



Schlarb (Hrsg.)

## Praxisbuch KVT mit Kindern und Jugendlichen

Störungsspezifische Strategien  
und Leitfäden



**BELTZ**

Leseprobe aus: Schlarb, Praxisbuch KVT mit Kindern und Jugendlichen, ISBN 978-3-621-27694-8

© 2011 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27694-8>

# 8 KVT bei Posttraumatischer Belastungsstörung

Simone Matulis • Regina Steil

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine schwerwiegende Störung, die bei Kindern und Jugendlichen nach besonders belastenden Erlebnissen wie Naturkatastrophen, Krieg, Verkehrsunfällen sowie nach physischer oder sexualisierter Gewalt eintreten kann (Pfefferbaum, 1997; Smith, Perrin, Yule & Clark, 2010; Steil & Rosner, 2009a; Steil & Rosner, 2009b; Steil & Straube, 2002).

## 8.1 Beschreibung

### 8.1.1 Symptomatik und Komorbidität

Die Betroffenen reagieren mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder mit desorganisiertem und agitiertem Verhalten.

Bereits Kinder ab dem 3. bis 4. Lebensjahr können von PTBS betroffen sein (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2005). Ältere Kinder und Jugendliche ähneln Erwachsenen hinsichtlich der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, während jüngere Kinder ein anderes klinisches Bild zeigen (Kearney, Wechsler, Kaur & Lemos-Miller, 2009). Die Symptome der PTBS lassen sich drei Symptomclustern zuordnen:

**Intrusionen** und deren aktive Vermeidung, emotionale Taubheit und die passive Vermeidung von Gefühlen sowie autonome Übererregung (Anthony, Lonigan & Hecht, 1999; Anthony et al., 2005). Intrusionen beinhalten schmerzliche Gedanken, Erinnerungen oder Alpträume sowie psychische und physische Belastung bei Konfrontation mit einem trauma-assoziierten Reiz. Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich Intrusionen auch im wiederholten und wenig lustbetonten Nachspielen der traumatischen Situation (American Psychiatric Association [APA], 2003). Die Alpträume sind eher unspezifisch und handeln beispielsweise von Monstern oder anderen Bedrohungen. Emotionale Belastung bei Konfrontation mit trauma-assoziierten Reizen kann sich bei Kindern und Jugendlichen in anklammerndem oder aggressivem Verhalten äußern sowie in Angst vor Dunkelheit und dem Alleinsein oder auf physiologischer Ebene in Bauch- oder Kopfschmerzen.

**Vermeidung/Verlust von Interesse.** Der Grad an Vermeidung von traumabezogenen Reizen sowie das Ausmaß des Gefühls der Entfremdung bzw. der Emotionslosigkeit steigt mit zunehmendem Alter (Mirza, Bhadrinath, Goodyer & Gilmour, 1998; Scheeringa, Wright, Hunt & Zeanah, 2006). Kinder und Jugendliche zeigen ein deutlich vermindertes Interesse an Dingen, die vor der Traumatisierung Freude machten.

**Emotionale Irritation.** Auch sind erhöhte Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit sowie Reizbarkeit, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen feststellbar. Bei Kindern

und Jugendlichen können prätraumatisch bestehende Leistungsstörungen stärker werden und die Schulleistungen sinken (Yule & Udwin, 1991).

Bei Vorschulkindern wird die Anwendbarkeit der Kriterien der PTBS bezweifelt. Michael Scheeringa und Kollegen (Scheeringa et al., 2006; Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003) entwickelten und evaluierten alternative Diagnosekriterien für Vorschulkinder, welche sich auf die elterlichen Beobachtungen der kindlichen Symptomatik beziehen, beispielsweise, dass das junge Kind während der Traumatisierung nicht mit Furcht oder Entsetzen reagieren muss. Außerdem können alterstypische Symptome wie neu auftretende Trennungsangst, aggressives Verhalten, Ängste, der Verlust von prätraumatisch vorhandenen Fähigkeiten (z. B. lesen oder schreiben) oder regressives Verhalten (z. B. Daumenlutschen, sekundäre Enuresis oder Enkopresis) auftreten.

## 8.2 Diagnostik

In der Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung empfiehlt es sich, alle möglichen Informationsquellen in die Erhebung der diagnostischen Informationen mit einzubeziehen: Das Kind bzw. der Jugendliche selbst, Eltern/Sorgeberechtigte oder andere direkte Bezugspersonen, Lehrer, medizinische oder psychologische Vorbefunde sowie Berichte von Zeugen (Thornton, 2000) sollten befragt bzw. miteinbezogen werden.

In der spezifischen Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung sind die unterschiedlichen Symptomcluster teils der Selbst-, teils der Fremdbeobachtung besser zugänglich. Beispielsweise ist die Erfassung von Intrusionen, Alpträumen oder schmerzlichen Wiedererinnerungen besser durch direkte Befragung des Kindes durchführbar, während objektivierbare Informationen wie Aggressivität, Ängstlichkeit oder regressives Verhalten eher durch Beurteilung durch Bezugspersonen zugänglich sind oder vom Diagnostiker in der direkten Beobachtung des Kindes erhoben werden können. Allerdings ist zu beachten, dass es laut empirischer Studien zu Verzerrungen in der Beurteilung der Belastung des Kindes durch Fremde kommt: So neigen Eltern und Lehrer dazu, die Belastung der Kinder im Vergleich zu deren eigenen Angaben grob zu unterschätzen (Korol, Green & Gleser, 1999; Martini, Ryan, Nakayama & Ramenofsky, 1990). Ferner scheinen Kinder mehr internalisierende Probleme zu berichten, während Eltern eher externalisierende Probleme ihres Kindes angeben. Da den elterlichen Reaktionen eine bedeutende vermittelnde Rolle in der posttraumatischen Reaktion des Kindes zukommt (McFarlane, 1987), ist es ratsam, eine Einschätzung des psychischen Zustandes der Eltern vorzunehmen (Perrin, Smith & Yule, 2000).

