

Inhalt

Editorial:

Jäger, Bauern, Arbeit, Zerstreung und andere Zukunftsmodelle <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
Internet, Cybermobbing und Suizid <i>Andreas Richterich</i>	5
Erwachsen? Noch lange nicht! Überlegungen zum Konzept der Emerging Adulthood und ihrer psychodynamischen Psychotherapie <i>Renate Sannwald</i>	24
Evidenzbasierte Ergebnisse zur Wirksamkeit systemischer Therapie bei ADHS <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	39
Innovationswettbewerb „Die innovative Praxis“	73
Deutscher Preis für Patientensicherheit	74
<i>Hinweise für Autoren</i>	76

Editorial:

Jäger, Bauern, Arbeit, Zerstreuung und andere Zukunftsmodelle

„Auf unserem Planeten sind nur noch sehr wenige reine Hunter-Gesellschaften verblieben, und keine von ihnen ist die bestimmende Kultur in der industrialisierten Welt. Die meisten modernen Arbeitsplätze erfordern eine Farmer-Mentalität: Man hat zu einer bestimmten Zeit bei der Arbeit zu erscheinen, erledigt für eine gewisse Anzahl von Stunden eine festgelegte Aufgabe und beendet seinen Tag so frühzeitig, daß man sich ausruhen und auf den nächsten Tag vorbereiten kann. Jeden Tag schiebt man den gleichen Bolzen auf das gleiche Rad, immer und immer wieder. Jeden Tag trifft man dieselben Leute, redet über dieselben Dinge, schiebt die Akten von Schreibtisch A zu Schreibtisch B und wieder zurück“ schrieb Thom Hartmann 1993 in seinem Buch „Attention Deficit Disorder: A Different Perception“ (Deutsche Übersetzung 1997, S. 44-45). Diese Schilderungen des Alltags waren wahrscheinlich schon damals nicht für alle Menschen repräsentativ, aber heute, rund 20 Jahre weiter, dürften es noch weniger Menschen sein, deren Alltag so aussieht. Für viele dürfte es mittlerweile eher so aussehen: „Auf unserem Planeten sind auch wieder Hunter ok als eine der mitgestaltenden Kulturen in der heutigen Welt. Die meisten modernen Arbeitsplätze erfordern Tempo und Flexibilität: Man hat zu unterschiedlichen Zeiten bei der Arbeit zu erscheinen oder auch zu keiner bestimmten Zeit, erledigt für eine gewisse Anzahl von Stunden sehr unterschiedliche Aufgaben und beendet seinen Tag früher oder später, später oder früher, sodass genügend Zeit zum chillen bleibt und für arbeitsfreie Tage. Jeder Tag ist anders, fast nichts wiederholt sich. Jeden Tag trifft man auf Facebook und anderswo im Internet und in real Locations andere, neue Leute, redet über alle möglichen Dinge, schiebt Files von Cloud zu Cloud, manchmal auch zurück.“

Driven to distraction: recognizing and coping with attention deficit disorder from childhood through adulthood lautete der Originaltitel von Hallowell und Ratey 1995 zu ADHS, *Zwanghaft zerstreut oder Die Unfähigkeit, aufmerksam*

zu sein der ins Deutsche übersetzte Titel. Das ist 2014 von allgemeiner Akuität: Im Philosophie Magazin Nr. 2 / 2014 lautete das Titelthema „Das zerstreute Ich“. Der Autor Wolfram Eilenberger (S. 40ff) konstatiert: „Unser Alltag wird zunehmend von Unterbrechungen und Multitasking bestimmt. Im Dauerfeuer der medialen Reize fällt es immer schwerer, auch nur einen einzigen klaren Gedanken zu fassen. Die Anzahl der ADHS-Diagnosen steigt ebenso kontinuierlich an wie jene der Burnout-Diagnosen. Sind die Fliehkräfte des digitalen Kapitalismus im Begriff, neben dem Alltag auch unser Innerstes zu zerreißen? Doch was wissen wir eigentlich über die wahre Gestalt des menschlichen Bewusstseins? Ist unser Denken womöglich von Natur auf permanente Zerstreuung angelegt? Stellt das dezentrierte Ich sogar utopische Perspektiven einer neuen, intensiveren Daseinsform in Aussicht?“

„Aufmerksamkeit: volle, aktive, ungeteilte, andauernde Aufmerksamkeit. Kaum jemand wüsste den Wert dieser Ressource besser einzuschätzen als der Gründer von Facebook. Tatsächlich ist sie im 21. Jahrhundert zum entscheidenden Rohstoff des heutigen Kapitalismus geworden. Ob Google oder Twitter, Facebook oder YouTube, was anderes verleiht diesen Hunderte Milliarden schweren Neugründungen ihren Wert als unsere Aufmerksamkeit? Kein Wunder also, dass sich um dieses Gut ein Wettbewerb entwickelt hat, dessen ungewöhnliche Härte wir jeden Tag am eigenen Leibe und vor allem Geiste zu spüren bekommen: durch Pop-up-Windows und Push-Nachrichten, Live-Ticker und Google-Alerts ... Die digitale Ablenkungsdichte ist mittlerweile so hoch geworden, dass selbst diejenigen unter uns Multitaskern, die sich bisher von jedem ADHS-Verdacht freizuhalten vermochten, immer öfter von dem bedrohlichen Lebensgefühl bestimmt werden, keinen klaren Gedanken mehr fassen zu können. Es ist die Struktur des Internets selbst, die einer Logik der Fragmentierung folgt. Wird sie auch zu einer allgemeinen Denkstruktur werden? Projiziert man die jüngsten Entwicklungssprünge nur einige Jahre in die Zukunft, zeichnet sich tatsächlich das Entstehen von kulturellen Existenzen ab, denen die Fähigkeit, sich dauerhaft auf einen Text, eine Mathe-Aufgabe oder auch nur sich selbst zu konzentrieren, verloren gegangen sein könnte.“

Möglicherweise ist ADHS also nicht als Steinzeitjäger-Auslaufmodell nach Hartmann zu verstehen, sondern eher als Anpassungs- bzw. Erfolgsmodell für die Zukunft.

„Lasst uns unnütze Zeit verbringen!“ Der Neoliberalismus in digitaler Zeit macht Menschen zu Selbstaubeutern und -entblößern, warnt der Berliner

Philosoph Byung-Chul Han am 28. Juli 2014 auf rp-online.de (<http://www.rp-online.de/kultur/lasst-uns-unnuetze-zeit-verbringen-aid-1.4413182>). „Lieber fernsehen als nachdenken“ heißt es dagegen in der Rheinischen Post am 28. August 2014 (<http://www.rp-online.de/panorama/lieber-fernsehen-als-nachdenken-aid-1.4483227>). Fernsehen bleibt der dort zitierten Umfrage nach der Deutschen liebste Freizeitbeschäftigung, so dass die o. g. Selbstaubeuter derzeit wohl noch in der Minderheit sind.

Welcher Gruppe man sich auch immer zuordnen mag – Möglichkeiten zur Zerstreuung sind im Überfluss vorhanden.

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

Hartmann T (1997) Eine andere Art, die Welt zu sehen: Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Lübeck: Schmidt-Römhild

Internet, Cybermobbing und Suizid

Andreas Richterich

„Sehr geehrter Herr! Da Sie sich so auffällig opferwillig zeigen, darf ich Sie vielleicht um 7 M oder gleich um den Revolver bitten. Nachdem Sie mich zur Verzweiflung gebracht, sind Sie doch wohl bereit, mich dieser und sich meiner rasch zu entledigen. Eigentlich hätte ich ja schon im Juni krepieren sollen. [...] ‚Vater‘ ist doch ein seltsames Wort, ich scheine es nicht zu verstehen. Es muss jemand bezeichnen, den man lieben kann und liebt, so recht von Herzen. Wie gern hätte ich eine solche Person! Könnten Sie mir nicht einen Rat geben ... Ihre Verhältnisse zu mir scheinen sich immer gespannter zu gestalten, ich glaube, wenn ich Pietist und nicht Mensch wäre, wenn ich jede Eigenschaft und Neigung an mir ins Gegenteil verkehrte, könnte ich mit Ihnen harmonieren. Aber so kann und will ich nimmer leben und wenn ich ein Verbrechen begehe, sind nächst mir Sie schuld, Herr Hesse, der Sie mir die Freude am Leben nahmen. Aus dem ‚lieben Hermann‘ ist ein anderer geworden, ein Welthasser, eine Waise, deren ‚Eltern‘ leben.“

(Brief Hermann Hesses an seinen Vater aus der Heilanstalt Stetten, vom 14. September 1892)

Suizidalität in der Adoleszenz ist kein neues Thema, wie der inzwischen über 120 Jahre alte Brief Hermann Hesses an seinen Vater zeigt. Die Themen damals und heute gleichen sich – hohe moralische Ansprüche an sich und andere, Schwierigkeiten in Beziehungen (insbesondere, aber nicht nur familiären), Sinnsuche, Hindernisse auf dem Weg der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben der Individuation, heftige emotionale Auslenkungen. Die Rahmenbedingungen – sowohl für die adoleszente Entwicklung, als auch für die Therapie seelischer Störungen in dieser empfindlichen Phase – haben sich seither jedoch entscheidend verändert. In der klinischen Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie nehmen Fragestellungen zu Themen wie Cybermobbing, Sexting, Computer- und Internetabhängigkeit zu. Es beginnt mit anscheinend harmlosen ‚Kettennachrichten‘, die schon Kinder sich mit Messen-

ger-Diensten oder als SMS senden, in denen mit Tod und anderen schlimmen Folgen gedroht wird, wenn die Nachricht nicht weiterverbreitet wird. Dieses für Erwachsene und ältere Jugendliche leicht zu durchschauende Szenario überfordert Kinder vor dem zwölften Lebensjahr schnell, löst Verunsicherung und Angst aus. Es geht weiter mit der Konfrontation mit Internetinhalten – zu jedem beliebigen Thema, also auch zu Selbstverletzungen oder zum Suizid lassen sich Foren, Bilder und alle möglichen weiteren Inhalte innerhalb weniger Sekunden auffinden, bis hin zu abwegigsten und erschreckenden Beispielen, bei denen beispielsweise der eigene Suizid von Jugendlichen oder jungen Erwachsenen live im Internet übertragen wird. Über Computerspielabhängigkeit oder exzessive Kommunikation spannt sich der Bogen weiter bis hin zum Cybermobbing mit allen Folgen für Opfer und Täter. Insbesondere im Zusammenhang von Internet und Suizidalität herrscht große Verunsicherung, teilweise auch Angst, bei Eltern und manchen Patienten. In diesem Artikel sollen nach einer Darstellung der Problematik einige ausgewählte Studienergebnisse diskutiert werden, um Ratschläge für Eltern und klinisches Vorgehen in den benannten Situationen begründen zu können.

1. Suizidpakte

„*Selbstmord im Internet verabredet*“ meldeten die Agenturen 2000, als der 25jährige Norweger D. V. sich über ein Suizidforum im Internet mit der 17jährigen österreichischen Schülerin E. D. zum gemeinsamen Suizid verabredete; im Februar 2000 sprangen beide gemeinsam vom 600 Meter hohen Felsen „Prekestolen“ (Predigtstuhl) am Lysefjord in Norwegen (Wolf 2000). Seit-her gibt es immer wieder Meldungen über den Zusammenhang von Suiziden und Internet, entweder in Form von Verabredungen zum gemeinsamen Suizid („*Suicide pacts*“, Rajagopal 2004), zu denen in diesem Absatz berichtet wird, oder über Suizide im Zusammenhang mit Cybermobbing; dieses Thema wird im nächsten Absatz aufgegriffen.

2011 wurde der gemeinsame Suizid dreier Jugendlicher bzw. junger Frauen im Alter von 16 bis 19 Jahren im niedersächsischen Holdorf bei Damme bekannt. Die drei hatten sich über das Internet gefunden und den gemeinsamen Suizid verabredet. In einem sorgfältig versteckten, mit einer Plane abgedeckten Zelt entzündeten sie einen Holzkohlegrill. Eine SMS-Kommunikation zwischen zweien der drei auf der Fahrt zum Treffen wurde bekannt: K. schickte S. „*aus dem Zug eine überschwängliche SMS: „Ich hätte vorhin beinahe gesungen: Ich fahre in den Tod.“ S. antwortet: „Ich freue mich auch schon.“*“

Und verabschiedet sich auf ihrer Facebook-Seite: „Am Samstag bin ich weeeeeeeeg, ganz weit weg. Wir sehen uns in ein paar Jahren wieder.“ (Der SPIEGEL 40/2011).

Eine fast identische Situation, ebenfalls mit drei Frauen und einem Zelt, wurde am 31.1.2014 in Vöhl (Hessen) bekannt; auch dort kannten sich die drei Frauen vorher nicht und lernten sich über das Internet kennen.

Zwei Veröffentlichungen in der „Rechtsmedizin“ befassen sich 2011 mit dem Thema Holzkohlegrill und Kohlenmonoxidvergiftung. Jübner (2011) beschreibt in „Zwei Fälle von Dreifachsuiziden mithilfe von Holzkohle“ eine „auffällige Duplizität zweier Mehrfachsuizide“, an denen jeweils drei junge Männer im Alter zwischen 20 und 25 Jahren beteiligt waren. Diese fanden in „zwei benachbarten Bundesländern“ innerhalb von fünf Wochen statt. In einem der Fälle konnte nachgewiesen werden, dass die drei jungen Männer über ein Suizidforum miteinander in Kontakt getreten sind und sich am Tag des Suizids erstmals getroffen haben. Im zweiten Artikel „Todesfälle durch Exposition mit Holzkohlegrill“ (Müller 2011) werden insgesamt 9 Fälle des Suizids mit diesem Verfahren beschrieben, die zwischen 09/2009 und 10/2010 im Institut für Rechtsmedizin Hamburg gesehen wurden. Die Autoren schreiben hier: „Die Zunahme von Todesfällen durch Kohlenmonoxidintoxikation mittels Holzkohlegrill ist auch in Deutschland zu verzeichnen, mit einer steigenden Tendenz in den letzten Jahren. Teilweise treten Todesfälle in Form von Mehrfachsuiziden auf. In Internetforen, die sich mit dem Freitod beschäftigen, wird die Methode [...] beschrieben. Ein deutschsprachiger „blog“ (Internettagebuch), der sich ausschließlich diesem Thema widmet und Durchführung sowie die Wirkungsweise detailliert beschreibt, preist die Methode [...] an [...].“ In Asien konnte die Zunahme von Suiziden durch Kohlenmonoxidvergiftungen genauso wie die Verabredung zum gemeinsamen Suizid („Suicide pacts“) schon einige Jahre früher beobachtet werden. Kayako Ueno, japanische Soziologin an der Tokushima Universität, schrieb 2005 eine soziologische Kurzzusammenfassung zur japanischen Haltung gegenüber Suiziden: „Suicide as Japan's major export? A note on Japanese Suicide Culture“ (Ueno 2005). Hierin beschreibt sie unter anderem, dass der erste bekannte Suizidpakt unter Nutzung des Internets in Japan im Jahr 2000 stattfand, insbesondere aber nach einem von den Medien stark beachtetem Fall 2003 eine international beachtete Anhäufung solcher Suizidpakte zu beobachten war. Das Szenario wurde anscheinend zur Vorlage vieler weiterer Fälle – es waren drei junge Menschen (ein Mann und zwei Frauen), die sich über das Internet verabredeten und gemeinsam mit Kohlenmonoxid vergifteten. In Uenos Analyse führt sie aus, dass es mit dem Internet einfach ist,

andere Menschen mit ernststen Suizidabsichten zu finden. Sie beschreibt dieses Phänomen als „*new phenotype of our “group suicide culture” with a new emphasis on the least suffering, fear, and isolation*“. Dies sind Gedanken, die klinisch relevant sind. Nicht wenige Patienten berichten, dass sie vor Suizidabsichten zurückschrecken aus Angst vor Schmerz und Leid, und dass ihnen allein der Mut fehle. Die hier beschriebenen „suicide pacts“ mit den erwähnten Mitteln (gemeinsame, möglichst risiko- und schmerzfreie Durchführung) senken diese Hürde ab.

