-Gewand-Sein, ein Ausdruck für die Qualität einer Beziehung repräsentiert,
- Aufgabenorientierung und Strukturierung Unsicherheit beim Gegenüber reduziert und
- Klarheit und ggf. auch Direktheit erst zielgerichtetes Handeln ermöglicht.

Generell kann man zum Abbau von ungünstigen aggressiven Interaktionsstrategien inkompatible Verhaltensweisen nennen, die ein Therapeut initiieren kann. Solche Verhaltensweisen wären nach BARON ([1]) Empathie und Humor. In jüngster Zeit versucht

man, in der Kinderpsychotherapie über die Heranziehung sozialpsychologischer Konzepte Vertrauensaufbau zu operationalisieren (vergl. KRUMBOLTZ u. POTTER [8]). So empfehlen etwa PETERMANN u. RHODE ([11], S. 244) im Rahmen des Vertrauensaufbaues, daß dem Kind signalisiert werden muß, daß es vom Therapeuten be- und geachtet sowie angenommen und akzeptiert wird (z.B. durch direkt an das Kind gerichtete Worte und Bemerkungen, durch Körperkontakt, durch Freude zeigen). Das Kind muß erleben, daß es etwas kann, „wer es ist“, auch in einer Kindergruppe; es soll erleben, daß es ohne seine Person in einer Gruppe nicht geht, es für jeden wichtig ist. Der Therapeut sollte seine Bemühungen nicht aufgeben, kleine Schritte zu ermutigen und Anregungen zu geben sowie zuversichtliche Bemerkungen an das Kind zu richten, die sich positiv auf das Selbstvertrauen auswirken. Kompetenz und Vertrauen werden dahingehend aufgebaut, daß das Kind erfährt und lernt, durch eigenes Verhalten Einfluß nehmen zu können. Die dadurch wahrgenommene Effizienz wirkt sich wieder auf der Verhaltensebene, die Denkmuster und Gefühle aus. Allmählich wird das Kind sicherer, es weiß, wie es sich und seine Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten in die Situation einbringen, Kontakt zum Therapeuten oder zu anderen Kindern aufnehmen kann. Angst vor dem Therapeuten oder therapeutischen Situation muß abgebaut, falsche Informationen über die Therapie berichtigt werden. Fehlschläge bei der Kontaktaufnahme oder den Spielen müssen durch Hinweise auf Schwierigkeiten einzelner Situationen zurückgeführt werden. Liegen unrealistisch überhöhte Bewertungs- und Attributionsprozesse vor, müssen überhöhte Erwartungen abgebaut und realistische Anforderungen gestellt werden.

2. Klassifikation von Konfliktsituationen im Therapeut-Kind-Kontakt

Die bisherigen allgemeinen Überlegungen verdeutlichen nur, daß der Therapeut-Kind-Kontakt mit der Strukturierung des therapeutischen Handelns im Zusammenhang steht. Liegt dieses Handeln nicht vor, treten Situationen ein, die zu „Krisen“ oder sogar zum Therapieabbruch führen können. Diese Annahme ist dann vor allem zutreffend, wenn man – wie einleitend vorgenommen – Psychotherapie als einen zielgerichteten Lernprozeß definiert. In diesem Kontext folgt das Verhalten des Therapeuten bestimmten Regeln und Erwartungen, die vorab mit dem Kind und der Familie ausgehandelt werden müssen. Wir wollen uns im weiteren damit beschäftigen, was passiert, wenn dieser Aushandlungsprozeß mißlingt (vergl. auch KANFER u. GRIMM [7]) und Mißverständnisse die Ursache verschiedener Probleme sind. Wir haben zur Strukturierung der möglichen Schwierigkeiten im Therapeut-Kind-Kontakt in Tabelle 1 eine Klassifikation zusammengestellt.