**Offenes Interview.** Bevor standardisierte Instrumente eingesetzt werden, sollte die Befragung des Kindes mit einem offenen Interview beginnen. Schwierigkeiten treten häufig in der Erfassung von Traumatisierungen auf, die früh in der Kindheit stattfanden (Steil & Rosner, 2009a). Obwohl es Belege für das nonverbale Erinnern bezogen auf traumatische Ereignisse vor dem Alter von 2 Jahren gibt, findet man jedoch

durchschnittlich erst im Alter ab ca. 3 Jahren autobiographische Erinnerungen, die verbal zugänglich sind, und diese in fragmentarischer Weise (Nelson & Fivush, 2004; Pillemer, 1998; Schlarb & Stavemann, 2011). Außerdem scheint das autobiographische Gedächtnis von Kindern anfällig für Verzerrungen und Suggestion zu sein (Eisen & Goodman, 1998; Eisen, Goodman, Qin, Davis & Crayton, 2007). Somit sind eine vorsichtige Zurückhaltung sowie verantwortungsvolle Interviewtechniken wie beispielsweise das Stellen offener Fragen statt Suggestivfragen dringend in der Diagnostik von Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter geboten.

**Störungsspezifische Diagnostik.** Für eine sichere Diagnosestellung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen stellen die Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ; Steil & Fuchsel, 2006) die Methode der Wahl dar (deutschsprachige modifizierte Version der Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents: CAPS-CA; Nader, Blake & Kriegler, 1994). Für Kinder ab 6 Jahren und Jugendliche liegen störungsspezifische Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente in deutscher Sprache vor, die sowohl für die Diagnosestellung als auch für die Erfassung des Schweregrades der PTBS geeignet sind. Eine Übersicht über Verfahren zur PTBS-Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen ist bei Steil & Rosner (2009b) zu finden. Graf, Irblich und Landolt (2008) stellen eine Übersicht zur PTBS-Diagnostik bei Kleinkindern bereit.

**Komorbidität abklären.** Um komorbide Störungen zu erfassen bzw. mögliche Differentialdiagnosen abzuklären, empfiehlt sich die Durchführung strukturierter klinischer Interviews für das Kindes- und Jugendalter wie das Kinder-DIPS von Schneider, Unnewehr und Margraf (2009) oder auch das Diagnose-System für Psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II (DISYPS-II; Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008).

### 8.3 Therapie

In der Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt das National Institut for Clinical Excellence die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie als Methode der Wahl (National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2005). Sie erzielte bei Kindern und Jugendlichen in kontrollierten und randomisierten Studien sehr erfolgsversprechende Ergebnisse (eine detaillierte Übersicht der aktuellen Behandlungsstudien geben Stallard, 2006, und Steil & Rosner, 2009b).

**Evaluierte Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche.** Das bestuntersuchte Vorgehen ist die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (TF-KVT) nach Deblinger und Kollegen (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006, 2009; Deblinger & Heflin, 1996). In ihren Evaluationsstudien werden hauptsächlich Kinder/Jugendliche behandelt, die eine PTBS (oder subklinische PTBS) nach sexuellem Missbrauch entwickelt haben. Smith und Kollegen (2010) adaptierten die kognitive Therapie basierend auf dem Modell von Ehlers und Clark (2000) und behandelten Kinder und Jugendliche mit PTBS nach singularer Traumatisierung sehr

erfolgreich (Smith et al., 2007). Für jüngere Kinder (< 7 Jahre) existiert aktuell nur ein empirisch überprüftes Therapiekonzept (Lieberman & Van Horn, 2005), welches verhaltenstherapeutische, psychodynamische und bindungstheoretische Ansätze integriert.

Über die verschiedenen Behandlungsformen hinweg lässt sich grundlegend eine Behandlungsstruktur empfehlen, welche drei Therapiephasen aufweist:

- (1) Erlernen von Emotionsregulation,
- (2) Traumabearbeitung und
- (3) Integration der traumatischen Erlebnisse in die Lebensgeschichte und Vermeidung von weiterer Traumatisierung.

Zur näheren Beschreibung der Methoden zur Verbesserung der Emotionsregulation und zur Integration sei auf Steil und Rosner (2009b) sowie Cohen und Kollegen (2009) und Miller, Rathus und Linehan (2007) verwiesen.

Im Folgenden wird das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen der Traumabearbeitung bei Kindern und Jugendlichen nach Deblinger und Kollegen dargestellt, weil hierfür die meisten und äußerst positive empirische Befunde vorliegen, und mit weiteren Interventionen ergänzt (s. hierzu auch Cohen et al., 2006; Smith et al., 2010; Steil & Rosner, 2009b).

### 8.3.1 Erarbeitung von Kognitionen

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen Kognitionen während des traumatischen Erlebnisses (peritraumatische Kognitionen wie z. B. »Ich werde sterben.« oder »Es wird nie wieder aufhören.«) und solchen Kognitionen, die das Kind nach dem Ereignis entwickelt hat (posttraumatische Kognitionen). Die posttraumatischen maladaptiven Kognitionen beziehen sich auf das Trauma selbst oder auf die PTBS-Symptome. Typische Inhalte sind:

- ▶ Verantwortung/Schuld (»Ich bin schuld daran, dass der Unfall passiert ist.«)
- ▶ Scham/Selbsthass (»Ich bin schlecht und nicht liebenswert.«)
- ▶ Reaktionen anderer (»Keiner kümmert sich um mich.«)
- ▶ Magisches Denken (»Ich hatte im Gefühl, dass so etwas passieren würde.«)
- ▶ Erhöhte wahrgenommene Bedrohung in der Zukunft (»Ich werde wieder so einen schrecklichen Unfall erleben, wenn ich in einen Zug steige.«)

Im kognitiven Modell der PTBS nach Ehlers und Clark (2000) sind die maladaptiven Kognitionen ein wichtiger aufrechterhaltender Faktor der PTBS. Zur näheren Beschreibung des kognitiven Modells sei z. B. auf Steil, Ehlers und Clark (2009) verwiesen.

#### **Psychoedukation**

Am Anfang der Traumabearbeitung stehen die Vermittlung von Psychoedukation, die Ableitung eines ideosynkratischen Störungsmodells und die Präsentation des Therapierationals. In der Psychoedukation werden Kind (und Eltern) aufgeklärt über:

- ▶ Informationen zur Traumatisierung (z. B. Häufigkeit von häuslicher Gewalt, wie kommt es zu sexuellem Missbrauch, warum verschweigen Kinder, was passiert ist),
- ▶ typische Reaktionen des Kindes auf Traumatisierungen (z. B. kognitive Verzerrungen wie Selbstbeschuldigung, z. B. durch Einsatz von Kinderbüchern von Betroffenen),
- ▶ die Diagnose und die Behandlung (zunächst Erlernen von Fertigkeiten zur Emotionsregulation, dann Traumaarbeit).

Ziel ist es, die Reaktionen des Kindes und der Eltern zu normalisieren und angemessene Kognitionen über das Geschehene zu verstärken (Deblinger & Heflin, 1996).