2. Suizid nach Cybermobbing

Der Begriff *Cybermobbing* (im englischen Cyberbullying; im weiteren Text genauso wie Mobbing und Bullying alternativ benutzt) wird verwendet, wenn Internet und Mobiltelefondienste zum Bloßstellen und Schikanieren anderer verwendet werden (Polizeiliche Kriminalprävention, www.polizei-beratung.de). Zur Anwendung kommen nicht nur Anrufe und E-Mails, sondern auch Einträge bei Online-Communitys (soziale Netzwerke), in Diskussionsforen und Gästebüchern, bei Blogs oder in Form von Fotos und Videos auf entsprechenden Plattformen und Websites. Je nach Ausprägung und Schweregrad können auch hier schon Straftaten vorliegen. Sicher als Straftat zu werten ist der Identitätsdiebstahl, also das „Knacken“ oder „Hacken“ von Benutzerdaten in sozialen Netzwerken, um an Informationen und Fotos zu gelangen, oder aber Äußerungen im Namen der Opfer vorzunehmen. Empfohlen wird hier, bei entsprechendem Verdacht frühzeitig auch über die Einschaltung der Polizei nachzudenken.

Eine kritische Diskussion zum Begriff Cybermobbing muss nach den Kriterien, was unter Cybermobbing verstanden wird, fragen. In einer Fokusgruppenstudie (Schultze-Krumbholz 2014a), kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass „*bei der Verwendung des Begriffs Cybermobbing deutsche Jugendliche ähnlich Konzepte darunter verstehen, wie Forscher und Praktiker*“. Als Definition wird vorgeschlagen: „*Cybermobbing ist ein aggressives Verhalten einer Person mit einer Schädigung oder einer Schädigungsabsicht gegenüber einem Opfer, das sich (aufgrund der Anonymität des Täters oder der Beweiskraft von Bildmaterial) nicht wehren kann. Das Verhalten findet einmalig über öffentliche Kommunikationskanäle oder wiederholt über private Kommunikationskanäle statt. Dabei ist öffentlichen Vorfällen und Vorfällen unter Freunden ein besonderer Schweregrad zuzuschreiben.*“ Die Autoren

empfehlen, die subjektive Wahrnehmung der Opfer deutlich zu berücksichtigen und im klinischen Kontext die *„hohe Relevanz von Cybermobbing für die Beziehung und Freundschaften von Jugendlichen“* zu beachten. Sehr wesentlich bei dieser Definition erscheint die Möglichkeit, auch ein einmaliges Ereignis zu erfassen, im Unterschied zum Schulhof- oder Klassenmobbing, bei dem Wiederholungen gefordert werden. Wenn zum Beispiel einmalig Informationen, Fotos oder Videos einer Person mit besonders verletzenden oder intimen Inhalten öffentlich gemacht werden, kann dies – trotz fehlender Wiederholung – erhebliche Folgen für betroffene Kinder und Jugendliche haben.

Während der wöchentlich durchgeführten Gruppentherapiesitzungen zum Thema Computer, Internet und Mobiltelefone berichten Jugendliche spontan über ihnen bekannte Fälle. Ein besonders herausragender Fall nach einmaliger Veröffentlichung eines Videos ist der von Amanda Todt, die sich am 10. Oktober 2012 in den USA suizidierte. In der 7. Klasse hat Amanda einen Videochat genutzt, um neue Bekanntschaften zu schließen. Sie ist dabei von einem Fremden überredet worden, ihren Oberkörper im Chat nackt zu zeigen. Dieses wurde mitgeschnitten, Amanda wurde im Folgenden vom Täter erpresst; letztlich gelangte das Video ins Netz und wurde schnell verbreitet. Obwohl die Polizei informiert wurde, Amanda zweimal die Schule wechselte und die Familie letztlich sogar in eine andere Stadt zog, verfolgten die Bilder Amanda weiter. Es gab weitere Anfeindungen in sozialen Netzwerken und in den Schulen. Amanda entwickelte erhebliche emotionale Probleme, begann sich selbst zu verletzen, und wurde zuletzt auch psychiatrisch behandelt. Das Cybermobbing ging weiter, es kam zu einem ersten Suizidversuch. Am 07. September 2012 veröffentlichte Amanda nur einen Monat vor ihrem Tod ein Video auf einer bekannten Online-Plattform, bei dem sie auf handgeschriebenen Zetteln ihre Geschichte erzählt. Schweigend hält Amanda die Zettel dem Zuschauer entgegen, einen nach dem anderen, auf denen z.B. zu lesen ist: *„I have nobody, I need someone“*. Dieses Video ist immer noch im Internet abrufbar und unter Jugendlichen bekannt. Weitere Fälle dieser Art wurden aus den USA und England berichtet.

3. Studien zum Thema Internet und Suizidalität

In einer frühen Stellungnahme zum Thema kommen Becker, El-Faddagh und Schmidt (2004) bei der Untersuchung der Wirkungen besonderer Chat-Rooms auf suizidgefährdete bzw. am Thema interessierte Jugendliche zur Schlussfol-

gerungen, dass durch die Beschäftigung im Internet mit dem Thema „Suizidalität ausagiert und reduziert, aber auch aufrechterhalten und potenziert werden könnte“; weitere Forschung zum Thema wird angemahnt. Die Autoren fordern unter anderem, das *„Bezugspersonen, Ärzte und Psychotherapeuten Kenntnisse über Suizid-Chatrooms besitzen“* sowie *„ausreichende Online-Informationen und Hilfeangebote für gefährdete Jugendliche“*.

In einer Analyse der Literatur (n=1830 full text articles) zum Thema Internet und Selbstverletzung/Suizid (Daine 2013) kommen englische Forscher zum gleichen Resultat: sowohl positive als auch negative Einflüsse können beschrieben werden. Sie weisen darauf hin, dass die Erfassung von Nutzungsverhalten und Erfahrungen zur klinischen Routine bei Kindern und Jugendlichen gehören sollten, bei denen ein Risiko für Selbstverletzungen und Suizidalität besteht. Dies deckt sich mit Analysen US-amerikanischer Forscher (Cash 2009), die zum Ergebnis kommen *„The internet can be both detrimental and helpful in relation to suicide.“* In einer der wenigen Untersuchungen zum Inhalt verschiedener englischsprachiger Webseiten zum Thema Suizid (Recupero 2008) klassifizieren die Autoren 115 von 373 als *„suizid-neutral“*, 109 als *„gegen Suizid“* und 41 als *„pro Suizid“*. Detaillierte Informationen zu Methoden seien auf Letzteren leicht zugänglich und innerhalb weniger Sekunden auffindbar. Im höchsten Grade irritierend ist der Hinweis der Autoren, dass auch bei neutralen oder als konstruktiv empfundenen Webseiten Werbung für Onlineversand von Medikamenten eingeblendet wurde (!).

In einer Arbeit über die Gefahren von Suizidforen (Eichenberg 2010) werden empirische Befunde, sowohl gefährdende als auch suizidpräventive, gegenübergestellt (Tabelle 1). Die Autorin fasst zusammen, dass nicht pauschal von einer allgemeinen Gefährdung gesprochen werden kann, und dass auch suizidpräventive Aspekte nachgewiesen werden können. Sie empfiehlt, eine *„Dämonisierung“* zu vermeiden und sich auf suizidpräventive Arbeit zu konzentrieren. Zu einer vergleichbaren Einschätzung kommen auch Fiedler und Lindner (2002) in ihrer Ausarbeitung für die Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) als Antwort auf Anfrage des BMBF, die sich trotz möglicher Gefahren gegen eine generelle Warnung oder ein generelles Verbot solcher Foren richten, im Einzelfall aber sollten *„Betreiber von Foren, in denen der Suizid propagiert wird, wo Jugendliche zum Suizid gedrängt werden und Beschaffungshilfeversprochen“* geschlossen bzw. unzugänglich gemacht werden. Lindner und Fiedler betonen ebenfalls die Wichtigkeit präventiver Arbeit (vgl. hierzu www.suizidprophylaxe.de/ und www.suizidpraevention-deutschland.de/ sowie www.akademie-suizidpraevention.de/).

Als gefährdende Aspekte wurden aufgezählt:

- Weitere Labilisierung, insbesondere bei jungen und psychisch kranken Menschen (Birbal 2009, Thompson 1999, Sher 2000)
- Verbreitung von Suizidmethoden und Angebot von Suizidmitteln (Alao 1999, Schrenk 1997)
- Ansteckung und Imitation (Schmidtke 2003)
- Schwellenerniedrigung im Sinne des Abbaus von Ambivalenzen durch Prozesse des Gruppendrucks (Baume 1997, Arndt 2007)
- Veränderungen der Einstellung zum Suizid (Thompson 1999)

Als suizidpräventive Effekte von Onlineforen wurden benannt:

- Enttabuisierung eines in der Gesellschaft stark stigmatisierten Themas (Winkel 2005)
- Abbau suizidalen Handlungsdrucks durch Diskussionen über Suizidmethoden (Fiedler 2003)
- Anonym und unzensurierter Austausch mit anderen Betroffenen mit dem Effekt der empfundenen sozialen Unterstützung (Mehlum 2000)
- Kontaktaufnahme zu suizidalen Menschen von Seiten Professioneller, die auf andere Weise nicht erreicht würden (Richard 2000)
- Erleichterter Zugang zu professionellen Krisenangeboten (Janson 2001)

Tab. 1: Gefährdende und suizidpräventive Aspekte von „Suizidforen“ nach Eichenberg (2010)

4. Studien zum Thema Cyberbullying und Suizidalität

Zu den beschriebenen Folgen von Cybermobbing (nicht nur für die Opfer) gehören Depressionen, Angst, Suizidgedanken, Substanzmissbrauch und Delinquenz, schlechte Schulleistungen, häufigere psychosomatische Probleme, und schlechtere Werte in der subjektiven Gesundheit (Bannink 2014, Schultze-Krumbholz 2014a). Beschrieben wird weiterhin, dass besonders jüngere, weibliche Opfer „starke negative emotionale Reaktionen“ aufweisen (Pfetsch 2014). In einer Analyse des Bewältigungsverhaltens wurde befunden, dass ärgerliche Emotionen eher damit verbunden waren, die Täter „offline“ anzusprechen (Pfetsch 2014). Hilflöse Emotionen dagegen waren eher mit einer ab-

wartenden Haltung, oder Hilfesuchen bei Erwachsenen verbunden. Interessant ist hier die Beobachtung, dass anscheinend „je häufiger Personen unter Cyberviktimisierung leiden, desto hilfloser und vermeidender reagieren sie auf diese Vorfälle“ (Pfetsch 2014). Empfohlen wird, dass „funktionale Bewältigungsstrategien“ und die Bewältigung emotionaler Erfahrungen im Vordergrund der Unterstützungsbemühungen stehen.

In einer schulbezogenen Untersuchung in den USA (Schneider 2012) zeigte sich bezüglich des Mobbing- (bzw. Bullying-)Verhaltens bei einer Befragung von 20.406 Schülern in 9. bis 12. US-Highschool-Klassen, dass 15,8 % der Schüler insgesamt über Cyberbullying in den letzten 12 Monaten berichteten, über „normales“ Mobbing 25,9 %. Die beiden Gruppen überlappten sich. Die Mehrzahl derjenigen, die über Cyberbullying berichteten, waren gleichzeitig auch Mobbingopfer (59,7 %). Andersherum waren 36,3 % der Mobbing-Opfer auch gleichzeitig Cyberbullying-Opfer.

In der Detail-Analyse findet sich ein Alterseffekt bezüglich Mobbing. In der 9. Klasse gaben 21,4 % der befragten Schüler Mobbingenerlebnisse an, in der 10. Klasse nur noch 18%, in der 11. Klasse 14,5%, und in der 12. Klasse 10,6 %. Bezüglich Cyberbullying zeigte sich dieser Zeiteffekt nicht, knapp über 6 % aller Schüler in allen befragten Altersgruppen gaben Cyberbullying an. Zusätzlich gaben zwischen 11% (9. Klasse) und 7% (12. Klasse) an, sowohl Bullying als auch Cyberbullying erlebt zu haben.

Ein weiterer interessanter Aspekt bei dieser Untersuchung war, dass Schüler mit guten Noten insgesamt zu einem höheren Prozentsatz angeben, weder von Mobbing noch von Cybermobbing betroffen zu sein (70,8 % bei den Schülern mit den besten Noten gegenüber nur 58,6 % bei den Schülern mit den schlechtesten Noten). Ebenfalls ein signifikanter Unterschied fand sich bezüglich der Frage aufgetretener Suizidversuche in den letzten 12 Monaten. Opfer von Cybermobbing gaben dies zu 9,4 % an, bei nur normalem Mobbing waren es 4,2 %. Bei Cybermobbing und Schulmobbing gemeinsam waren es 15,2 %, die einen Suizidversuch angaben. In der Gruppe der Schüler, die weder über Mobbing noch Cybermobbing berichteten gaben dagegen nur 2 % der Schüler, einen Suizidversuche unternommen zu haben.