Das in Tabelle 1 angegebene Schema enthält folgende Klassifikationsgesichtspunkte:

A. Therapeutenverhalten, gegliedert nach

- „Anforderungen setzen“ (Regeln setzen, Verpflichtungen dem Kind abverlangen etc.),
- „Umgang mit dem Material“, worunter Schwierigkeiten fallen, das speziell für eine verhaltenstherapeutisch orientierte Kindertherapie entwickelte Material einzusetzen (vergl. Therapievertrag, Verstärkungslisten, Rollenspielvorlagen, Bilder, Geschichten, Comics etc.),

6 Tab. 1: Konfliktsituationen im Kind-Therapeut-Kontakt.
 Die Situationen mit (.1) bezeichnen Konflikte, die vorwiegend bei ängstlichen Kindern auftreten, und die mit (.2) solche die eher bei aggressiven Kindern auftreten.

		Therapeutenverhalten		
		Kindverhalten		
Verhalten des Kindes im Einzelkontakt	Erst-Kontakt	<p><u>Situation 1.1:</u> Kind trennt sich nicht von der Mutter</p> <p><u>Situation 1.2:</u> Kind verweigert Therapievertrag</p>	<p><u>Situation 5.1:</u> Passives Verhalten gegenüber dem Material</p> <p><u>Situation 5.2:</u> - siehe 1.2 -</p>	<p><u>Situation 9.1:</u> Angstvolle, gespannte Haltung (sich nicht bewegen, Jacke nicht ausziehen)</p> <p><u>Situation 9.2:</u> -siehe 1.2 -</p>
	Folge-Kontakt	<p><u>Situation 2.1:</u> Kind zeigt Funkstille</p> <p><u>Situation 2.2:</u> Kind hält Regeln nicht ein (z.B. beim Diskriminationslernen)</p>	<p><u>Situation 6.1:</u> . / .</p> <p><u>Situation 6.2:</u> Provokatorische Aggression (Vergessen des Materials)</p>	<p><u>Situation 10.1:</u> Dem Therapeuten nach dem Munde reden</p> <p><u>Situation 10.2:</u> Spontane Aggression (Wutausbruch)</p>
Verhalten des Kindes im Gruppenkontakt	Erst-Kontakt	<p><u>Situation 3.1:</u> Beziehungsloses Nebeneinandersitzen und Einwortsätze</p> <p><u>Situation 3.2:</u> Kasperei zwischen den Kindern</p>	<p><u>Situation 7.1:</u> . / .</p> <p><u>Situation 7.2:</u> Sich streiten um Material; Verunglimpfung von Material</p>	<p><u>Situation 11.1:</u> - siehe 3.1 -</p> <p><u>Situation 11.2:</u> Verbale Provokationen gegenüber anderen Kindern u. dem Therapeuten</p>
	Folge-Kontakt	<p><u>Situation 4.1:</u> . / .</p> <p><u>Situation 4.2:</u> Zuspätkommen</p>	<p><u>Situation 8.1:</u> . / .</p> <p><u>Situation 8.2:</u> Strategische Wahl von sozial erwünschten Problemlösungen</p>	<p><u>Situation 12.1:</u> Zu harmonisches Eingestimmtsein der Gruppenmitglieder</p> <p><u>Situation 12.2:</u> Verletzen von Mitspielern im Rollenspiel</p>

- „Lenken von Kommunikationsabläufen“, hierunter sind unübliche Strategien des Therapeuten zu verstehen, die das Kind unnötig aggressiv, ängstlich, passiv oder ähnliches machen.

B. Kindverhalten, unterteilt nach

- Einzelkontakt und
- Gruppenkontakt

Beim Einzelkontakt ist das Kind mit dem Therapeuten alleine und beim Gruppenkontakt in einer Gruppe von drei bis vier Kindern.

Die eintretenden Konflikte lassen sich weiter nach ihrem Auftreten im Therapieverlauf (Erst- und Folgekontakt) unterscheiden.

In den Zellen der Matrix sind häufig im therapeutischen Bereich beobachtbare Konfliktsituationen eingetragen. Diese Situationen sind für ängstliche (unsichere) Kinder und aggressive getrennt ausgewiesen. Bei Tabelle 1 fällt auf, daß offensichtlich Konflikte mit aggressiven Kindern häufiger sind bzw. zumindest von uns leichter zu finden waren als solche mit ängstlichen Kindern. Bei manchen Konflikten (vergl. Situation 1.2, 5.2 und 9.2) treten bei allen Reaktionsweisen des Therapeuten vergleichbare Konflikte auf. Hierbei handelt es sich um ein generelles Verweigerungsverhalten. Auf die einzelnen Konflikte in Tabelle 1 wird im nachfolgenden ausführlich eingegangen.