**Störungsmodell.** Im idiografischen Störungsmodell werden dann die am stärksten belastenden Intrusionen erfragt und mit Gefühlen, Kognitionen und (dysfunktionalen) Bewältigungsstrategien in Verbindung gesetzt. Folgende Aspekte werden erfasst: Auslöser für schmerzliche Wiedererinnerungen, Gefühle und Gedanken während und kurz nach der Traumatisierung, Gefühle und Gedanken, die sich auf die Intrusionen beziehen sowie Strategien, um belastende Gedanken und Gefühle zu beenden. Ziel ist es, dem Kind/Jugendlichen den Zusammenhang zwischen den einzelnen Komponenten zu vermitteln.

### **Kognitionen mit Vorschulkindern erarbeiten**

Bei sehr jungen Kindern sind die Besonderheiten im Erscheinungsbild der PTBS zu berücksichtigen (s. Scheeringa et al., 2003). Im Kontakt mit dieser sehr jungen Altersgruppe nehmen familiäre Faktoren und der Einbezug der Eltern einen noch höheren Stellenwert ein. Die Erhebung von Kognitionen im Interview ist in dieser Altersgruppe nur schwer möglich. Zugang zu Bewertungen des jungen Kindes findet der Therapeut hauptsächlich durch Aktivierung der traumatischen Erinnerungen. So kann z. B. das Erlebte im Spiel mit Puppen nachgestellt werden (Cohen & Mannarino, 1993), während der Therapeut das Kind zu seinen Bewertungen befragt. Der Therapeut fragt: »Wer hat das gemacht?«, »Warum ist das passiert?«.

### **Kognitionen mit Grundschulkindern erarbeiten**

Kinder im Vorschul- und Grundschulalter nehmen häufig eine nicht wieder gutzumachende Veränderung und Beeinträchtigung in Folge des Traumas wahr, empfinden die Welt als bedrohlich und nicht vertrauenswürdig (Meiser-Stedman et al., 2009). Auch eigene Verletzungen oder Verletzungen anderer (und eine damit einhergehende übergeneralisierte Furcht, dass den Angehörigen etwas zustoßen könnte) sowie wahrgenommene Schuld sind häufige Inhalte. Diese Bewertungen sind für die Aufrechterhaltung der PTBS maßgeblich und sollen im Rahmen der Behandlung an die Realität angepasst werden (Ehlers & Clark, 2000).

Typische Kognitionen dieser Altersgruppe sind:

- ▶ »Meine Familie wird nie wieder glücklich sein.«
- ▶ »Die ganze Welt ist böse und unsicher.«

- ▶ »Man darf niemandem trauen.«
- ▶ »Es ist passiert, weil ich nicht brav war.«
- ▶ »Ich werde nie zu den anderen Kindern dazu gehören.«
- ▶ »Das Leben ist ungerecht.«
- ▶ »Jeder lässt mich im Stich.«
- ▶ »Ich muss immer sehr vorsichtig sein, sonst passiert etwas Schreckliches.«

Eine Möglichkeit, dysfunktionale Kognitionen zu explorieren ist, das Kind ein Traumanarrativ erstellen zu lassen (Cohen et al., 2009; Smith et al., 2010). Das Kind soll detailreich mündlich berichten, was während des traumatischen Erlebnisses passiert ist. Viele Kinder werden zu Beginn Scheu haben, dysfunktionale traumaspezifische Gedanken zu äußern, da Erwachsene häufig betonen, das Kind sei nicht schuldig und solle solche Gedanken nicht haben. Um den Forderungen der Erwachsenen zu genügen, denken sie, solche Gedanken nicht äußern zu dürfen. Während des Berichtens über das Geschehene oder dem Nachspielen trauen sich die Kinder, ihre tatsächlichen Gedanken zu den Erlebnissen zu äußern (Cohen et al., 2009).

Ziel der Erstellung eines Traumanarrativs ist nicht die Exposition (diese wird erst später eingesetzt), sondern Gedanken und Gefühle des Kindes zu explorieren. Das Traumanarrativ wird in der Vergangenheit formuliert und der Therapeut intendiert nicht, die emotionale Belastung des Kindes zu erhöhen.

### Kognitionen erarbeiten durch die Erstellung eines Traumanarrativs

Dialog	Kommentar
T: »Du hast mir erzählt, dass du einen Autounfall zusammen mit deiner Mama hattest. Kannst du mir ein bisschen genauer erzählen, was da passiert ist?«	T regt das Kind an zu erzählen.
K: »Die Mama wollte mich zum Klavierunterricht fahren. Wir sind gefahren wie immer. Auf einmal sind wir von der Straße weggekommen. Ich weiß dann nicht mehr richtig, was passiert ist, es hat so einen lauten Schlag gegeben. Die Mama musste dann ins Krankenhaus, da war viel Blut.«	Ungenügend elaboriertes Gedächtnis.
T: »Das erzählst du sehr gut. Kannst du mir noch ein bisschen genauer sagen, was passiert ist?«	Fragt nach Details.
K: »Ich weiß nicht mehr so genau. Ich hatte so Angst ...«	
T: »Ich kann gut verstehen, dass du große Angst hattest. Was hast du denn da gedacht?«	Aktives Zuhören. Kognitionen erarbeiten.
K: »Ich weiß nicht mehr.«	
T: »Ich weiß, dass es schwierig ist, sich zu erinnern. Als du Angst hattest, was hast du denn geglaubt, dass da jetzt passiert?«	Aktives Zuhören. Kognitionen erarbeiten.
K: »Ich dachte, die Mama stirbt.«	Peritraumatische Kognition.
T: »Das muss ganz schrecklich für dich gewesen sein. Du hast mir auch erzählt, dass du heute nicht mehr Auto fahren magst. Wieso ist das so?«	T versucht Zusammenhänge aus der Sicht des Kindes zu erfassen.

Dialog	Kommentar
K: »Weil das so gefährlich ist.« T: »Du hast Angst, wieder ins Auto zu steigen?«	Verbalisierung von Emotionen.
K: »Ja, dann passiert bestimmt noch mal so was.«	Annahme, dass jederzeit ein Unfall passieren kann.
T: »Warum, glaubst du denn, ist der Unfall passiert?« K: »Weil die Mama mich zum Klavierunterricht fahren musste. Wenn ich nicht zum Klavierunterricht gewollt hätte, wäre das bestimmt nicht passiert und die Mama wäre gesund.«	Posttraumatische Schuldkognition.

