

## **MUSTERFALL SKJ\_1**

**Verhaltenstherapeutische Behandlung einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens F90.1**

## Inhaltsverzeichnis

1.	Vorinformationen.....	1
1.1	Patientendaten.....	1
1.2	Rahmenbedingungen .....	1
1.3	Zuweisungsmodus.....	1
1.4	Vorbehandlung.....	1
1.5	Medizinische Abklärung .....	1
1.6	Medikamentöse Behandlung.....	1
1.7	Erster Eindruck beim Erstgespräch.....	1
2.	Exploration/ Anamnese.....	1
2.1	Informationsquellen.....	1
2.2	Spontan berichtete Symptomatik und Problembeschreibung .....	4
2.3	Aktuelle Lebenssituation .....	4
3.	Motivationsanalyse .....	6
4.	Problemanalyse und (Verhaltens-)Diagnostik.....	6
4.1	Genese der Symptomatik/ Makromodell .....	7
4.1.1	Zusammenfassung aller Symptome und problematischen Verhaltenskomponenten gemäß der Anamnese .....	8
4.1.2	Analyse der die Symptome auslösenden Bedingungen.....	8
4.1.3	Analyse der die Symptome aufrechterhaltenden Bedingungen.....	10
4.2	Plananalyse/ Vertikale Analyse/ Schemaanalyse .....	10
4.3	Horizontale Verhaltensanalyse/ Mikroanalyse/ SORKC-Modell.....	11
4.4	Health- Belief-Modell .....	11
4.5	Selbstkontrollversuche .....	11
4.6	Ressourcenanalyse .....	12
4.7	Hypothetisches Bedingungsmodell .....	12
4.8	ICD-10 Diagnose .....	14
4.9	Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS) nach dem ICD-10 für psychische Störungen des Kindes -und Jugendalters	
5	Zielanalyse und Therapieplanung.....	16
5.1	Zielanalyse.....	16
5.2	Ableitung eines Therapieplans aus Problem- und Zielanalyse .....	17
5.2.1	Auswahl von Problembereichen.....	17
5.2.2	Planung und Auswahl therapeutischer Interventionen mit Begründung.....	17
5.2.3	Ablaufplan und Prioritäten des Vorgehens .....	20
5.2.4	Geplante Maßnahmen zur Generalisierung und Aufrechterhaltung des Therapieerfolges ....	20
5.2.5	Evaluation der Therapie .....	20
6	Verlauf der Therapie.....	21
6.1	Formale Beschreibung des Therapieverlaufs .....	21
6.2	Zielbezogene inhaltliche Beschreibung des Therapieverlaufs inklusive verwendeter therapeutischer Interventionen .....	21
6.3	Darstellung geplanter Maßnahmen zur Nachbetreuung und Beendigung der Therapie .....	25
6.4	Darstellung aufgetretener Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess .....	25
7	Evaluation/ Erfolgs- bzw. Misserfolgskontrolle .....	26
7.1	Darstellung der Zielerreichung, der (Nicht)Veränderung der problematischen Verhaltensweisen sowie der Symptomatik des Klienten .....	26
7.2	Überprüfung der ICD-10 Diagnostik .....	27
7.3	Darstellung der zur Erfolgsmessung tatsächlich verwendeten Instrumente und der damit erfassten Ergebnisse .....	27
8	Kritische Reflexion .....	27
9	Literaturverzeichnis.....	29



**Zusammenfassung:****Diagnose:**

Der vorliegende Fallbericht beschreibt eine ambulante und mobile Behandlung bei einem 4,7 jährigen Buben (A.) mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1, ICD- 10).

**Therapie:**

Der Therapiebeginn war gekennzeichnet durch eine Abweichung vom Therapieplan, da es zu unvorhergesehenen Entwicklungen kam und diese therapeutisch durch Krisen- und Entlastungsgespräche begleitet werden mussten, um den Bedürfnissen von Mutter (KM) und Kind gerecht zu werden. Nach einer ausführlichen Exploration wurde gemeinsam mit der KM ein Störungsmodell erarbeitet, welches eine wesentliche Rolle im Rahmen der Psychoedukation einnahm und oft als Erklärungsmodell zur Unterstützung für den Therapieprozess und Aufrechterhaltung des Verständnisses für die Symptome wiederholt herangezogen werden konnte. Neben der Einzel- und Gruppentherapie waren das Coaching der Mutter und des Kindergartens als auch die Mutter-Kind-Einheiten ein wesentlicher Bestandteil der Therapie.

Durch ein Zusammenspiel aus verschiedensten Settings und Interventionen konnten die aggressiven, oppositionell-trotzigen, impulsiven und teilweise auch hyperaktiven Symptomatik beim Kind schrittweise abgebaut und prosoziale Verhaltensweisen aufgebaut werden. Wesentlich für den Erfolg der Therapie war das Coaching der Mutter, die u.a. durch Skills-Training, positive Selbstverbalisationen, Rollenspiele und kognitive Umstrukturierung mehr Sicherheit und Bestimmtheit in der Erziehung des Buben entwickelte und in diesem Zusammenhang adäquate Erziehungsmaßnahmen aufbaute und sich insgesamt in der Rollen als Mutter kompetenter und selbstwirksamer sah und ihren Selbstwert und ihr Selbstbewusstsein stärkte.

Die Therapie erstreckte sich über insgesamt über ein Jahr mit zwei Pausen von jeweils zwei Monaten und umfasste insgesamt 13 Therapieeinheiten im Gruppensetting, 10 Therapieeinheiten im Einzelsetting mit dem Klienten, 13 Therapieeinheiten im Einzelsetting mit der KM, zwei Therapieeinheiten im Eltern-Kind-Setting und 4 Einheiten mit den Kindergartenpädagoginnen vor Ort.

## **1. Vorinformationen**

### **1.1 Patientendaten**

Das Kind ist männlich und zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 4,7 Jahre alt, bei einer Körpergröße von 110 cm und einem Körpergewicht von 18kg. Er besucht einen Kindergarten in einem kleineren Ort.

### **1.2 Rahmenbedingungen**

Die verhaltenstherapeutischen Interventionen fanden in verschiedenen Settings statt: in den Büroräumlichkeiten eines Sozialzentrums, in einem Gruppenraum und im Kindergarten.

### **1.3 Zuweisungsmodus**

Die Zuweisung erfolgte durch die Kindergartenleitung aufgrund der Schwierigkeiten im Sozialverhalten, die schon länger beobachtet wurden, in letzter Zeit aber an Intensität und Frequenz zunahmen.

### **1.4 Vorbehandlung**

Es gab keine psychologischen oder psychotherapeutischen Vorbehandlungen. Der Patient nahm vor einem Jahr einmal wöchentlich Reittherapie in Anspruch.

### **1.5 Medizinische Abklärung**

Es finden regelmäßige medizinische Kontrollen durch den Kinder- und Hausarzt statt. Alle medizinischen Befunde waren negativ.

### **1.6 Medikamentöse Behandlung**

Keine medikamentösen Vorbehandlungen. Zum Zeitpunkt des Therapiebeginns bekommt der Bub Bachblütentropfen verabreicht.

### **1.7 Erster Eindruck beim Erstgespräch**

Die KM kam ohne den Buben in das Sozialzentrum zum psychologischen Erstgespräch. Die KM war dem Erstgespräch gegenüber offen, zugewandt, freundlich, hatte ein schnelles Sprechtempo, kam gleich auf den Punkt und beschrieb die Problembereiche, neigte zu Bagatellisierungen, war humorvoll, lachte viel, gut affizierbar, konnte aber auch wieder ernst werden. Die KM hatte einen schlaffen Händedruck, roch nach Zigarettenrauch, hatte Mundgeruch, war sonst aber gepflegt. Die KM wirkte ihrem Alter entsprechend.

(Erster Eindruck des Kindes siehe unter "Verhaltensbeobachtung in der Testsituation" 2.1)

## **2. Exploration/ Anamnese**

### **2.1 Informationsquellen**

#### **➤ Ausführliche Entwicklungs-, Somatische- und Sozialanamnese mit der KM**

#### Entwicklungsanamnese

Die KM beschreibt eine schöne Schwangerschaft ohne Komplikationen. Sie habe während der Schwangerschaft schon sehr viel mit dem Baby im Bauch geredet. Die KM habe viele Wassereinlagerungen gehabt und dadurch 25 kg zugenommen. Während der Schwangerschaft hatte die KM zwischen 5-7 Zigaretten pro Tag geraucht. Das Kind kam per Kreuzstich mit niedrigem Geburtsgewicht (2420 g) auf die Welt.

Die KM stillte A. bis zum 6. Lebensmonat. A. habe bis zum 1. Lebensjahr wenig und schlecht geschlafen. War schnell irritiert und habe viel geschrien. Die KM könne sich daran erinnern, dass sie erst sehr spät positive Gefühle für den Buben entwickeln konnte. Sie habe oft auch die Kraft, Ruhe und Geduld nicht gehabt, positiv auf das Kind zuzugehen und es zu trösten. Dies sei ihr erst gelungen als der Bub ca. 8 Monate alt war.

Die grob-, fein- und graphomotorische Entwicklung verlief ohne Auffälligkeiten. Die ersten Schritte erfolgten mit 18. Lebensmonat. A. verfüge über einen altersadäquat ausgeprägten Wortschatz, das Sprachverständnis sei unauffällig, Zweiwortsätze und Ich- Formulierungen sind möglich, bei manchen Wörtern würden sich artikulatorisch Schwierigkeiten zeigen.

Die Sauberkeitsentwicklung sei tagsüber abgeschlossen, nachtsüber wären noch Windeln nötig. A. verlange noch den „Zutz und Flaschi“, wenn man ihm dies nicht gibt, dann würde er in heftiges Weinen ausbrechen und habe dann einen angsterfüllten Blick.

## Somatische Anamnese

Der Gesundheitszustand vom Buben wird als größtenteils „gesund“ beschrieben, er habe ca. 3 mal pro Jahr Infektionskrankheiten. Habe noch keine Kinderkrankheiten gehabt. Chronisch- körperliche Erkrankungen seien keine bekannt. A. habe eine 3-tägigen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Polypen- Operation gehabt. Mit 3 ½ Jahren habe er eine Wunde am Kopf gehabt, die genäht werden musste, da er im Kindergarten mit dem Kopf auf einen Stein gefallen sei.

## Sozialanamnese

Der Klient lebt mit seiner KM und mit den Großeltern mütterlicherseits (GE ms) in einem Haus mit Garten.

Die KM arbeite als Teilzeitkraft in einer Bäckerei. Die KM habe eine Schwester, einen Halbbruder und eine Halbschwester, zu denen eher wenig Kontakt besteht. Die KM sei als Kind auf die Welt gekommen, die die Beziehung der GE ms retten sollte. Sie habe „für alles herhalten“ müssen, wäre so erzogen worden, „es allen Recht machen zu müssen“, „nicht egoistisch“ sein zu dürfen. Die KM könne sich aber nun mehr und mehr abnabeln und emanzipieren, vor allem der Bub habe ihr diesbezüglich die Augen geöffnet, er sei „ihr Leiter“. Die KM habe einen Kredit aufgenommen und das Haus der GE ms inklusive Schulden aufgekauft. Dies sei seit jeher eine große Bürde für die KM und fühle sich wie eine schwere Last auf ihren Schultern an. Im Haus könne sie sich von ihren Eltern kaum abgrenzen, so gebe es keinen eigenen Bereich für sie und A. Sie schlafe gemeinsam mit A. in ihrem alten Kinderzimmer, im gleichen Stock habe auch die GM ms ihr Schlafzimmer. Privatsphäre gebe es kaum. Die KM beschreibe sich wie „Alice im Wunderland“, eine Phantasiewelt in die sie sich oft verkriecht und die sie schützt.

Der Kindesvater (KV) sei Landwirt und Jäger (und gelernter Fleischhauer). Kennengelernt habe sie den KV im Jahr 2000 durch den Umstand, dass die KM von zu Hause auszog und eine Wohnung suchte. Der KV sei der Vermieter dieser Wohnung. In dieser Zeit hätten die Kindeseltern (KE) eine Liebschaft gehabt, führten aber keine fixe Beziehung. So richtig zusammen gekommen seien sie 2008, seien drei Jahre in einer Beziehung gewesen, die aber als eher instabil beschrieben wird. So habe es viele Trennungen und Neuanfänge gegeben. Die KE hätten in der Wohnung nie zusammengewohnt, auch am Hof habe sich die KM nie wohl gefühlt. A. sei am Ende der Beziehung entstanden, unmittelbar danach sei die Trennung gewesen. Während und nach der Geburt sei die KM von ihm mit der neuen Situation alleine gelassen worden. Der KV lebe aktuell in einer Lebensgemeinschaft mit einer Frau, die einen 8jährigen und einen 12jährigen Sohn habe. Die Besuchskontakte mit dem KV seien so geregelt, dass der Bub alle zwei Wochen am Samstag für ein paar Stunden am Bauernhof sei. Diesen Besuchskontakt schildert die KM größtenteils als unbeaufsichtigt, hierbei begleite sie auch immer ein schlechtes Gefühl.

Zu den Großeltern väterlicherseits (GE vs) bestünde kaum Kontakt- wenn dann an den Besuchskontaktwochenenden, aber auch nicht regelmäßig. Der Großvater mütterlicherseits (GV vs) wäre lt. KM schon immer so gewesen, dass er alle gegeneinander ausspiele und einen Keil reintreiben wolle. Die Großmutter väterlicherseits (GM vs) sei sehr dominant gewesen und habe immer Angst gehabt, dass eine Frau ins Haus komme und ein Kind mitbringt.

Die GE ms würden im gemeinsamen Haushalt wohnen. Der Großvater mütterlicherseits (GV ms) würde den untern Stock des Hauses bewohnen, die Großmutter mütterlicherseits (GM ms), die KM und der Bub den oberen Stock. Es habe schon immer Streitigkeiten zwischen den GE ms gegeben, bis hin zu heftigen Eskalationen.

Die GM ms (68 Jahre) habe bei der Kindererziehung und im Haushalt viel abgenommen, bis die KM später eine Arbeit bekam. Sie wird als dominante Frau beschrieben. Heute würde sich die GM ms bei der KM abladen, würde sie als „Grabstein“ benützen, so müsse sich die KM fast täglich die „Jammerei“ der GM ms anhören. Die GM ms könne sich von überflüssigen Dingen schwer trennen, so würde fast nichts weggeworfen werden. Der starke Wunsch das Haus nicht zu verkaufen ging von der GM ms aus. Die GM ms habe lt. KM noch immer nicht verstanden, dass das Haus seit der Kreditübernahme ihr gehöre. Sie sei sehr übergriffig und treffe auch heute noch Entscheidungen z.B.: bezüglich Veränderungen der Wohnräume.

Der GV ms (71 Jahre) sei Italiener und 1968 von Italien nach Österreich gezogen, um hier zu arbeiten und habe dann die GM ms kennengelernt. Er sei vorher mit einer Sizilianerin liiert gewesen, mit der er eine Tochter (50 Jahre) habe, die die KM noch nie kennengelernt habe. Die KM beschreibe ihn als dominant und berichtet dass er einen Tinnitus habe, deswegen laut rede und schlecht höre.

Die KM habe einen Lebensgefährten (LG) (41), mit dem sich der Bub sehr gut verstehe und auch eine Vorbildfunktion habe. Er sei berufstätig, die KM beschreibe ihn als Ruhepol, sei sehr unterstützend könne aber auch ein „Sturschädl“ sein. Der Kontakt zwischen ihm, der KM und A. finde immer am Wochenende statt. Übernachten würde der LG nie bei der KM im Haus, das würden die GE ms nicht wollen. Lt. KM sei das für den LG kein Problem, er würde dies so

akzeptieren. Der LG würde sich gut mit den GE ms verstehen. Vor der Liaison mit dem KV sei die KM 10 Jahre lang mit dem LG zusammen gewesen.

Es zeigen sich folgende Ergebnisse aus Testdiagnostik, projektiver Diagnostik, Fragebögen, Außenanamnese und Verhaltensbeobachtung:

➤ **Testdiagnostik: Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik**

Ergebnisse der Leistungsdiagnostik:

A. bearbeitete den Wechsler Intelligenztest für die Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit von Kindergarten-, Vorschul- und Schulkindern (WPPSI-III). Hier erzielt der Bub einen in Vergleich zu Alterskollegen durchschnittlichen Gesamtwert (T-Wert: 56). In den Subtests *Matrizen-Test* (WP: 15), *Symbol-Suche* (WP: 15) und *Arbeitsgeschwindigkeit* (WP: 14) erreicht der Bub ein überdurchschnittliches Ergebnis.

Ergebnisse der Entwicklungsdiagnostik:

Zur Überprüfung des allgemeinen Entwicklungsstandes bearbeitete Alexander die Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter- Version II (BUEVA- II). A. erreicht hier einen durchschnittlichen Gesamtwert (T-Wert: 44). Der Subtest *Artikulation* (T-Wert: 29) zeigt deutliche Entwicklungsdefizite auf. Beim *Arbeitsgedächtnis* (T-Wert: 38) erzielt der Bub ein unterdurchschnittliches Ergebnis.

Additiv zu diesem Verfahren wurde der KM der Elternfragebogen aus dem Wiener Entwicklungstest (WET), ein Verfahren zur Erfassung des allgemeinen Entwicklungsstandes bei Kindern von 3,0 bis 6,0 ausgehändigt. Dieser Fragebogen erfasst 22 Aussagen über selbstständiges Verhalten bei Alltagsroutinen. Die Selbstständigkeit aus der Sicht der KM (Elternfragebogen: C-Wert: 5) liegt im Normbereich.

➤ **Projektive Diagnostik**

Familie in Tieren: Es zeigen sich keine belastenden Inhalte. Der Bub zeichnet sich selbst als Affen, der lustig sein will. Die KM zeichnet er als einen Löwen.