3. Konflikte mit ängstlichen (sozial unsicheren) Kindern

In Tabelle 1 wurde bereits verdeutlicht, daß die Konflikte auch vom Stand im Therapieverlauf abhängen. Beim Erstkontakt mit ängstlichen Kindern (wie auch mit aggressiven) muß der Therapeut die Funktion der Sitzungen, die inhaltliche wie zeitliche Ausgestaltung erläutern. Um die Passivität dieser Kinder zu vermeiden, sollte attraktives Material eingesetzt werden, mit dem sich das Kind, auch ohne umfassende verbale Äußerungen zu tätigen, auseinandersetzen kann. Solche Materialien wären z.B. Bildvorlagen, die geordnet werden müssen oder Vorlagen, in denen bestimmte Verhaltensweisen bzw. Ängste gemalt werden sollen (vergl. das Superman-Spiel; PETERMANN [9]). Der Therapeut sollte verbalisieren, daß er es wertvoll findet, die Meinung des Kindes zu kennen. Im Umgang mit den attraktiven Materialien ergeben sich bei dieser Gruppe von Kindern in der Regel keine weiteren Probleme. Schwierigkeiten könnte die in der Regel angstvolle, angespannte Haltung dieser Kinder bedingen, die sich darin ausdrückt, daß die Kinder sich nicht im Raum bewegen oder anfangs nicht die Jacke ausziehen wollen. Oft tritt auch der Effekt auf, daß diese Kinder dem Therapeuten nach dem Munde reden. In diesen Fällen und bei gezielter Problemvermeidung ist nur mit einer dosierten Problemkonfrontation ein Therapiefortschritt möglich.

In der Gruppensituation haben ängstliche (unsichere) Kinder starke Befürchtungen, ihren „Gruppenstatus“ zu verlieren. Das Benennen von Ängsten wird als Schwäche angesehen und in Gesprächen tabuisiert. Nur durch die schrittweise Heranführung an solche bedrohlichen Situationen und gelenkte, vorstrukturierte Rollenspiele lassen sich diese sozialen Ängste im Griff behalten.

Das Lenken von Kommunikationsabläufen durch den Therapeuten kann jedoch auch zur Folge haben, daß die Gruppenkontakte in eine zu harmonische Eingestimmtheit der Mitglieder mündet. Diese vom Alltag abgeschirmte Lernerfahrung wird nicht durchschlagende Wirkungen haben können. Auch an diesem Punkt muß der Therapeut die Kinder mit neuen und schwierigen Aufgaben konfrontieren und eventuell die Zusammensetzung verändern.

Für die Realisierung eines vertrauensvollen Kind-Therapeut-Kontaktes ist es entscheidend, daß es dem Therapeuten gelingt, dem Kind Kompetenzen zu übertragen und seine spezifischen Besonderheiten (positive Sozialverhaltensweisen oder Eigenheiten des Kindes) zu loben. Es muß abschließend noch einmal darauf hingewiesen werden, daß es sowohl im Umgang mit aggressiven als auch ängstlichen Kindern von großer Bedeutung ist, daß diese Regeln vorab ausgehandelt und schriftlich festgehalten werden. Werden diese Regeln nicht befolgt, müssen den Kindern die daraus resultierenden Konsequenzen von Anfang an deutlich und klar sein. Ebenso wie das Kind sich an bestimmte Regeln zu halten hat, müssen auch für den Therapeuten (für das Kind erkennbar) Regeln bestehen. Solche Regeln können sich z.B. auf das Einhalten von Spielminuten, auf gemeinsame freie Spielphasen oder generell auf die Kalkulierbarkeit des Interaktionsverhaltens beziehen. Bei dem Regelaushandeln und bei dem Formulieren von Absprachen muß das Kind den Eindruck gewinnen, daß es mitbestimmen kann. Es wäre z.B. im Therapievertrag denkbar, daß das Kind diesen nur für einen Trainingsabschnitt (z.B. Einzeltraining) unterschreibt und ihm danach freigestellt ist, einen Fortsetzungsvertrag zu akzeptieren. Es wird bei dieser Regelung davon ausgegangen, daß es dem Therapeuten gelingt, ein ausreichendes Maß an Überzeugungsarbeit zu leisten, so daß alle Trainingsabschnitte durchlaufen werden können.