Kindern fällt es schwer, eigene Gedanken zu erkennen, sie zu benennen und von Gefühlen zu unterscheiden (Schlarb & Stavemann, 2011). Bemerkt dies der Therapeut, unterstützt er das Kind, in nicht trauma-bezogenen Übungen, Gedanken als ein »Mit-Sich-Selbst-Sprechen« zu erkennen. Cohen et al. (2009) schlagen beispielsweise vor, dass das Kind jeden Morgen aufschreibt, welchen Gedanken es zuerst hatte und ihn laut auszusprechen, um dem Kind zu zeigen, dass Gedanken Einfluss auf sein emotionales Erleben und Verhalten haben.

**Anknüpfung an alltägliche Situationen.** Im ersten Schritt wird das »Gedankendreieck«, bestehend aus Gedanken, Gefühlen und Verhalten, anhand alltäglicher Situationen erklärt (s. Schlarb & Stavemann, 2011). Dem Kind wird vermittelt, dass es zwischen »hilfreichen« und »nicht so hilfreichen« Gedanken unterscheiden kann und lernt, diese zu identifizieren. Später erfolgt dann die Übertragung auf trauma-bezogene Gedanken.

**Traumasppezifische Reaktionen.** Ferner exploriert der Therapeut die Art der Intrusionen des Kindes, auslösende Bedingungen (Trigger) sowie die bisherigen Bewältigungsversuche des Kindes. Kinder setzen sowohl kognitive als auch verhaltensbezogene dysfunktionale Bewältigungsstrategien ein. Der Therapeut kann mit dem Kind die Liste der Trigger durchgehen und jeweils fragen, was das Kind bisher versucht hat, um diese Situationen zu vermeiden oder wie es reagieren würde, wenn es diese Situation nicht vermeiden könnte. Nicht selten reagieren die Kinder mit knappen Antworten wie »Ich weiß es nicht.« oder »Ich bleibe einfach weg.«. In diesen Fällen kann der Therapeut auch Beispiele für Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten geben. Typisches Sicherheitsverhalten bei Kindern ist:

- ▶ Immer in der Nähe der Eltern oder der Familie bleiben, wenn es das Haus verlässt.
- ▶ Häufiges Rückversichern, dass es den Familienangehörigen gut geht.
- ▶ Sich von den Gedanken ablenken, z. B. durch Fernsehschauen, intensives Hausaufgabenmachen.
- ▶ Die Straße nach möglichen Gefahren absuchen.
- ▶ Nicht zur Schule gehen, um auf die Mutter aufzupassen.
- ▶ Nicht alleine in einem Bett schlafen wollen.



Von Anfang an sollte mit dem Kind diskutiert werden, welche kurz- und langfristigen Konsequenzen das Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten hat. So erkennen Grundschul- und Schulkinder, dass das Verhalten meist kurzfristig hilft, langfristig jedoch noch nicht dazu geführt hat, dass die Probleme besser geworden sind. Zur Demonstration des Zusammenhangs können Verhaltensexperimente (z. B. nicht an grasgrünen Bären denken) oder Analogien (Gedanken sind wie aufblasbare Wasserbälle, die das Kind versucht, unter Wasser zu drücken: Es kann den Wasserball nur vorübergehend unter Wasser drücken; wenn es z. B. müde wird, schießt der Wasserball an die Wasseroberfläche) eingesetzt werden.

**Konfrontation.** An dieser Stelle wird mit dem Kind (und den Eltern) besprochen, dass in der weiteren Behandlung die Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen im Zentrum der Therapie steht. Viele Kinder befürchten jedoch starke negative Folgen (z. B. »Dann wird es noch schlimmer.«) und empfinden starkes Unbehagen. Der Therapeut kann dem Kind (und seinen Eltern) folgende Begründung geben (angelehnt an Deblinger & Heflin, 1996 und Cohen et al., 2009):

»Viele Kinder und ihre Eltern möchten nicht gerne über die schrecklichen Dinge, die passiert sind, sprechen. Sie denken dann, dass die Dinge wieder hochkommen und gar nicht mehr weggehen. Wir sagen den Kindern und Eltern dann immer, dass das Kind gar nicht zu uns kommen müsste, wenn es die Erinnerungen hinter sich lassen könnte. Es ist ganz ähnlich, wie wenn du mit dem Fahrrad hinfallst und dir deine Knie blutig aufgehauen hast und der ganze Dreck sich in der Wunde sammelt. Du hast da zwei Möglichkeiten, wie du mit der Wunde umgehen kannst: Du kannst so tun als wäre nichts passiert und dich nicht um die Wunde kümmern. Manchmal klappt das, aber häufig entzündet sich die Wunde dann erst recht und wird ganz eitrig. Eine andere Möglichkeit ist, die Wunde auszuwaschen, sie zu desinfizieren, damit der Dreck und alle Bakterien herausgehen und sich die Wunde nicht entzündet. Das brennt und tut am Anfang ganz schön weh. Dann aber verschwindet der Schmerz und die Wunde beginnt zu heilen. Am Ende hat es dann weniger weh getan, die Wunde zu reinigen als sie entzünden zu lassen. Wenn du nun in der Therapie über deine schrecklichen Erlebnisse berichten sollst, ist das wie mit dem Auswaschen der Wunde. Es wird zuerst weh tun, es wird aber immer weniger weh tun, je häufiger du darüber redest und die Wunde wird heilen.«

Andere Möglichkeiten, um auf die Befürchtungen des Kindes einzugehen, sind, an frühere Erfahrungen des Kindes anzuknüpfen (»Hast du schon mal vor etwas große Angst gehabt und es dann trotzdem gemacht? Wurde es mit der Zeit dann immer leichter?«). Auch Analogien und Bilder können eingesetzt werden, um den Befürchtungen des Kindes zu begegnen (z. B. »Über das Trauma zu sprechen ist wie in kaltes Wasser zu springen: Am Anfang ist es sehr kalt, wenn man erst mal drin ist, merkt man es gar nicht mehr.«)

### **Kognitionen mit Jugendlichen erarbeiten**

Die Erarbeitung der Kognitionen bei Jugendlichen ist dem Vorgehen bei Erwachsenen (s. hierzu Steil et al., 2009) sehr ähnlich. Auch sind sie inhaltlich den Kognitionen Erwachsener (vgl. hierzu Steil & Ehlers, 2000) sehr nahe.