Neben der Abfrage der Selbstangabe zu Suizidversuchen wurde ebenfalls abgefragt, ob Suizidversuche mit einer medizinischen Versorgung endeten. Auch hier war das Risiko für Mobbingopfer signifikant erhöht, am höchsten für diejenigen, die sowohl unter Mobbing als auch unter Cybermobbing litten (6 % in dieser Gruppe gegenüber 1,5 % in der Gesamtgruppe). Zusammenfassend stellen die Autoren fest, dass es eine robuste Beziehung zwischen Cyberbullying und allen Formen psychologischer Probleme auf dem Kontinuum

von Depression zu Suizidversuchen gab. Die Wahrscheinlichkeit, psychopathologische Symptome bis hin zum Suizidversuch zu entwickeln (adjusted Odds ratio), war für Opfer von Cyberbullying und Mobbing vier- bis fünfmal höher als bei den Schülern, die über keine Form dieser Herabwürdigung berichteten (Schneider 2012).

In einer anderen US-amerikanischen Untersuchung bei 1.963 Schülern der 6. bis 8. Klasse (Altersmittel 12,8 Jahre) wurde ein ähnlicher Zusammenhang gefunden. Opfer von Mobbing und Cybermobbing zeigten mehr Suizidgedanken und Suizidversuche als Schüler, die hierüber nicht berichteten (Hinduja 2010).

Unklar ist die Richtung eines möglichen ursächlichen Zusammenhangs zwischen den emotionalen Symptomen bis hin zu Suizidversuchen einerseits und Cybermobbing andererseits. In den Querschnittstudien kann nicht zweifelsfrei belegt werden, dass die Ursache-Wirkungsbeziehung ausgehend vom Cybermobbing in Richtung Suizidgedanken und Suizidversuche geht. Denkbar ist ebenso, dass Jugendliche, die unter emotionalen Problemen leiden, eher Opfer von Cybermobbing werden. In der Diskussion über die Richtung der Wirkung können Argumente für die Position gefunden werden, dass Probleme im Zusammenhang mit dem Internet als „*Ausdruck bekannter psychischer Störungen verstanden werden können*“, beispielsweise im Zusammenhang Depressivität und Internetabhängigkeit (te Wildt 2007). Autoren, die longitudinale Untersuchungen zu Konsequenzen von Mobbing durchgeführt haben, unterstützen argumentativ allerdings die Hypothese, dass es klar beschreibbare negative psychologische Folgen von Bullying gibt; dies spräche dafür, dass auch Cyberbullying ähnliche Folgen haben könnte (Fekkes 2004, Fekkes 2006, Reintjes 2010). Zusammenfassend kann angenommen werden, dass Wirkungen in beide Richtungen auftreten und sich in ihrer Wirkung wahrscheinlich gegenseitig verstärken.

5. Fazit für die Praxis

Im klinischen Alltag sind in den letzten Jahren neben Schwierigkeiten durch hohen Spielekonsum (Richterich 2012) oder exzessive Onlinekommunikation (Richterich 2013) zunehmend mehr Fälle mit Problemen aus dem Bereich Cybermobbing zu sehen. Dies betrifft nicht nur Opfer, sondern auch Täter; ein Teil der Opfer ist gleichzeitig auch Täter, ein Teil der Täter gleichzeitig Opfer (Carter 2003, Pfetsch 2014). Es muss stets bedacht werden, dass Jugendliche

unterschiedliche Rollen bezüglich Cyberbullying (Cybermobbing) einnehmen, teilweise in Bezug auf unterschiedliche Personen auch jeweils andere (Vandebosch 2009). Hierzu gehört nicht nur die klassische Täter- und Opferaufteilung. Beschrieben werden können auch die Rolle des „Assistenten“, der den eigentlichen Verursacher unterstützt, Verstärker, die sich auf die Seite der Täter schlagen, Verteidiger, die sich auf die Seite der Opfer begeben, und Außenstehende, die weder aktiv noch passiv involviert sind (Pfetsch 2014). Für Täter und Opfer konnte in unterschiedlichen Studien eine erhöhte Gefahr für Suizidideen und Suizidversuche gezeigt werden. Die beschriebenen Einzelbeispiele bekannt gewordener Suizide nach Cybermobbing oder durch Suizidpakte lösen Angst und Verunsicherung aus. Suizidpakte sind ebenfalls kein vollständig neues Phänomen, wenn auch die einzelnen Fälle und deren Medienwirksamkeit auffällig sind. Exakte aktuelle Angaben zum Prozentsatz von Suizidpakten an der Gesamtzahl der Suizide liegen nicht vor; einige Autoren geben an, dass die Rate bei unter einem Prozent liege (Rajagopal 2004).

Die Gesamtsuizidzahlen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2013) in Deutschland waren bis 2008 rückläufig, niedrigster Stand war 2008 mit 9451. Seitdem stiegen die Suizidzahlen bis zum Jahr 2011 wieder an (2009: 9.616, 2010: 10.021, 2011: 10.144). Dieser Trend veränderte sich 2012, die Suizidzahlen nahmen ab mit einer Gesamtsuizidzahl in Deutschland von 9.890. Eine Abfrage der Todesursachenstatistik für Deutschland (frei zugänglich unter <https://www-genesis.destatis.de>) für die Jahre 2003 bis 2012, für den Altersbereich der 0-20jährigen, ergab für die Todesursache „Vorsätzliche Selbstschädigung“ eine sinkende Gesamtzahl (2003: 263, 2012: 204); auch bei Kontrolle in Bezug auf 100.000 Einwohner unter 18 Jahren gilt das gleiche: die Anzahl der Suizide ist gesunken (2003: 1,77 auf 100.000 Einwohner unter 18 Jahren, 2012: 1,56). Auch wenn in die Abfrage zusätzliche, naheliegende Todesursachen mit aufgenommen werden (Stürze, Ertrinken, Vergiftung, Unfälle und deren Folgen, andere äußere Ursachen, Exposition gegenüber Feuer und Rauch, psychische Störungen) bleibt das Bild gleich: von 2003 bis 2012 sind die Zahlen rückläufig. Verfügbare Zahlen aus den USA weisen für Kinder- und Jugendliche nicht auf eine erhebliche Zunahme der Suizidzahl hin (Cash 2008). Zusammenfassend lässt sich aus der Gesamtsuizidzahl *kein allgemeiner Trend zur Zunahme von Suiziden herauslesen, auch nicht bei unter 20jährigen.*

Für die klinische Routine lässt sich festhalten: Es gibt keinen Grund zur Panik. Eine extreme Zunahme der Gesamtsuizidhäufigkeit wird nicht beobachtet, und Suizidgedanken und Selbstverletzungen sind allein für sich genommen keine Krankheit.

Es gibt aber auch keinen Grund, die reale Möglichkeit von Suizidpakten oder ernst zu nehmender Suizidalität nach Cybermobbing herunterzuspielen der zu ignorieren. Die Therapie mit suizidgefährdeten und suizidalen Patienten stellt stets eine besondere Herausforderung dar. Es ist eine Aufgabe für Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten, eigene Kognitionen, die die Arbeit mit dieser Patientengruppe erschweren oder unmöglich machen können, bei sich selbst erkennen und verändern zu können; eine Zusammenstellung dysfunktionaler Therapeutenkognitionen im Kontakt mit suizidalen Patienten nach Leibbrand und Hiller (2003) findet sich in Tabelle 2.

- Ich darf mir im Umgang mit Suizidalität keine Fehler erlauben
- Ich muss mich in das Leid des Patienten voll einfühlen, um ihm helfen zu können
- Ich muss im Notfall jederzeit verfügbar sein
- Ich muss jederzeit auf alle Gefühle des Klienten eingehen
- Ich muss im therapeutischen Umgang immer perfekt sein
- Wenn ein Patient nach meiner Intervention einen Suizidversuch unternimmt, habe ich versagt oder einen schweren Fehler gemacht
- Ich muss die Therapie voranbringen

Tab. 2: Dysfunktionale Therapeutenkognitionen im Kontakt mit suizidalen Patienten nach Leibbrand und Hiller (2003)

Zur klinischen Routine bei gefährdeten Jugendlichen gehört, nach Internetnutzungsgewohnheiten, Lieblingsseiten und sonstigen Online-Gewohnheiten zu fragen. Auch bei unklaren emotionalen Änderungen, insbesondere auch dann, wenn Jugendliche kaum über das Geschehene sprechen können, sollte an das Internet als Verursacher von Kummer, Unsicherheit und Angst gedacht werden. Eine sorgfältige Anamnese, mit der dafür notwendigen Zeit, ist durch nichts zu ersetzen. In der Beratung und Therapie bei Kindern und Jugendlichen sollten professionelle Helfer zudem gut darüber informiert sein, dass es

durchaus gesicherte Informationen zu Folgen übermäßigen Internetkonsums gibt.

In einer Übersicht über dreizehn Studien beschreibt Spitzer (2014) eine Reihe von Symptomen, die mit übermäßigem Smartphone-Gebrauch in Verbindung gebracht werden: Einsamkeit, Depression, Angst, Schlafstörungen, Schulversagen, erhöhter Alkohol- und Tabakkonsum. Bei einer Untersuchung an 305 Studenten einer Universität in den USA zeigte sich beispielsweise, dass die körperliche Fitness der Teilnehmer mit steigendem Ausmaß der Smartphone-Nutzung sank (Lepp et al. 2013). Diese Ergebnisse konnten in einer prospektiven Studie an 4.156 jungen Erwachsenen im Alter von 20 bis 24 Jahren bestätigt werden. Das Ausmaß des Smartphone-Konsums stand im Zusammenhang mit erhöhtem Auftreten von Schlafstörungen, depressiven Störungen, und empfundenem Stress (Thomee 2011). 26,4 Millionen Smartphones und 8 Millionen Tablet-Computer wurden nach Angabe des Branchenverbandes Bitkom (www.bitkom.org/de/presse/78284_77345.aspx) 2013 in Deutschland verkauft, fast zwei Drittel aller 14-29-jährigen besitzt mindestens eines dieser internetfähigen Multifunktionsgeräten, Tendenz steigend. Neuerungen in der Welt des Internets weisen eine so immense Dynamik auf, dass zum Beispiel langfristige Studien (die notwendig sind, um Ergebnisse von Querschnittsuntersuchungen besser interpretieren und bewerten zu können) von der technischen Entwicklung oft überholt werden, weshalb in diesem Bereich neben der quantitativen wissenschaftlichen Erforschung auch die klinische Erfahrung Basis für diagnostische und therapeutische Schritte sein muss.

Aus dem bisher gesagten und den klinischen Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Bochum lassen sich folgende klinischen Hinweise ableiten:

- Grundsätzlich sollte bei Verhaltensänderungen und emotionalen Störungen bei Kindern und Jugendlichen neben den vielen bekannten Faktoren auch an Erfahrungen im und mit dem Internet gedacht werden.
- Eine einfache Beurteilung des Internets als „gut“ oder „schlecht“ bezüglich des Themas Suizidalität ist wissenschaftlich im Moment nicht zu stützen. Es kann nicht von einer allgemein suizidförderlichen oder suizidpräventiven Wirkung ausgegangen werden, auch wenn dies für einzelne Personen und Situationen zutreffen kann.
- Dies ändert nicht die Tatsache, dass allgemein strafbare oder jugendgefährdende Inhalte gemeldet werden sollten. Viele Online-Plattformen ha-

ben hierzu Meldeformularen, notfalls muss auch hier die Polizei eingeschaltet werden; Auskunft (und Meldemöglichkeiten) auch unter <http://jugendschutz.net>.

- Cybermobbing kann – auch bei einmaligem Auftreten – extreme Auswirkungen haben; die subjektive Sicht des Patienten zählt. Im Kontakt mit den Eltern ist dies zu vermitteln, manchmal vorgebrachte Beschwichtigungen wie „*das ist doch nur im Internet*“ verkennen die immense Bedeutung, die dieses Medium für viele Jugendliche hat.
- In Fällen von Cybermobbing ist zu prüfen, ob strafrechtlich relevantes Verhalten vorliegt. Im Zweifelsfall lohnt sich eine polizeiliche Beratung (siehe auch www.polizei-beratung.de)
- Die Möglichkeit von Suizidpakten kann im Einzelfall durchaus real und gefährdend sein, aber es gibt keinen allgemeinen Grund für extreme Beunruhigung.
- Suiziddrohungen und -ankündigungen in Chats, Foren und Online-Communitys sollten ernst genommen werden; im Zweifel gilt es auch hier, auch die Polizei einzuschalten.
- In der Exploration, insbesondere bei besonders gefährdeten Patienten, sollten Nutzungsgewohnheiten und Erfahrungen mit dem Internet abgefragt werden. Es empfiehlt sich sehr, offene Fragen zu verwenden. Ein Abfragen bestimmter Webseiten kann dazu beitragen, diese bekannter zu machen oder Patienten auf die Idee bringen, diese Seiten anzuschauen. Ein Verbot von bestimmten Seiten oder Foren kann diese attraktiver machen.
- Wenn das Internet als Informationsquelle empfohlen wird, bitte genaue Adressen und nicht Schlagworte für die Suche angeben (beispielsweise besser www.suizidpraevention-deutschland.de als die Schlagworte Suizid und Prävention)
- Für die Beratung und Therapie gibt es fertige Materialien zum Thema, zum Beispiel von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de) oder von <http://jugendschutz.net>; auch manualisierte Programme für Gruppen und Schulen stehen zur Verfügung, zum Beispiel „Medienhelden“ (Schultze-Krumbholz 2014b), und es gibt weitere lokale und regionale Aktivitäten, zum Beispiel in Bochum die gemeinsamen Empfehlungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Bezirksdirektorenkonferenz der Gymnasialdirektoren zum Umgang mit Mobiltelefonen

und Internet (siehe Anhang), sowie vielfältige Internetangebote (Richterich 2012).

Suizidalität in der Adoleszenz ist kein neues Thema und – auch wenn es sich für die praktische Arbeit lohnt, einen Blick auf technische Veränderungen und deren Bedeutung für Jugendliche zu werfen – die Themen sind die gleichen wie 1892, als Hermann Hesse den oben wiedergegebenen Brief an seinen Vater schrieb. Auch heute noch geht es für Jugendliche – versteckt hinter der technischen Oberfläche – um die gleichen Entwicklungsaufgaben: Beziehung aufbauen, halten und verändern; Selbstwert und Sinngebung; Individuation; Emotionsregulation. Es kann beruhigend für Patienten und deren Familien sein, wenn sich Ärztinnen und Therapeutinnen nicht mitreißen lassen von hektischen Trends und schnell aufgebauchten Schreckensszenarien, sondern auch selbst Ruhe, Hoffnung und einen langen Atem mitbringen. Hermann Hesse lebte, trotz aller Krisen, Brüche und Schwierigkeiten, nach seinem verzweifeltem Brief aus der Heilanstalt noch fast siebzig Jahre.