➤ **Fragebögen:**

Ergebnisse des Sozial-Emotionalen-Screenings:

Der KM wurde der Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1 ½- 5) ausgehändigt. Die KGP, die am meisten Kontakt mit A. hatte, bearbeitete den Fragebogen für Erzieherinnen von Klein- und Vorschulkindern (C-TRF/1 ½ -5). Die KM beschreibt auffällige Problemverhaltensweisen im Bereich *Aufmerksamkeitsprobleme* (T-Wert: 75) und *Aggressives Verhalten* (T-Wert: 66). Lt. KGP zeigen sich kritische Ergebnisse bei den Problemverhaltensweisen *Emotional reagierend* (T-Wert: 67), auffällige Ergebnisse bei *Aufmerksamkeitsprobleme* (T-Wert 71) und *Aggressives Verhalten* (T-Wert 70).

Ergebnisse der HKS-Diagnostik:

Die KM und die KGP füllten die Beurteilungsbögen (für 3-6-jährige Kinder) für Eltern und ErzieherInnen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung des Diagnostik-Systems für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 – II (DISYPS-II) aus. Die Skalen *Hyperaktivität/ Impulsivität* (jeweils Stanine: 9) und *Aufmerksamkeitsstörung* (jeweils Stanine: 9) werden durch die KM und KGP als auffällig beschrieben.

➤ **Außenanamnese der betreuenden Kindergartenpädagoginnen**

Es fand ein Gespräch mit der betreuenden und gruppenleitenden Kindergartenpädagogin statt. A. wird als impulsiv, hyperaktiv und unkonzentriert beschreiben. Er sei „anstrengend“, brauche viel Aufmerksamkeit, wolle immer im Mittelpunkt stehen und spiele oft den „Clown“. A. sei ablenkbar, sei oft extrem gereizt und leicht eingeschnappt. A. akzeptiere kein „Nein“ und könne sich in der Gruppe nicht integrieren. Die Artikulationsschwierigkeiten seien enorm und oft auch der Grund, warum es Verständnisprobleme bei den Kindern untereinander gibt und ihn andere Kinder aufgrund seines Defizits auslachen. A. reagiere oft trotzig und eingeschnappt. Im Kindergarten sei es auch schon vorgekommen, dass A. andere Kinder beiße und haue. A. sei hilfsbereit, charmant und wissbegierig.

➤ **Verhaltensbeobachtung in der Testsituation:**

Der Erstkontakt mit dem Buben fand im Kindergarten statt. Im Kindergarten (KIGA) erfolgte die Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik. A. ist ein freundlicher Bub, der im Kontaktverhalten aufgeschlossen und offen ist. Er zeigt viel Spontansprache, A. ist leicht ablenkbar und motorisch unruhig, sodass er häufig angeleitet und zu den Aufgaben zurückgeführt werden muss. Im Leistungsverhalten zeigt sich A. bemüht und interessiert. Die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen sind schwankend, jedoch ist er gut motivierbar weiterzumachen. Er antwortet selbstsicher auf die Fragen und hat ein zügiges Arbeitstempo. A. versteht problemlos die Instruktionen. A. ist sehr charmant.

Auffallend sind die Artikulationsschwierigkeiten bei den Lauten /s/, /sch/, /h/, etc. (z.B.: „Hanane“ statt Banane, „Hnopf“ statt Knopf).

## **2.2 Spontan berichtete Symptomatik und Problembeschreibung**

Die KM beschrieb den Buben mit folgenden Eigenschaften: jähzornig, stur, quirlig, nervös, neugierig, motorisch unruhig, risikobereit, niedrige Frustrationstoleranz, geringe Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne, leicht ablenkbar und distanzlos. Zu Hause würde A. oft grenzüberschreitend sein und provozieren, es sei auch schon oft zum Hauen, Beißen und Spucken gekommen. Die KM versuche dann mit ihm zu reden und ihm zu erklären, dass er das nicht tun könne, habe aber das Gefühl, dass er ihr nicht zuhöre. Er würde dann noch mehr provozieren und lt. KM „bewusst“ einen Streit anzetteln. A. neige zu Unfällen, aber nicht aus einem grobmotorischen Defizit heraus, sondern weil er so hektisch sei. Zudem habe er einen hohen Schmerzpegel, sei risikobereit. Die KM beobachtete einen häufigen Spielwechsel. A. sei gerne draußen in der Natur, Traktoren, Mähdrescher, etc. würden ihn faszinieren, denen könne er stundenlang zuschauen. „Einfach so spazieren“ sei nicht möglich, er müsse immer in „Action“ sein. Das Weglaufen während dem Einkaufen und beim Spaziergehen bereite der KM große Sorgen.

Im Kindergarten komme es auch zu aggressiven, oppositionell- trotzig und impulsiven Verhaltensweisen, so würde er andere Kinder beißen, die Kindergartenpädagoginnen bespucken, mit Gegenstände schmeißen, etc. Er wolle immer gewinnen, könne sich nur schwer in den Gruppenverband integrieren, schaffe es schwer mit einem anderen Kind länger und ohne dass Streit entsteht, zu spielen. Es komme täglich zu Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen und/ oder Konflikten mit den Kindergartenpädagoginnen.

Andererseits, berichtet die KM, gefalle es ihr, dass ihr Sohn ein „Sturschädl“ sei. Da sie sich selber nie durchsetzen habe können sei dies eine Eigenschaft, die sie sehr bewundere.

Die KM beschreibe sich und ihre Familie als „quirlig und lebendig“ u. a. auch aufgrund der italienischen Wurzeln.

Auf die Problemverhaltensweisen von A. reagiere die KM oft gestresst und explosiv. Sie würde aber auch oft mit dem Buben diskutieren.

Die KM berichtet auch, dass sie A. aus einem Schuldgefühl heraus viel gekauft habe. A. sei ein Einzelkind und ohne KV aufgewachsen. Dies habe sie aber nun eingestellt.

Die KM beschreibe die familiäre Situation als schwierig: sie habe das Haus mit den Schulden ihrer Eltern übernommen, fühle sich aber trotzdem nicht als Eigentümerin. Im Haus habe sie mit A. keinen eigenen Bereich, können sich nur schwer abgrenzen. Die GE würden sich auch ständig in erzieherische Belange einmischen, wodurch schon viele Konflikte entstanden seien. Durch das ständige „Dreireden“ von Seiten ihrer Eltern und der andauernden negativen Rückmeldungen vom Kindergarten habe die KM Selbstzweifel, fühle sich oft unsicher. Sie gibt an, dass sie sich durch Humor schützen würde. Dieser führe dann aber auch oft dazu, dass sich ihr Umfeld „verarscht“ vorkomme und sie nicht mehr ernst nehme. Zusammen sei sie mit ihrem Sohn wie ein „Kabarett“, welches sich positiv als auch negativ aufschaukeln könne.

Die KM berichtet über einen Vorfall im Kindergarten, wo es zu Doktorspielen zwischen A. und drei anderen Kindern gekommen sei. Sie sei mit dieser Situation völlig überfordert und wisse nicht, wie sie damit umgehen solle. Der Umgang mit Nacktheit in ihrer Familie sei zudem ein Tabuthema und sehr schambesetzt, so habe sie ihren Vater noch nie nackt gesehen.

## **2.3 Aktuelle Lebenssituation**

Der Klient lebe gemeinsam mit seiner KM und seinen Großeltern mütterlicherseits (GM ms) in einem Haus mit Garten in einem kleinen Dorf. Die KM beschreibe die Wohnsituation als schwierig, da es keinen abgegrenzten Bereich zu den GE ms gibt.

## **Soziobiographische Anamnese**

### Kindheit, Lebensgeschichtliche Entwicklung:

Der Klient lebe mit der KM und den GE ms in einem Haus. Bei der Trennung vom KV sei A. noch ganz klein gewesen. Die Besuchskontakte sind so geregelt, dass er alle zwei Wochen am Wochenende (immer samstags) bei seinem KV am Bauernhof ist. Dort würde er viel Kontakt mit dem 8jährigen Buben der Lebensgefährtin des KV haben. A. sei gerne bei seinem KV, der Bauernhof würde ihn sehr faszinieren.

Mit den neuen Lebensgefährten der KM würde sich der Bub sehr gut verstehen, dieser würde lt. KM sehr viel Zeit mit ihm verbringen und sei auch ein Vorbild für A. Er sei ein Bub, der sehr gerne draußen spiele. Er sei sehr naturbezogen, habe am meisten Spaß bei Bewegungsspielen, sei viel im Wald und im Park. Die KM unternehme gerne und viel mit A.



Der Klient habe außerhalb des Kindergartens kaum Sozialkontakte zu Gleichaltrigen. Die KM wolle aufgrund der Wohnsituation keine anderen Kinder einladen, auch der Geburtstag von A. würde keine Ausnahme darstellen. Durch den geringen Kontakt zu Alterskollegen sei er dann oft sehr aufgeregt, wenn es zu einem Kontakt kommt.

#### Elternhaus:

Die KM (44 Jahre) arbeite als Teilzeitkraft in einer Bäckerei. Das Verhältnis zwischen ihr und A. sei gut. Die KM beschreibe sich als „Freundin und Kumpel“ von ihrem Sohn. Sie bewundere A. oft dafür, dass er so resolut sei und sich Regeln widersetze- das habe sie unter der Erziehung ihrer Eltern nie geschafft. Manchmal wünsche sie sich ein bisschen mehr von A. zu haben. Dies sei ein u.a. ein Grund, warum sie A. oft in Entscheidungen miteinbeziehe und mit ihm diskutiere. Der Humor habe ihr schon in vielen schwierigen Situationen „geholfen“, Konflikte zu bewältigen. Die KM beschreibe sich und ihren Sohn gern mit diesem Satz: „Wenn wir kommen wird sogar der Kaffee nervös!“. Die KM rauche, wolle aber mittels einer speziellen Öltherapie demnächst zum Rauchen aufhören. Es zeige sich eine Affinität zur Esoterik. Die KM beschreibe sich selbst als quirlig, schnell nervös, unruhig und impulsiv. So sei sie auch als Kind schon gewesen.

Der Kindesvater (KV) sei Landwirt. Lt. KM sei er sehr harsch und schroff, für Gefühle gibt es keinen Raum und kein Verständnis. Der KV habe sich lt. KM noch nie so richtig für den Buben interessiert. Auf dem Bauernhof würde ein „rauer Wind“ herrschen, so wäre A. auch schon Zeuge von Schlachtungen gewesen.

#### Geschwister:

Der Bub sei ein Einzelkind, habe keine Geschwister.

#### Sozialisation, frühe Beziehungen:

Die KM sehe A. als „Leiter und Freund“, behandle ihn in vielerlei Hinsicht partnerschaftlich, so teilen sie sich ein Bett im Zimmer der KM, obwohl er ein eigenes Bett in seinem Kinderzimmer habe. Sie diskutiere oft Sachen mit ihm aus und bewundere seinen starken Willen.

Wichtige Bezugspersonen für den Buben seien die GE ms, mit ihnen habe er täglich zu tun. Die KM beschreibe viele „Erzieher“: Der Bub sei häufig mit Konflikten und unterschiedlichen Erziehungstipps und Sichtweisen der KM und der GE ms konfrontiert. Manchmal gelinge es der KM sich den GE ms gegenüber durchzusetzen, manchmal würde sie aber auch resignieren. Dies sei teilweise problematisch, da A. oft bei den GE ms sei. Dort bekomme er lt. KM alles außer Regeln und Grenzen.

Der LG sei lt. KM ein positives Vorbild für A., sie würden gemeinsam „Männersachen“ machen.

Während der Aufenthalte am Hof des KV spiele er größtenteils unbeaufsichtigt mit dem 8jährigen Buben.

#### Entwicklung im Kindergarten:

A. sei sehr früh in einen Betreuungsrahmen gewesen, bereits mit dem 9. LM sei er zur ersten Tagesmutter gekommen. Mit 1 ½ Jahren sei das erste Mal und mit 2 ½ Jahren das zweite Mal gewechselt worden. Die ersten zwei Tagesmütter waren lt. KM „sehr locker“, da habe der Bub alles machen dürfen. Die darauf folgende Tagesmutter war strenger, habe sich ihm aber auch sehr liebevoll zuwenden können. Bei Letzterer blieb er bis zum Kindergarteneintritt (2,9 Jahre). Der Kindergarteneintritt sei im Herbst 2013 gewesen. A. bleibe größtenteils bis 12:30 Uhr im Kindergarten und würde nach dem Mittagessen von der KM oder den GE ms abgeholt werden.

Die gruppenleitende Kindergartenpädagogin möge er lt. KM lieber als deren Helferin. Diese sei schon etwas älter und lt. KM in ihrem Stimmungsbild labil, wodurch sie nicht immer adäquat auf die Bedürfnisse von A. reagiere und schnell schreien würde. Aber auch A. würde diese „Phasen“ der Kindergartenhelferin ausnützen, lt. KM ließe sie sich „so schön“ von A. provozieren.

Im Kindergarten zeige sich aggressives Verhalten anderen Kindern gegenüber, v.a. in Situationen, wo sich A. „nicht mehr aus“ sehe. Er würde dann beißen, hauen, spucken. Wenn er sich ungerecht behandelt fühle, dann schlage er schnell zu. Auch den Kindergartenpädagoginnen gegenüber zettelte er häufig Streitereien an und würde provozieren. Im Kindergarten sei es auch schon zu Doktorspielen mit anderen Kindern gekommen.

### Prägende, wichtige Lebensereignisse:

Die KM beschreibt die Wechsel der drei Tagesmütter als Life-Event von A., welche ihn geprägt hätten. Im 3. LJ habe die KM einen Urlaub mit A. nach Gastein in die Therme gemacht, von dem er noch heute reden würde. Mit 3 ½ Jahren habe er einen Unfall im Kindergarten gehabt: hierbei sei er mit dem Kopf auf einen Stein gefallen. Im 4. Lebensjahr sei der jetzige LG ins Leben der Familie gekommen und sei für ihn Vorbild und Freund.

### Persönlichkeitsentwicklung:

Die KM beschreibt A. als sehr neugierig, quirlig und dass er schon immer einen starken Willen gehabt habe. Die motorische Unruhe hätte er schon als Kleinstkind gezeigt. Zudem sei er auch risikobereit, furchtlos und aufgeschlossen-eine Kombination, die der KM auch schon oft Sorgen bereitet habe.

### Freizeitgestaltung:

Laut KM verbringe A. sehr viel Zeit draußen. So seien sie viel im Wald bzw. würden den Bauernhof in der Nachbarschaft besuchen. A. interessiere sich für Spiderman, Sam der Feuerwehrmann, Traktoren, Tiere und generell für Dinge bzw. Situationen wo „was los sei“. Lange Spieldauer zeige sich bei Puzzlespielen und dem Magiesand. Zu PC-Spielen und Handy habe er keinen Zugriff, der TV- Konsum sei bei der KM reglementiert, bei den GE ms nicht.

### **Psychischer/ Psychopathologischer Befund**

Der Erstkontakt mit dem Buben fand zur klinisch-psychologischen Diagnostik im Kindergarten statt. Der Klient ist allseits orientiert, aufgeschlossen und offen im Kontaktverhalten. Im Affekt ist das Kind fröhlich, versprüht einen gewissen „Charme“. Die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen von A. sind schwankend, deutlich motorisch unruhig. Im Leistungsverhalten zeigt er sich bemüht und interessiert. Im Antwortverhalten zeigt sich A. selbstsicher, das Arbeitstempo ist angemessen bis zügig. Im Einzelsetting zeigt sich eine adäquate Misserfolgsverarbeitung. Das Instrukionsverständnis ist gegeben. Es zeigen sich Hinweise auf Defizite in den sprachlichen Leistungen (Syntax und Artikulation).