Typische Kognitionen traumatisierter Jugendlicher sind:

- ▶ »Es ist alles meine Schuld.«
- ▶ »Ich bin minderwertig/schmutzig.«
- ▶ »Es wird wieder passieren.«
- ▶ »Mein Leben ist kaputt.«
- ▶ »Mit mir stimmt etwas nicht.«
- ▶ »Ich möchte es ungeschehen machen.«
- ▶ »Ich bin nicht mehr dieselbe Person.«
- ▶ »Ich werde nie darüber hinwegkommen.«
- ▶ »Ich kann nie wieder jemandem vertrauen.«

Die Erarbeitung der Kognitionen Jugendlicher empfiehlt sich im Rahmen der Ableitung eines ideosynkratischen Störungsmodells. Dabei sollten die wichtigsten Punkte und Zusammenhänge graphisch gemeinsam mit dem Jugendlichen festgehalten werden.

### Beispiel

#### Isabel, 16 Jahre

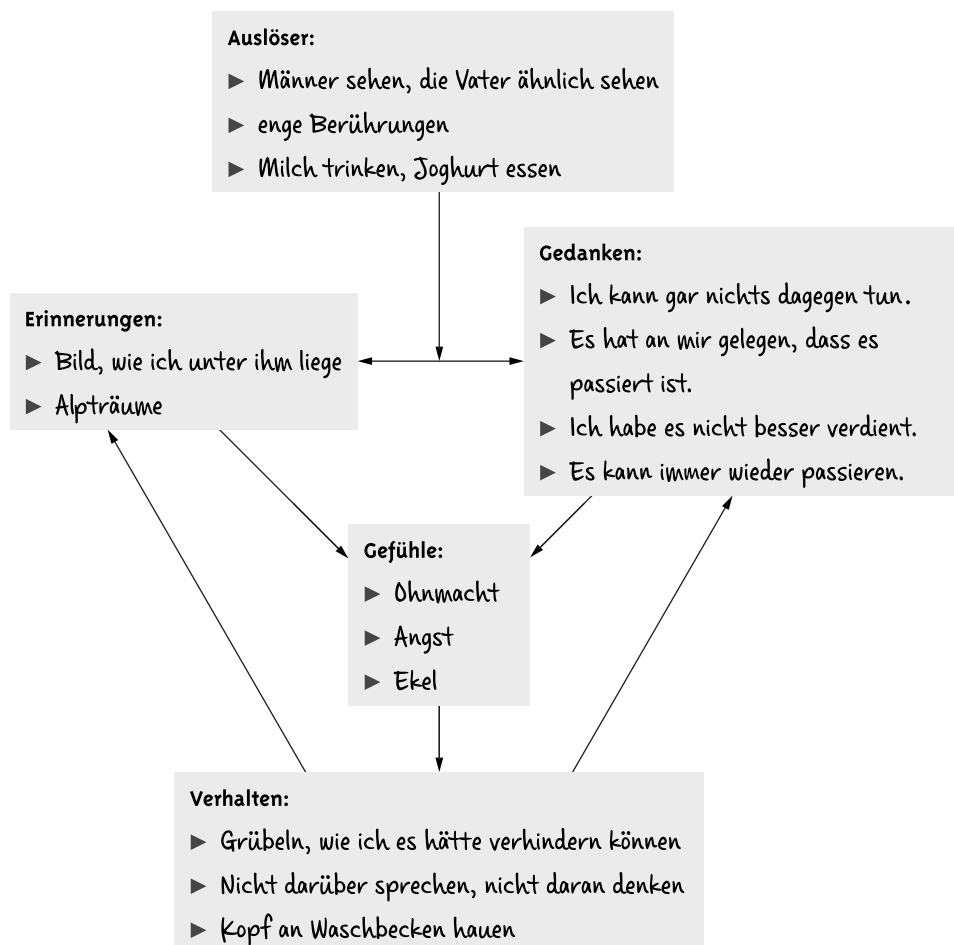
Die 16-jährige Isabel wurde in der Kindheit mehrfach vom Vater sexuell missbraucht. Als Vorbereitung hat sie im Rahmen einer Hausaufgabe aufgeschrieben, unter welchen Folgen sie heute wegen des Missbrauchs leidet. Dabei sollte sie versuchen, Erinnerungen, Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu berücksichtigen.

#### Erarbeitung der Kognitionen mit einer Jugendlichen

Dialog	Kommentar
T: »Ich würde gerne heute mit dir festhalten, unter welchen Folgen du heute aufgrund des Missbrauchs, von dem du mir erzählt hast, leidest. Dabei kannst du gerne deine Vorbereitungen, die du als Hausaufgabe gemacht hast, zu Hilfe nehmen. Außerdem würde ich es gerne mit dir gemeinsam auf dem Flip Chart festhalten. Okay?«	Auf dem Flip Chart kann bereits eine Vorlage zur Modellableitung aufgemalt sein. Alternativ kann der Therapeut anweisen, wo der Jugendliche die Elemente aufschreibt.
J: »Ja, okay.«	
T: »Super, dann lass uns beginnen. Unter welchen Dingen leidest du heute, weil du diese schrecklichen Erfahrungen gemacht hast?«	T geht zügig auf die Aufgabe zu.
J: »Ich habe ziemlich viele Alpträume von dem, was passiert ist. Dann sehe ich manchmal auch Bilder davon, die sind dann richtig lebendig.«	
T: »Du siehst also Bilder vor dir. Was für Bilder sind das?«	Aktives Zuhören, Konkretisierung.
J: Schweigt.	
T: »Das muss wirklich sehr schwer für dich sein, darüber zu sprechen. Du machst das bisher sehr gut. Was für Bilder siehst du dann? Sind das Bilder von den sexuellen Übergriffen, die du erlebt hast?«	T nimmt empathische Haltung ein. Regt den Jugendlichen an, Erlebnis-inhalte zu verbalisieren.