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Andreas Richterich

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Chefarzt

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

HELIOS St. Josefs-Hospital Bochum-Linden

Axstr. 35

44879 Bochum

Tel.: 0234-418 360, Fax-Nr.: 0234-418 855

E-Mail-Adresse: andreas.richterich@helios-kliniken.de

Literatur

- Alao, A.O., Yolles, J.C. & Armenta, W.R.* (1999) Cybersuicide: The Internet and suicide. *American Journal of Psychiatry* 156: 1836-1837
- Arndt R.* (2007) Interneteinflüsse auf suizidales Verhalten Jugendlicher. In Junglas, J., *Tödliche Gedanken. Prävention und Therapie der Suizidalität.* Deutscher Psychologischer Verlag, Bonn, S 136-148
- Bannink, R. Broeren, S. van de Looij – Jansen, P.M. de Waart, F.G. Raat, H.* (2014) Cyber and Traditional Bullying Victimization as a Risk Factor for Mental Health Problems and Suicidal Ideation in Adolescents. *Public Library of Science PLOS online* April 2014, Volume 9, Issue 4, e94026
- Baume P., Cantor Ch. & Rolfe A.* (1997) Cybersuicide: The role of interactive suicide notes on the Internet. *Crisis* 18: 73-77
- Becker, K. El-Faddagh, M., und Schmidt, Martin H.* (2004) *Cybersuizid oder Werther-Effekt online: Suizidchatrooms und -foren im Internet. Kindheit und Entwicklung, 13* (2004) 1, S. 14-25
- Birbal, R., Maharaj, H. HD., Birbal, R., Clapperton, M., Jarvis, J., Ragoonath, A. & Up-palapat, K.* (2009) Cybersuicide and the adolescent population: Challenges of the future? *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 21: 151-159
- Carter, MA* (2013) Third party observers witnessing cyber bullying on social media sites. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 84, 1296 – 1309
- Cash, SE, Bridge, JA* (2013) Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr Opin Pediatr.* 2009 October ; 21(5): 613–619.
- Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery, P.* (2013) The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. *PLoS ONE* 8(10): e77555. doi:10.1371/journal.pone.0077555
- Eichenberg, C.* (2010) Empirische Befunde zu Suizidforen im Internet. *Suizidprophylaxe* 37(2010), Heft2, 67-74
- Fekkes, M., Pijpers, F., Fredriks, A.M., Vogels T, Verloove-Vanhorick SP.* (2006). Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics* 2006; 117: 1568e74
- Fekkes, M., Pijpers, F., Verloove-Vanhorick, S.* (2004) Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *J Pediatr* 2004; 144: 17 e 22.
- Fiedler, G.* (2003) Suizidalität und neue Medien. Gefahren und Möglichkeiten. In ET-ZERSDORFER, E., Fiedler, G. & Witte, M. (Hrsg.) *Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 19-55
- Fiedler, G., Lindner, R.* (2002) Suizidforen im Internet. *Suizidprophylaxe* 29, 27-32.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (2013). Statistisches Bundesamt. www.gbe-bund.de. Datenblätter vom 12.12.2013

- Hermann Hesse* (1892). Brief an den Vater aus der Heilanstalt Stetten. In: „Ich gehorche nicht und werde nicht gehorchen!“ Die Briefe 1881-1904. Hrsg. von Volker Michels. Suhrkamp Verlag
- Hinduja, S. and Patchin, J.W.* (2010) Bullying, Cyberbullying, and Suicide. *Archives of Suicide Research*, 14:3, 206-221 2010
- Janson, M.P., Alessandrini, E.S., Strunjas S.S., Shahab, H., EL: Mallakh, R., & Lippmann, S.B.* (2001) Internet – observed suicide attempts. *Journal – of – Clinical Psychiatry* 62: 478
- Jübner, M.; Hatz, D., Lyness, J., Röhrich, J., Riepert, T., und Rothschild, M.A.* (2011) Zwei Fälle von Dreifachsuiziden mithilfe von Holzkohle. Auffällige Duplizität zweier Mehrfachsuizide. *Rechtsmedizin* 2011 21:111–115
- Leibbrand, R. und Hiller, W.* (2003): „Selbsterfahrung des Therapeuten im Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen“ im Kapitel „Krisenintervention“, S. 455. In: Leibing, E., Hiller, W. & Sulz, S. K. D. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung. Band 3: Verhaltenstherapie.* CIP-Medien, München 2003. Kapitel 5: Therapie in besonderen Settings und mit besonderen Patientengruppen
- Lepp ,A., Barkley, J.E., Sanders, G.J., Rebold, M., Gates P.* (2013). The relationship between cell phone use, physical and sedentary activity, and cardiorespiratory fitness in a sample of U.S. college students. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2013,10:79 <http://www.ijbnpa.org/content/10/1/79>
- Mehlum, L.* (2000) The Internet, suicide, and suicide prevention. *Crisis* 21: 186-188
- Müller, K. · Friedrich, P. · Gehl, A., Viel, G. und Püschel, K.* (2011) Todesfälle durch Exposition mit Holzkohlegrill. Neun Kohlenmonoxidintoxikationen zwischen 09/2009 und 10/2010 im Institut für Rechtsmedizin Hamburg. *Rechtsmedizin* 2011 · 21:106–110
- Pfetsch, J. Müller, C.R. Walk, S. und Ittel, A.* (2014) Bewältigung von Cyberviktimsierung im Jugendalter – Emotionale und verhaltensbezogene Reaktionen auf Cyberbullying. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.* 63/2014, 343-360
- Rajagopal, S.* (2004): Suicide pacts and the internet - Complete strangers may make cyberspace pacts. *British Medical Journal BMJ*, 329, 1298-9
- Recupero PR, Harms SE, Noble JM.* (2008) Googling suicide: surfing for suicide information on the Internet. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008 Jun;69(6):878-88.
- Reijntjes, A., Kamphuis, J., Prinzie, P., Telch, M.* (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 244 e 52
- Richard, J., Werth, J.L. & Rogers, J.R.* (2000) Rational and assisted suicidal communication on the Internet. A case example and discussion of ethical and practice issues. *Ethics and Behavior* 10: 215-238
- Richterich, A.* (2012): „Die Faszination virtueller Welten“. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 4/2012, S. 25-43

- Richterich, A. (2013): „Web 2.0: Kommunikation als „Neue Religion“?“ Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 3/2013, S. 23-42
- Schmidtke, A., Schaller, S. & Kruse, A. (2003) Contagion phenomena in the new media - Does the Internet promote double suicides and suicide clusters? In Etzersdorfer, E., Fiedler, G. & Witte, M. (Eds.) New media and suicide – Dangers and possible interventions. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, pp150-166
- Schneider, K.S. O'Donnell, L. Stueve, A. and Coulter, R.W.S. (2012) Cyberbullying, School Bullying, and Psychological Distress: A Regional Census of High School Students. American Journal of Public Health January 2012, Vol 102, No. 1, 1-177
- Schrenk, C.-U., Berger, J., Schlutius, J. & Heubrock, D. (1997) Suizid-Foren im Internet: Verstöße gegen das BtMG und Tötungsdelikte – Möglichkeiten zur Abschätzung des Bedrohungspotentials. Neue Herausforderungen (nicht nur) für den polizeilichen Jugendschutz – Teil 2. Kriminalistik 61: 595-600
- Schultze-Krumbholz, A. Höher, J. Fiebig, J. und Scheithauer, H. (2014a) Wie definieren Jugendliche in Deutschland Cybermobbing? Eine Fokusgruppenstudie unter Jugendlichen einer deutschen Großstadt. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 63/2014, 361-378
- Schultze-Krumbholz, A. Zagorscak, P. Wölfer, R. und Scheithauer, H. (2014b) Das Medienhelden-Programm zur Förderung von Medienkompetenz und Prävention von Cybermobbing: Konzept und Ergebnisse aus der Evaluation. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 63/2014, 379-394
- Sher, L. (2000) The Internet, suicide, and human mental functions. Canadian Journal of Psychiatry 45: 297
- Spitzer, M. (2014). Smartphones. Zu Risiken und Nebenwirkungen für Bildung, Sozialverhalten und Gesundheit. Nervenheilkunde 1-2/2014, 9-15
- Thompsons (1999) The Internet and its potential influence on suicide. Psychiatric Bulletin 23: 449-451
- Thomé, S., Härenstam, A., Hagberg, M. (2012) Computer use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults--a prospective cohort study. BioMed central BMC Psychiatry. 2012 Oct 22;12:176. doi: 10.1186/1471-244X-12-176.
- Ueno, Kayoko (2005) Suicide as Japan's major export? A note on Japanese Suicide Culture. Revista Espaço Acadêmico No. 44, Januar 2005. http://www.espacoacademico.com.br/044/44eueno_ing.htm am 27.8.2014 abgerufen
- Vandebosch, H., und Van Cleemput, K. (2009). Cyberbullying among youngsters: profiles of bullies and victims. New Media & Society December 2009 vol. 11 no. 8 1349-1371
- te Wildt, B.T., Putzig, I, Zedler, M, Ohlmeier, MD. Internetabhängigkeit als ein Symptom depressiver Störungen. Psychiatrische Praxis 2007; 34, sublement 3: S 318 bis S 322.
- Winkel, S. (2005) Suicidality in adolescents and young adults: The use of discussion forums on the internet. Dissertation Thesis, University Bremen, Germany. [Online Document] URL: <http://elib.suub.unibremen.de/publications/dissertations/E-Diss1238sui.pdf>
- Wolf, M. (2000). Asche im Netz. Der SPIEGEL 12/2000, S. 184.

Anhang: Empfehlungen für Eltern

Basierend auf einer Zusammenstellung des Autors wurde durch die Bezirksdirektorenkonferenz Bochum im Sommer 2014 allen Eltern von Kindern in der 5. Und 6. Klasse der Bochumer Gymnasien eine Sammlung von Empfehlungen zum Umgang mit Smartphones und dem Internet zugänglich gemacht, die hier wiedergegeben sind und die mit Quellenangabe gern genutzt werden dürfen.

Empfehlungen für Eltern zum Umgang mit Smartphones und dem Internet

1. Sprechen Sie regelmäßig mit ihren Kindern über Handy, Internet und die verwendeten Apps und Programme und treffen Sie konkrete Absprachen, auch zu Kontrollen, und halten Sie diese ein. Ihre Kinder sollten nicht heimlich ausspioniert werden. Zeigt ihr Kind auffälliges Verhalten, so sprechen Sie es an und fragen Sie bitte nach. Auch das Internet kann Auslöser von Kummer und Angst sein (Stichwort Cybermobbing).
2. Entdecken Sie mit Ihren Kindern gemeinsam Geräte und Anwendungen und schauen Sie sich an, was diese Geräte und Anwendungen alles können. Vereinbaren Sie mit Ihren Kindern, dass auch die Sicherheitseinstellungen (z. B. bei sozialen Netzwerken) gemeinsam überprüft werden.
3. Vereinbaren Sie bitte klare Regeln, was genutzt werden darf und was nicht (Beispiele: Gewaltverherrlichende oder andere illegale Angebote sind verboten). Verbote können sinnvoll und notwendig sein.
4. Vereinbaren Sie mit Ihren Kindern für beide Seiten eindeutige und klar verständliche Regeln für die Nutzungszeiten. Beachten Sie bitte, dass die Pflichten Vorrang haben. Die Nutzung darf Schule und andere Verpflichtungen nicht einschränken. Hausaufgaben werden sinnvollerweise immer zuerst gemacht. Als günstig für Jugendliche ab ca. 14 Jahren haben sich Zeitkontingente erwiesen, z. B. eine bestimmte Stundenzahl pro Woche, über die Jugendliche selbst bestimmen können.
Vereinbaren Sie aber auch feste Zeiten „ohne Handy“, wie beispielsweise:
Nicht nachts - Nicht während der Mahlzeiten - Nicht während der Haus-

aufgaben - Nicht im Unterricht - Nicht bei Krankheit, wenn die Schule nicht besucht werden kann. Natürlich darf und wird es immer Ausnahmen geben, diese sollten aber nicht zur Regel werden.

5. Nur, wenn Regeln eingehalten werden können und Kinder verstehen, wo die Gefahren im Internet sind, sollte Ihr Kind ein Smartphone besitzen, frühestens ab dem 12. Geburtstag. Notfallhandys ohne Internetzugang sind auch schon vorher möglich. Die Anmeldung bei sozialen Netzwerken sollte so spät wie möglich erfolgen, auf keinen Fall aber vor dem 13. Lebensjahr.
6. Telefonnummer oder Adressen dürfen nicht an unbekannte Personen gegeben werden. Auch Fotos von Personen oder auch vom Wohnort sollten nicht veröffentlicht werden. Alles, was einmal im Internet ist, kann nicht mehr kontrolliert werden. Es ist ausgesprochen wichtig, Kindern dies zu erklären und die Einhaltung zu prüfen.
7. Amazon- und Paypal-Konten sowie sämtliche Kreditkarteninformationen müssen für Ihre Kinder unzugänglich sein. Die Verlockung, z. B. für Onlinespiele, Apps, Videos, Klingeltöne oder Musik Geld auszugeben, ist sehr groß.
8. Bieten Sie Ihren Kindern Alternativen zur digitalen Welt. Alternativen bieten der Sport, Vereine, Musik, Treffen mit Freunden und andere „Real-Life“-Aktivitäten.

Erwachsen? Noch lange nicht! Überlegungen zum Konzept der Emerging Adulthood und ihrer psychodynamischen Psychotherapie

Renate Sannwald

In diesem Aufsatz soll das Konzept der **Emerging Adulthood** (dt. „beginnendes/auftauchendes Erwachsenenalter“, Übers. der Autorin) vorgestellt werden, verbunden mit einigen behandlungstechnischen Überlegungen zu dieser Lebensphase. Dabei wird inhaltlich vor allem auf die Ausführungen von **Jeffrey Jensen Arnett** Bezug genommen, der im Jahre 2004 sein Buch „**Emerging Adulthood: The Winding Road from the late Teens through the Twenties**“ bei Oxford University Press herausbrachte (Arnett 2004). Darin stellt er die Ergebnisse von über 300 Tiefeninterviews mit 18- bis 25-Jährigen aus verschiedenen Städten der USA dar.

Arnett beschäftigt sich seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts mit der Lebensphase der 18- bis 25-Jährigen. Seines Erachtens habe die Emerging Adulthood zwar zur Zeit des „Sturm und Drang“ in der deutschen Literatur des ausgehenden 18. Jahrhunderts eine Art Vorläufer gehabt, doch sei diese Lebensphase erst um die Jahrtausendwende zum 21. Jahrhundert von ihm selbst psychologisch konzeptualisiert worden.