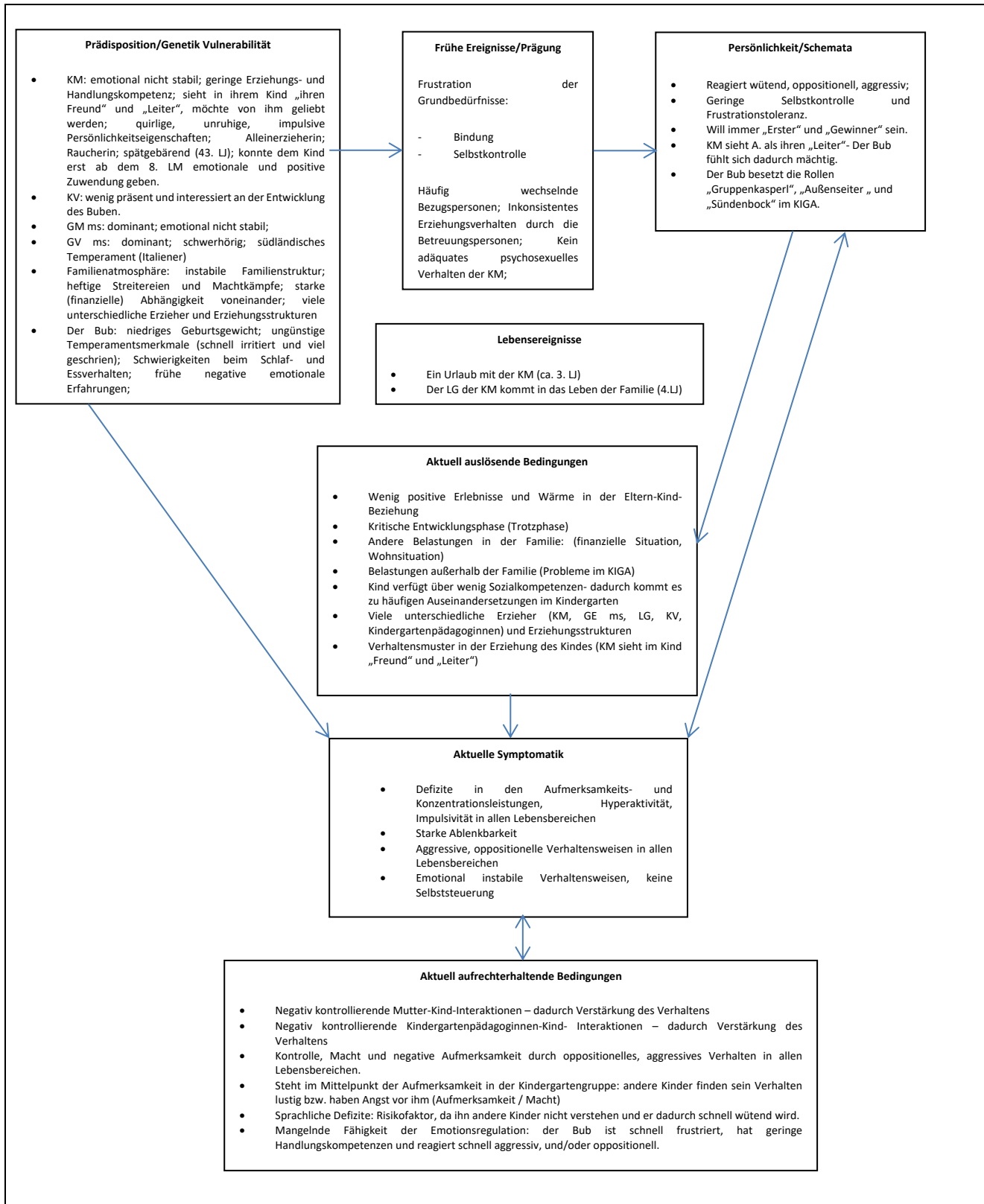
### **3. Motivationsanalyse**

Die KM kommt teilweise eigen-, teilweise fremdmotiviert zum psychologischen Erstgespräch: Die Kindergartenpädagoginnen sind schon mehrere Male an die KM herangetreten mit der Idee, den Buben „einmal abklären“ zu lassen. Zu diesem Zeitpunkt waren der KM die Verhaltensauffälligkeiten bewusst, aber aufgrund der unflexiblen Arbeitszeiten nur schwer mit einer Therapie und den damit zusammenhängenden Folgeterminen zu vereinbaren. Nun hat die KM einen neuen Job, ist flexibler und möchte sich Ratschläge holen, wie sie mit A. umgehen kann, damit er endlich auf sie hört. Positiv auf ihre Motivation hat sich das zunehmend aggressive Verhalten von A. im Kindergarten und zu Hause, das ständige Weglaufen, wenn sie mit ihm unterwegs sei (Einkaufen, Spazieren, etc.) und das andauernde Schimpfen mit A., manchmal kommt ihr vor, dass sie überhaupt keine streitfreie Zeit mehr haben. Die KM möchte Möglichkeiten kennenlernen, wie sie ruhiger werden kann und somit besser auf A. reagieren kann. Oft gibt es diese Situationen, wo sie so gereizt ist, dass sie einfach losbrüllt- und oft ist A. derjenige, der dann alles „abbekommt“.

### **4. Problemanalyse und (Verhaltens-)Diagnostik**

#### 4.1 Genese der Symptomatik/ Makromodell

Das Makromodell des vorliegenden Behandlungsfalles kann, in Bezugnahme auf das globale Modell nach Gatterer (2011) wie folgt dargestellt werden:



#### 4.1.1 Zusammenfassung aller Symptome und problematischen Verhaltenskomponenten gemäß der Anamnese

##### Körperliche Symptome:

Die KM berichtet über folgende körperlichen Symptome, die auch in der Testsituation beobachtbar waren:

Zeigt starken Bewegungsdrang ohne Müdigkeitserscheinungen; bedarf taktiler Reize; innerliche Unruhe.

##### Gefühle:

Die KM beschreibt A. als sehr lustig, emotional überschießend, im Affekt nicht kontrolliert und nicht immer sozial angepasst, oft böse, jähzornig. In der Verhaltensbeobachtung in der Testsituation zeigt sich sein lustiges, charmantes Wesen.

##### Kognitionen:

Die Gedanken des Buben im Hinblick auf die auslösenden Faktoren sind aufgrund seines jungen Alters nicht direkt explorierbar, so konnte er diesbezüglich keine Aussagen tätigen.

##### Verhalten:

Die KM berichtet folgende Verhaltensweisen, die auch, ausschließlich der aggressiven Verhaltensweisen, in der Testsituation beobachtbar waren:

- Motorische Unruhe: zeigt starken Bewegungsdrang ohne Müdigkeitserscheinungen; läuft weg; klettert überall rauf; ist sehr ungestüm/ wild; bedarf taktiler Reize: greift alles in unmittelbarer Umgebung an und spielt damit; nimmt Dinge in den Mund; fährt sich mit den Fingern in die Nase oder in die Haare; zupft sich an den Haaren; häufiges, durchgehendes hin und her rutschen am Stuhl; zappelt mit den Beinen; kann nicht sitzen bleiben;
- Unaufmerksamkeit: kann sich nur kurze Zeit auf ein Spiel oder eine Beschäftigung konzentrieren; zeigt einen häufigen Spielwechsel; hält sich nicht an Anweisungen; schafft es meistens nicht eine Tätigkeiten zu Ende zu bringen; kann schwer Situationen aushalten, wo Konzentration gefordert ist (z.B.: Sitzkreis).
- Ablenkbarkeit: lässt sich durch äußere Einflüsse (Personen, Gegenstände, Geräusche, etc.) leicht ablenken
- Impulsivität: unterbricht andere; möchte Dinge sofort - kann nicht abwarten; redet sehr viel; spricht fremde Personen an – verhält sich distanzlos; läuft weg; stört andere.
- Oppositionelles Verhalten: streitet häufig (auch mit allen Bezugs- und Betreuungspersonen); widersetzt sich häufig Anweisungen und Regeln von Erwachsenen bzw. weigert sich, diese zu befolgen.
- Aggressives Verhalten: hat häufige Wutausbrüche; ärgert andere absichtlich; ist häufig zornig oder ärgert sich schnell; ist boshaft; haut, schupft oder beschimpft Erwachsene oder Gleichaltrige.

##### Häufigkeit und Intensität der Symptome:

- Die Symptome treten täglich mehrfach in allen Lebensbereichen auf.

##### Veränderung von Symptomatik und Problemverhalten:

Laut KM sei A. von Geburt an ein sehr quirliger, aufgeweckter Bub gewesen. Die Symptome seien mit zunehmenden Lebensalter immer ausgeprägter und intensiver geworden.

#### 4.1.2 Analyse der die Symptome auslösenden Bedingungen

##### Biologisch-physiologische Faktoren, genetische Disposition, Vulnerabilität

- Mutter: emotional nicht stabil; geringe Erziehungs- und Handlungskompetenz; sieht in ihrem Kind „ihren Freund“ und „Leiter“, möchte von ihm geliebt werden; quirlige, unruhige, impulsive Persönlichkeitseigenschaften; Alleinerzieherin; Raucherin; spätgebärend (43. LJ); konnte dem Kind erst ab dem 8. LM emotionale und positive Zuwendung geben.
- Vater: wenig präsent und interessiert an der Entwicklung des Buben.

- GM ms: dominant; emotional nicht stabil;
- Großvater: dominant; schwerhörig; südländisches Temperament (Italiener)
- Familienatmosphäre: instabile Familienstruktur; heftige Streitereien und Machtkämpfe; starke (finanzielle) Abhängigkeit voneinander; viele unterschiedliche Erzieher und Erziehungsstrukturen
- Bub: ungünstige Temperamentsmerkmale; niedriges Geburtsgewicht; Schwierigkeiten beim Schlaf- und Essverhalten; frühe negative emotionale Erfahrungen;

#### Kindheit, weitere lebensgeschichtliche Entwicklungen:

- Negative Kommunikationserfahrungen/-muster zwischen KM, KV und GE ms: permanente Machtkämpfe und lautstarke Konflikte.
- Wenig Erziehungskompetenzen der KM und familiäre Ressourcen.
- A. ist durch den KV emotional vernachlässigt und hat kein männliches Erziehungsmodell.
- Die KM sieht A. als ihren „Leiter“- der Bub fühlt sich dadurch mächtig, ist aber gleichzeitig mit der Situation überfordert.
- Nicht adäquates psychosexuelles Verhalten der KM.
- Häufig wechselnde Bezugspersonen
- Inkonsistentes Erziehungsverhalten durch die Betreuungspersonen

#### Persönlichkeit und Schemata:

Schemata werden zwar primär bei Erwachsenen zur Erklärung des Verhaltens verwendet, jedoch entwickeln sie sich bereits im Kindesalter. Die folgenden Schemata gehen auf Verhaltensweisen zurück, bei denen die Grundbedürfnisse des Kindes nicht ausreichend durch die KM befriedigt werden:

- Bindung: Das Kind fühlt sich abgelehnt und reagiert wütend, oppositionell und aggressiv.
- Selbstkontrolle: Der Bub bekommt keine angemessene Grenzsetzung durch seine Bezugspersonen, entwickelt dadurch keine Kontrolle nach innen (Selbstkontrolle). Der Bub reagiert deshalb schnell frustriert, hat keine ausreichende Frustrationstoleranz. Er möchte immer „Erster“ und „Gewinner“ sein.
- Will immer „Erster“ und „Gewinner“ sein.
- KM sieht A. als ihren „Leiter“- Der Bub fühlt sich dadurch mächtig.
- Der Bub besetzt die Rollen „Gruppenkasperl“, „Außenseiter“, und „Sündenbock“ im KIGA.

#### Prägende, wichtige Lebensereignisse

- Ein Urlaub mit der KM (ca. 3. LJ)
- Der LG der KM kommt in das Leben der Familie (4.LJ)

#### Aktuell auslösende Bedingungen:

- Wenig positive Erlebnisse und Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung
- Disposition/ Vulnerabilität: ungünstige Temperamentsmerkmale des Kindes in Hinblick auf Schlaf- und Essverhalten, war schnell irritiert und schwer beruhigbar. Zudem habe die KM erst spät positive Gefühle für das Kind entwickeln können (ab 8.LM). Somit bildete sich schon früh ein Teufelskreis aus negativen Erfahrungen.
- Hyperkinetische Auffälligkeiten des Kindes: Das Risiko in einen negativen Teufelskreis zu geraten ist bei Kindern mit hyperkinetischen Auffälligkeiten sehr groß, weil sie durch ihre Impulsivität und Unruhe immer wieder Grenzen übertreten und Regeln nicht beachten.
- Kritische Entwicklungsphasen: Es gibt Entwicklungsphasen, z.B.: das Trotzalter, in denen Kinder eher dazu neigen, oppositionell, trotzig und verweigernd zu reagieren. Sie beginnen sich als eigenständige Person wahrzunehmen und proben das Neinsagen. Eine möglichst klare und ruhige Führung durch die KM, sodass sie den Buben dabei unterstützt, mit seinem Trotz und Ärger besser umzugehen, ist nicht gegeben.
- Andere Belastungen in der Familie: Die Trennung der KE und die damit zusammenhängenden ungünstige Regelung der Besuchskontakte ergeben einen Risikofaktor. Die finanzielle Situation als auch die Wohnsituation der Familie wird als sehr belastend erlebt.
- Belastungen außerhalb der Familie: Kind verfügt über wenig Sozialkompetenzen- dadurch kommt es zu häufigen Auseinandersetzungen im Kindergarten mit Gleichaltrigen;
- Viele unterschiedliche Erzieher (KM, GE ms, LG, KV, Kindergartenpädagoginnen) und Erziehungsmuster

- Verhaltensmuster in der Erziehung des Kindes (inadäquate Erziehungsstrategien): KM reagiert oft inkonsistent und explosiv, droht dem Kind mit Liebesentzug.

#### Sonstige Umweltbedingungen, Sozialisation:

- Finanzielle Sorgen.
- A. nimmt partnerschaftliche Rolle ein.
- Wenig Kontakt zu Gleichaltrigen.
- A. hat viele Erzieher um sich.
- LG der KM ist zum Kind wie ein Freund.
- Belastung durch Wohnsituation (GE ms): enge Wohnstrukturen, somit sind permanent Stressoren gegeben.

### **4.1.3 Analyse der die Symptome aufrechterhaltenden Bedingungen**

#### Problematische Verhaltensweisen

Bezogen auf die Entwicklung negativ kontrollierender Interaktionen mit external auffälligen Kindern haben Döpfner et al. ein Modell entwickelt, die diesen Kommunikationsprozess veranschaulicht. Demnach lassen sich auch für A. typische Eltern-Kind –Interaktionen identifizieren, die als gegenseitig erzwingende Interaktionen beschrieben werden. Solche erzwingenden Interaktionen führen schließlich dazu, dass mangelnde Regelbefolgung, oppositionelles und aggressives, aber auch hyperaktiv-impulsives und unaufmerksames Verhalten des Kindes eher noch zunehmen, weil das Kind durch das Nachgeben der Eltern letztendlich für sein oppositionelles und impulsives Verhalten negativ verstärkt wird oder durch das Vorbild der Eltern erfährt, dass aggressiv-erzwingendes Verhalten letztendlich erfolgreich ist (Döpfner, 2009).

#### Systembedingungen/Soziales Umfeld

Diese Interaktionsmuster treten nicht nur in der Familie auf, sondern häufig auch im Kindergarten. In Hinblick auf A. treten die Problemverhaltensweisen und Interaktionsmuster in allen Lebensbereichen auf und beeinflussen einander.

#### Funktionalität der Symptome/ Störungen

In der weiteren Folge lernt A. aufgrund der beschriebenen erzwingenden Interaktionsprozesse, andere Familienmitglieder durch oppositionell-aggressives Verhalten zu kontrollieren und lernt aber nicht, wie man in sozial kompetenter Weise mit Konflikten umgeht. A. erfährt durch sein Verhalten Macht, Aufmerksamkeit, auch wenn sie negativ ist, aber auch Bewunderung der KM, die eine ambivalente Haltung gegenüber der Problemverhaltensweisen hat: einerseits findet sie den „starken Willen“ und das Durchsetzungsvermögen von A. toll, andererseits erlebt sie sich in einigen Situationen mit A. als hilflos, weil er nicht auf sie reagiert.

Zu Hause, als auch im Kindergarten, bekommt er durch sein Problemverhalten negative Aufmerksamkeit (Tadel, Auszeit, etc.), aber setzt sich auch in diesem Rahmen oft durch, da die Kindergartenpädagoginnen nicht immer konsequent und klar reagieren und bekommt dann das, wonach er strebt.

Unter Gleichaltrigen bekommt er durch seine Clownerie positive (die anderen Kinder lachen, weil er lustig ist) aber auch negative (die anderen Kinder lachen über ihn, weil er über die Grenze hinausschießt) Aufmerksamkeit bzw. Verstärkung durch die Gruppe, macht sich aber auch oft durch dieses überschießende Verhalten zum Außenseiter und eckt bei anderen Kindern an.

#### Sonstige Umweltbedingungen, weitere Erkrankungen

Die sprachlichen Defizite (Artikulation) stellen einen weiteren Risikofaktor für ein schwieriges Sozialverhalten im Kindergarten dar, da ihn andere Kinder oft nicht verstehen und A. dann schnell wütend wird.

Die mangelnde Fähigkeit der Emotionsregulation und auch das Fehlen von Handlungskompetenzen sind zwei Variablen, die stark voneinander abhängig sind. Durch das permanente negative Feedback aus der Umwelt, wird der Selbstwert von A. gedrückt.

Die Hyperaktivität, Impulsivität und Schwierigkeiten in den Aufmerksamkeitsleistungen sind Variablen, aus denen oft ein risikoreiches Verhalten resultiert und die Eltern und Erzieher oft in Angst und Hilflosigkeit versetzt.

## **4.2. Plananalyse/ Vertikale Analyse/ Schemaanalyse**

Die Schemata werden primär bei Erwachsenen zur Erklärung des Verhaltens herangezogen, entwickeln sich aber bereits im Kindesalter. Eine Plananalyse bzw. Schemaanalyse war mit dem Buben aufgrund des Alters nicht möglich. An dieser Stelle möchte ich auf den Punkt „Persönlichkeit und Schemata“ (unter 4.1.2 Analyse der Symptom auslösenden Bedingungen) verweisen. Hier zeigen sich Frustrationen in den Grundbedürfnissen Bindung und Selbstkontrolle. Der Bub holt sich Bindung durch auffälliges Verhalten und zeigt starkes Autonomiestreben.

### 4.3 Horizontale Verhaltensanalyse/ Mikroanalyse/ SORKC-Modell

Mit dem Klienten selbst war es aufgrund des jungen Alters nicht möglich, eine Verhaltensanalyse zu erarbeiten. Die Situationsanalyse, die die Therapeutin gemeinsam mit der KM erarbeitete, veranschaulicht die negative Interaktion und das inadäquate Kommunikationsverhalten zwischen Mutter und Kind. Diesen Faktoren kommt eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung aggressiver und oppositionell-trotziger Verhaltensweisen zu.