Dialog	Kommentar
J: »Ja, ich sehe dann, wie ich im Bett unter ihm liege.«	
T: »Okay, das sollten wir hier unter ›Erinnerungen‹ eintragen. Wenn du diese Erinnerungen hast, was geht dir dann durch den Kopf?«	Jugendlicher trägt am Flip Chart ein.
J: »Nicht so viel, ich hab dann irgendwie das Gefühl, dass es an mir gelegen hat.«	Jugendlichen fällt die Trennung von Gedanken und Gefühlen schwer.
T: »Wenn solche Bilder und Erinnerungen kommen, denkst du, dass es an dir gelegen hat, dass es passiert ist?«	T erarbeitet kognitive Zuschreibung.
J: »Ja, warum hätte er denn sonst so was machen sollen?«	
T: »Wenn ich das richtig verstehe, hast du in solchen Momenten den Gedanken, dass du daran schuld bist, dass es passiert ist?«	Jugendlichen in der Differenzierung von Gedanken und Gefühlen unterstützen.
J: »Ja, dann denke ich auch manchmal, dass ich es nicht besser verdient habe.«	Posttraumatische Kognition.
T: »Ich kann mir vorstellen, dass diese Gedanken sehr belastend für dich sind. Lass sie uns am Flip Chart festhalten. Wenn du solche Gedanken hast, welche Gefühle tauchen dann bei dir auf?«	T verhält sich neutral. Arbeitet den Zusammenhang von Kognitionen und Emotionen heraus.
J: »Manchmal fühle ich mich dann so, als würde es grade wieder passieren, als ob ich gar nichts machen könnte. Ich habe dann auch Angst und mir wird richtig schlecht.«	
T: »Das hört sich so an, als ob du dich ganz hilflos fühlen würdest. Welche Gefühle kommen dann noch?«	Jugendlichen in der Benennung der Gefühle unterstützen.
J: »Naja, Angst und irgendwie auch Ekel.«	
T: »Du machst das wirklich sehr gut, lass uns diese Gefühle auf dem Papier eintragen. Wenn du Angst hast und dich so hilflos fühlst, was denkst du dann?«	Jugendlichen in der Benennung der Gefühle unterstützen.
J: »Das ist schwierig, irgendwie hängt das alles zusammen.«	
T: »Ich kann mir vorstellen, dass es sich für dich wie ein großes Chaos anfühlt. Lass uns versuchen, die einzelnen Beschwerden noch weiter zu sortieren und zu schauen, welche Gedanken und Gefühle mit den Erinnerungen einhergehen. Was befürchtest du denn, wenn du so große Angst hast?«	T hört aktiv zu und erarbeitet weiterhin Kognitionen.
J: »Dass es wieder passieren könnte.«	
T: »Du denkst dann, dass es wieder passieren könnte. Lass uns auch diesen Gedanken eintragen. Was du bisher geschildert hast, muss für dich wirklich fürchterlich sein. Was hast du denn bisher versucht, um mit diesen Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen umzugehen?«	Konsequenzen erarbeiten.
J: »Naja, häufig kann ich dann nur noch da dran denken, wie ich es hätte verhindern können. Aber meistens versuche ich dann, an was anderes zu denken.«	

Dialog	Kommentar
T: »Ich verstehe, du grübelst dann darüber nach, wie du anders hättest reagieren können. Meistens jedoch versuchst du, die Gedanken daran gar nicht erst zuzulassen. Gibt es noch andere Dinge, die du tust, wenn all das eintritt, was wir gerade besprochen haben?«	Wiederholen der Informationen des Jugendlichen. Nach alternativen Verhaltensweisen fragen.
J: »Ja ... Manchmal, wenn ich am liebsten all das aus meinem Kopf kriegen würde, hau ich den Kopf ans Waschbecken, bis ich nicht mehr dran denken muss.«	
T: »Es ist gut nachvollziehbar, dass du alles Mögliche versuchst, um diese Erinnerungen los zu werden, sie sind sehr belastend für dich.«	Empathie für bisherige Bewältigungsversuche



**Abbildung 8.1** Beispiel eines ideosynkratischen Störungsmodells einer 16-jährigen Jugendlichen, die an PTBS nach sexuellem Missbrauch leidet

## Bewältigungsversuche erarbeiten

Nachdem erfragt wurde, welche Gedanken und Gefühle mit den Intrusionen einhergehen, sollte mit dem Jugendlichen erarbeitet werden, wie hilfreich die bisherigen Bewältigungsversuche waren, ob die Erinnerungen dadurch weniger geworden sind. Zur Demonstration des Effektes von Gedankenunterdrückung kann mit dem Jugendlichen ein entsprechendes Verhaltensexperiment durchgeführt werden, indem der Jugendliche gebeten wird, sich einen grasgrünen Bären vorzustellen. Anschließend wird er instruiert, eine Minute lang nicht an den grasgrünen Bären zu denken. Den meisten Jugendlichen gelingt es nicht, der Instruktion zu folgen, Gedanken an den grasgrünen Bären treten häufiger auf. Aus den Erfahrungen des Verhaltensexperiments lässt sich dann mit dem Jugendlichen ableiten, dass Gedankenunterdrückung den paradoxen Effekt besitzt, dass die Gedanken häufiger auftreten (Wegner & Erber, 1992). Mit Hilfe von Analogien (beispielsweise eine Wunde, die zur Heilung gesäubert werden muss, oder ein Puzzle, das sortiert, oder eine Kommodenschublade, die nicht zugeht und ausgeräumt werden muss) soll dann das kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsrational abgeleitet werden. Dabei ist es wichtig, explizit nach Befürchtungen des Jugendlichen zu fragen, wenn er sich vorstellt, sich mit den belastenden Erinnerungen auseinanderzusetzen. Typische Befürchtungen bei Jugendlichen sind: »Ich werde nicht mehr aufhören zu weinen.«, »Ich werde verrückt werden.«, »Ich werde das nicht aushalten können.«

Dabei ist es wichtig, den Befürchtungen des Jugendlichen sehr empathisch zu begegnen und sie zu validieren. Viele Jugendliche können ihre Befürchtungen nicht klar benennen. Hier ist es wichtig, dass der Therapeut eine »naive« Haltung einnimmt und mittels Pfeil-Abwärts-Technik genau zu verstehen versucht, was der Jugendliche befürchtet. Auch kann er antizipatorisch mögliche Befürchtungen nennen. Andere Jugendliche schämen sich für ihre Befürchtungen. In diesen Fällen kann der Therapeut die Befürchtungen normalisieren.

Dialog	Kommentar
T: »Wir haben uns nun angeschaut, wie es dazu kommt, dass die belastenden Erinnerungen an den Missbrauch immer wieder auftreten, und was du bisher versucht hast, um diese Erinnerungen und die unangenehmen Gedanken und Gefühle, die damit zusammen hängen, abzustellen. Wir haben auch besprochen, dass es wichtig ist, dass du dich mit den Erinnerungen an den Missbrauch auseinandersetzt und versuchst, die Gedanken und die Gefühle nicht weiter zu unterdrücken. Was denkst du dazu?«	Kognitionen des Jugendlichen über das Vorgehen erfragen.
J: »Ich habe eigentlich nicht sehr große Lust darauf, darüber zu sprechen, was passiert ist.«	
T: »Was glaubst du denn, könnte dann passieren?«	Nach möglichen Befürchtungen fragen.