Zum „Sturm und Drang“ ein kleines Zitat von Schiller zum Werk Goethes „Wilhelm Meisters Lehrjahre“ (1795):

„Wenn ich das Ziel, bey welchem Wilhelm nach einer langen Reyhe von Verirrungen endlich anlangt, mit dürren Worten auszusprechen hätte, so würde ich sagen, er tritt von einem leeren und unbestimmten Ideal in ein bestimmtes thätiges Leben, aber ohne die idealisierende Kraft dabey einzubüßen.“

Dieser Roman ist bei seinem Erscheinen von den zeitgenössischen Literaturkritikern eher belächelt worden, doch mittlerweile attestiert man ihm eine geradezu prophetische Dimension, bezogen auf die Beschreibung der Lebensphase der Emerging Adulthood. Zwischenzeitlich gibt es eine Fülle wissenschaftlicher Untersuchungen, die Arnetts neues Konzept inhaltlich validieren. In den USA finden jährlich Konferenzen zur Emerging Adulthood statt, die von der deutschen Kollegin Professor Inge Seiffge-Krenke besucht werden, von der die Autorin den Titel dieses Aufsatzes entlehnt hat (Seiffge-Krenke 2009).

Jeffrey Jensen Arnett brachten verschiedene soziologische Phänomene darauf, sich intensiver mit der Psychologie der 18- bis 25-Jährigen im entstehenden Erwachsenenalter zu befassen (Arnett 2000). Zunächst stellte er fest, dass das Heiratsalter junger Amerikaner seit dem Jahr 1970 bis zum Jahr 2000 von 20 Jahren bei Frauen und 22 Jahren bei Männern auf 25 Jahre bei Frauen und 27 Jahre bei Männern anstieg. Infolge der Einführung der hormonellen Antikonception war es nicht länger erforderlich, zu heiraten, um eine regelmäßige sexuelle Beziehung eingehen zu können. Ein weiterer Grund für den Anstieg des Heiratsalters ist eine Zunahme der jungen Menschen beiderlei Geschlechts, die eine längere akademische Ausbildung durchlaufen. (In Deutschland machen mittlerweile 50% der Jugendlichen das Abitur, während es im Jahre 1970 etwa 8% waren.) Dies führt dazu, dass jungen Menschen zwischen 18 und 25 Jahren eine relativ lange Zeitspanne zur Verfügung steht, die besondere Merkmale aufweist, und damit weder der Adoleszenz (12 – 20 Jahre nach P. Blos 1989) noch dem jungen Erwachsenenalter (20 – 30 Jahre) zugerechnet werden kann.

Hierbei handelt es sich um eine Besonderheit der westlichen Industrienationen sowie Japans und Südkoreas. Aber auch weltweit ist ein Anstieg dieses Phänomens zu beobachten in dem Maße, in dem sich Schwellenländer auf die „erste Welt“ zubewegen. Interessanterweise ist das Auftreten der Emerging Adulthood unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit, also in den USA und auch Europa über alle Ethnien zu beobachten. In den Schwellenländern ist es in urbanen Gegenden häufiger als auf dem Land, wo die Familien weiter in traditionellen Verbänden zusammenleben und den tradierten Lebensvorstellungen folgen.

Die 18- bis 25-Jährigen streben zwar wie frühere Generationen auch Heirat, Elternschaft und festes berufliches Engagement an, doch zu einem späteren Zeitpunkt als im letzten Jahrhundert – 75% der 30jährigen Amerikaner sind

verheiratet und haben mindestens ein Kind. Aber im Zeitraum zwischen 18 und 25 Jahren gelten andere Spielregeln als vorher oder nachher.

Welche **psychologischen Charakteristika** unterscheiden nun die Emerging Adulthood von der vorausgehenden und nachfolgenden Lebensphase? Es sind die folgenden fünf Eigenschaften:

1. Emerging Adulthood ist das Alter der Erforschung der **eigenen Identität**;
2. Emerging Adulthood ist das Alter der **Instabilität**;
3. Emerging Adulthood ist die **am stärksten selbstfokussierte Lebensphase** der gesamten Lebenszeit;
4. Emerging Adulthood ist das Alter des **Übergangs**, des „**Feeling In-Between**“;
5. Emerging Adulthood ist das Alter der **größten Möglichkeiten**, die das Leben bietet.

Die Erforschung der eigenen Identität

Zwar wurde von Peter Blos (1989) und nachfolgenden Forschern die Adoleszenz als zentral für die Konsolidierung der Ich-Selbst-Identität angesehen, aber nach Arnett geschieht dies im entstehenden Erwachsenenalter in ungleich stärkerem Maße. Indem 18- bis 25-Jährige ihre Möglichkeiten in Bezug auf Arbeit und Liebe explorieren, erfahren sie mehr über sich selbst, wer sie sind und was sie sich in ihrem Leben wünschen. Arnett postuliert, dass die Identitätsfindung sich über die Postadoleszenz hinaus fortsetzt. Dies entspricht den Gedanken Erik Eriksons (1971), der schon in den 50er Jahren die „protrahierte Adoleszenz“ als typisch für die Industrienationen beschrieb und als ein „psychosoziales Moratorium“ der jungen Menschen in dieser Gesellschaft.

Im Bereich der Liebesbeziehungen erfahre der junge Mensch, „welche Art von Mensch er sei, und welche Art von Mensch am besten als Partner zu ihm passen werde“. Solche Fragen stellen sich in der Adoleszenz mit ihren idealisierten Liebesbeziehungen noch nicht. Auch im Bereich der Arbeitserfahrungen geht es nicht mehr um das Geldverdienen für ein Hobby oder eine Anschaffung, sondern darum, ob ein bestimmtes Betätigungsfeld die Grundlage

für ein dauerhaftes Engagement im Erwachsenenalter sein kann. „Welche Art von Arbeit erlebe ich als zufriedenstellend? Für welche Art von Tätigkeit bin ich geeignet?“ In beiden Bereichen wird der 18-25-Jährige nicht nur Erfolge, sondern auch Enttäuschungen und Misserfolge erleben, was zu einem vertieften Selbstverständnis führt.

Das Alter der **Instabilität**

In der Emerging Adulthood kommt es zu fast regelmäßig auftretenden Revisionen der bisherigen Lebensentscheidungen. Studienfächer, Berufsausbildungen, Lebensformen und Liebesbeziehungen werden ausprobiert und wieder verändert infolge der Erfahrungen, die 18 – 25-Jährige im Bereich der Arbeit und der Liebesbeziehungen sammeln. Am besten lässt sich die Instabilität dieser Lebensphase zeigen an der Zahl der Umzüge, die junge Menschen unternehmen: etwa 35% der 20 – 24-Jährigen ziehen einmal pro Jahr um; eine Zahl, die lebenslang nicht mehr erreicht wird. Diese häufigen Umzüge sind als Ausdruck des Explorationsverhaltens in dieser Lebensphase anzusehen.

Das Alter der **Selbstfocussierung**

Die meisten jungen Menschen verlassen nach dem Schulabschluss das Elternhaus und erreichen damit einen höheren Grad an persönlicher Freiheit als in ihrer Kindheit und Jugend. Damit stellen sich aber auch viele neue Fragen: was und wann essen, wann arbeiten, ausgehen? Studieren oder Ausbildung? Eigene Wohnung oder WG? Dies führt zu einer vertieften Selbstreflexion und Focussierung auf die Auseinandersetzung mit der Frage nach den eigenen Lebensvorstellungen – ein normales, gesundes, zeitlich limitiertes Phänomen. Das Ziel dieser Selbstfocussierung ist es, zu lernen, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen und auch die Konsequenzen dieser Entscheidungen zu tragen. Dabei sind junge Erwachsene in deutlich stärkerem Maße objektbezogen und empathisch als Adoleszente, allerdings im Wesentlichen mit dem eigenen Lebensentwurf beschäftigt.

Das Alter des **Übergangs**, des „**In-Between**“

Wenn man 30-Jährigen die Frage stellt, ob sie sich als erwachsen erleben, antwortet die überwiegende Mehrheit mit Ja. Auf die gleiche Frage antworten etwa 60% der 18- bis 25-Jährigen „Ja und Nein“; sie fühlen sich also „noch nicht ganz angekommen“ im Erwachsenenalter (Arnett 2004). Zahlreiche internationale Studien zeigen, dass für das Erwachsensein folgende drei Kriterien erfüllt sein müssen:

1. Verantwortungsübernahme für sich selbst;
2. Die Fähigkeit, unabhängige Entscheidungen treffen zu können;
3. Finanzielle Unabhängigkeit.

Dementsprechend beginnen 18-Jährige, sich erwachsen zu fühlen, sind sich allerdings darüber im Klaren, dass sie die oben genannten Kriterien noch nicht vollständig erfüllen. Sie sind zuversichtlich, eine solche Position in den nächsten Jahren erreichen zu können.

Das Alter der (unbegrenzten) **Möglichkeiten**

Die Emerging Adulthood ist eine Zeit des ungebremsen Optimismus, großer Erwartungen und Wünsche. In einem amerikanischen National Survey stimmten 96% der 18 – 24-Jährigen folgender Aussage zu: „Ich bin sehr sicher, dass ich eines Tages dahin komme, wo ich im Lebens sein will.“ (Hornblower 1997) Eine der großen Chancen dieser Lebensphase ist, dass junge Leute aus chaotischen oder unglücklichen Familien die Möglichkeit haben, sich aus ihren Herkunftsbezügen zu lösen und einen neuen, eigenständigen Lebensentwurf zu entwickeln.

Neben diesen psychologischen Charakteristika gibt es ein weiteres Spezifikum der Emerging Adulthood: es handelt sich um die stabilste Phase körperlicher Gesundheit während der ganzen Lebensspanne und auch um die Phase voller Geschlechtsreife mit einer maximalen Fertilität. Folglich ist die Chance für ungeplante Schwangerschaften und den Erwerb von Geschlechtskrankheiten ebenfalls erhöht.

Im Folgenden sollen die **abnormalen/krankheitswertigen Entwicklungen in der Emerging Adulthood** kurz skizziert werden:

Während etwa 75% der jungen Erwachsenen diese Lebensphase ungestört durchlaufen, haben etwa 25% größere Schwierigkeiten. Dabei handelt es sich in aller Regel um die Gruppe derer, die einen passiven oder prokrastinatorschen Lebensstil haben und infolgedessen keinen kohärenten Identitätssinn entwickeln können. (Coté 2000). Eine solche Entwicklung wird von einigen Forschern als „Quarterlife Crisis“ oder als „default individualization“, also versäumte Individuation bezeichnet, eine Lebensführung, die sich zufälligen Umständen oder impulsiven Ideen überlässt. Solche jungen Menschen können sich nicht bestimmten Ziel- und Wertvorstellungen verpflichtet fühlen, haben ein niedriges Selbstwertgefühl und wenig Ichstärke und entsprechen damit in weiten Bereichen der psychiatrischen Diagnosekategorie der Persönlichkeitsstörungen. (Schwartz et al. 2005) Häufig weisen sie zusätzliche psychiatrische Symptome wie Substanzabusus und ausbeuterisches Verhalten in Beziehungen auf.

Verschiedene Formen von Risikoverhalten wie ungeschützter Geschlechtsverkehr, Substanzabusus, Fahren mit überhöhter Geschwindigkeit und in alkoholisiertem Zustand erreichen ihren Häufigkeitsgipfel im Alter zwischen 18 und 25 Jahren. Besonders gefährdet sind junge Erwachsene aus Heimpflege, Strafvollzug oder mit Behinderungen (Osgood et al. 2005).

Darüberhinaus haben verschiedene Untersuchungen ergeben, dass 75% aller psychiatrischen Störungen, Impulskontrollstörungen und Fälle von Substanzabusus vor dem Alter von 24 Jahren beginnen. Kessler und Merinkangas (2005) stellten fest, dass 50% der 18- bis 25-Jährigen wenigstens eine Episode einer psychiatrischen Erkrankung erleiden! Die Gefahr, psychiatrisch zu erkranken, sinkt ab dem Alter von 28 Jahren deutlich ab.

Typischerweise suchen Emerging Adults erst nach Jahren professionelle Hilfe auf, weshalb sich in den USA Aufklärungskampagnen verstärkt an diese Altersgruppe wenden.

Die **psychodynamische Psychotherapie der 18- bis 25-Jährigen** muss den Besonderheiten dieser Altersphase Rechnung tragen, wenn sie gelingen soll.

Wichtig ist, diese psychologischen Besonderheiten zu berücksichtigen, aber gleichzeitig für einen stabilen Rahmen in der Psychotherapie zu sorgen. Der Therapeut sollte eine optimistische Haltung zur Prognose der Behandlung einnehmen und sich flexibel und empathisch auf die wechselnden Bedürfnisse der Patienten einstellen. Insbesondere sollten explorative Verhaltensweisen der Patienten wie die Entscheidung für Umzüge, Praktika im Ausland und Experimentieren in Liebesbeziehungen nicht als Widerstandphänomene, sondern als altersgerechte Verhaltensweisen angesehen und aktiv unterstützt werden.

Paulina Kernberg (1997) hat vorgeschlagen, zu Beginn der Psychotherapie einen Behandlungsvertrag in schriftlicher Form abzuschließen, ähnlich wie die Arbeitsgruppe um Otto Kernberg es in der „Transference-Focused Psychotherapy“ praktiziert (Clarkin et al. 2001). Darin wird ein bestimmtes Setting festgelegt, in der Regel eine Therapiefrequenz von einer bis zwei Wochenstunden im Sitzen. Zu Beginn der Behandlung werden Regeln im Hinblick auf Stundenausfälle festgelegt und Vereinbarungen getroffen über das Vorgehen bei Selbstverletzungen oder Suizidalität. Die Patienten müssen sich verpflichten, selbst zugefügte Wunden hygienisch zu versorgen. Bei akuter Suizidalität sollen sie sich an die zuständige Regelversorgungsklinik wenden, wenn der Psychotherapeut im Rahmen seiner (täglichen) Sprechzeiten nicht erreichbar ist. Die Adresse der jeweiligen Klinik wird dem Patienten zu Beginn der Behandlung mitgeteilt.

Es ist günstig, im Hinblick auf das Setting der Psychotherapie eine flexible Haltung einzunehmen. Die Autorin beginnt die Behandlung meist im tiefenpsychologischen Setting mit einer Wochenstunde und vertieft dann nach etwa einem Jahr auf eine zweistündige Arbeit im Liegen, weil diese effektivere Behandlungsfortschritte und eine vertiefte Durcharbeitung der Konfliktpathologie ermöglicht. Höherfrequente Settings sind nach Ansicht der Autorin ungünstig, weil sie zu starke Regressionen begünstigen, was für diese Lebensphase aufgrund der ohnehin vorhandenen starken Progressionsneigung nicht vorteilhaft ist.