Insgesamt kann der Therapeut durch folgende Verhaltensweisen ängstliche (unsichere) Kinder beeinflussen (vergl. auch REDL u. WINEMAN [12]; oder DUTSCHMANN u. GRO-MATZKI [3]):

- (a) **Reizdiskrimination**
 - Signale bzw. Symbole absprechen und einsetzen, so daß das Kind durch Blick, Nennen des Namens, Körperkontakt, das Erinnern einer Instruktionskarte oder den Verweis auf eine Regelkarte beeinflusst wird
- (b) **Verstärkung**
 - Token-Gabe bzw. -Entzug
- (c) **Reaktionsunterbrechung und inkompatibles Verhalten** (gekoppelt)
 - humorvolles Reagieren
 - Ablenken mit anderen Aktivitäten oder Aufträgen
- (d) **Rückmeldungsverhalten**
 - Ausdrücken von Gefühlen des Kindes
- (e) **Helferverhalten**
 - beruhigendes Einwirken, das nicht gleichbedeutend mit Einreden ist
 - verständnisvolle, akzeptierende Haltung (verbal und nonverbal)
 - positive Aufforderung zu einem Regelverhalten

- (f) Problemklärendes und -lösendes Verhalten
 - Alternativverhalten
 - Aufklärung über Folgen
- (g) Gruppenbeeinflussung
 - Wechseln der gesamten Gruppenaktivität (z.B. motorischer Ausgleich, Rollenspiel).

Tabelle 2 zeigt die Spezifizierung ausgewählter Reaktionsmöglichkeiten nach dem Schema der Konfliktsituationen in Tabelle 1.

4. Konflikte mit aggressiven Kindern

Bei aggressiven Kindern ist häufig zu beobachten, daß sie sehr deutlich sich über Regeln hinwegsetzen. Für sie kann kennzeichnend sein, daß sie ihre impulsiven Wutreaktionen nicht kontrollieren können. In vielen Fällen wird dann der Therapeut von diesen Reaktionen überrascht, und er wird nicht in allen Fällen umhinkönnen, von ihm unangenehmen Maßnahmen wie „sozialer Ausschluß“ abzusehen. Wenn zu solchen Mitteln gegriffen wird, ist es jedoch anschließend wichtig, mit dem Kind oder der Kindergruppe über den Vorfall zu reden. In manchen Fällen kann aber ein Wutausbruch durch ein Rollenspiel gut aufgefangen werden. Bei all diesen Verhaltensweisen ist es wichtig, daß der Therapeut ruhig reagiert und dem Kind Alternativen im Verhalten aufzeigt. Im Gegensatz zu den meist ungerichteten Impulsreaktionen versuchen einige Kinder, den Therapeuten zu provozieren und systematisch auf die Probe zu stellen. Die Formen provokatorischer Aggression reichen von dem subtilen Ignorieren bestimmter Regeln, dem Nicht-Mitbringen von Therapieunterlagen in die Sitzungen bis zu offenen körperlichen Angriffen. Solche zielgerichteten Aggressionen dienen dazu, die Therapeut-Kind-Beziehung auszuloten. In der Regel können Gespräche und vor allem handlungsverzögernde Maßnahmen die Konflikte reduzieren.

In der komplexen Gruppensituation greifen manche aggressiven Kinder zu Verhaltensweisen, die ungesteuert ein anderes Kind oder den Therapeuten als „Zielscheibe“ benutzen.

Die Überforderungssituation ist bei vielen Therapeuten allein schon durch die Vielgestaltigkeit der Interaktionsmöglichkeiten gegeben.

Konfliktlösend bieten sich auch wieder hier handlungsverzögernde Maßnahmen und alternative Reaktionen an. So kann in diesen Fällen die Gesamtgruppe als Kontroll- und Regulativinstanz eine zentrale Rolle spielen. Ein oft alltäglicher, aber für die Gesamtkindergruppe problematischer Fall tritt schon dann ein, wenn bestimmte Kinder zu spät zur Therapiesitzung kommen, weil durch dieses Faktum die Arbeit der Gesamtgruppe beeinträchtigt wird. In solchen Fällen verzichten wir – nachdem ein ausführliches Gespräch mit der Kindergruppe oder dem Einzelkind geführt wurde – auch nicht auf ein klärendes Telefongespräch mit den Eltern.