Situation	Organismus	Reaktion	Kontingenz	Konsequenz
<b>Extern:</b> Die KM möchte gemeinsam mit A. ein Bild gestalten. A. fängt jedoch alleine an zu malen.	<b>Biologisch- physiologische Variablen:</b> Die KM hat quirlige, unruhige, impulsive Persönlichkeitseigenschaften; Alleinerzieherin; Raucherin; spätgebärend (43. LJ); konnte dem Kind erst ab dem 8. LM emotionale und positive Zuwendung geben.  <b>Psychologische Variablen:</b> Die KM ist emotional nicht stabil; hat geringe Erziehungs- und Handlungskompetenz; sieht in ihrem Kind „ihren Freund“ und „Leiter“, möchte von ihm geliebt werden;	<b>Kognitiv:</b> „Es macht mich traurig.“ „Ich habe versagt, ob ich ihn noch so hinbiegen werde?“ „ Ich habe Angst, dass er in einen falschen Freundeskreis kommt.“ „Ich tue für dich alles und du bist gar nicht dankbar und machst nicht mit!“  <b>Emotional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traurigkeit</li> <li>• Enttäuschung</li> <li>• Angst</li> <li>• Wut</li> <li>• „Eingeschnappt“</li> </ul> <b>Physiologisch</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühl, wie „versteinert“ zu sein</li> <li>• Anstieg der Körpertemperatur</li> </ul> <b>Behavioral</b> Die KM macht A. Vorwürfe, zeigt sich trotzig, beleidigt und reagiert mit Liebesentzug indem sie sagt, dass sie kein Team mehr sind.	Hohe Kontiguität (Die KM verhält sich immer so)	<b>Kurzfristig</b> C-/: Die KM entgeht einer Konfrontation; muss sich in dieser Situation nicht durchsetzen bzw. muss den Buben nicht steuern und umgeht somit einen möglichen Konflikt mit ihm. C-/: Die Angst, vom Buben abgelehnt zu werden, sinkt. C+/: Der Sohn macht der KM ein Beziehungsangebot - die KM fühlt sich wieder geliebt. C+/: Die KM wird vom Sohn aufgeheitert, spielt den „Clown“. C-/: Die KM fühlt sich nicht mehr hilflos.  <b>Langfristig</b> C-/: Die KM hat Schwierigkeiten sich mit Situationen zu konfrontieren, in denen sie sich gegenüber ihren Sohn durchsetzen, ihn leiten und steuern muss. C-/: Die KM macht sich selbst große Vorwürfen, fühlt sich schuldig und stellt ihre Kompetenz als Mutter in Frage; fühlt sich hilflos und ohnmächtig. C-/: Die KM schämt sich, wenn sie mit ihrem Sohn unterwegs ist. C+/: Die KM bewundert den Buben für sein willensstarkes Wesen & sein Durchsetzungsvermögen- will auch so sein.

### 4.4 Health- Belief-Modell

Die KM nimmt an, dass A. aufgrund seiner „italienischen Wurzeln“ ein stark ausgeprägtes Temperament und willensstarke Persönlichkeit habe. Sie sehe aber auch ihren inkonsequenten Erziehungsstil, ihr zu freundschaftliches/partnerschaftliches Verhältnis zu A. als Mitgründe dafür, dass sich A. schwer an Grenzen halten könne.

Die KM vermutet, dass sich die Kindergartenpädagoginnen ungerecht verhalten würden, so würde er in vielen Fällen schon automatisch als Sündenbock fungieren.

Auch die Kinder würden sagen, dass A. an etwas schuld sei, obwohl er gar nicht anwesend ist. Bei den Abholsituationen würden Kinder auf sie zukommen und ihr sagen, was A. alles angestellt habe. Ihrer Meinung nach, sei die Gruppendynamik mitverantwortlich für das Problemverhalten von A. Zudem gebe es einen Buben in der Gruppe, der A. stark provoziere.

Natürlich habe A. auch noch zu wenig Handlungskompetenzen und –alternativen, sei impulsiv. Sein starker Wille würde keine andere Meinung zulassen bzw. wolle er sich durchsetzen und/ oder gewinnen.

Die KM beschreibt Arbeitstage, an denen ihr Stresslevel sehr hoch sei. An solchen Tagen würde es der KM schnell passieren, dass sie A. zu Unrecht anschreit und explosiv reagieren würde. Im Nachhinein würde es ihr schrecklich leidtun, dann habe sie Schuldgefühle. A. könne dies für sich nicht einordnen und sei dann noch aggressiver, frustriert oder traurig.

Vielleicht würden ihn auch die zweiwöchigen Besuchskontakte zum KV „aufwirbeln“. Da würde sie A. immer wie ausgewechselt erleben, so sei er dann noch aggressiver, impulsiver und oppositioneller. Er brauche dann zwei, drei Tage um wieder „runterzukommen“.

### 4.5 Selbstkontrollversuche

Die KM setze A. emotional unter Druck bzw. drohe mit Liebesentzug, wenn er negative, aggressive und oppositionelle Verhaltensweisen zeige, um dadurch eine Unterbrechung dieser herbeizuführen. Manchmal sei sie mit dieser „Methode“ auch sehr erfolgreich, da A. dann versuche, sich wieder zu benehmen und sie glücklich und zufrieden zu machen. A. selbst habe bis jetzt keinerlei Einsicht und Grundmotivation gehabt, an dieser Situation etwas zu verändern.

#### 4.6 Ressourcenanalyse

Die vorhandenen Ressourcen nach Klemens (2003) wirken sich positiv auf den Therapieverlauf aus:

##### Physische Ressourcen:

Der Bub verfügt über einen gesundheitlich guten Zustand, ist ein hübsches Kind und somit auch ein Sympathieträger. A. hat folgende protektive Temperamentsmerkmale: er kann sehr charmant sein, ist körperlich fit und bewegt sich gerne in der Natur.

##### Psychische Ressourcen:

Der Klient ist sehr interessiert, intelligent und immer sehr fröhlich gestimmt. A. kann gut zeigen, wenn er fröhlich ist und kann sehr witzig und humorvoll sein. Er ist offen im Kontaktverhalten, leicht für etwas zu begeistern und kann andere mitreißen.

##### Umweltressourcen:

- Soziale Ressourcen: Familie, soziales Netzwerk, Ressourcen von Bezugspersonen:

Die KM liebt A. über alles und interessiert sich sehr für ihr Kind und ist bereit alles zu tun, dass es ihm gut geht. Seine GE ms lieben ihn ebenso und haben ihn gerne bei sich. A. hat regelmäßigen Kontakt zu Gleichaltrigen im Kindergarten, was wichtig für seine soziale Entwicklung ist. Mit dem LG der KM versteht sich der Bub gut, hat somit ein positives männliches Vorbild.

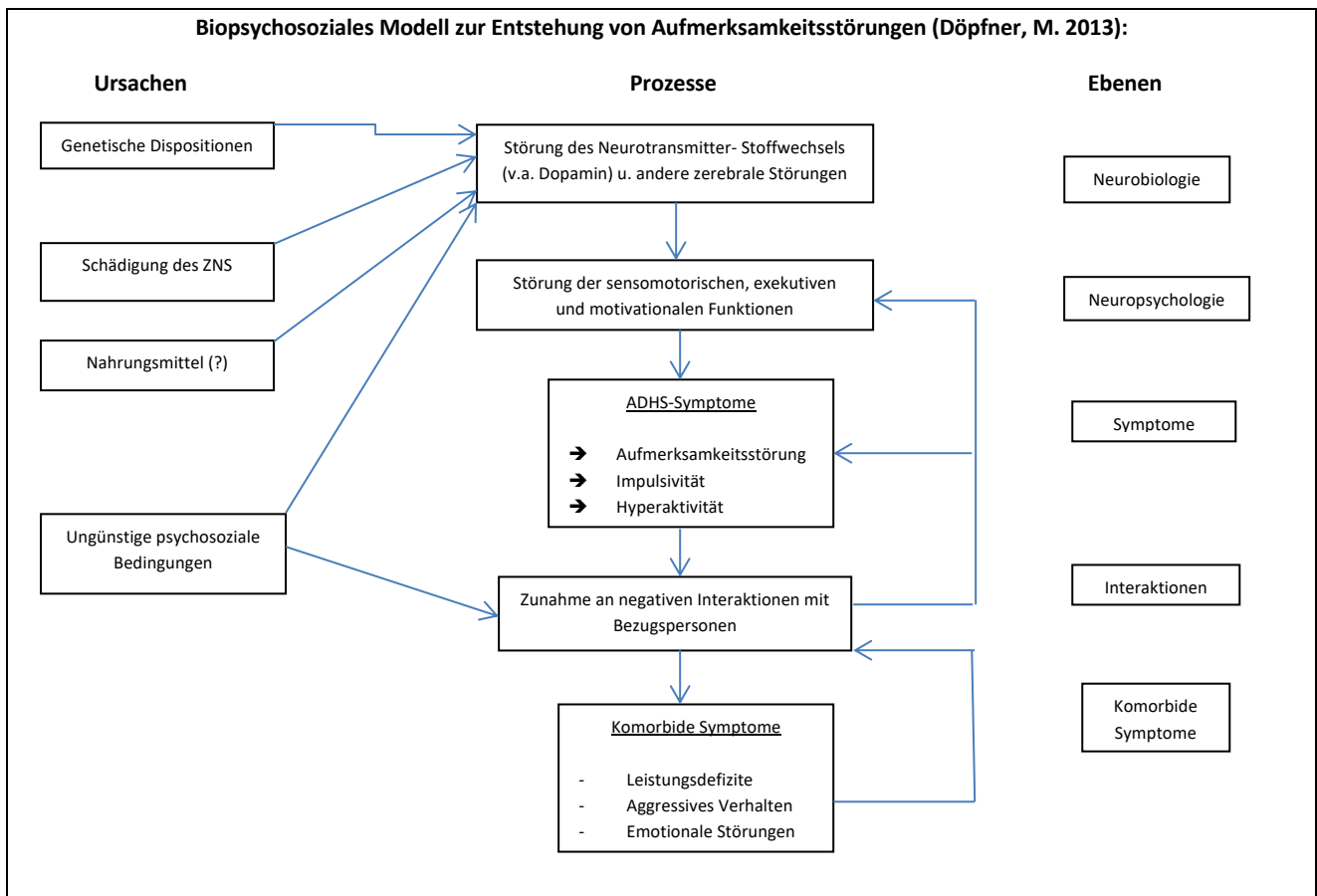
##### Ökonomische/ Ökologische Ressourcen:

- Ökonomische/ ökologische Ressourcen vom Klient: A. wächst in einem Haus auf.
- Familie: Familie wohnt in einem Haus.
- Wohnbedingungen: Der Klient wohnt in einem Haus mit Garten, dies bietet viele Möglichkeiten um sich draußen auszutoben.
- Wohnungsumfeld: kleiner Ort, viel Natur, wenig Umweltbelastungen durch Verkehr und Abgase.

#### 4.7 Hypothetisches Bedingungsmodell



In der Literatur werden als primäre kausale Faktoren genetische Faktoren, Schädigungen des Zentralnervensystems, Nahrungsmittelbestandteile sowie psychosoziale Faktoren in einem integrativen Modell zur Ätiologie von hyperkinetischen Störungen diskutiert:



Genetische Faktoren haben den stärksten Einfluss auf die Entwicklung der Störung. In Hinblick auf den Klienten A. weisen Temperamentsmerkmale auf die Heritabilität hin.

Neuere Studien zeigen ein erhöhtes Risiko für hyperkinetische Störungen bei Nikotingenuss und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, da diese Verhaltensweisen das Zentralnervensystem beeinflussen können. Die KM von A. rauchte während der Schwangerschaft 5-7 Zigaretten/ Tag, A. kam mit einem geringen Geburtsgewicht (unter 2500 g) auf die Welt.

Die Rolle der Ernährung bei der Entwicklung von hyperkinetischen Störungen ist fraglich und wird diskutiert. Neuere Studien (Frölich u. Döpfner 2008) zeigen, dass es zu einer Verminderung von hyperkinetischen Symptomen bei entsprechender Zufuhr von ungesättigten Fettsäuren kommt. In Hinblick auf A. ist festzustellen, dass seine Ernährung kohlenhydrat- und zuckerreich ist.

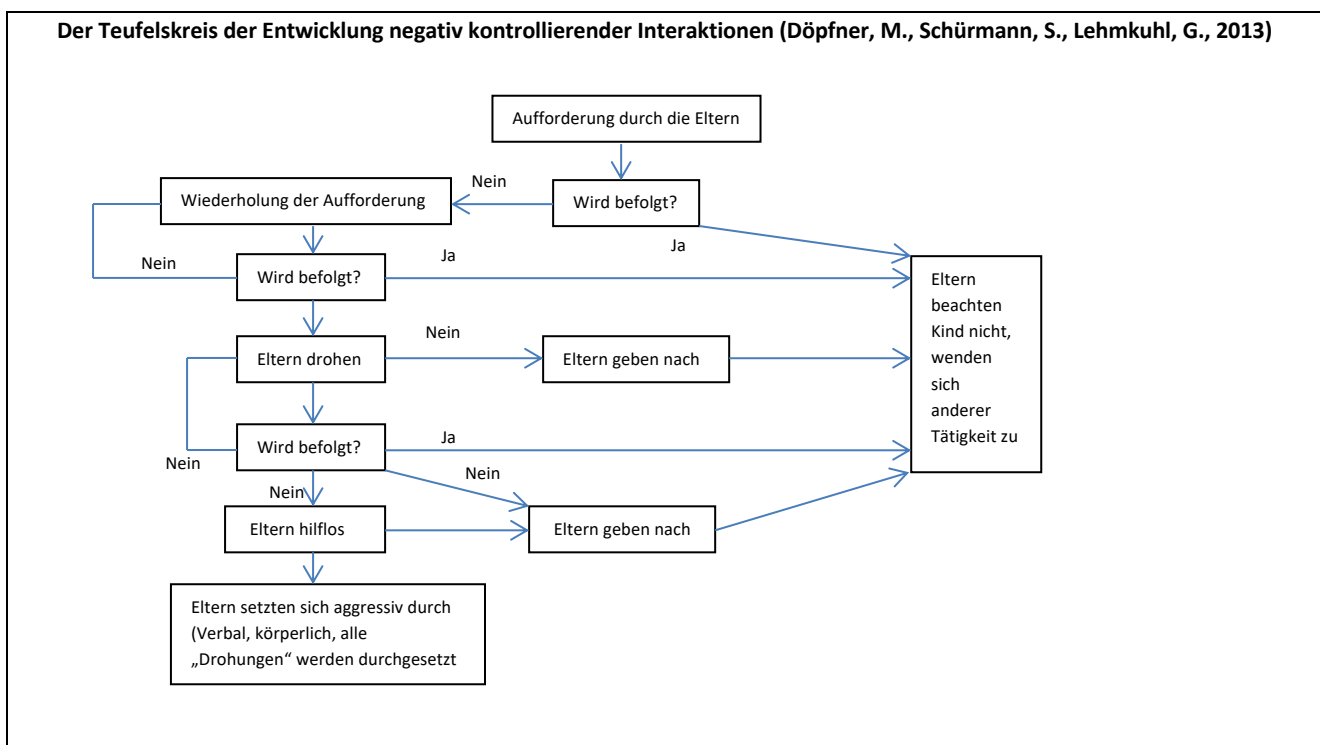
Psychosoziale Faktoren können die Ausprägung der Symptomatik, die Entwicklung komorbider Störungen und den Verlauf der Symptomatik im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells bei neurobiologisch vulnerablen Personen beeinflussen. Biederman et al. (2006) beschreibt, dass der Schweregrad der hyperkinetischen Symptomatik und der längerfristige Verlauf sowie die Komorbidität mit anderen Störungen mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen einhergehen. Dies weist auf Interaktionen zwischen genetischen Dispositionen und psychosozialen Bedingungen hin, die bislang noch wenig verstanden werden. In mehreren Studien wurde geringer sozioökonomischer Status, ungünstige familiäre Bedingungen, vor allem unvollständige Familien, überbelegte Wohnungen und psychische Störung der Mutter als Risikofaktoren für die Entwicklung von hyperkinetischen Störungen nachgewiesen werden (Scahill et al. 1999, Biederman et al. 1995a,b). Längsschnittstudien zeigen, dass überwiegend negative Eltern- Kind- Interaktionen im Vorschulalter mit der Stabilität von hyperkinetischen Symptomen korrelieren (Campbell 1990).

Bei dem Buben treffen folgende Risikofaktoren zu:

- Geringer sozioökonomischer Status: die KM ist stark verschuldet und arbeitslos.
- Ungünstige familiäre Bedingungen: instabile Familienstrukturen- Konflikte und Machtkämpfe
- Beengter Wohnraum: die KM hat keine Rückzugsmöglichkeit, wohnt mit A. in ihrem Kinderzimmer, nebenan ist die GM ms.
- Ungünstige und geringe Erziehungskompetenzen der KM, die wenig Erfahrung vermitteln; übernimmt nicht die Rolle und Verantwortung als Mutter, sieht ihn in einer partnerschaftlichen Rolle als „Freund, Kumpel und Leiter“.

Bei oppositionellen Verhaltensstörungen werden ähnliche kausale Faktoren diskutiert. Während man sich mittlerweile sicher ist, dass genetische Einflüsse bei der Entwicklung hyperkinetischer Störungen am bedeutendsten sind, nimmt man bei den oppositionellen Störungen an, dass Faktoren der psychosozialen Umwelt die größte Bedeutung zukommt. Die Bedeutung von psychosozialen Faktoren bei der Entstehung oppositioneller und aggressiver Störungen ist gut belegt. In der Literatur werden folgende Faktoren beschrieben, die auch bei dem Klienten zutreffen:

- Die Rolle gegenseitig erzwingender Interaktionen zwischen Eltern und Kind (siehe Modell: Teufelskreis der Entwicklung negativ kontrollierender Interaktionen, Döpfner et al., 2013)
- Mangelnde Aufsicht durch Eltern
- Extrem strenge bzw. inkonsistente Disziplinierungsmaßnahmen mit fehlender Kontrolle über das Kind.
- Sozioökonomische Benachteiligungen, die sich auch auf das Erziehungsverhalten auswirken und oppositionelles Verhalten beeinflussen.
- Die Artikulationsstörung als Entwicklungsdefizit und Komorbidität



Laut. Döpfner (2009) gelten als Hauptursache für die Entwicklung oppositioneller und aggressiver Verhaltensweisen in der frühen Kindheit inkonsistente Erziehung und mangelnde Kontrolle, verbunden mit verminderter Aufmerksamkeit für prosoziale Verhaltensansätze der Kinder. Diese ungünstigen Faktoren werden bei A. erfüllt.