Dies alles soll illustriert werden an der analytischen Psychotherapie einer zu Behandlungsbeginn 22jährigen jungen Frau namens **Cora** (Pseudonym). Sie meldete sich in meiner Praxis mit einem schon seit sechs Jahren bestehenden Psychotherapiewunsch. Im Alter von sechzehn Jahren sei es ihr so schlecht gegangen, dass sie den Wunsch verspürt habe, „einfach mal drei Wochen nicht da zu sein.“ Sie sei seit ihrer Kindheit ein nachdenkliches, zurückhal-

tendes, zu Stimmungsschwankungen neigendes Mädchen gewesen, das sich für andere stark verantwortlich gefühlt habe. Im Alter von 16 Jahren entwickelte Cora trotz erheblicher schulischer Anstrengungen allmählich ein SchulLeistungsversagen aufgrund einer schulischen Überforderungssituation. Nach einem Schulwechsel habe sie sich subjektiv wieder wohler fühlen können, so dass der Psychotherapiewunsch innerlich zurückgetreten sei. Auch leide sie sehr darunter, bis zum heutigen Tage keine Liebesbeziehung zu einem Mann eingehen zu können. Bislang habe sie nur eine sexuelle Begegnung gehabt, die eine mit Ekelgefühlen besetzte Abneigung gegen körperlichen Kontakt mit jungen Männern hinterlassen habe, obwohl sie sich sehr danach sehne. Die freundschaftlichen Beziehungen zu Frauen seien gleichfalls schwierig und dadurch gekennzeichnet, dass Cora sich nicht genügend gut abgrenzen könne und immer wieder in eine „Helferposition“ ihren Freundinnen gegenüber gerate.

Aktueller Anlass für den Psychotherapiewunsch war die Tatsache, dass die Eltern der Patientin beschlossen hatten, sich nach einer zwanzigjährigen chronisch konflikthafter Ehe zu trennen. Vorausgegangen war eine Phase, in der die Patientin als einzige vom Heroinabusus ihres drei Jahre älteren Bruders wusste. Auch machte sie sich Sorgen um ihre Mutter, welche aufgrund einer chronischen Erkrankung frühberentet werden musste. Diese Probleme hätten Cora so sehr belastet, dass sie erheblich depressiv verstimmt sei, stundenlang weinen müsse, sich von ihren Freunden zurückziehe und in der letzten Zeit kaum habe auf ihr Chemiestudium konzentrieren können.

Die Mutter meiner Patientin beschreibt ihre Kindheit als schwierig und konflikthafter. Der Gvm war jähzornig und alkoholabhängig, habe seine Frau geschlagen, so dass die Kinder sich gegen ihn miteinander verbündet hätten. Auch habe er die Mutter meiner Patientin davon abgehalten, das Abitur zu machen, weil „Frauen so etwas nicht brauchen“. Nach der Mittleren Reife habe sie eine Erzieherlehre gemacht und arbeite seit ihrem Abschluss in einer integrativen Kindertagesstätte.

Auch der Vater meiner Patientin stammt aus einer „Broken family“-Situation. Unehelich geboren, sei er im Alter von acht Jahren mit der Gmv nach Berlin gezogen, wo diese einen Arbeiter heiratete. Aus dieser Ehe stammen vier jüngere Halbgeschwister des Kv. Dessen Verhältnis zu seinem Stiefvater sei schlecht gewesen; der habe ihn häufig geschlagen und dafür gesorgt, dass er nach der zehnten Klasse vom Gymnasium abging, um zum finanziellen Unterhalt der großen Familie beizutragen. Die Familie habe damals, wie im Berlin der Nachkriegsjahre üblich, in einer umgebauten Gartenlaube gewohnt.

Der Kv habe sich nach seinem Auszug aus dem elterlichen Haushalt über die Abendschule für ein Lehramtsstudium qualifiziert und arbeite seit seinem Abschluss als Berufsschullehrer.

Die Ke hätten sich Anfang der 70er Jahre in einer „Kommune“ kennen gelernt und vor der Geburt des ersten Sohnes geheiratet. Drei Jahre später sei meine Patientin geboren worden, als Mädchen von der Mutter freudig begrüßt; zwei weitere Jahre später folgte eine ungeplante Schwangerschaft mit einem weiteren Sohn. Nach der Geburt meiner Patientin wurde die Km sofort wieder berufstätig, und Cora wurde während der Arbeitszeiten ihrer Mutter in der Kinderkrippe der Einrichtung ihrer Mutter betreut.

Schwangerschaft und Geburt meiner Patientin verliefen problemlos. Cora sei ein Jahr lang gestillt worden und habe sich als Säugling und Kleinkind zeitgerecht entwickelt. Ihre frühe Kindheit war überschattet durch die ständige Sorge der Ke um den älteren Bruder, der an Asthma litt und später viele Schulprobleme hatte. Bei den häufigen Streitigkeiten der Eltern habe Cora immer weinen müssen. Sie habe lange am Daumen gelutscht und mit dem Eintritt in den Kindergarten eine heftige Trennungsangst entwickelt. Auch beschreibt Cora Todesängste, die sie als Latenzkind immer abends überfallen hätten. In den Zeugnissen wird sie als ruhige, gut integrierte Schülerin mit gut durchschnittlichen Leistungen beschrieben. Nach dem Abitur habe sie ein Chemiestudium begonnen, das ihr ziemlich schwer falle.

Im Alter von 17 Jahren habe sie eine einmalige kurze Jungenfreundschaft gehabt, diese aber rasch wieder beendet: „Ich kann niemanden an mich ranlassen.“

Beim Erstkontakt sah die Autorin eine hübsche, kräftige, trotz ihres Unterlippen- und Zungenpiercings puppenhaft und angepasst wirkende junge Frau, deren Stimmung deutlich depressiv getönt war. Interessanterweise bemerkte sie während des ganzen ersten Therapiejahres nicht, dass die eigentlich dunkelblonde Patientin sich ihre Haare schwarz färbte, so wie diese auch nicht berichtete, dass sie in einem dunkelblau gestrichenen Zimmer lebte, seitdem sie 15 Jahre alt war.

Die Psychodynamik der depressiven Erkrankung erschloss sich wie folgt: die Eltern der Patientin dürften sich in relativ jungem Alter zu einer Art „Schicksalsgemeinschaft“ zusammengeschlossen haben, um ihre eigenen schwierigen Kindheitserfahrungen hinter sich zu lassen (möglicherweise in der Hoffnung, dass sie gegenseitig all ihre ungestillten Kindheitsbedürfnisse befriedigen könnten). Mit der Geburt dreier Kinder gerieten sie in eine emotionale Überforderungssituation, weil sie beide in psychosozialen Berufen tätig und dadurch alleine bereits emotional verausgabt waren. Durch die Geburt der

Kinder reaktualisierten sich wohl eigene unbefriedigende Kindheitserfahrungen. Vermutlich dürfte Cora bereits in ihrer frühen Kindheit orale und narzisstische Defizite erlitten haben (langes Daumenlutschen!), die sie durch eine frühe Haltung der Anpassung und Pseudoautonomie zu kompensieren versuchte. Cora wurde ein selbständiges „pflegeleichtes“ Mädchen, das sich immer stark für die Belange anderer einsetzte und bereits in der Schule versuchte, Konflikte und Auseinandersetzungen zu schlichten. Sie dürfte früh gelernt haben, dass sie sich der Anerkennung und Liebe ihrer Eltern vor allem über gute Leistungen und prosoziales Verhalten sicher sein konnte. Doch die mangelhafte „Holding function“ der Eltern fand bei Cora schon in der Latenz ihren Niederschlag in Trennungsängsten und abendlichen Todesängsten. Der stark beruflich engagierte und häufig abwesende Vater stand als hilfreiches triangulierendes Objekt nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung.

Da die Ehe der (wohl in einer oralen Kollusion verstrickten) Eltern chronisch konflikthaft war, wuchs Cora in dem Gefühl auf, dass Partnerschaftsbeziehungen unmöglich Glück bringend sein können. Auch der Eintritt in die Pubertät war für sie konflikthaft: identifizierte sie sich mit ihrer Mutter, so bedeutete das, dass sie sich als Frau weder in einer Liebesbeziehung noch im Beruf dauerhaft würde zufrieden fühlen können. So blieb sie unbewusst in ödipalen Phantasien an den Vater gebunden, was gleichfalls der Entwicklung einer reifen Sexualität im Wege stand.

Nach der Trennungsentscheidung der Eltern drohte der Patientin nunmehr, auch ihre emotionale Heimat in der Familienwohnung zu verlieren. Dass beide Brüder eine Drogenabhängigkeit entwickelten, wurde von ihr im Kontext der mit den Brüdern bestehenden Geschwisterrivalität vermutlich schuldhaft verarbeitet. Auch fühlte sie sich in einer parentifizierten Haltung wohl verantwortlich für die Lebensbewältigung der chronisch kranken Mutter.

Coras Eltern bezogen getrennte Wohnungen, arrangierten sich im Hinblick auf ihre Partnerschaftsbeziehung aber wieder miteinander. Auch Cora selbst bezog eine eigene kleine Wohnung und verdiente ihren Lebensunterhalt nun weitgehend alleine. Eine erneute schwere Belastungssituation entstand durch die Tatsache, dass Coras älterer Bruder während ihres ersten Therapiejahres einem Freund „versehentlich“ eine tödliche Dosis Heroin spritzte, was ein juristisches Verfahren wegen Totschlags zur Folge hatte. Die überforderten Eltern versuchten, Cora dazu zu bewegen, mehr Verantwortung für ihren kranken Bruder zu übernehmen und mit ihm zusammenzuziehen. Hinzu kam, dass die Patientin offenbar mit ihrem Chemiestudium intellektuell überfordert war und sich auf die Suche nach einer neuen beruflichen Perspektive machen musste.

Cora hatte anfänglich große Schwierigkeiten mit dem Sprechen in den Therapiestunden; sie schien unfähig und nicht daran gewöhnt, sich verbal mitzuteilen, was in der Gegenübertragung ein Gefühl von Schwere und auch zunehmender Ungeduld entstehen ließ. Allmählich begriff die Autorin, dass Cora ihre emotionale Verfassung nur auf diese Weise deutlich machen konnte, und versuchte, Worte für dieses Phänomen zu finden. Cora selber wartete ungeduldig auf eine Veränderung, die allerdings ganz von außen, d.h. von der Autorin, kommen sollte. Es bedurfte eines Zeitraumes von über einem Jahr, bis sich dieser Modus ändern konnte.

Nach 80 Behandlungsstunden wandelte die Autorin die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in eine analytische Psychotherapie zweistündig in Liegen um. Cora begann darauf, von sich aus eine Fülle von zusätzlichem genetischem Material in die Stunden mitzubringen. In der mütterlichen Familie gab es, wie in Berlin nicht selten, schwere Kriegstraumatisierungen. Der Gvm war elternlos aufgewachsen, nachdem seine Mutter von russischen Besatzungstruppen erschossen worden war und sein Vater sich deswegen mit Autoabgasen umgebracht hatte. Auch aus der väterlichen Familie gab es weitere anamnestische Informationen. Die Verwahrlosung des Vaters zeigte sich unter anderem darin, dass er bereits im Alter von 12 Jahren angefangen hatte, regelmäßig Alkohol zu trinken.

Cora sagte über ihre Eltern: „Es ist so, als ob jeder von ihnen seinen Platz in der Welt nicht richtig gefunden hat!“ Auch die Drogenkarriere der beiden Brüder bekam eine neue Tönung: zum Zeitpunkt der Familiengründung hatte die Mutter der Patientin Alkohol getrunken, während ihr Vater entsprechend der Gewohnheiten in der Berliner Hausbesetzerszene Drogen konsumierte. Coras Eltern hätten mit ihrem Onkel zusammen in einer Wohnung gelebt, dessen Frau ebenfalls alkohol- und drogenabhängig war. Der drei Jahre ältere, heute heroinabhängige Bruder „habe das Kommunen-Feeling noch extrem mitgekriegt“ und sich bereits als Kind vorgenommen, später einmal Heroin zu konsumieren. Dass die Brüder später in der elterlichen Wohnung mit verschiedenen Drogen dealten, wurde von beiden Eltern toleriert: „Damals fand ich es cool, so tolerante Eltern zu haben! Heute verstehe ich nicht, dass sie keine Grenzen gesetzt haben.“ Cora begann auch, sich mit ihrem eigenen periodischen Alkoholabusus kritisch auseinander zu setzen und diesen allmählich einzustellen.

In der Behandlung entstand der Eindruck einer langen depressiven Entwicklung, die ihren Beginn offenbar schon in der frühen Kindheit genommen hatte. Wie viele Patienten entwickelte auch Cora einen „Familienroman“: „Ich bin in Wahrheit adoptiert und gehöre nicht zur Familie dazu!“ (Freud 1905)

Sie berichtete, als Kind ständig Ängste gehabt zu haben, dass sie verloren gehen könnte, dass ihre Eltern sie versehentlich auf der Autobahn aussetzen könnten. All diese Geschehnisse hatten in Cora die Überzeugung gefestigt, dass sie „mit allem letztendlich alleine fertig werden müsse“, und dass sie große Zweifel daran habe, ob es sich „lohne, jemanden an mich heran zu lassen“.

Diese Konstellation bildete sich auch in der Übertragungsbeziehung ab. Ein relativ langer Behandlungsabschnitt eines „pseudoautonomen“ bis latent oppositionellen und damit von Widerstandsphänomenen geprägten Übertragungsangebots der Autorin gegenüber wurde abgelöst durch eine tendenziell vertrauensvollere Einstellung, die es ermöglichte, auch schmerzhaft und hoch schambesetzte Themen zu bearbeiten. Cora kam anfangs relativ regelmäßig zu spät zu den Stunden, vornehmlich wegen der Unzuverlässigkeit der Berliner Verkehrsbetriebe. Sie hatte auch die Angewohnheit, zu Beginn der Stunde in einer wenig modulierten Weise ununterbrochen zu sprechen, so dass deutenden Interventionen vonseiten der Autorin erst am Ende der Stunde möglich waren. Offensichtlich brauchte die Patientin „lange Zeit zum Auftauen“, was die Autorin ihr entsprechend deutete. In Coras Träumen wurde die Autorin zur vernachlässigenden Mutter, die sich permanent um andere kümmert und Cora „einfach nicht sieht“. Sie reagierte auf Unterbrechungen der Therapie regelmäßig depressiv, ohne zunächst innere Zusammenhänge herstellen zu können. Dennoch verschwand ganz allmählich die depressive Verstimmung, was Cora fast mit Unwillen zur Kenntnis nahm: „So ein ungewohntes Lebensgefühl!“ Sie schien die narzisstische Zuwendung in den Stunden aufzusaugen wie eine lange entbehrte Nahrung.

Die deutlichsten Veränderungen zeigten sich in Coras Außenbeziehungen: sie nahm die Betreuung einer alten Dame an, die an einem Lungenkarzinom erkrankt war, und begleitete diese pflegerisch bis zu ihrem Tod, was angesichts ihrer Ängste vor Vergänglichkeit einen enormen emotionalen Fortschritt bedeutete. Besonders beeindruckt habe sie die positive Lebenseinstellung der alten Dame, die sich auch durch ihr Leiden nicht habe von den kleinen Freuden des Lebens abbringen lassen. Infolge des Babysittings bei einer Familie mit kleinen Kindern entwickelte Cora allmählich eine bessere Empathie für ihre Mutter und deren Belastungen durch drei kleine Kinder.