In einem solchen Gespräch können die Konsequenzen eines solchen Verhaltens verdeutlicht werden.

Die bisherigen Ausführungen waren nicht in der Lage, alle lerntheoretisch begründbaren Reaktionsweisen auf aggressives Verhalten gegenüberzustellen. Dies soll abschließend

10 Tab. 2: Reaktionsmöglichkeiten des Therapeuten in Konfliktsituationen mit ängstlichen Kindern. Es wird Bezug genommen auf die Situationen 1.1, 2.1 usw. in Tab. 1.

Reaktionsmöglichkeiten des Therapeuten	Anforderungen setzen	Umgang mit dem Material	Lenken von Kommunikationsabläufen
Einzeltraining: Erstkontakt	zu 1.1: a) Therapeut zeigt Kind im Beisein der Mutter das Zimmer; b) In Abwesenheit der Mutter wird dem Kind genau erzählt, was es im Training erwartet; das Kind darf sich nach 10 oder 15 Min. vergewissern, daß Mutter vor der Tür wartet c) dem Kind werden Kompetenzen u. damit Sicherheiten übertragen	zu 5.1: a) Humorvoll reagieren, z.B.: „Der Superman beißt nicht“; b) Positive Aufforderungen generell u. zum Regeleinhalten; c) Nonverbaler Umgang mit dem Material, z.B. malen	zu 9.1: a) Positive Aufforderung; b) Nachfragen, ob Kind friert; Gefühle des Kindes ausdrücken; c) Abmachen, daß es z.B. 2. Hälfte die Jacke auszieht (Regel, Tokenprogramm); d) Evtl. Bewegungsspiele im Raum
Einzeltraining: Folgekontakt	zu 2.1: a) Geduld zeigen; b) Gefühle des Kindes ausdrücken; c) Auf ausgemachte Regeln verweisen; d) Hilfestellung geben; e) Regelverweis u. Hilfestellung mit Tokenprogramm koppeln	zu 6.1: – siehe 5.1 –	zu 10.1: a) Im Rollenspiel sozial kompetentes Verhalten vom Kind fordern; auftretende Defizite im wiederholten Rollenspiel bearbeiten b) Über geschickten Materialeinsatz Kind aus der Reserve locken
Gruppentraining: Erstkontakt	zu 3.1: a) Therapeut verhält sich modellhaft; b) Konkretes Besprechen von Verhalten (auch nonverbalem) im Rollenspiel; c) Therapeut hilft dem Kind (verbal u. nonverbal) in seiner Rolle; d) Therapeut u. Kind spielen im Rollenspiel zusammen	zu 7.1: . / .	zu 11.1: – siehe 3.1 –
Gruppentraining: Folgekontakt	zu 4.1: . / .	zu 8.1: . / .	zu 12.1: Konfrontation und Provokation des Kindes mit unerwartetem Verhalten des Therapeuten im Rollenspiel

getan werden. Wir verweisen auch in diesem Zusammenhang wieder auf die wertvollen Anregungen aus REDL u. WINEMAN ([12]) und den Praxisbericht von DUTSCHMANN u. GROMATZKI ([3]). Die Klassifikation wird in Anlehnung an die Zusammenstellung der Reaktionsweisen auf ängstliche Kinder wiedergegeben.

Im einzelnen lassen sich zehn Reaktionsmöglichkeiten unterscheiden:

- (a) **Reizdiskrimination**
 - Signale bzw. Symbole absprechen und einsetzen; so kann ein Blick, das Benennen des Namens des Kindes, mit dem Sprechen aufhören, Körperkontakt, Erinnern an eine Instruktionkarte oder das Verweisen auf eine Regelkarte schon gute Erfolge erzielen
 - Persönlicher Appell an die positive Beziehung zum Kind
 - Andere Bewertung der Situation (z.B. Spielsituation – versus Ernstsituation; oder absichtliches versus unabsichtliches Verhalten)
- (b) **Verstärkung**
 - Ignorieren
 - Gelassenheit zeigen, dadurch Macht- bzw. Triumphgefühle nehmen
 - Vergünstigung für das Opfer
 - Negative Konsequenzen bei Sachbeschädigung
 - Token-Gabe bzw. -Entzug
- (c) **Reaktionsunterbrechung und inkompatibles Verhalten (gekoppelt)**
 - Humorvolles Reagieren
 - Ablenken mit anderen Aktivitäten oder Aufträgen
 - Aktivierung von Empathieprozessen (vergl. BARON [1]).
- (d) **Rückmeldungsverhalten**
 - Ausdrücken von Gefühlen des Kindes, ohne unerwünschtes Verhalten des Kindes zu akzeptieren
 - Ausdrücken von Gefühlen des Therapeuten, ohne anklagende „Du-Anrede“
- (e) **Modellverhalten**
 - Beruhigendes Einwirken, das nicht gleichbedeutend mit Einreden ist
 - Verständnisvolle, akzeptierende Haltung (verbal und nonverbal)
 - Positive Aufforderung zu einem Regelverhalten
- (f) **Problemlösendes und -lösendes Verhalten**
 - Wiedergutmachungsverhalten
 - Alternativverhalten
 - Konfliktverhinderung
 - Aufklärung über Folgen
- (g) **Gruppenbeeinflussung**
 - Gruppe zum Ignorieren störenden Verhaltens auffordern
 - Wechsel der Gruppenaktivität (z.B. motorischer Ausgleich, Rollenspiele)

- (h) **Reizkontrolle – Sozialer Ausschluß**
 - Festhalten (im Sinne einer Isoliertechnik)
 - Therapeut verläßt selbst den Raum
 - Sozialer Ausschluß, Kind wird nach Hause geschickt
 - Kontrahenten trennen.
- (i) **Unerwartete Therapeutenreaktion**
 - Ausdrückliches Erlauben einer Handlung beim Therapeuten
 - Aufforderung, gezeigtes Fehlverhalten nochmals zu zeigen.
- (j) **Konfrontationsverhalten**
 - Aggressor die Gefühle des Opfers nacherleben lassen.

Auch diese Reaktionsmöglichkeiten werden auf die Konfliktsituationen mit aggressiven Kindern abgestimmt und auf das Training spezifiziert (vergl. Tabelle 3).

Erläuterungen zum Film

Wortlaut des gesprochenen Kommentars

Kritische Situationen, wie in der Therapie dieses unsicheren Mädchens, treten immer wieder auf. Auch in der Therapie aggressiver Kinder.

Konflikte im therapeutischen Bereich sind durch die Art der Kontaktgestaltung, das therapeutische Vorgehen und den Therapiestand vorgegeben. So unterscheiden sich die Konflikte in der Einzel- und Gruppentherapie, beim Erstkontakt und den Folgesitzungen sowie dem Grad an Konfrontation des therapeutischen Vorgehens.

Verschiedene Konflikte sollen nun beispielhaft dokumentiert und Vorschläge für das Verhalten des Therapeuten demonstriert werden.

Die Beispiele sind der verhaltensmodifikatorischen Arbeit von PETERMANN u. PETERMANN entnommen. Die Therapie ist nicht nur für dieses Kind eine Belastung; schon hieraus ergeben sich Probleme.

Bei ängstlichem Verhalten ist es wichtig, Distanz zu dem Kind zu halten und es behutsam anzusprechen. Ängste werden genommen, indem die Funktion der Sitzungen und die inhaltliche wie zeitliche Ausgestaltung dem Kind erläutert werden. Das Kind wird instruiert, mit geschlossenen Augen die Flöte spielende Therapeutin im Raum zu suchen.

Die Therapeutin verbalisiert, daß sie es wertvoll findet, die Meinung des Kindes zu kennen. In der Regel gelingt es, durch den Einsatz speziell erstellter Therapiematerialien das Kind aus der „Reserve“ zu locken.

Therapiematerialien und das Übertragen von Kompetenzen auf das Kind während der Sitzungen fördert einen vertrauensvollen Kontakt zwischen dem Kind und der Therapeutin.