#### 4.8 ICD-10 Diagnose

##### F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Somit erfüllt der Klient die Kriterien für eine hyperkinetische Störung (F90) und die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens (F91). Bei A. sind folgende Kardinalsymptome festzustellen:

- 1) Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufgaben abgebrochen oder frühzeitig beendet, Häufiger Spielwechsel durch hohe Ablenkbarkeit, usw.).
- 2) Motorische Überaktivität (Ruhelosigkeit, besonders in Situationen, die Ruhe verlangen, ausgeprägter Rededrang, Lärmen, Wackeln und Zappeln)

- 3) Impulsivität (nicht abwarten können, unterbricht und stört andere häufig, platzt in die Unterhaltung, Telefongespräche oder Spiele hinein).
- 4) Die charakteristischen Merkmale sollen vor dem 6. Lebensjahr begonnen haben und von längerer Dauer sein.

Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und andauerndes Muster, dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. Beispiele für Verhaltensweisen, die eine Diagnose begründen sind

- 1) Hat für das Entwicklungsalter ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche
- 2) Ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren
- 3) Häufige und schwere Wutausbrüche
- 4) Das Nicht Befolgen von Regeln und Anweisungen
- 5) Häufiges Lügen
- 6) Häufiges Streiten mit Erwachsenen
- 7) Ärgert andere absichtlich
- 8) Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere.
- 9) Ist häufig reizbar oder lässt sich von anderen leicht ärgern.

Schon als Kleinkind wird A. als überaktives, unruhiges, trotziges Kind beschrieben. Aktuell ist A. jähzornig, stur, quirlig, nervös, neugierig, motorisch unruhig, risikobereit, niedrige Frustrationstoleranz, habe eine geringe Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne, würde weglaufen und sei leicht ablenkbar und distanzlos. A. habe häufige Wutausbrüche, streite sich häufig mit der KM, der GM ms und den Kindergartenpädagoginnen, würde andere Kinder provozieren, häufig lügen, es komme zu aggressiven und oppositionellen Verhaltensweisen und es falle ihm schwer sich an Regeln und Grenzen zu halten und sehe in seinem Tun und Handeln nie die Schuld. Die Problemverhaltensweisen treten in allen Lebensbereichen auf. A. zeigt sich unbekümmert und risikobereit in gefährlichen Situationen, neigt zu Unfällen. Zudem habe er einen hohen Schmerzpegel, stürze sich von einem Risiko in das nächste. „Einfach so spazieren“ ist nicht möglich, es müsse immer „Action“ sein. Er will immer gewinnen, verlieren gelingt ihm nur schwer, zeigt nach einem verlorenen Spiel eine geringe Frustrationstoleranz. A. kann sich teilweise nur schwer in den Gruppenverband integrieren, es komme täglich zu Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen und/ oder Konflikten mit den Kindergartenpädagoginnen.

Differentialdiagnose:

Oppositionelle Verhaltensstörungen sind von folgenden anderen Störungsbildern und Bedingungen abzugrenzen:

- Alterstypisches oppositionelles Verhalten: Dies ist ein typisches Merkmal bestimmter Entwicklungsstufen, vor allem der frühen Kindheit (Trotzalter) und der Adoleszenz. Die diesbezüglich durchgeführte Testdiagnostik (CBCL, TRF, FBB-ADHS) mit T-Werten im klinisch relevanten Bereich weist jedoch auf das häufigere Auftreten von stark ausgeprägten Trotzverhalten hin als bei Kindern auf vergleichbarer Entwicklungsstufe beobachtet wird.
- Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens: die aggressiven Verhaltensweisen treten nicht nur in der Familie auf.

Zudem wird eine Artikulationsstörung (F80.0) diagnostiziert, die logopädisch behandelt werden soll. Generell zeigt sich bei diesem Störungsbild eine hohe Komorbidität zu Entwicklungsstörungen.

#### **4.9 Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS) nach dem ICD-10 für psychische Störungen des Kindes -und Jugendalters**

**Zusammenfassend:**

Achse I: F90.1

Achse II: ----

Achse III: Durchschnittliches kognitives Entwicklungsprofil

Achse IV: ----

Achse V: 5.1, 5.2 A,B

Achse IV: 3-4

## 5 Zielanalyse und Therapieplanung

### 5.1 Zielanalyse

#### Ziele des Patienten:

- Der Klient selbst hat keinen Leidensdruck, möchte primär spielen und Spaß haben.

#### Ziele der KM:

- Die KM möchte eine Reduktion der aggressiven, oppositionellen und trotzig Verhaltenweisen zu Hause und im Kindergarten erreichen und A. dabei unterstützen, positive Verhaltensweisen aufzubauen und sich in der Kindergartengruppe zu integrieren, so soll er z.B. einen Freund finden, den man auch einmal nach Hause einladen könnte.
- Die KM will sich in der Erziehung kompetenter, ruhiger und sicherer verhalten. So möchte die KM z.B. daran arbeiten, dass A. ein „Nein“ und „Stopp“ akzeptiert und sie nicht alles „100 mal“ sagen muss. Sie möchte wissen, wie sie mit aggressiv-oppositionellen Verhaltensweisen umgehen kann und ihren eigenen Stress in der Situation reduzieren kann, damit sie adäquat auf das Kind reagieren kann.
- Die KM möchte wissen, wie sie mit dem Thema Sexualität im Kindesalter, Doktorspiele umgehen kann bzw. soll.

#### Ziele des Therapeuten mit Begründung

Patientenzentriert	Elternzentriert	Kindergartenzentriert
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aufbau einer vertrauensvollen, empathischen Beziehung zwischen Therapeutin-Kind als Basis.</li> <li>➤ Spieltraining ist die Methode der Wahl, um ein intensives, ausdauerndes Spielverhalten zu entwickeln.</li> <li>➤ Kognitive Therapie: Konzentrationstraining</li> <li>➤ Aufbau von sozialen Kompetenzen in der Einzeltherapie, damit der Bub soziale Situationen üben und trainieren kann und sich in Konfliktsituationen nicht aggressiv verhält und Fähigkeiten bekommt, die die Selbststeuerung unterstützen.</li> <li>➤ Stärkung des Selbstwerts des Buben durch unmittelbares positives Feedback, wenn er Situationen gut gemeistert hat.</li> <li>➤ Aufbau von sozialen und emotionalen Kompetenzen in der Gruppentherapie damit der Bub Handlungsmöglichkeiten für schwierige Situationen im Kindergartenalltag bekommt und lernt mit seinem Ärger und Frust umzugehen.</li> <li>➤ Installierung einer Logopädie in Hinblick auf die sprachlichen Defizite (Artikulationsstörung)</li> <li>➤ Empfehlung einer Abklärung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psychoedukation als Basis (Erarbeitung eines Störungskonzeptes) für eine konstruktive Zusammenarbeit</li> <li>➤ Stärkung der Beziehung zwischen KM und dem Buben durch die Teilnahme an der Eltern- Kind- Gruppe und Aufbau einer positiven Eltern- Kind- Interaktion durch z.B.: die Einführung von Spielzeiten, die einen Weg aus dem negativen Teufelskreis darstellen.</li> <li>➤ Abbau von negativen und Aufbau von positiven Erziehungsverhalten: Die KM soll lernen, A. klare Anweisungen zu geben, ihn zu loben, vorhandene, positive Verhaltensweisen zu stärken und bei negativen Verhaltensweisen konsequent zu reagieren.</li> <li>➤ Umgang mit Stresssituationen: Es sollen Skills trainiert werden, die den Stress in der Situation reduzieren, damit die KM adäquat auf das Kind reagieren kann.</li> <li>➤ Psychoedukative Maßnahmen für einen adäquaten Umgang mit Sexualität im Kindesalter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psychoedukation der Kindergartenpädagoginnen: Aufklärung über das Störungsbild und die notwendigen Maßnahmen.</li> <li>➤ Skills Training für die Kindergartenpädagoginnen, damit der adäquate Umgang mit dem Kind in Stresssituationen gewährleistet ist.</li> <li>➤ Interventionen im Kindergarten (Auszeit, therapeutisches Ignorieren, etc.) um mit den aggressiv-oppositionellen Verhaltensweisen adäquat umzugehen.</li> <li>➤ Installierung einer Frühförderung für den sozial-emotionalen Bereich und zur Förderung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen.</li> </ul>

#### Gemeinsame Zielbestimmung

Die Ziele der KM und die des Therapeuten deckten sich überwiegend. Einige Ziele wie das A. lernen soll ein „Nein“ oder „Stopp“ zu akzeptieren, lernen auf die KM zu hören und dass sie nicht alles 100mal sagen muss waren u.a. auch die sekundäre Folge eines konsequenten Erziehungsstils. Hier war es wichtig, darauf hinzuweisen, dass auch an ihren Erziehungsverhalten gearbeitet werden muss, um in weiterer Folge das Verhalten von A. zu verändern. Wichtig war auch die Vernetzung und Zusammenarbeit mit dem Kindergarten, was der KM anfangs nicht leicht viel, da die Problemverhaltenweisen von A. schambesetzt waren und sie diese unmittelbar mit ihrem vermeintlichen Versagen als Mutter in Zusammenhang sah. Die Transparenz der Vorgehensweise und die psychoedukativen Maßnahmen und eine vertrauensvolle Beziehung waren hier wesentlich, dass die KM zu einer engmaschigen Zusammenarbeit mit dem Kindergarten einwilligte. Die KM stimmte allen von der Therapeutin formulierten, vorgeschlagenen Therapiezielen zu, sie war motiviert und einsichtig etwas zu verändern.

#### Erwartete Folgen der Zielerreichung

Die Erwartungshaltung der KM war groß. Sie umfasste den Aufbau der erzieherischen Kompetenzen mit der Folge, dass sich die KM sicherer im Umgang mit A. fühlt. Sie möchte klarere Regeln und Grenzen setzen und möchte damit erreichen, dass die Problemverhaltenweisen zu Hause als auch im Kindergarten wegfallen. Durch den Aufbau von

sozialen Kompetenzen in der Gruppen- und Einzeltherapie erhoffte sich die KM eine Reduktion der Problemverhaltensweisen im Kindergarten, was wiederum ihren persönlichen Leidensdruck sinken lassen würde.

## **5.2 Ableitung eines Therapieplans aus Problem- und Zielanalyse**

### **5.2.1 Auswahl von Problembereichen**

Im Mittelpunkt der Therapieziele standen die Reduktion der Problemverhaltensweisen im Kindergarten und im familiären Setting und der Aufbau von positiven Handlungsalternativen. Das persönliche Ziel der KM, sicherer im Erziehungserhalten zu werden, war in diesem Zusammenhang eines der wichtigsten Therapieziele da sie den Negativ-Teufelskreislauf mitbedingt. Das Durchbrechen der negativen Interaktionsmuster war wesentlich, um die Mutter- Kind-Beziehung zu stärken. Das Erkennen, welche Position A. im System einnimmt, war ein wichtiger Teil der Psychoedukation, da der KM bewusst wurde, wie wichtig es ist, ihre Rolle als Mutter einzunehmen und nicht weiterhin in der Position „Freundin/Kumpel“ vom Buben zu sein bzw. zu bleiben. Diese Erkenntnis war wesentlich für den Schritt diesbezüglich Verantwortung übernehmen zu können.

Umfeldzentrierte Interventionen (Elternt raining, Interventionen im Kindergarten) sind die verhaltenstherapeutischen Methoden der ersten Wahl. Kindzentrierte Interventionen können ergänzend hilfreich sein, sollten aber nicht als einzige Maßnahme durchgeführt werden (Döpfner, 2009).

Da bei einer Hyperkinetischen Störung im Sozialverhalten mehrere Lebensbereiche betroffen sind, ist eine multimodale Therapie erforderlich, die mehrere Behandlungsformen kombinieren. Somit kommt der Mitbehandlung des Kindergartens eine wichtige Rolle zu.

### **5.2.2 Planung und Auswahl therapeutischer Interventionen mit Begründung**

#### ➤ Beziehungsaufbau

- Ein emphatischer, verständnisvoller Beziehungsaufbau sind wie der Aufbau eines
- konstruktiven Arbeitsbündnisses wirkungsvolle Merkmale der Therapeut-Klient-Beziehung.
- Wesentlich sind das Entgegenbringen von Wertschätzung,
- Echtheit und
- konstruktives und informierendes Rückmeldungen in Form von Validierung, Anerkennung von Bemühungen und differentielles Verstärken (Zimmer, 2011).
- Beruhigende Versicherungen (Hoffmann und Hofman, 2011)

Das Vertrauen und die Transparenz ermöglichen in weiterer Folge in Hinblick auf die KM die Rückmeldung von Verhaltensweisen, die sich ungünstig auf das Kind auswirken. Auch der Beziehungsaufbau zu dem Buben ist enorm wichtig, da er mit seiner Motivation und seinem Mitleid die Therapieeffekte wesentlich beeinflussen kann. Da es zu Problemverhaltensweisen in der Einzel- und Gruppentherapie kommen kann und notwendige Konsequenzen gesetzt werden müssen, ist eine tragfähige Beziehung wichtig. Beruhigende Versicherungen im Rahmen der Therapie erweckten Hoffnung, schafften einen Perspektivenwechsel und einen Weg aus der Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht.

#### ➤ Diagnostik

Für eine individuelle Therapieplanung ist eine ausführliche Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik, ein Sozial-Emotionales Screening, eine HKS-Diagnostik als auch eine projektive Diagnostik wesentlich. Zudem wird eine medizinische Abklärung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie empfohlen.

#### ➤ Psychoedukation, Problemdefinition und Entwicklung eines Störungskonzeptes

- Psychoedukative Maßnahmen: Ursache, Verlauf von HKS
- Definition der Verhaltensprobleme des Kindes
- Erarbeitung der Elemente eines gemeinsamen Störungskonzeptes
- Entwicklung eines gemeinsamen Störungskonzeptes

Die Psychoedukation, die Erarbeitung des Störungskonzeptes und die Behandlungsfähigkeit der Störung waren ein wesentlicher Aspekt in der Arbeit mit der KM. Durch die Transparenz der Wissensvermittlung konnte die Compliance erhöht werden.

#### ➤ Gruppentherapie

- Förderung positiver Mutter-Kind-Interaktionen und Mutter-Kind-Beziehung
- Fokussierung der Aufmerksamkeit auf positive Erlebnisse mit dem Kind; Aufbau positiver Spielinteraktionen
- Tokensysteme (Ayllon und Cole, 2011)
- Auszeit (Döpfner, Schürmann und Lehmkuhl, 2006)
- Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Vermeidung von impulsiven und oppositionellem Verhalten (Döpfner, 2009):
  - Entwicklung effektiver Aufforderungen
  - Soziale Verstärkung bei Beachtung von Aufforderungen
  - Soziale Verstärkung bei nicht störendem Verhalten
  - Aufbau wirkungsvoller Kontrolle
  - Natürliche negative Konsequenzen
- Hausaufgaben (Wunschel & Linden, 2011)
- Verhaltensübungen- Rollenspiele (Hautzinger, 2011)
- Aufbau von Emotionswissen und –wortschatz (Petermann und Wiedebusch, 2016)

Die inhaltliche Zielsetzung der Gruppe war, Kinder mit unterschiedlichen Störungsbildern im Alter von 4,5-6 Jahren in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung positiv zu unterstützen. In der Gruppe sollen durch verschiedene verhaltenstherapeutische Interventionen (Rollenspiele, verbale/nonverbale Verstärkung, Tokensystem, Auszeit, therapeutisches Ignorieren, Lernen am Modell) sozial-emotionalen Fähig- und Fertigkeiten aufgebaut und gestärkt werden. Parallel dazu werden die Eltern in Hinblick auf den Umgang mit oppositionellem, trotzigem, schüchternem und ängstlichem Verhalten gecoacht aber auch im Umgang mit Gefühlen und auf Stresssituationen sensibilisiert. Anschließend werden die in den zwei Gruppen bearbeiteten Inhalte in Form von gemeinsamen Spielen umgesetzt. Durch umfangreiches Emotionswissen und Umgang mit Emotionen soll prosoziales Verhalten aufgebaut und gefördert werden.

Die Spiele sollen u.a. dabei unterstützen, die Selbst- und Fremdwahrnehmung zu schulen und A. dabei helfen zu erkennen, wo seine Grenze und die der anderen ist. Die KM hat anschließend die Möglichkeit, das in der Elternstunde vermittelte (Handlungs)Wissen in der Gruppe direkt umzusetzen: sie kann ausprobieren, A. effektiv zu steuern, ihn positiv zu verstärken, zu Loben und konsequent bei Grenzüberschreitungen zu reagieren. Die KM wird dabei therapeutisch unterstützt und angeleitet, sodass sich ein kompetentes Erziehungsverhalten entwickeln kann und sich die KM zunehmend sicherer fühlt.

Um die neu erlernten Verhaltensweisen auch im familiären Setting aufzubauen und zu integrieren, werden nach jeder Gruppenstunde Hausaufgaben bis zur nächsten Woche definiert, die sich auf die Inhalte der Therapiestunde beziehen. Dies stellt einen unverzichtbaren und integralen Teil der Therapie dar, da die Lerneffekte der Gruppentherapie beschleunigt und effizienter gestaltet werden können.