Allmählich konnte Cora den therapeutischen Prozess als hilfreich und entlastend wahrnehmen. Nachdem sie eine Zeitlang die Angewohnheit hatte, bei jungen Männern zu übernachten, ohne sexuelle Kontakte mit ihnen zu haben, nahm sie im dritten Therapiejahr eine sexuelle Beziehung zu einem fünf Jahre jüngeren Mann auf, einem „Kindergartenfreund“ ihres jüngeren Bruders.

Cora erinnerte sich: „Ich bin eigentlich eine fröhliche Natur!“ Sie beschloss, ihre Wohnung zu renovieren und die dunklen Farben aus ihrem Lebensbereich zu verbannen; ihr Wohnzimmer erhielt nun eine zartrosa Wandfarbe. Parallel dazu entschied sie sich, ihre nunmehr seit zehn Jahren schwarz gefärbten Haare in ihrer Naturfarbe, einem Dunkelblond, nachwachsen zu lassen. Dieser Schritt bereitete ihr anfänglich erhebliches Unbehagen: „Ich bin nicht so der Blondtyp!“ In der differenzierten Betrachtung erschloss sich allmählich der tiefere Sinn dieser Aussage, denn es ging implizit um die Frage, ob Cora sich vorstellen könne, ein „bürgerliches Leben“ mit Beruf und Familie zu führen wie ihre blonde Psychoanalytikerin. Es schien, als ob Cora sich unmerklich mit der Autorin zu identifizieren begann; sie begann, sich farbenfreudiger und weiblicher zu kleiden und entwickelte sich von einem morosen Teenager zu einer selbstbewussten, gut aussehenden jungen Frau mit einem Touch „50er Jahre-Charme“. Sie entfernte sogar ihre Gesichtspiercings, ohne die sie sich in den letzten Jahren „viel zu nackt“ gefühlt hätte.

Eine erhebliche Rolle spielte nun auch die Auseinandersetzung mit den Frauenschicksalen ihrer Familie. Cora begann, die unbewusste Botschaft ihrer Familie: „Die Frauen der Familie schaffen nicht, ihre Pläne zu realisieren, und werden dabei auch nicht unterstützt!“ reflektierend zu betrachten. Ihr wurde klar, dass sie den Wunsch ihrer Mutter nach einem Studium übernommen hatte und aus diesem Grunde an ihrem ungeliebten und sie überfordernden Chemiestudium festhielt. Im Vordiplom beschloss sie, das Studium aufzugeben und sich stattdessen auf die Suche nach einem Beruf zu machen, der ihren eigenen Neigungen entsprach. Zunächst einmal arbeitete sie im Museumspädagogischen Dienst eines Berliner Museums und war damit finanziell völlig unabhängig von ihren Eltern – ein weiterer Schritt in die Autonomie. Doch die berufliche Entscheidung wurde zu einem Prüfstein in der psychoanalytischen Arbeit – beharrte Cora doch darauf, dass sie sich keinesfalls für einen bestimmten Berufswunsch entscheiden könne, weil sie sich damit ihre persönlichen Möglichkeiten einenge! In der Übertragung wurde die Autorin erneut zum kaum Halt und Struktur gebenden väterlich-mütterlichen Objekt, das sich nicht wirklich für Coras Entwicklung interessierte. Es entwickelte sich ein zäher Machtkampf um die Frage einer beruflichen Entscheidung, den die Autorin schließlich mit einer deutlichen, Struktur gebenden Intervention beendete: „Die Krankenkasse zahlt die psychotherapeutische Behandlung nicht dafür, dass Sie sich unbegrenzt im Möglichkeitsraum aufhalten!“ Zunächst fühlte Cora sich „zurechtgestaucht“, doch in den folgenden Stunden war es ihr dann möglich, eine realistische Perspektive zu entwickeln: sie bewarb sich bei einer Fachhochschule für Früherziehung.

Parallel dazu arbeitete Cora weiter an ihren Schwierigkeiten in Männerbeziehungen und versuchte, sich aus ihrem Kontakt vermeidenden und gefühlsabgewehrten Interaktionsmodus mit den Männern herauszubewegen. Sie lernte einige junge Männer kennen, die sie aber oft nach kurzer Zeit der Bekanntschaft wieder „auf Abstand hielt“, bis sie erkannte, dass das, was sie wirklich faszinierte an Männern, meist Ähnlichkeiten mit Vater und Brüdern waren: alle neuen Bekanntschaften waren direkt oder indirekt mit Rockmusik befasst (wie die Brüder) und betrieben einen Substanzabusus (wie Vater und Brüder). Diese Ähnlichkeiten zogen sie zwar magisch an, ängstigten sie aber auch entsprechend. Ihre Veränderungsbereitschaft zeigte sich in einer kurzen Traumsequenz:

„Ich war nachts auf einem Schrottplatz, wo ein jüngerer Mann in einem Werkstatthäuschen wohnte. Wir sind zusammen in das Häuschen gegangen und hatten dort etwas miteinander.“

Den „Schrottplatz“ verband Cora mit dem transgenerationalen „Familienschrott“, der sie behinderte, und sie resümierte für sich: „Aus unserem Schrotthaufen möchte ich eine Baustelle machen, wo ich etwas Neues bauen kann!“

Dies ist ihr gelungen; am Ende der analytischen Psychotherapie schloss Cora ihr Studium ab und hatte dabei auch ein Semester in Italien verbringen können, ohne erneut depressiv zu dekompensieren. Sie war mit ihrem Lebensentwurf zufrieden und schaute optimistisch in die Zukunft. Vor kurzem erhielt die Autorin eine Karte, auf der Cora ihr mitteilte, dass sie die Leitung einer kleinen Kindertagesstätte in Berlin-Schöneberg übernommen hatte.

Literaturverzeichnis:

Arnett, J. J. (2000) : Emerging adulthood : A Theory of Development from the late Teens through the Twenties. *American Psychologist* 55, 469 – 480.

Arnett, J. J. (2004) : Emerging adulthood : The winding Road from the late Teens through the Twenties. Oxford University Press New York.

Blos, P. (1989): Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation. Klett-Cotta, Stuttgart.

Clarkin, J. et al. (2001): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer, Stuttgart.

Coté, J. (2000): Arrested adulthood: The Changing Nature of Maturity and Identity in the Late Modern World. New York University Press New York.

Erikson (1971): Kindheit und Gesellschaft. Klett, Stuttgart.

- Freud, S. (1905/1972):* Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Studienausgabe Bd. V S. Fischer-Verlag Frankfurt am Main.
- Goethe, J.W. (1795/1980):* Wilhelm Meisters Lehrjahre. Insel Taschenbuch Frankfurt am Main.
- Hornblower, M. (1997):* Great xpectations. Time 129/23, 58 – 68.
- Kernberg, P. et al. (2000):* Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Klett Cotta Stuttgart.
- Kessler, R.C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Merikangas, K.R. und Walters, E.E. (2005):* Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62/6, 593 – 602.
- Osgood, D.W.; Foster, E.M.; Flanagan, C. und Ruth, G.R. (2005):* On your own without a net: The Transition to Adulthood for Vulnerable Populations. University of Chicago Press Chicago.
- Schwartz, S. J.; Coté, J.; Arnett, J. J. (2005):* Identity and Agency in Emerging Adulthood: Two Developmental Routes in the Individualization Process. Youth and Society 37/2, 201 – 229.
- Seiffge-Krenke, I. (2009):* Erwachsen? Noch lange nicht! Kindliche Entwicklung heute. Vorlesungsreihe auf den Langeooger Psychotherapietagen des Kindes- und Jugendalters 2009.

Autorin:

Dr. med. Renate Sannwald, Pertisauer Weg 41, 12209 Berlin
Fachärztin für Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse (DGPT); DGPT-Lehranalytikerin am BIPP; Dozentin der AGKB; Dozentin, Lehrtherapeutin und Supervisorin des Weiterbildungskreises für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie; Dozentin, Supervisorin und Lehrtherapeutin des KPMB; Dozentin und Supervisorin der BAP und der PHB; des MAPP und des ZAP.

Evidenzbasierte Ergebnisse zur Wirksamkeit systemischer Therapie bei ADHS

Ingo Spitzcok von Brisinski

Störungsspezifische Therapie zählt zu den Wurzeln der systemischen Therapie: Mitte der 1940er Jahre publizierte Carl Whitaker über besondere Kommunikationsmuster in Familien von Patienten mit Schizophrenie, 1956 publizierten Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley & John Weakland ihre *theory of schizophrenia* und 1974 erschien Mara Selvini Palazzolis *From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. Auch mit dem Paradigma-Wechsel von der Familientherapie zur systemischen Perspektive in den 80er Jahren und trotz der teils harschen Kritik an psychiatrischen Diagnosen kam es nicht zu einem Verschwinden störungsspezifischer systemischer Konzepte und Publikationen, sondern im Gegenteil, es kam zu zahlreichen Neuerscheinungen. Unter http://www.systemisch.net/Literaturliste/_Start.htm findet sich ein nach ICD-10 geordnetes Verzeichnis von weit über 700 Publikationen zu störungsspezifischer systemischer Therapie (Spitzcok von Brisinski 2013).

Eine der frühesten Publikationen zu störungsspezifischer Psychotherapie mit dem Terminus ‚System‘ im Titel ist *A Systems Approach to Alcoholism: A Model and its Clinical Application* von Steinglass, Weiner & Mendelson 1971 erschienen in den *Archives of General Psychiatry*. Der Begriff ‚systemisch‘ erschien in der störungsspezifischen englischsprachigen Literatur erstmals 1982 in der Arbeit *Symptom prescription as metaphor: A systemic approach to the psychosomatic-alcoholic family* von Held & Heller in der Zeitschrift *Family Therapy*. Bereits ein Jahr später erschien im von Wilhelm Rotthaus herausgegebenen Band *Systemische Familientherapie im ambulanten und stationären Bereich* von von Villiez der Beitrag *Familientherapie bei schizophrenen Kindern und Jugendlichen* und 1984 *Systemische Therapie mit Familien von »psychotischen« Jugendlichen* von Kurt Ludewig und Mitarbeitern

in der Zeitschrift *Familiendynamik*. 2006 brachten Jochen Schweitzer und Arist von Schlippe ihr *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen* heraus und 2007 publizierte die Arbeitsgruppe „systemische Therapieforschung“ (Kirsten von Sydow, Stefan Beher, Jochen Schweitzer-Rothers, Rüdiger Retzlaff, Andreas Schindler) ihr Buch zur Wirksamkeit systemischer Therapie basierend auf Meta-Inhaltsanalysen von randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zu psychischen Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, deren Ergebnisse letztendlich 2008 zur Anerkennung der systemischen Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie führten (www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.134.135).

Störungsspezifische systemische Therapie bei ADHS

Auch zu ADHS sind über die Jahre eine Reihe von störungsspezifischen systemischen Therapiekonzepten entstanden und publiziert worden. Zu den frühesten zählen die Ansätze mit Struktureller Familientherapie nach Minuchin (1977), die Ritterman (1979), Mills & Flynn (1986) sowie Barkley et al. (1992) erfolgreich bei ADHS anwandten. 1999 publizierten Everett & Everett ihr umfassendes Konzept zur ADHS-Therapie als Buch mit dem Titel *Family Therapy for ADHD – Treating Children, Adolescents, and Adults*. Im deutschsprachigen Raum veröffentlichten Kilian (1989), Ludewig (1991), Färber (1992), Kienle (1992), Saile (1997), Aust-Claus & Hammer (1999), Bonney (2000), Hennecke (2000), Brandau et al. (2003), Spitzok von Brisinski (2001), Keil & Liyanage (2004), Schmela (2004), Schmid & Puk (2005), Gammer (2007) sowie Reveland & Bastian (2012) systemische und integrative Konzepte zur Behandlung von ADHS in verschiedenen Settings wie Familientherapie, Mehrfamilienherapie, Elterntrainings, Gruppentherapie für Jugendliche sowie multimodale Therapie.

Für einen Teil dieser Konzepte wurden Ergebnisse aus Evaluationsstudien vorgelegt.

Definitionen von Evidenz

„Evidenz“ kommt aus dem Lateinischen von *Evidentia* und bedeutet ‚Augenscheinlichkeit, Anschaulichkeit‘ oder auch von *ex* = ‚aus‘ und *videre* =

‚sehen‘ bzw. ‚das Herausgesehene‘, aber auch ‚das Herausscheinende, das Durchsichtige‘. Als Bedeutung für den Begriff ‚Evidenz‘ hat sich im Deutschen ‚Offenkundigkeit, völlige Klarheit‘ bzw. ‚das dem Augenschein nach Unbezweifelbare, das durch unmittelbare Anschauung oder Einsicht ohne Überprüfung Erkennbare etabliert, aber auch im Kontext evidenzbasierter Medizin als Synonym für ‚Nachweis‘, abgeleitet vom englischen *evidence* = ‚Beweis‘. Hier bezieht sich ‚Evidenz‘ auf Informationen aus wissenschaftlichen Studien, insbesondere RCT und mit systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen (Spitzcok von Brisinski 2012). Seit einigen Jahren ermöglichen zudem Propensity-Score-Analysen bei nicht-kontrollierten/-randomisierten klinischen Studien eine nachträgliche imitierte Randomisierung und Kontrolle der relevanten Kovariablen. Über diese nachträgliche Kontrolle vorliegender Gruppenunterschiede ist auch in klinischen Beobachtungsstudien, bei denen ein klassisches RCT-Design nicht umgesetzt ist, eine Berechnung kausaler Effekte möglich (Bachmann 2008).

In der Philosophie gibt es mehrere Definitionen (siehe z. B. <http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenz>). Nach Husserl ist Evidenz eine aktive Leistung des Bewusstseins (Ströker 1978), Stegmüller (1969) sieht sie als Einsicht ohne methodische Vermittlungen an und ist der Meinung, dass all unser Argumentieren, Ableiten, Widerlegen, Überprüfen ein ununterbrochener Appell an Evidenzen ist.

‚Evidenz‘ ist eine Art des Sehens und kann in der systemischen Theorie als Gegenposition zur Haltung des ‚Nichtwissens‘ verstanden werden (Spitzcok von Brisinski 2012) – das bedeutet aber nicht, dass eine Haltung des ‚Nichtwissens‘ immer systemisch und eine Haltung des (beschränkten) ‚Wissens‘ immer unsystemisch ist.