„Sich-Äußern“ beschränkt sich nicht auf den verbalen Bereich. Gerade bei schweigsamen, in sich gekehrten Kindern sind nonverbale Ausdrucksmittel (Malen/Musizieren) von großer Bedeutung.

Im Erstkontakt werden die Absichten des therapeutischen Vorgehens, Rechte und Pflichten des Kindes und des Therapeuten diskutiert.

Ein kennzeichnendes Merkmal aggressiver Kinder ist, daß sie impulsive Wutreaktionen nicht unter Kontrolle haben. Therapeuten werden oft von diesen Reaktionen überrascht.

Tab. 3: Reaktionsmöglichkeiten des Therapeuten in Konfliktsituationen mit aggressiven Kindern. Es wird Bezug genommen auf die Situationen 1.2, 2.2 usw. in Tab. 1.

Reaktionsmöglichkeiten des Therapeuten	Anforderungen setzen	Umgang mit dem Material	Lenken von Kommunikationsabläufen
Einzeltraining: Erstkontakt	zu 1.2: a) Überzeugen durch genaues Erzählen über das Training; b) Für Einzel- und Gruppentraining einen getrennten Vertrag abschließen	zu 5.2: - siehe 1.2 -	zu 9.2: - siehe 1.2 -
Einzeltraining: Folgekontakt	zu 2.2: Aufforderung oder Hinweis auf abgesprochene Regel, z.B. genau hinhören, genau hinschauen	zu 6.2: a) Punkteabzug im Tokenprogramm; b) Bei wiederholtem Vergessen der Trainingsmappe: Kind nach Hause schicken u. Mappe holen lassen; c) „Du hast Deine Mappe nicht dabei; wir können deshalb leider nichts zusammen machen; setze Dich hin und warte, bis die Stunde vorüber ist; das Kind darf keine verstärkende Aktivität machen; der Therapeut ignoriert das Kind	zu 10.2: a) Tokenabzug; b) Therapeut verläßt Raum, bis Kind sich beruhigt hat; c) Kind muß den Raum verlassen, bis es sich beruhigt hat; d) nach allen Maßnahmen mit dem Kind anschließend darüber reden
Gruppentraining: Erstkontakt	zu 3.2: a) Regelverweis oder Regeleinführung, gekoppelt mit Tokenprogramm; b) Ablenkungsfrage i.S. der Trainingsaufgaben; c) Gelassenheit zeigen; d) Evtl. kommentarlos Raum verlassen	zu 7.2: a) Eingreifen u. Material verteilen bei Streit; b) Verunglimpfungen von Material ignorieren und fortfahren	zu 11.2: a) Verhalten ignorieren u. übrige Kinder zu gleichem Verhalten auffordern; mit Aufgaben wird fortgefahren; b) Aggressor Gefühle des Opfers erleben lassen; c) Sozialer Ausschluß
Gruppentraining: Folgekontakt	zu 4.2: Kind darf die zu spät gekommenen Min. am Ende weniger spielen (Einzelkontakt: Kind ggf. bei anderer Gelegenheit warten lassen)	zu 8.2: a) Auf mangelnde Übereinstimmung zu realem Kindverhalten aufmerksam machen; b) Im Rollenspiel reales Kindverhalten provozieren	zu 12.2: a) Unterbrechen u. Eingreifen: Aufklären über Folgen in der Realität, Signale ausmachen, spezif. Selbstinstruktionskarten; b) Rollentausch

Für den Therapeuten ist es auf jeden Fall wichtig, ruhig zu reagieren und dem Kind alternative Reaktionsmöglichkeiten zu zeigen. Der Wutausbruch kann durch ein Rollenspiel aufgefangen werden. Oft ist auch schon ein Gespräch über die Ursachen der Wutreaktion hilfreich.

Das Kind soll den Eindruck gewinnen, die Regeln und Absprachen von Anfang an mitprägen zu können.

Mißverständnisse verursachen Verweigerung; sie können durch das Aufzeigen neuer Aspekte behoben werden.

Probleme beim Diskriminationslernen können durch auf das Kind abgestimmte Regeln angegangen werden.

Unter provokatorischer Aggression versteht man ein geplantes und zielgerichtetes Verhalten des Kindes, das den Therapeuten auf die „Probe“ stellen soll.