#### ➤ Einzeltherapie des Kindes

- Spieltraining (Döpfner und Sattel, 2013)
- Kognitives Training: Konzentrationsspiele (diverse Puzzlespiele, Memory, Regelspiele)
- Token System (Ayllon und Cole, 2011)
- Verhaltensübungen- Rollenspiele (Hautzinger, 2011)

„Aufgrund der entwicklungsbedingten geringeren Autonomie des Vorschulkindes und der höheren Abhängigkeit seines Verhaltens vom unmittelbaren Umfeld kommt familien- und kindergartenzentrierten Interventionsformen eine bedeutende Rolle zu. Unmittelbar auf das Kind zentrierte pädagogisch-therapeutische Interventionen sind im Vorschulalter kaum entwickelt worden. Kognitive Interventionsformen, wie Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement-Methoden, sind im Vorschulalter aufgrund der mangelhaft entwickelten kognitiven Selbststeuerungsfähigkeit nicht anwendbar.“ (Döpfner, Schürman und Frölich, 2013)

Die Einzeltherapie des Kindes soll sich auf die hyperkinetischen Symptome des Kindes konzentrieren. Das Spieltraining (Döpfner und Sattel, 2013) ist hier die Methode der Wahl. Sie ist bei Kindern von etwa vier bis acht Jahren indiziert, bei denen eine ausgeprägte Ablenkbarkeit, Unruhe und Impulsivität in Spiel- und Beschäftigungssituationen dazu führt, dass das Kind kaum ein intensives und ausdauerndes Spielverhalten entwickelt. Ziel ist es, dass sich positive Spielinteraktionen und ein intensives Spiel- und Beschäftigungsverhalten und die Verbesserung der Selbststeuerung entwickelt. Verstärkt wird mit dem Token System. Neben dem Spieltraining soll es auch Rollenspiele geben, um vorhandene prosoziale Verhaltensweisen zu erkennen, zu fördern und auszubauen. Regelspiele, die sowohl das

impulsive Verhalten trainieren als auch die prosozialen Verhaltensspielraum erweitern, sollen ebenfalls Anwendung finden.

➤ Coaching der KM

- Psychoedukation: Störungsmodell; Genesemodell; Psychosexuelle Entwicklung im Kindesalter
- Biografiearbeit
- Aufbau und Förderung positiver Mutter-Kind-Interaktionen und Mutter-Kind-Beziehung (s.o.)
- Fokussierung der Aufmerksamkeit auf positive Erlebnisse mit dem Kind (s.o.)
- Aufbau positiver Spielinteraktionen (s.o.)
- Etablierung von Tokensysteme und Auszeit im familiären Setting (Döpfner, 2006)
- Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Vermeidung von impulsiven und oppositionellem Verhalten: (s.o.)
  - Entwicklung effektiver Aufforderungen
  - Soziale Verstärkung bei Beachtung von Aufforderungen
  - Soziale Verstärkung bei nicht störendem Verhalten
  - Aufbau wirkungsvoller Kontrolle
  - Natürliche negative Konsequenzen
- Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen: Bewältigung von Verhaltensproblemen in der Öffentlichkeit (Einkaufen, Spazieren gehen, Abholsituation im Kindergarten)
- Skillstraining (Wolf und Grathwol, 2011)
- Progressive Muskelrelaxation (Derra und Linden, 2011)
- Rollenspiele – Verhaltensübungen (Hautzinger, 2011)
- Positive Selbstverbalisationen (Fliegel, 2011)
- Kognitives Umstrukturieren dysfunktionaler Denkmuster (Hautzinger, 2011)

In Anlehnung an die Gruppentherapie soll auf den bereits erlernten positiven Erziehungsverhaltensweisen aufgebaut und diese verstärkt werden. Um den Prozess des Verstehens zu unterstützen sind psychoedukative Maßnahmen (Genesemodell; Situationsanalyse) wesentlich: Die KM kann dadurch erkennen, warum es wichtig ist zu loben und Grenzen zu setzen. Die Motivation der Veränderung der Verhaltensweisen bei Buben soll durch die Etablierung von Tokensysteme im familiären Setting gesteigert werden.

In der Biografiearbeit mit der KM sollen die Persönlichkeitsanteile beleuchtet werden, die ein konsequentes und klares Erziehungsverhalten blockieren. Diese Aspekte sollen in diesem Rahmen beleuchtet werden, da sie für die Entstehung und Aufrechterhaltung der hyperkinetischen Verhaltensweisen des Buben wesentlich sind. An dieser Stelle soll im Bedarfsfall eine psychotherapeutische Unterstützung für die KM empfohlen werden.

Zusätzlich zu den pädagogisch-therapeutischen Interventionen bietet das Skills- Training den Umgang mit Krisen- und Stresssituationen zu erlernen, damit die KM die Möglichkeit hat, adäquat auf das Kind zu reagieren. Im Rahmen von Entspannungsverfahren (z.B.: PMR und Phantasiereisen) werden effektive Wege vorgestellt, um von einen Anspannungs- in eine Entspannungszustand zu kommen.

Durch Rollenspiele mit der KM werden in spezifischen, schwierigen und wiederkehrenden Problemsituationen (Einkaufen, Abholsituation im Kindergarten und Spazieren gehen) neue Verhaltensweisen trainiert. Die unmittelbare Rückmeldung und das gemeinsame Reflektieren mit der Therapeutin sollen die Handlungskompetenzen fördern und ausbauen.

Dysfunktionale Wahrnehmungen, Bewertungen, Interpretationen sollen durch die Technik des kognitiven Neubenennens verändert werden. Geplant ist auch die Integration von Selbstinstruktionen, die eine effizientere Handlungssteuerung und Selbstkontrolle ermöglichen, um adäquat auf das Kind reagieren zu können.

Im Hinblick auf die Sexualität im Kindesalter wird die KM aufgeklärt. Durch diese Informationen kann ihre Angst reduziert werden. Anhand von Kinderbücher kann die Möglichkeit aufgezeigt werden, einen Zugang zu diesem Tabuthema zu finden.

Coaching der Kindergartenpädagoginnen

- Situationsanalyse: Auswahl von wiederkehrenden Problemsituationen mit definiertem Beginn und Ende
- Tokensysteme und Auszeit (s.o.)

- o Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Vermeidung von impulsiven und oppositionellem Verhalten: (s.o.)
  - Entwicklung effektiver Aufforderungen
  - Soziale Verstärkung bei Beachtung von Aufforderungen
  - Soziale Verstärkung bei nicht störendem Verhalten
  - Aufbau wirkungsvoller Kontrolle
  - Natürliche negative Konsequenzen
- o Skillstraining zur Krisenbewältigung (s.o.)
- o Aufbau einer konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Mutter und Kindergartenpädagoginnen

Mittels einer Situationsanalyse werden die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen vom Verhalten des Buben analysiert werden. Auf dieser Basis sollen Interventionen gesetzt werden, die den Alltag der Kindergartenpädagoginnen erleichtern und das Problemverhalten von A. in der Gruppe schrittweise reduzieren. Das Erarbeiten von adäquaten Verhaltens- und Reaktionsweisen der KGPs, die das Verhalten von A. langfristig positiv beeinflussen bekommt einen wichtigen Stellenwert in der gesamten Therapie, da A. täglich mit der Kindergartengruppe konfrontiert wird und somit auch täglich üben kann, wenn die Kindergartenpädagoginnen wissen, wie sie A. dabei gut unterstützen können, dies zu lernen. Zusätzlich werden Skills vorgestellt, um einen Weg aus den Stresssituationen mit dem Buben zu finden um adäquat auf ihn reagieren zu können. Wesentlich ist auch der Aufbau einer wertschätzenden und respektvollen Kommunikation zwischen Mutter und Kindergartenpersonal.

### 5.2.3 Ablaufplan und Prioritäten des Vorgehens

Am Anfang der Therapie ist der Beziehungsaufbau wesentlich, anschließend folgt Diagnostik, Problemdefinition und Entwicklung eines Störungskonzeptes. Es soll mit der Einzeltherapie und parallel dazu mit dem Coaching der Mutter und der Kindergartenpädagoginnen begonnen werden um eine Entlastung zu bewirken und den Leidensdruck zu reduzieren. Im Anschluss findet die Gruppentherapie statt, um bereits erlernte Handlungskompetenzen anwenden zu können.

### 5.2.4 Geplante Maßnahmen zur Generalisierung und Aufrechterhaltung des Therapieerfolges

Gemeinsam mit der KM sollten in Hinblick auf die Problemverhaltensweisen Regeln, Grenzen und Konsequenzen definiert werden, die den notwendigen Rahmen für die Etablierung und Aufrechterhaltung von neuen, prosozialen Verhaltensweisen gewährleisten.

Mindestens genauso wichtig wie Regeln, Grenzen und Konsequenzen sind Rituale und positive gemeinsame Spielzeiten, die dem Kind Sicherheit und Orientierung vermitteln und den Selbstwert des Kindes steigern sollen. Dadurch werden die positiven Mutter-Kind-Interaktionen gestärkt und die Beziehung zueinander stabilisiert.

Zur Reduzierung der hyperkinetischen Symptomatik wird die KM im Spieltraining gecoacht, sodass der Transfer zu Hause als auch in den Kindergarten gewährleistet ist. Die Möglichkeit, dass sich der Bub in einem Vereinssport austobt, seine Energien in Sport umsetzt und sich gleichzeitig im Sozialverhalten mit Gleichaltrigen üben kann, wird von der Therapeutin vorgeschlagen werden.

Aufgrund der psychoedukativen Maßnahme in Hinblick auf die Sexualität im Kindesalter kennt die KM nun den Unterschied zwischen Doktorspielen und Übergriffen. Dies bietet ihr Sicherheit im Umgang mit dieser Thematik und auch gibt ihr die Fähigkeit weitere mögliche Vorfälle einordnen zu können und dementsprechend zu reagieren.

Es werden regelmäßige Coachings im Kindergarten angeboten. Diese Gespräche bieten Platz für Fragen aber auch für das Einüben von Interventionen, sodass die Aufrechterhaltung auch außerhalb des familiären Settings gewährleistet ist. Durch die Therapeutin wird auch telefonische Unterstützung angeboten.

Aufgrund der schwierigen finanziellen Situation, der Wohnsituation und Vulnerabilitäten im Laufe der Lebensgeschichte der KM, wird eine Psychotherapie empfohlen, die sich mit diesen Themen auseinandersetzt.

Da sich die Besuchskontakte zum KV vorwiegend schwierig gestalten, wird der KM empfohlen, Kontakt mit dem Jugendamt aufzunehmen, um den Buben in diesem Rahmen durch z.B. „Besuchercafés“ schützen zu können.

### 5.2.5 Evaluation der Therapie

Der Therapieerfolg wurde mit folgenden Messinstrumenten evaluiert:

- Der KM wurde jeweils zu Therapiebeginn und –abschluss der CBCL und der Beurteilungsbogen für Eltern (FBB-ADHS) ausgehändigt.



- Der gruppenleitenden Kindergartenpädagogin wurde ebenfalls zu Therapiebeginn und –abschluss der TRF und der Beurteilungsbogen für Erzieherinnen (FBB-ADHS) ausgeteilt.

Neben dem standardisierten Messverfahren fand in regelmäßigen Abständen eine Befragung der subjektiven Einschätzung und Beobachtung statt.

## **6 Verlauf der Therapie**

### **6.1 Formale Beschreibung des Therapieverlaufs**

Die Therapie umfasste insgesamt 13 Therapieeinheiten im Gruppensetting (zu je 120 Minuten), 10 Therapieeinheiten im Einzelsetting mit dem Klienten (zu je 60 Minuten), 13 Therapieeinheiten im Einzelsetting mit der KM (zu je 90 Minuten), zwei Therapieeinheiten im Eltern-Kind-Setting und 4 Einheiten mit den Kindergartenpädagoginnen vor Ort (zu je 90 Minuten). Die Dokumentation erfolgte in ausführlicher Form schriftlich durch den Therapeuten, den firmeninternen Dokumentationssystem, sowie anhand von Fotografien der projektiven Diagnostik und Fotografien des Gruppenprozesses.

### **6.2 Zielbezogene inhaltliche Beschreibung des Therapieverlaufs inklusive verwendeter therapeutischer Interventionen**

Bezüglich der verwendeten Interventionen wird, sofern nicht im Fließtext ebenfalls erwähnt, auf die Therapieplanung verwiesen.

Mit der in der Therapieplanung skizzierten Reihenfolge, also Start mit Einzeltherapie und dem Coaching der KM, konnte aufgrund des Krisenmanagements, der Entlastungsgespräche, Diagnostiktermine und Weihnachtsfeiertage nicht unmittelbar begonnen werden. Der Start der Gruppentherapie war für Mitte Februar geplant, somit bot es sich an, mit dieser zu starten. Die Einzeltherapie und das Coaching der KM fanden parallel nach der Gruppentherapie statt. Die Therapieplanung wurde mit den Mutter-Kind-Therapiestunden erweitert, da es äußerst sinnvoll erschien, im Mutter-Kind-Setting negative Interaktionsmuster aufzuzeigen und positive aufzubauen.

#### ➤ Beziehungsaufbau

Über den gesamten Therapieverlauf war eine wertschätzende, transparente und auch humorvolle Beziehung die Basis der Therapeut- Klient-Beziehung. Durch die tragfähige Basis war es möglich, der KM schwierige Erziehungsmuster rückzumelden und Alternativen zu erarbeiten. Die Therapeutin war vorsichtig und behutsam in dem wie er „Ratschläge“ erteilte, holte sich vorher immer die Erlaubnis der KM, einen Vorschlag bringen zu dürfen. Die Therapeutin konnte eine gleichgestellte, nicht belehrende Basis herstellen, welche aufgrund der Biografie und der Persönlichkeitsstruktur einen wesentlichen Aspekt für die Therapie darstellte. Durch diese Beziehungsgestaltung war es möglich, dass die KM zunehmend sicherer und selbstverantwortlicher (re)agierte.

#### ➤ Krisenmanagement, Entlastungsgespräche

Zu Beginn war es wichtig der KM Raum für ihre Sorgen und Ängste in Hinblick auf stattgefundene Doktorspiele im Kindergarten, die psychosexuelle Entwicklung im Kindesalter und den Umgang damit zu geben. Hier war es wichtig, das Thema Sexualität im Kindesalter zu enttabuisieren und irrationale Ängste durch psychoedukative Maßnahmen abzubauen. Für den familiären Bereich wurden der KM als „Türöffner“ zu dieser Thematik Bücher empfohlen, die sich mit dem Thema auf kindgerechte Art und Weise befassen z.B.: „Mein Körper gehört mir!“ (Geisler, 2002) und „Das große und das Kleine Nein“ (Braun, 1997)

#### ➤ Diagnostik

Die Diagnostik war wesentlich und stellte u.a. die Basis für die Therapieplanung dar (siehe unter Exploration /Anamnese). Die KM kam der Empfehlung, den Buben durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie medizinisch abklären zu lassen, nicht nach.

#### ➤ Gruppentherapie

Die Ziele dieser Gruppe wurden bereits unter dem Punkt Therapieplanung vorgestellt.

Die Gruppentherapie bestand aus jeweils 10 Eltern-Kind-Einheiten mit drei begleitenden Elterntreffen, jeweils zum Beginn, in der Mitte und am Ende der Gruppenbehandlung. Die erste Stunde wurde immer in zwei Teile gesplittet, so gab es eine Kindergruppe und parallel dazu in einem separaten Raum fand die Elterngruppe statt. Die Kinder wurden durch zwei Therapeutinnen begleitet, die Eltern wurden kurz inhaltlich durch eine Therapeutin instruiert. Die

Instruktionen in der Elterngruppe waren inhaltlich auf die Kindergruppe abgestimmt, boten Raum zum gemeinsamen Reflektieren und Erfahrungen mit anderen Eltern auszutauschen. Sie waren freiwillig zu bearbeiten, sollten als Anregungen verstanden werden, sich mit dem Kontext auseinanderzusetzen, sodass auch noch genügend Zeit blieb, um soziale Kontakte zu knüpfen. Durch die Gruppenregeln (Verschwiegenheit, Wertschätzung, etc.) und die relativ freie Gestaltung der Elterngruppe konnte eine vertrauensvolle, warmherzige, wertschätzende und humorvolle Atmosphäre geschaffen werden.

Nach einer der getrennten Stunde wurden die zwei Gruppen zusammengeführt und es wurde anhand von Spielen und Eltern-Kind-Übungen an den Inhalten der jeweiligen Therapieeinheit angeknüpft. So konnte im Vorhinein ein Bewusstsein und eine reflektierte Herangehensweise hergestellt werden.

In der Kindergruppe wurde in den Einheiten 1bis 10 die Emotionen „Freude“, „Wut“, „Angst“, „Traurigkeit“ bearbeitet. Anhand von Situationskärtchen, Rollenspielen, Spielen, Darstellung von Gestik und Mimik zu dem jeweiligen Gefühl, Erkennen und Benennen von Gefühlen, die eine andere Person zeigt, wurden die Gefühle in einer erlebbaren Art und Weise bearbeitet. Für die Kinder war die spielerische Aufbereitung wesentlich, um eine Motivation herstellen zu können, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang wurde auch eine „Gefühleuhr“ gebastelt, die zu Hause Anwendung finden sollte. Diese sollte auf einem gut sichtbaren Ort platziert werden, das Kind als auch die KM sollen sich täglich ein Gefühl aussuchen und beschreiben, warum sie das gerade fühlen. Dies bildet Zeit und Raum um über Gefühle zu sprechen.

Die Kinder kamen sehr gerne in die Gruppe, die Gruppenregeln, die immer vor Beginn jeder Einheit wiederholt wurden, wurden bis auf wenige Ausnahmen akzeptiert und eingehalten. Dem Buben war die Gruppe sehr wichtig, es machte ihn sichtlich viel Spaß, er arbeitete gut und motiviert mit. Die impulsiven Verhaltensweisen konnten mittels Tokensystem, verbale Verstärkungen, Lernen am Modell gut gesteuert werden. So wurden z.B. am Vorbild anderer Kinder, die es schafften, aufzuzeigen und nicht herauszuschreien, gelobt und mittels Punkte verstärkt, sodass er bemüht war, es ihnen gleich zu tun.