Dialog	Kommentar
J: »Ich weiß es nicht genau.«	Jugendliche können konkrete Befürchtungen meist nicht spontan benennen.
T: »Was geht denn in dir vor, wenn du dir vorstellst, die Erinnerungen an deine schrecklichen Erlebnisse zuzulassen?«	Therapeut fragt nochmals nach.
J: »Hmmm ... Da wird mir ganz unwohl und ich kriege Angst.«	
T: »Das kann ich sehr gut verstehen. Alle Jugendlichen erzählen mir, dass sie Angst davor haben, über das Erlebte zu sprechen. Manche sagen, dass sie befürchten, dass dann ganz schreckliche Dinge passieren. Geht dir das auch so?«	Empathie für Ängste zeigen, normalisieren.
J: »Ja, irgendwie schon. Ich habe Angst durchzudrehen.«	Pfeil-Abwärts-Technik.
T: »Wie würde das aussehen, wenn du durchdrehst?«	Konkretisierung.
J: »Keine Ahnung. Ich hätte halt keine Kontrolle mehr über mich und würde wahrscheinlich total ausrasten.«	
T: »Woran würdest du merken, dass du ausrastest?«	Konkretisierung.
J: »Ich würde wahrscheinlich ganz laut weinen und nicht mehr aufhören.«	
T: »Wie lange, glaubst du, würdest du denn weinen?«	Konkretisierung.
J: »Keine Ahnung ...«	
T: »Vielleicht ein Jahr?«	Auswahl anbieten. Dies muss deutlich über dem liegen, was der Jugendliche nennen wird.
J: »Nein, kein ganzes Jahr.«	
T: »Vielleicht ein halbes Jahr?«	Verifizieren.
J: »Nein auch kein halbes Jahr ... Vielleicht ein paar Wochen.«	
T: »Okay, du glaubst, dass du ein paar Wochen weinen wirst, wenn du die Erinnerungen an den Missbrauch, den du erleben musstest, zulässt. Wirst du denn dann die ganze Zeit durchweinen, 24 Stunden pro Tag?«	Wiederholen. Detailliertere Vorstellung herausarbeiten.
J: »Nein, das geht ja gar nicht. Vielleicht ein paar Stunden pro Tag. Ich glaube, ich werde einfach total traurig werden.«	
T: »Ja, du glaubst, dass du traurig werden wirst, wenn du dich mit dem Erlebten auseinandersetzt. Das ist ein ganz normaler Prozess, wenn sich Menschen mit traumatischen Erlebnissen auseinandersetzen und diese verarbeiten. Dass du traurig werden wirst und du für eine gewisse Zeit auch belastet sein wirst, wird ein Zeichen dafür sein, dass unsere Therapie gut wirkt und du beginnst, das alles zu verarbeiten.«	Traurigkeit in Traumatherapie als normale Reaktion validieren.

### Training der Emotionsregulation

Bevor die Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen mittels Expositionsverfahren und kognitivem Durcharbeiten erfolgen kann, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein (z. B. Kind befindet sich nicht in akuter Gefahr, keine akute Krisensituation, Kind verfügt über Wissen bezüglich seiner Symptomatik und Therapierational, Kind und Eltern konnten eigene Befürchtung bzgl. Auseinandersetzung

mit dem Trauma relativieren, Kind und Eltern verfügen über Strategien zum Umgang mit belastenden Gedanken oder Gefühlen; s. hierzu Steil & Rosner, 2009b).

Vor der Traumaaarbeit ist die Durchführung eines Trainings zur Emotionsregulation indiziert, besonders dann, wenn die Kinder sehr ängstlich sind oder bei Jugendlichen dysfunktionale Verhaltensweisen (wie Substanzabusus, Selbstverletzungen, Dissoziation etc. ...) vorliegen. Diese Elemente umfassen ein Training zum Ausdruck von Gefühlen, zu kognitiven Bewältigungsfertigkeiten und zu Entspannungstechniken (Deblinger & Heflin, 1996). Zunächst wird mit dem Kind ein gemeinsames Vokabular für Gefühle gesammelt (»Viele Menschen haben unterschiedliche Gefühle, welche Gefühle hast du manchmal?«). Anschließend wird mit dem Kind besprochen, wie es Gefühle bei sich und anderen Menschen erkennen kann (»Wie schaut jemand, der gerade traurig ist? Woran kannst du erkennen, dass jemand traurig ist?«), um dann angemessene Strategien zum Ausdruck von und zum Umgang mit Gefühlen zu erlernen (z. B. bei starkem Ärger: tief in den Bauch atmen, Aktivitäten durchführen, ärger-reduzierende Gedanken wie »Ich werde ein gutes Leben haben.« oder »Ich lasse nicht zu, dass mich jemand so aufregt.« einsetzen). Zur Demonstration eines angemessenen Ausdrucks von Gefühlen können Handpuppen eingesetzt oder Rollenspiele mit dem Therapeuten durchgeführt werden.

Durch Erlernen von Entspannungstechniken erhält das Kind ein stärkeres Gefühl, die eigene Angst kontrollieren zu können. Mit älteren Kindern können klassische Entspannungstechniken wie progressive Muskelrelaxation eingesetzt werden (eine Übersicht zu Entspannungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen stellt Petermann, 2007 bereit). Bei jüngeren Kindern können bildhafte Instruktionen verwendet werden, um Spannung und Entspannung zu induzieren (z. B. »Stell dich hin wie ein Zinnsoldat und jetzt lass dich in deinen Stuhl fallen wie eine nasse Nudel.«). Beim Einsatz von Entspannungstechniken sollte der Therapeut stets im Auge behalten, dass das Kind Entspannung nicht als Vermeidungsstrategie in der Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen einsetzt. So sollte die Exposition beispielsweise nicht durch Entspannungsübungen unterbrochen werden (Deblinger & Heflin, 1996).

Zum Training der Emotionsregulation bei Jugendlichen kann auf therapeutische Interventionen für suizidale oder sich selbst verletzende Jugendliche zurückgegriffen werden. Zur Verbesserung der Emotionsregulation ist die Anwendung des Skills-trainings der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Linehan, 1996) empfehlenswert. Miller et al. (2007) stellen das für Jugendliche adaptierte Vorgehen bereit.