Die Formen provokatorischer Aggression reichen von dem subtilen Ignorieren bestimmter Regeln, dem Nicht-Mitbringen von Therapieunterlagen in die Sitzungen bis hin zu offenen körperlichen Angriffen.

Solche zielgerichteten Aggressionen dienen oft dazu, die Therapeut-Kind-Beziehung auszuloten. In der Regel können Gespräche und handlungsverzögernde Maßnahmen die Konflikte reduzieren.

In der Gruppensituation haben die Kinder starke Befürchtungen, ihren Gruppenstatus zu verlieren. Das Benennen von Ängsten wird als Schwäche interpretiert und in Gesprächen tabuiert. Nur durch die schrittweise Heranführung an solche bedrohlichen Situationen und durch gelenkte, vorstrukturierte Rollenspiele lassen sich diese sozialen Ängste kontrollieren.

Eine zu große Harmonie in der Kindergruppe führt dazu, daß unterschiedliche Problemlösungen nicht mehr auftreten und damit Lernmöglichkeiten eingeschränkt werden. Der Therapeut soll dann die Problemlösungen der Kinder hinterfragen.

Zur Unterbrechung dieser Verhaltensweisen bieten sich handlungsverzögernde Maßnahmen und Schritte an, die alternative Reaktionen bewirken. Die Gesamtgruppe als Kontroll- und Regulativinstanz spielt eine zentrale Rolle.

Das Setzen von Grenzen verdeutlicht den Kindern, daß es in der Therapie wie auch im Leben klare Aussagen über akzeptable und nicht akzeptable Verhaltensweisen gibt.

Regeln müssen vorab mit dem Kind ausgehandelt und schriftlich festgelegt werden. Manchmal kommen Kinder zu spät in die Therapiesitzung. Das kann die gesamte Gruppe stören.

Regelorientierte Absprachen und akzeptierendes, aber konsequentes Therapeutenverhalten trägt zur Reduzierung kritischer Situationen in der Kinderpsychotherapie bei.

III. Literatur

- [1] BARON, R.D.: The control of human aggression: a strategy based on incompatible responses. In: GREEN, R.G., u. E.I. DONNERSTEIN (Eds.): Aggression. Vol. 2. New York: Academic Press, 1983.
- [2] BAY, E.S., u. H. OTT: Eine verhaltenstherapeutische Spieltherapie. Heilpädagogische Forschung 8 (1979), 205-225.
- [3] DUTSCHMANN, A., u. H. GROMATZKI: Der Umgang mit kindlicher Aggression. Köln:

Landschaftsverband Rheinland. Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, 1979.

- [4] FRANK, I.D.: Die Heiler. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981.
- [5] GOLDSTEIN, A.P.: Methoden zur Verbesserung von Beziehungen. In: KANFER, F.H., u. A.P. GOLDSTEIN (Hrsg.): Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München: Urban & Schwarzenberg, 1977.
- [6] HERKNER, W.: Einführung in die Sozialpsychologie. Bern: Huber, 1981, 2. Aufl.
- [7] KANFER, F.H., u. L.G. GRIMM: Managing clinical change. A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4 (1980), 419-444.
- [8] KRUMBOLTZ, I.D., u. B. POTTER: Verhaltenstherapeutische Techniken für die Entwicklung von Vertrauen, Kohäsion und Zielorientierung in Gruppen. In: GRAWE, K. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in Gruppen. München: Urban & Schwarzenberg, 1981.
- [9] PETERMANN, U.: Training mit sozial unsicheren Kindern. München: Urban & Schwarzenberg, 1983.
- [10] PETERMANN, F., u. U. PETERMANN: Training mit aggressiven Kindern. München: Urban & Schwarzenberg, 1978, 1984 2. völlig veränderte Aufl.
- [11] PETERMANN, F., u. E. RHODE: Vertrauen und Vertrauensaufbau in der Kinderpsychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 2, (1983), 235-246.
- [12] REDL, F., u. D. WINEMAN: Steuerung des aggressiven Verhaltens beim Kind. München: Piper, 1976.
- [13] ZIMMER, D. (Hrsg.): Die therapeutische Beziehung. Weinheim: Edition Psychologie, 1983.