In der 4. Einheit schaffte er es nicht, sich an die Gruppenregeln zu halten. Er provozierte und störte den Gruppenablauf. Daraufhin wurde die Auszeit eingesetzt, aber auch in dieser provozierte er und schaffte es nicht, wieder mitzumachen. Letztendlich wurde er mit seiner KM nach Hause geschickt mit dem Ausblick auf die nächste Therapieeinheit und der Zuversicht, dass er es das nächste Mal sicher wieder schaffen würde mitzumachen. Nach dieser Einheit musste die Auszeit nicht mehr eingesetzt werden. Wesentlich für den Buben waren das konsequente Handeln der Therapeutin und die erlebte Grenzsetzung in der Situation. Die KM unterstützte dies durch ihr ebenfalls konsequentes Handeln und lies sich nicht durch das bitterliche, trotzige Weinen ihres Sohnes abbringen.

Aufforderungen, therapeutisches Ignorieren und Verstärken von positiven Verhaltensweisen alleine reichten in Zukunft, dass er es wieder schaffte, sich am Gruppenprozess zu beteiligen. Durch das Token-System war der Bub sehr gut zu motivieren, denn am Ende der Stunde gab es immer einen „Punktekönig“. Während des Gruppenverlaufs wurden bewusst Verhaltensweisen unmittelbar gelobt und verstärkt, die ihm schwer fielen: abwarten, sich ruhig verhalten, wenn jemand spricht, auf der Teppichfließe sitzen bleiben, sich länger konzentrieren, prosoziale Verhaltensweisen (helfen, unterstützen, achtsam miteinander umgehen) und nicht frustriert und wütend werden, wenn er nicht gewinnt.

Im Beisein der KM war der Bub distanzlos und grenzüberschreitend und überhörte ihre Anweisungen. Es fiel auf, dass die KM das Verhalten einerseits witzig fand, lachte und somit verstärkte. Andererseits fiel auch ihre Hilflosigkeit und Ohnmacht im Umgang mit ihm auf. Diese versuchte sie immer wieder mit Liebesentzug oder Ausüben von emotionalem Druck zu steuern („Wenn du jetzt nicht herkommst, dann bin ich ganz traurig, dann sind wir leider kein Team mehr!“).

Die gemeinsamen Eltern-Kind-Übungen verstand der Bub als Wettkampf, so wollte er immer „Erster“ sein, „gewinnen“ und vor den anderen im Ziel sein, obwohl es nicht um Geschwindigkeit ging. Die KM schaffte es nicht ihn in dem Moment zu steuern und ließ es mit sich geschehen. Erst durch das unmittelbare Feedback der Therapeutin wurde der KM bewusst, dass sie Grenzen setzten musste bzw. schaffte es aus ihrer Ohnmacht heraus und bekam dadurch ein erlebbares Erfolgserlebnis in der Steuerung des Buben. Durch das Erfolgserlebnis erhöhte sich die Frequenz an positiven erzieherischen Verhaltensweisen im Laufe der Gruppenintervention.

### Einzeltherapie mit dem Buben

Die Einzeltherapie mit dem Buben umfasste 10 Einheiten und startete nach der Gruppentherapie. In Anlehnung an das Konzept von Döpfner, Schürman und Frölich (2013) wurde ein ausdauerndes Spielverhalten trainiert. Auch hier wurden die bereits bekannten Methoden (Token System, Ignorieren, unmittelbares Verstärken von positiven Verhaltensweisen, Ignorieren von Problemverhaltensweisen) angewendet. Die Spieltherapie wurde in unstrukturierte und strukturierte Spielsituationen aufgeteilt. Der Bub schaffte die Spiele fertig zu spielen bei immer besser werdender Konzentration und

Ausdauer, das impulsive Verhalten konnte so gut reduziert werden. Neben der Spieldauer wurden auch die sozialen Kompetenzen anhand von Rollenspielen mit Handpuppen trainiert. Es wurden typische Problemsituationen im Kindergarten mit einer unmittelbaren positiven Lösung gespielt. Dem Buben fiel es schwer, positive Spieldausgänge zu spielen, seine typischen ersten (impulsiven) Reaktionen waren immer negativ (Hauen, Auslachen, etc.). Deshalb wurde das „Stopp-Schild“ implementiert, welches ihn daran erinnern sollte, sich in erster Linie in seiner Handlung zu unterbrechen/ abzustoppen und eventuell in weiterer Folge nachzudenken, was er als Nächstes tun könnte. Nachdem sich das Spiel- und Beschäftigungsverhalten in der Therapiestunde durch das Spieltraining verändert hatte, wurde die KM in das Spieltraining am Ende der Spielstunde integriert und dazu angeleitet, das Spieltraining als Spiel- und Übungsstunde zu Hause fortzusetzen. So verwendete die KM als Stopp-Schild eine „rote Karte“ („wie bei den Fußballern, die in die Auszeit gehen müssen“). Die Karte ist häufig in Gebrauch, vor allem dann, wenn A. es nicht schafft sich zu stoppen (Typische Alltagssituationen: Einkaufen, Übergabe- und Abholsituationen im Kindergarten, Besuch, etc.). Der Bub schafft es durch die Unterstützung des visuellen Reizes, sich besser zu steuern. In Anlehnung an das Spieltraining im therapeutischen Setting schuf die KM Zeit und Raum für Spiele, welche Konzentration, Ausdauer, Aufmerksamkeit und Frustrationstoleranz trainierten (Puzzle, Jenga, Malen, Figuren ausschneiden, etc.). Damit konnten die Effekte des Spieltrainings aufrechterhalten und ausgebaut werden.

### ➤ Coaching der KM

Die Inhalte des Coachings der KM waren wie bereits oben erwähnt, psychoedukative Maßnahmen (Genesemodell, SORKC-Modell, individuelles Störungsmodell, etc.). Hier ging es um Fragen wie: Wie lobe ich richtig? Wie kann ich positive Verhaltensweisen aufbauen und negative reduzieren? Was bedeutet konsequentes Erziehungsverhalten? Was sind adäquate Konsequenzen, die ich meinem Kind geben kann? Die Beantwortung und Bearbeitung dieser Fragen waren für die KM wesentlich, damit sie aus ihrer Ohnmacht und Hilflosigkeit kommen und eine neue, aktive und positive Handlungsrolle einnehmen konnte.

Gemeinsam mit der KM wurden Familienregeln erarbeitet, die mit dazu passendem Bildmaterial und der Gestaltung eines Plakats unterstrichen wurden. Die Wertigkeit der Regeln stieg automatisch, das gemeinsame Gestalten des Plakats schuf positive Mutter-Kind-Zeit.

Zusätzlich dazu wurde ein Verstärkerplan (Tokensystem) erarbeitet, der die neuen Regeln implementierte und somit schrittweise problematisches Verhalten in Alltagssituationen abbaute und positive, selbstständige und -steuernde Verhaltensweisen aufbaute. Um die KM und den Buben nicht zu überfordern und die Motivation für eine Verhaltensveränderung herzustellen, wurden 3 Verhaltensweisen in den Plan aufgenommen, die der Klient mit großer Wahrscheinlichkeit gut schaffte (Anziehen, Zähneputzen, Gesicht waschen) und eine Verhaltensweise, die häufig eine Problemsituation darstellte (nach dem Spielen die Spielsachen in die dafür vorgesehenen Boxen verstauen). Dadurch konnte die KM immer mehr positive Verhaltensweisen in den Alltag bewusst wahrnehmen und verstärken (selbstständiges Aufräumen, länger andauernde Spielsequenzen, wo sich der Bub alleine beschäftigen kann, wenn die KM mit jemand redet, nicht unterbrechen, etc.) und schaffte dadurch einen Weg aus dem negativen Eltern-Kind-Interaktionsmuster.

Anhand von Rollenspielen, in denen immer wiederkehrende und häufige Problemsituationen trainiert wurden, fühlte sich die KM durch erfolgreich bewältigte Problemsituationen selbstwirksamer, handlungsfähiger, sicherer und auch selbstbewusster in ihrem Erziehungsverhalten. Sie konnte neue Erfahrungen machen, die sie in ihrem Tun bestätigten und die Nachbesprechungen der Rollenspiele gaben ihr Sicherheit. Typische Problemsituationen, wo das Rollenspiel zur Anwendung kam, waren: Abholsituation vom Kindergarten, Einkaufen im Geschäft, Umgang mit einer Trotzreaktion, wenn der Bub etwas nicht bekam. Dadurch kam es auch zu einer zügigen Abnahme der Problemsituationen, die bei der KM den größten Stress auslösten. Der KM konnte gezeigt werden, wie sie ihre Stimme, ihre Körpersprache, ihre Aufmerksamkeit, ihre verbalen Aufforderungen wirkungsvoll einsetzen kann, damit ihre Botschaft unmissverständlich beim Empfänger landet.

Dysfunktionale Wahrnehmungen und Interpretationen (z.B.: „Ich bin eine unfähige, inkompetente Mutter!“; „Die Kindergartenpädagoginnen denken, dass ich mich nicht durchsetzen kann!“, etc.) konnten mittels kognitiver Umstrukturierung abgebaut werden. Durch die positiven Selbstverbalisationen, welche auf bunte Zettel geschrieben und gut sichtbar auf eine Pinnwand gehängt wurden, entstand mehr Zuversicht für das eigene Tun und Handeln und wirkte sich positiv auf die Selbstwirksamkeit aus.

Da die KM in Stresssituationen schnell aufbrausend war, war es wichtig, Wege mittels Skills-Training zu erarbeiten, die ihr halfen, von der Anspannung wegzukommen um adäquat auf das Kind reagieren zu können. Voraussetzung, dass sie dies schaffte, war das Erkennen der Situation inkl. ihrer körperlichen, emotionalen und kognitiven Reaktionen mittels Situationsanalyse. Die Methode der Wahl war 3-5 Minuten räumliche Distanz (Balkon, WC, Bad) und das Singen von Kinderliedern (z.B.: Pippi Langstrumpf), welches sie beruhigte.

Als Entspannungsmethode wurde die Progressive Muskel Relaxation (PMR) ausprobiert, diese war jedoch für die KM im Alltag schwer umsetzbar und nicht „praxisnahe“ genug. Am besten konnte sie entspannen, wenn sie auf den Balkon rauchen ging.

Auf eine konstruktive Zusammenarbeit mit dem Kindergarten wurde hingewiesen, da sie wesentlich für den Erfolg der Therapie ist. Die KM nahm dies zur Kenntnis, schaffte es aber nicht, diesen Schritt in die Praxis umzusetzen. Einerseits aus Gründen der Antipathie gegenüber einer Kindergartenpädagogin und andererseits aus Angst als Klagemauer zu fungieren, da es sich herausstellte, dass es auch von Seiten des Kindergartens schwierig erwies, auch Positives rückzumelden.

Im Laufe der Therapie zeigten sich immer wieder unbewältigte Konflikte aus ihrer Biografie, aber auch die aktuelle Lebens- und Arbeitssituation war so belastend, sodass eine Einzelpsychotherapie empfohlen wurde. Es zeigte sich im Laufe der Therapie eine Affinität zur Esoterik. Bevor sie es mit einer Psychotherapie versucht, wolle sie zuerst diesen Weg ausprobieren.

#### ➤ Eltern-Kind-Therapie-Einheiten

Die Eltern-Kind-Einheiten wurden als Diagnostikinstrument zum Erkennen negativer Interaktionsmuster verwendet. Mit der KM wurde vorab besprochen, dass es zu direktem, wertfreiem Feedback und Interventionen seitens der Therapeutin in den Einheiten kommen würde. Dies war wichtig, damit die KM Interaktionen erkennen konnte, sie sich nicht belehrt und sich nicht in ihrer Rolle und Kompetenz als Mutter gekränkt fühlte. In einer Mutter-Kind-Therapieeinheit saßen Mutter und Kind Rücken an Rücken. Jeder bekam von der Therapeutin die gleiche Anzahl von Plastilin. Die KM musste sich im Gedanken ein Bild überlegen und hatte anschließend die Aufgabe, ihrem Sohn exakte und konkrete Anweisungen zu geben, sodass er zum Schluss das gleiche Bild wie sie vor sich liegen hat. In dieser Übung ging es darum, dass die KM den Unterschied zu erkennen lernte, wie sich der Bub verhält, wenn effektive Aufforderungen ihrerseits gegeben wurden. In einer weiteren Therapieeinheit war die Aufgabe, eine gemeinsame „Familienflagge“ zu malen. Die Aufgabenstellung war frei: alles war erlaubt nur Mutter und Kind mussten sich einig sein bzw. ausreden, was auf das Plakat gemalt wird. Hier wurde deutlich, wie schwer es der KM viel, sich durchzusetzen. Sie reagierte kindlich-trotzig und setzte den Buben emotional unter Druck („Dann sind wir eben kein Team mehr!“), sodass er entweder nachgab, ihr entgegenkam oder stur und trotzig blieb und anfang zu provozieren.

Da die KM dem Kind gegenüber oft trotzig und kindlich reagierte, war es in Hinblick auf den Erfolg der Therapie wesentlich, der KM Persönlichkeitseigenschaften und Reaktionsmuster aufzuzeigen, die zur Aufrechterhaltung der hyperkinetischen Störung beitragen, sich nicht förderlich und blockierend im Hinblick auf das Erziehungsverhalten auswirken. Für die Erreichung der formulierten Ziele war es wesentlich, in vielen erzieherischen Bereichen die Verantwortung und die Rolle als Mutter einzunehmen und nicht ausschließlich „Freundin und Kumpel“ sein zu wollen. Aufgezeigt wurde auch die Problematik, dass der Umgang mit dem Buben oft dem eines Partners ähnele: Sie bespricht, diskutiert und erzählt ihm Dinge, die ein 4-jähriger Bub nicht verstehen und einordnen kann. Im Laufe der Therapie ist es gelungen, mit der KM diese Themen offen zu besprechen.

Die Reflexionen der Eltern-Kind-Einheiten im Einzelsetting mit der KM waren wesentlich: Durch das Tun und Ausprobieren in den Therapieeinheiten mit dem Kind, konnte sie Erfahrungen sammeln und danach selbst beurteilen, bei welcher Übung sie sich kompetenter, sicherer und in ihrer Rolle als Mutter befand.

#### ➤ Coaching der Kindergartenpädagoginnen

Die Kindergartenpädagoginnen wurden vor Ort beraten und betreut. Dadurch war eine genaue Situationsanalyse der aufrechterhaltenden (z.B.: Keine bzw. inadäquate Reaktionen der Kindergartenpädagoginnen auf aggressive, oppositionelle Verhaltensweisen; A. spielt oft den „Clown“ und bekommt positive Verstärkung durch die Gruppe; etc.) und auslösenden Bedingungen des Problemverhaltens von dem Buben in der Gruppe (z.B.: A. will in die Spielecke, obwohl Spielecke besetzt ist, ist dann frustriert, wütend und haut anderes Kind; A. will etwas, Kindergartenpädagogin sagt „Nein“, A. ärgert sich, wird wütend und verhält sich oppositionell, provoziert; etc.) möglich. Ebenso wurden zwei Verhaltensbeobachtungen vor Ort mit direkt anschließender Rückmeldung zu Beginn und während des gesamten Therapieverlaufs durchgeführt.

Wesentlich waren maßgeschneiderte, praktikable Interventionen, da die Kindergartenpädagoginnen noch 24 andere Kinder zu betreuen hatten. Die leitende Kindergartenpädagogin schaffte es gut, neue Verhaltensweisen zu implementieren, sodass sich der Fokus von den negativen hin zu den positiven, prosozialen Verhaltensweisen veränderte. Auszeit und therapeutisches Ignorieren erwiesen sich als wirksam. Die zweite Kindergartenpädagogin in der Gruppe behielt ihr Erziehungsverhalten bei, diskutierte und schrie viel, ließ sich auch schnell provozieren. Sie schafften es aber insgesamt besser, positive Verhaltensweisen bei dem Buben wahrzunehmen und zu loben.

Die Erwartungshaltung der Kindergartenpädagoginnen war groß und teilweise zu optimistisch: sie erhofften sich nach mehrmaliger Anwendung eine komplette Reduktion der Problemverhaltensweisen. Die zweite Verhaltensbeobachtung zeigte auf, dass ein wiederholtes Besprechen des Störungsmodells- und -verlaufs notwendig war, damit die

Kindergartenpädagoginnen ein besseres Verständnis für das Problemverhalten und dessen Aufrechterhaltung bekommen. Für das impulsive Verhalten konnte auch in diesem Rahmen die rote Stopp-Karte implementiert werden. Die Kindergartenpädagoginnen berichten von einer Reduktion der impulsiven Verhaltensweisen und dass es für den Buben oft reicht, wenn ihm die rote Karte gezeigt wird, damit er sich in seinem Handeln unterbricht.

Auf eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Kindergarten und KM wurde mehrmals hingewiesen.

### **6.3 Darstellung geplanter Maßnahmen zur Nachbetreuung und Beendigung der Therapie**

Die Maßnahmen der Nachbetreuung sind Gespräche, die alle 2 bis 3 Monate bzw. bei Bedarf stattfinden. In diesen soll die Stabilität der Therapieerfolge überprüft werden, bei Bedarf können Maßnahmen wiederholt, auf Fragestellungen eingegangen und neue Inputs gegeben werden.

Der KM wurden Literaturempfehlungen („Mein Körper gehört mir!“; Das große und das kleine Nein!“) gegeben.