### 8.3.2 Therapeutisches Vorgehen – Schwerpunkt kognitive Intervention

Ziel kognitiver Interventionen ist sowohl, dass das Kind/der Jugendliche das Geschehene sinnvoll interpretiert und einordnet als auch der Abbau kognitiver Kontrollstrategien (z. B. Gedankenunterdrückung). In dieser Altersgruppe ist besonders zu beachten, dass die Traumatisierung zu einem Zeitpunkt in der psychischen Entwicklung geschah, zu dem sich Konzepte zur persönlichen Sicherheit, Kontrolle und

moralischem Verständnis erst beginnen herauszubilden. Die Grundlage der Veränderung von Kognitionen ist das geleitete Entdecken. Nach Steil und Rosner (2009b) kommen die in Tabelle 8.1 aufgelisteten Techniken zum Einsatz, um unangemessene Bewertungen und Überzeugungen zu relativieren bzw. zu verändern.

**Tabelle 8.1** Kognitive Methoden in der Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Technik	Beispiele
Demonstration zum Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen	Zunächst an nicht-traumabezogenen Beispielen üben: »Lass uns mal so tun, als wäre da ein Junge im Kinderhort, der nie mit dir spricht. Immer wenn du ihn anschaust, dreht er sich weg. Wenn du in dieser Situation denkst: »Er schaut weg, weil er mich hasst.«, wie würdest du dich dann fühlen? Und wenn du denken würdest: »Er schaut weg, weil er ängstlich ist, nicht weil er mich hasst«, wie würdest du dich dann fühlen?«
Befürchtungen und Erwartungen als zu prüfende Hypothesen betrachten, Gebrauch von Wahrscheinlichkeitsschätzungen, Beweissammlung, Verhaltensexperimente	»Du glaubst also, du würdest die Kontrolle verlieren, wenn du über die Erlebnisse berichtest und völlig ausrasten. Woran würdest du merken, dass du völlig ausrastest? Wie würde das genau aussehen? Was könntest du tun, wenn du merkst, es geht los?«
Advocatus-Diaboli-Technik	»Du sagst, dein Papa hat deiner Mama so weh getan, weil du sie nicht beschützt hast. Warum hast du sie nicht beschützt? Was glaubst du wäre passiert, wenn du versucht hättest, deinen Vater abzuhalten?«
Das eigene Handeln auf der Grundlage der Informationen beurteilen, die der damaligen Person während der Traumatisierung zur Verfügung standen	»Du überlegst häufig, warum du dich damals nicht gewehrt hast. Lass uns noch mal gemeinsam die Zeit ein wenig zurückdrehen und genau überlegen, welche Möglichkeiten du gehabt hast. Wie groß warst du, wie groß war der Mann? Wie stark warst du, wie stark war der Mann?«
Entwicklung alternativer und hilfreicher Gedanken und Erwartungen	»Wenn ich über die Dinge spreche, die mir passiert sind, werde ich wahrscheinlich wütend werden, vielleicht auch mal laut schreien. Ich werde aber nicht die Kontrolle verlieren, denn das wird auch wieder vorbeigehen. Meine Familie wird verstehen, wenn ich eine Zeitlang reizbarer bin.«



### **Veränderung der Kognitionen bei Vorschulkindern**

Die Durchführung kognitiver Interventionen ist auch bei Vorschulkindern mit einigen Adaptationen möglich (Scheeringa et al., 2007).

**Entspannungstechniken.** Besonders bei sehr jungen Kindern sollte vor der Durcharbeitung der traumatischen Erlebnisse Wert auf das Erlernen von Entspannungstechniken gelegt werden, da sie im Gegensatz zu älteren Kindern noch nicht fähig sind, Angst und Erregung zu tolerieren (Smith et al., 2010).

**Spezifische Techniken.** Die Veränderung von maladaptiven Kognitionen ist im Vorschulalter durch verschiedene Interventionen möglich: Der Therapeut fordert das Kind auf, die traumatischen Erlebnisse (zum Beispiel mit Handpuppen) nachzuspielen und strukturiert das Spiel, indem er an geeigneter Stelle in das Spiel eingreift und angemessenere Bewertungen in das Spiel integriert. Black (1998) empfiehlt, das Kind zu bitten, ein Bild ohne thematische Vorgabe zu malen. Ihrer Erfahrung nach stellt das Kind meist die Elemente dar, die es durchlebt hat. Um Schuldkognitionen mit dem jungen Kind zu bearbeiten, empfehlen Cohen und Mannarino (1993), dem Kind zunächst nicht-trauma-assoziierte Situationen vorzugeben und jeweils zu fragen, wer dafür verantwortlich sei (»Wer hat das gemacht?«). Äußert das Kind unangemessene Verantwortungszuschreibungen, setzt der Therapeut Methoden der kognitiven Umstrukturierung ein (»Wie genau hat die Person das gemacht? Hat noch eine andere Person mitgemacht?«). Nach Übungen an neutralen Situationen erfolgt die Übertragung auf die traumatischen Erlebnisse.

Für einige Kinder sind solche Interventionen zu schwierig, sie benötigen mehr Unterstützung, indem der Therapeut konkrete Vorschläge zu Alternativbewertungen gibt und das Kind mit entlastenden Aussagen unterstützt (z. B. »Ich glaube nicht, dass das Kind Schuld hat.«, »Ich glaube, dass der Erwachsene das besser wissen sollte«). Auch kann der Therapeut das Kind zu positiven Selbstaussagen (»Ich bin besonders weil, ...«, »Ich kann manchmal sehr mutig sein.«) instruieren.

### **Veränderung der Kognitionen bei Grundschulkindern**

Basis der kognitiven Interventionen ist eine altersangemessene Form des sokratischen Dialoges und das geleitete Entdecken. Der Therapeut lässt das Kind geduldig prüfen, ob seine Einstellungen, Überzeugungen und Interpretationen zum Trauma und seinen Folgen angemessen und hilfreich sind oder ob sie sich eher hinderlich auswirken. Den Kindern fehlen teilweise Informationen, um das Geschehene angemessen interpretieren oder einordnen zu können, diese können vom Therapeuten eingebracht werden (z. B. »Sexueller Missbrauch ist ein Verbrechen.« oder »Es ist angemessen Wut zu empfinden und verbal auszudrücken, jedoch nicht, sie durch körperliche Gewalt zu äußern.«). Im nächsten Schritt werden mit dem Kind z. B. mit Hilfe der Spalten-Technik alternative hilfreiche Gedanken gesucht, mit denen das Kind die bisherigen dysfunktionalen Kognitionen zu ersetzen versucht (Steil & Rosner, 2009b). Eine andere Möglichkeit, mit Kindern dysfunktionale Kognitionen zu disputieren, sind »Bester-Freund«-Rollenspiele (Deblinger & Heflin, 1996). Das Kind wird hierbei aufgefordert, sich vorzustellen, dass der beste Freund bestimmte negative Gedanken