Die gebastelte „Gefühlehr“ aus der Gruppentherapie fand weiterhin Anwendung. Dies verschafft einen Zugang zur aktuellen emotionalen Befindlichkeit. Man kommt dadurch „ins Reden“ und findet einen produktiven Umgang mit Gefühlen.

Auf eine Einzeltherapie wird weiterhin hingewiesen werden, da die psychische Gesundheit und Stabilität der KM und die Bearbeitung der Persönlichkeitsanteile maßgeblich für die Aufrechterhaltung des Therapieerfolges ist.

Der KM wurde eine Entspannungsgruppe in einem näher gelegenen Ort empfohlen.

Den Kindergartenpädagoginnen wird angeboten, sich bei der Therapeutin jederzeit melden zu können. Diese fährt dann vor Ort, bietet Verlaufs- und Entlastungsgespräche an und die Möglichkeit bewährte und neue Interventionsmöglichkeiten zu besprechen.

Um den Bewegungsdrang des Buben gerecht zu werden, ist die KM auf der Suche nach einer geeigneten Sportart. Golf spielen wurde ausprobiert, es stellte sich aber lt. KM heraus, dass er nicht die nötige „Geduld“ hatte. Alternativ wurde Kinderschwimmen, -turnen und -tanzen vorgeschlagen.

### **6.4 Darstellung aufgetretener Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess**

Wie schon beschrieben, wich der Verlauf der Therapie von der Therapieplanung ab, da es am Anfang zu unvorhergesehenen Entwicklungen im Kindergarten kam (Doktorspiele), die durch Krisen- und Entlastungsgespräche begleitet werden mussten. Generell ist die Entwicklung eines Kindes nicht punktgenau planbar, deswegen war eine hohe Flexibilität im therapeutischen Vorgehen Voraussetzung, um den Bedürfnissen der Familie gerecht zu werden.

Leider ist es im Laufe des Therapieprozesses nicht gelungen, eine kooperative Basis zwischen KM und Kindergarten aufzubauen, die einen regelmäßigen wertschätzenden und konstruktiven Austausch beinhaltet. Die KM zeigte wenig proaktive Handlungen, einerseits aus Angst vor negativen Feedback und Beschämung und andererseits aus Gründen der Antipathie gegenüber einer Kindergartenpädagogin.

Die Geschwindigkeit mit der die Therapie begonnen hat, musste reduziert und angepasst werden. Im Rahmen der Reflexionen zeigte sich, dass die Interventionen überforderten. Wiederholungen und ganz nach dem Motto „Weniger ist mehr“ zeigten sich als wirksam und erfolgreich.

Die Therapiedauer erstreckte sich über ein Jahr. Dies erforderte einen langen Atem, die jeweils zweimonatigen Pausen waren wichtig für Familie und Therapeutin.

## 7 Evaluation/ Erfolgs- bzw. Misserfolgskontrolle

### 7.1 Darstellung der Zielerreichung, der (Nicht)Veränderung der problematischen Verhaltensweisen sowie der Symptomatik des Klienten

Das primäre Ziel der Therapie war es die aggressiven und oppositionellen Problemverhaltensweisen abzubauen und prosoziales Verhalten aufzubauen.

Beschrieben durch die KM, die Kindergartenpädagoginnen und die Therapeutin zeigen sich folgende erreichte Ziele und Verhaltensveränderungen:

Patientenzentriert	Elternzentriert	Kindergartenzentriert
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Der Bub haut, beißt und spuckt nicht mehr zu Hause.</li> <li>➤ Die Einhaltung der Familienregeln gelingt größtenteils.</li> <li>➤ Das provokative Verhalten habe sich stark reduziert.</li> <li>➤ Der Bub schafft es nun, die KM telefonieren zu lassen, ohne sie zu unterbrechen.</li> <li>➤ Er läuft beim Spaziergehen und im Geschäft nicht mehr weg.</li> <li>➤ In speziellen Situationen (Wiesenmarkt, Ausflüge, etc.) läuft er nicht mehr weg. Er entfernt sich von der KM, wenn der Abstand zu groß wird, dann reicht es, wenn die KM ruft und die rote Karte zeigt, die sie in diesen Situationen eingesteckt hat.</li> <li>➤ Er schafft es nun, schon beim 2. oder 3. Mal auf die KM zu hören; die KM muss sich nicht mehr 100mal wiederholen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einsatz von Auszeiten, Ignorieren und adäquaten Konsequenzen: Ein wichtiger Lerneffekt dabei: Das Problemverhalten des Kindes wird ignoriert, nicht das Kind! Durch diese Methoden lernte die KM, dem Kind Grenzen aufzuzeigen, ohne es emotional unter Druck setzen zu müssen.</li> <li>➤ Etablierung von Familienregeln (Regeln wurden auf ein Plakat gemalt, besprochen und gut sichtbar in der Küche aufgehängt)</li> <li>➤ Bewusster Einsatz von Aufmerksamkeit, Lob, Tokensystem: KM erkannte, dass sie mit dem gezielten Einsetzen ihrer Aufmerksamkeit sehr „mächtig“ und verhaltenssteuernd ist.</li> <li>➤ Durch die Etablierung von fixen Ritualen und Spielzeiten beschreibt die KM eine insgesamt harmonischere Atmosphäre.</li> <li>➤ Einsatz von Kinderbüchern im Umgang mit der kindlichen Sexualität.</li> <li>➤ Einsatz von Körpersprache (z.B.: Blickkontakt, Körperhaltung, etc.)</li> <li>➤ Kontaktaufnahme (z.B.: zum Kind gehen, das Kind berühren, sich versichern, dass das Kind Augenkontakt aufnimmt)</li> <li>➤ Regulation der Stimme (z.B.: feste, klare Stimme bei Aufforderungen; etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Deutliche Reduktion der aggressiven Verhaltensweisen</li> <li>➤ Die oppositionell-trotzigen Verhaltensweisen haben teilweise abgenommen.</li> <li>➤ Er schafft es im Sesselkreis häufiger, sitzen zu bleiben</li> <li>➤ Reduktion der impulsiven Verhaltensweisen (Herausschreien, etc.)</li> <li>➤ Die Abholsituationen funktionieren: Er schafft es jetzt, sich in dem was er tut, zu unterbrechen, die KM wahr und ernst zu nehmen und sich zum Gehen aufzumachen.</li> <li>➤ Reduktion der Wutausbrüche, Steigerung der Frustrationstoleranz</li> <li>➤ Er zeigt mehr prosoziales Verhalten, kann ein wenig besser in Kontakt mit anderen Kindern treten. Er hat in diesem Zusammenhang auch drei Freunde gefunden und wurde auf eine Geburtstagsparty eingeladen.</li> </ul>

Nach wie vor sei der Bub motorisch unruhig. Durch das Umsetzen des Spieltrainings (Förderung durch Puzzlespiele, malen, etc.) zu Hause ist es gelungen, eine längere Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne aufzubauen. Durch den Einsatz der „roten Karte“ kann das impulsive Verhalten besser gesteuert werden, ist aber nach wie vor vorhanden.

Eine Untersuchung beim Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde nicht umgesetzt. Die KM will es lieber weiterhin mit Bachblütentropfen probieren.

Die KM schafft es nun deutlich besser, stressige Situationen zu erkennen und sich zu helfen z.B.: räumliche und zeitliche Distanz, Ein- und Ausatmen und Kinderlieder singen. In diesem unmittelbaren Zusammenhang steht die Erreichung eines weiteren wichtigen Zieles, sich in der Erziehung kompetenter und sicherer zu verhalten. Vor einem Jahr noch fühlte sie sich schuldig, wenn sie ihm Grenzen aufgezeigt hat, nun hat sie aber erkannt wie wichtig eine konsequente Grenzsetzung für die Entwicklung des Buben ist.

Die dysfunktionalen Gedanken in der Abholsituation lösten bei der KM massiven Stress aus, da sie sich unter Beobachtung der Kindergartenpädagoginnen fühlte („Sehen die in mir eine schlechte/ unfähige Mutter, wenn ich das nicht schaffe?“). Nun würden ihr diese Gedanken kaum mehr kommen. Sie sagt, dass sie die Blicke von außen nicht mehr verunsichern und dass sie sich, wenn es nicht klappen mag, nicht schlecht fühlt.

Die Empfehlung einer Logopädie setzte die KM unmittelbar um, der Bub besucht mittlerweile den zweiten Logopädie-Block.

Im erzieherischen Kontext (s.o.) hat sie es gut geschafft, in die verantwortungsübernehmende Mutterrolle hineinzufinden. Im Hinblick auf die Interaktionsmuster, welches sich häufig in trotzigem und kindlichem Verhalten äußerte, ist es nicht gelungen, die Haltung der KM zu verändern. In den Gesprächen mit der KM wird deutlich, dass sich an der Position des Kindes (Partnerersatz) keine wesentlichen Veränderungen zeigen. Sie bespricht weiterhin mit ihm Dinge (Arbeit, Finanzielles, etc.) und bezieht ihn in Entscheidungen mit ein, die er nicht treffen kann.

Die KM war mit einer Installierung einer Frühförderung im Kindergarten einverstanden. Allerdings konnte mit dieser Maßnahme aus Kapazitätsgründen erst ein halbes Jahr später begonnen werden.

Der Aufbau eines regelmäßigen, wertschätzenden Austausches zwischen KM und Kindergarten ist leider nicht gelungen. Die KM war froh, wenn sie die Kindergartenpädagoginnen nicht ansprachen. Da es der Kindergarten kaum schaffte, Positives rückzumelden und so die Angst der KM vor negativem Feedback schürte, ist das Vermeidungsverhalten auch teilweise nachvollziehbar.

## 7.2 Überprüfung der ICD-10 Diagnostik

Die hyperkinetische Störung im Sozialverhalten (F90.1) des Sozialverhaltens ist aufgrund der starken Reduktion der aggressiven, oppositionell-trotzigen Verhaltensweisen nicht mehr gegeben. Aufgrund der impulsiven, unaufmerksamen und hyperaktiven Symptome sind die diagnostischen Kriterien einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) erfüllt, jedoch weniger intensiv.

Die Artikulationsstörung (F80.0) ist aufgrund von zwei Logopädieblöcken nicht mehr gegeben.

## 7.3 Darstellung der zur Erfolgsmessung tatsächlich verwendeten Instrumente und der damit erfassten Ergebnisse

Instrument	Therapiebeginn	Therapieende
CBCL	Skala: Aufmerksamkeitsprobleme: T- Wert: 75 Skala: Aggressives Verhalten: T-Wert: 66	Skala: Aufmerksamkeitsprobleme: T-Wert: 65 Skala: Aggressives Verhalten: T-Wert: 50
TRF	Skala: Emotional- Reagierend: T-Wert: 67 Skala: Aufmerksamkeitsprobleme: T-Wert: 71 Skala: Aggressives Verhalten: T-Wert 70	Skala: Emotional-Reagierend: T-Wert: 63 Skala: Aufmerksamkeitsprobleme: T-Wert: 67 Skala: Aggressives Verhalten: T-Wert: 56
DISYPS- KM	Skala: Hyperaktivität/ Impulsivität: Stanine: 9 Skala: Aufmerksamkeit: Stanine: 9	Skala: Hyperaktivität/ Impulsivität: Stanine: 7 Skala: Aufmerksamkeit: Stanine: 7
DISYPS- KIGA	Skala: Hyperaktivität/ Impulsivität: Stanine: 9 Skala: Aufmerksamkeit: Stanine: 9	Skala: Hyperaktivität/ Impulsivität: Stanine: 7 Skala: Aufmerksamkeit: Stanine: 7

## 8 Kritische Reflexion

Bezogen auf das geplante therapeutische Vorgehen zeigte sich von Anbeginn an eine vom Therapieplan abweichende Reihenfolge. Da die Entwicklung eines Kindes und die damit zusammenhängenden Situationen schwer planbar waren bzw. sind und sich aus dieser Voraussetzung immer neue, spontan variierende Therapiesitzungen ergaben, setzte dies eine hohe Flexibilität im therapeutischen Vorgehen voraus. Für die KM waren die Flexibilität und das emotionale „Abholen“ im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung und die Motivation wesentlich.

Eine wichtige Erkenntnis war das inhaltliche „Herunterbrechen“ psychoedukativer Maßnahmen – eine einfache, konkrete Sprache in der Therapie erwies sich als erfolgreich.

Die Geschwindigkeit des therapeutischen Vorgehens musste wesentlich reduziert werden. So kam es am Anfang zu Überforderungssituationen, die sich in Form von Schwierigkeiten in der Umsetzung aus der Fülle der Interventionen zeigte. Wesentlich für diese Erkenntnis waren die gemeinsamen Reflexionen in Hinblick auf die Umsetzung. Ein wichtiger Lernprozess für die Therapeutin war, dass nicht die Fülle an Informationen und Interventionen den Erfolg brachte, sondern laufende Wiederholungen.

Hinsichtlich des Umgangs mit der Persönlichkeitsstruktur der KM war es für die Therapeutin wichtig zu erkennen, dass ein zu direktives Vorgehen in der Therapie die Entwicklung der Eltern- bzw. Erwachsenenrolle blockiert und die KM nicht aus ihrer Ohnmachtsrolle treten lässt. Bekannt aus der Biografie wurde sie immer von Menschen umgeben (GM ms, GV, ms), die sehr dominant und bestimmend waren, sie auf diese Personen hörte und ihren Anweisungen Folge leistete. Auf die Partizipation und Selbstbestimmtheit der KM im Therapieprozess wurde viel Wert gelegt, ansonsten wäre Widerstand bzw. fortdauernde Ohnmacht vorprogrammiert gewesen. Durch das achtsame Anleiten und das selbstbestimmte Entscheiden der KM, war es für sie möglich, Sicherheit in der Erziehung ihres Sohnes zu finden. Es gab einige Gelegenheiten, in denen die Klientin die Therapeutin als „Leiterin“ ansah. Diese Situationen mussten von der Therapeutin erkannt werden, um dementsprechend handeln zu können. Es ist nicht falsch, als Therapeutin direktiv aufzutreten, dennoch soll an dieser Stelle betont werden, dass es wesentlich ist, zu wissen, wann man diese Rolle einnimmt, sodass man sie dann auch wieder bewusst ablegen kann damit der Patient die Möglichkeit hat, seinen eigenen Weg zu finden.

Der „therapeutischer Wunsch“ war es, dass sich die KM in Eigetherapie begibt und den Buben durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie untersuchen lässt. Leider zeigte sich fortlaufend eine hohe Affinität zur Esoterik. Das Wort „leider“ drückt im Wesentlichen die Haltung der Therapeutin zur Esoterik aus. Diesbezüglich war es wichtig die therapeutischen Maßnahmen wertfrei zu diskutieren.

Da es sich bei dieser Diagnose um ein Störungsmodell handelt, bei dem sich die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen sehr oft im sozialen Umfeld finden lassen, ist eine Therapie der unterschiedlichen Lebensbereiche unabdingbar. Der Spaß, sich mit unterschiedlichen Berufsgruppen zu vernetzen und zusammenzuarbeiten, war hier von Vorteil.

Die Supervision hat die Therapeutin dabei unterstützt, die Komplexität des Falles zu ordnen und Therapieplanung und Therapieverlauf in überschaubare Blöcke zusammenzufassen. Dadurch konnten vom Therapieplan abweichende Therapiestunden und Interventionen den Blöcken zugeordnet werden. Die Therapeutin wusste somit trotz der Komplexität des Falles immer, wo sie sich im Therapieverlauf befand- eine wesentlicher Lerneffekt in Hinblick auf die zukünftige Herangehensweise.

Die Therapeutin arbeitete sehr gern mit dem Buben und seiner Mutter, begleitete die Familie mit Herz und Humor.



## 9 Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M., Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2000). Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder. 1. Auflage.

Achenbach, T.M., Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist(2000). Fragebogen für Erzieherinnen von Klein- und Vorschulkindern.

Ayllon, T. und Cole, A. (2011). Münzverstärkung (Token Economy). Verhaltenstherapiemanual. 7. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. (2008). Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Braun, G. (1997). Das große und das kleine NEIN. Verlag an der Ruhr.

Derra, C. und Linden, M. (2011). Entspannungsverfahren. In: Linden, M., Hautzinger, M. (2011). Verhaltenstherapiemanual. 7. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch- diagnostische Leitlinien. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Döpfner, M., Schürmann, S., Frölich, J. (2013). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Psychologie Verlags Union.

Döpfner, M., Schürmann, S., Lehmkuhl, G. (2006). Wackelpeter und Trotzkopf. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.

Esser, G. und Wyschkon, A. (2012). Basisdiagnostik Umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter- Version II. 1. Auflage.

Geisler, D. (2002). Mein Körper gehört mir! Herausgeber: Loewe.

Hautzinger, M. (2011). Kognitives Neubenennen und Umstrukturieren. Verhaltenstherapiemanual. 7. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Hofman, B. und Hoffmann, N. (2011). Beruhigende Versicherungen. In: Linden, M., Hautzinger, M. (2011). Verhaltenstherapiemanual. 7. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Linden, M. und Wunschel, I. (2011). Hausaufgaben. In: Linden, M., Hautzinger, M. (2011). Verhaltenstherapiemanual. 7. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Petermann, F. und Wiedebusch, S. (2016): Emotionale Kompetenz bei Kindern. 3. Auflage. Hoegrefe Verlag.

Schneider, S., Margraf, J. (2009). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Wechsler, D. (2014). Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence- III Deutsche Version. Ein Intelligenztest für Kindergarten- und Vorschulkinder im Alter von 3 bis 7 Jahren 3., überarbeitete und erweiterte Auflage 2014. Herausgeber: Franz Petermann, G. Ricken, A. Fritz, K. D. Schuck, U. Preuss.

Zimmer, D. (2011). Therapeut-Patient-Beziehung. In: Linden, M., Hautzinger, M. (2011). Verhaltenstherapiemanual. 7. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.