So meint Haja Molter (1999): „Ich teile mit vielen Kolleginnen und Kollegen die Überzeugung, dass es nützlich sein kann, Ressourcen, die von außen kommen, an Klientensysteme heranzutragen. Ich habe kein Problem damit, wenn mich jemand fragt, wo bitte geht’s zum Bahnhof, ihm einen Stadtplan oder eine genaue Wegbeschreibung zu geben. Denn wir können nicht immer davon ausgehen, dass Klienten oder Hilfesysteme über genügend Ressourcen verfügen“ sowie (2005): „Lösungen können auch Verordnungen oder Verschreibungen sein, diese können auch als Optionen angeboten werden. Es

könnte ja sein, dass es unter Millionen von Kunden auch einige gibt, die nicht kundig sind und Therapie aufsuchen, weil sie sich kundig machen wollen.“

Evidenzbasierte Therapie

Evidenzbasierte Medizin (ebM) bzw. evidenzbasierte Praxis ist die nachweisorientierte Versorgung eines Klienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten. EbM umfasst die systematische Suche nach Evidenz in der Fachliteratur für ein konkretes Problem oder eine bestimmte Krankheit bzw. Diagnose, ferner die kritische Beurteilung der Validität nach klinisch-epidemiologischen Gesichtspunkten, die Bewertung der Effektstärke sowie die Anwendung auf den Klienten mittels der klinischen Erfahrung und der Vorstellungen des Klienten.

Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung wendet ebM-Prinzipien auf alle Gesundheitsberufe und Bereiche der Gesundheitsversorgung an, auch auf Entscheidungen zur Steuerung des Gesundheitssystems.

Die Kriterien der ebM-Systematik können auch auf die systemische Therapie angewandt werden zur Beurteilung, wie umfassend belegt die Wirksamkeit einer Intervention/eines Ansatzes bei einer bestimmten Störung ist. Somit kann ebM innerhalb des Spektrums systemischer Schulen/Methoden bei der Auswahl Erfolg versprechender Interventionen hilfreich sein, aber auch Psychotherapieschulen übergreifend.

„Auf Augenhöhe mit dem Klienten“ kann auch bedeuten, Transparenz herzustellen bzgl. Wirksamkeitsnachweis für das angewandte Verfahren.

Randomized Controlled Trials (RCT)

Will man die Wirksamkeit von Interventionen evidenzbasiert miteinander vergleichen, kommt man nicht umhin, Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien (RCT) näher anzuschauen, auch wenn Kriz (2012, S. 10) beklagt, dass „sich Psychotherapie und klinische Psychologie unter den überaus starken Einfluss einer ‚evidenzbasierten Medizin‘ begeben [haben], welche eine bestimmte Forschungsmethodologie allen jenen Ansätzen aufoktroyierte, die in Hinkunft im lukrativen und prestigeträchtigen klinischen

Bereich ernsthaft mitreden wollten.“

Manche Systemiker argwöhnen, dass quantitative Forschung mit standardisierten Bewertungskriterien ‚unsystemisch‘ sein könnte. So meint beispielsweise Kriz (2012, S. 10): „Gerade RCT-Studien sind allerdings aus systemischer Sicht bestenfalls randständig mit dem Attribut »systemisch« zu belegen, denn auch wenn systemische Interventionen (SI) evaluiert werden, bleibt dies ein klassisches Input-Output-Design: SI wird auf ein Klientel angewandt (genau wie jede andere psychotherapeutische Intervention, jede Pille in der Pharmaforschung oder jeder andere experimentelle Input auch) und die Wirkung auf klar definierten Outcomevariablen gemessen.“ Ressourcenorientierter drückt es Asen (2002, S. 232) aus: “It is not so long ago that a substantial number of systemic therapists argued that the systemic paradigm, with its emphasis on circularity, does not lend itself easily to the ‘linear’ tools and practices of modern research. While one needs to acknowledge the potential for clashes between two very different epistemologies [...], most systemic therapists have now come to realise that their methods need to be shown to work if the field is to survive in the new evidence-base climate.”

Betrachtet man die RCT der letzten Jahre, wird deutlich, dass Aspekte, die Systemiker für wichtig halten, zunehmend in die Methodik Einzug nehmen. So geht es nicht mehr darum, naiv lineare monokausale Verknüpfungen zu beweisen. Vielmehr werden die unterschiedlichen Sichtweisen von Kindern, Eltern, Lehrkräften und anderen Professionellen nebeneinander gestellt und ihr gegenseitiger Einfluss komplex analysiert. Es werden Kinder mit ADHS befragt, wie sie Veränderungen im Erziehungsverhalten ihrer Eltern nach einem Elternteraining bewerten, Eltern werden befragt, wie sie die Veränderungen beim Kind bewerten und Veränderungen bei sich selbst. Durch komplexe Re-Analysen wird untersucht, welche Faktoren noch Einfluss auf das Ergebnis gehabt haben könnten, und es wird nach Unterschieden hinsichtlich Veränderungsgeschwindigkeit innerhalb einer Gruppe in Abhängigkeit zahlreicher Variablen geforscht. Die Rolle des Beobachters wird nicht negiert, sondern systematisch untersucht (vgl. Sonuga-Barke et al. 2013).

Cottrell & Boston (2002) meinen, dass die Einbeziehung von mehr als einem Individuum in die Behandlung und die Betonung, dass systemische Behandlung abzielt auf die Berücksichtigung von Kind und Familie im Kontext zu Dilemmata führt bzgl. der Frage, was evaluiert werden soll: Sollten Veränderungen beim Indexpatienten, bei den Geschwistern, bei den erwachsenen Sorgeberechtigten oder Kombinationen davon untersucht werden? Wie gehen

wir mit der Möglichkeit um, dass positive Veränderungen bei einem Familienmitglied möglicherweise Schwierigkeiten bei einem anderen verursacht? Dies muss jedoch heute kein Dilemma mehr darstellen, da a) die Frage „was soll evaluiert werden“ mit einem systemischen „sowohl als auch“ beantwortet werden kann und dies methodisch kein wesentliches Problem mehr darstellt, und b) lange bekannt ist, dass auch Psychotherapie unerwünschte Wirkungen verursachen kann und daher nach Entwurf des Studiendesigns und vor Durchführung der Studie die zuständige Ethikkommission einbezogen werden muss.

Psychiatrische und psychotherapeutische Interventionen bei ADHS

Um Ergebnisse zur Wirksamkeit systemischer Therapie bei ADHS zum Forschungsstand anderer Verfahren in Relation setzen zu können, wird hier kurz auf die aktuelle allgemeine internationale Datenlage bzgl. Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung bei ADHS eingegangen.

Multimodale Behandlung in der Kombination von Stimulanzientherapie, Elternterapie und verhaltenstherapeutischen Interventionen im schulischen und häuslichen Setting gilt auch heute noch als State of the Art bei ADHS – obwohl dies durch die internationale Datenlage eigentlich hinterfragt werden müsste:

Im Rahmen der „Multimodal Treatment Study of ADHD“ (MTA) wurden die Effekte von sorgfältig durchgeführter und intensiv betreuter medikamentöser Behandlung, intensiver Verhaltenstherapie sowie ihrer Kombination (jeweils 14 Monate lang durchgeführt) bei insgesamt 579 Kindern mit ADHS verglichen mit „üblicher Standardbehandlung“ (deutlich weniger intensive Betreuung, ca. 60% einschließlich medikamentöser Behandlung). In den ersten Auswertungen der Studie erwiesen sich multimodale Interventionen gegenüber einer sorgfältig durchgeführten und betreuten singulären medikamentösen Behandlung hinsichtlich der Kernsymptomatik Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität und Impulsivität nicht als überlegen (MTA Cooperative Group 1999a, b), jedoch bzgl. Begleitstörungen wie z. B. Angst.

10 Monate nach Ende der 3 intensiven Behandlungsformen und Überführung der Teilnehmer in „übliche Standardbehandlung“ war der Effekt der vormals sorgfältig durchgeführten und intensiv betreuten medikamentösen Behandlung noch deutlicher spürbar als der der vormals durchgeführten intensiven

Verhaltenstherapie und der bereits zuvor durchgeführten „übliche Standardbehandlung“, allerdings nicht mehr so ausgeprägt. Eine signifikante Überlegenheit vormals kombiniert durchgeführter intensiver Therapie gegenüber sorgfältig durchgeführter und intensiv betreuter singulärer medikamentöser Behandlung war auch 10 Monate nach Ende der dieser Maßnahmen nicht nachweisbar. Auch war ein signifikanter Unterschied zwischen der Teilnehmergruppe, die zuvor intensive singuläre Verhaltenstherapie erhalten hatte, und der Teilnehmergruppe, die schon zuvor „übliche Standardbehandlung“, 10 Monate nach Ende der intensiven Verhaltenstherapie nicht mehr nachweisbar (MTA Cooperative Group 2004).

2 Jahre nach Ende der 3 intensiven Behandlungsformen konnten 485 der ursprünglichen Teilnehmer (84%) erneut nachuntersucht werden (Jensen et al., 2007). Bei allen 4 Gruppen hatten sich ADHS-Kernsymptomatik sowie oppositionelles Verhalten und allgemeines Funktionsniveau verbessert. Es zeigte sich jedoch keine Nachhaltigkeit der speziellen zeit- und kostenintensiven multimodalen Interventionen hinsichtlich Überlegenheit gegenüber der Routinebehandlung. Bei allen Gruppen war zudem bei der Nachuntersuchung der dann 11 bis 13 Jahre alten Teilnehmer gegenüber einer normativen Vergleichsgruppe der Anteil mit Delinquenz (27% vs. 7%) und Substanzmissbrauch inklusive Alkohol und Zigaretten (17% vs. 8%) erhöht. Kinder, die intensive Verhaltenstherapie erhalten hatten, zeigten zwar 10 Monate nach Therapieende etwas seltener Substanzmissbrauch, 2 Jahre nach Therapieende war jedoch kein Unterschied mehr zu finden. Mehr Tage mit medikamentöser Therapie waren mit schwererer Delinquenz assoziiert, jedoch nicht mit schwererem Substanzmissbrauch (Molina et al. 2007).

Die zwischen 1990 und 1995 mit 103 Kindern im Alter von 7 bis 9 Jahren in New York und Montreal durchgeführte RCT (Klein et al. 2004) ging davon aus, dass die Kombination von Methylphenidat mit umfassender multimodaler psychosozialer Behandlung einer alleinigen medikamentösen Behandlung überlegen ist. Die 2 Jahre lang durchgeführte Behandlung bestand aus (1) alleiniger Behandlung mit Methylphenidat; (2) medikamentöser Behandlung plus Elternt raining und -beratung, schulischer Unterstützung, Psychotherapie und Training sozialer Kompetenzen; oder (3) Methylphenidat plus Aufmerksamkeitskontrollbehandlung ohne spezifische psychosoziale Interventionen. Nach 12 Monaten erfolgte einfach verblindet ein Wechsel von Methylphenidat zu Placebo. Bei klinischer Indikation wurde Methylphenidat wieder angesetzt. Die Beurteilungen erfolgten durch Eltern, Lehrkräfte, Kinder und Psychiater, Beobachtung in der Schule sowie Schulleistungstests.

Neben den kindzentrierten therapeutischen Maßnahmen (Selbstinstruktions-training, soziales Kompetenztraining und spezifische pädagogische Interventionen) erfolgte eine intensive Elternberatung sowohl in Elterngruppen als auch über 8 Monate wöchentlich mit den einzelnen Elternpaaren und monatlich mit der gesamten Familie. Nahezu 80% der Familien blieben die gesamten 2 Jahre dabei.

Die zusätzliche psychosoziale Behandlung führte zwar zu signifikant besserem theoretischen Wissen bei den Eltern, für den alltäglichen Umgang mit ihrem ADHS-Kind konnten sie dies aber nicht im Sinne eines positiven Elternverhaltens nutzbar machen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass sich bereits in der Anfangsphase der Behandlung mit Methylphenidat negatives elterliches Verhalten deutlich verringerte, die intensive Elternarbeit jedoch zu keinen weiteren Verbesserungen führte (Hechtman et al. 2004a). Auch hinsichtlich sozialer Kompetenzen der Kinder (Abikoff et al. 2004a), Schulleistungstests, Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben, Selbsteinschätzung bzgl. Depression und Selbstwert (Hechtman et al. 2004b) sowie Kernsymptomatik (Abikoff et al. 2004b) fand sich keine Überlegenheit multimodaler Therapie gegenüber alleiniger medikamentöser Behandlung.

Eine niederländische Arbeitsgruppe verglich im Rahmen einer RCT mit 50 Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren mit ADHS alleinige medikamentöse Behandlung mit 10wöchiger multimodaler Therapie. Zur multimodalen Therapie gehörten außer der Behandlung mit Methylphenidat Eltern-Kind-Verhaltenstherapie und Lehrer-Verhaltenstraining. Eltern, Lehrkräfte und Kinder beurteilten ADHS-Kernsymptomatik, oppositionelles Verhalten und übriges Sozialverhalten, soziale Kompetenzen, elterlichen Stress, Angst und Selbstwert. Beide Behandlungsformen führten zu deutlichen Verbesserungen und es fand sich kein Unterschied zwischen multimodaler Therapie und alleiniger medikamentöser Behandlung (van der Oord et al. 2007).

Salbach et al. (2005) untersuchten den Effekt von zusätzlichem Elterntraining nach THOP (Döpfner et al. 1998). Eltern von 16 Kindern mit ADHS nahmen gemeinsam mit ihren Kindern an einem wöchentlich stattfindenden zehnwöchigen Gruppentraining teil. Die Kinder erhielten eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat. Darüber hinaus erfolgte eine Beratung. Als Kontrollgruppe dienten 17 Kinder mit hyperkinetischer Störung einschließlich ihrer Eltern. Die Kinder wurden ebenfalls medikamentös behandelt und erhielten Beratung, ihre Eltern nahmen aber nicht an dem Gruppentraining teil. Am Ende des Gruppentrainings zeigte sich bei der Experimentalgrup-

pe eine signifikante Symptomverringering bezüglich der hyperkinetischen Symptomatik. Diese Verringerung war im Vergleich zur Kontrollgruppe zwar etwas stärker ausgeprägt, aber nicht statistisch signifikant.

Kritiker führen an, dass der mangelnde Nachweis von zusätzlichen Effekten einer multimodalen Behandlung möglicherweise auf inadäquate Erfolgsmaße zurückzuführen ist. So konnten Wells et al. (2006) in einer der vielen Re-Analysen der MTA-Daten zeigen, dass sich dann, wenn nicht nur Elternratings, sondern objektive Beobachtungsdaten der Eltern-Kind-Interaktion als Erfolgsmaße herangezogen werden, sehr wohl zusätzliche Effekte der multimodalen Behandlung belegen lassen. Zudem zeigten die Eltern dieser Gruppe ein deutlich konstruktiveres Erziehungsverhalten als die Eltern der medikamentös gut behandelten Kinder. Die Autoren sehen hier synergistische Effekte der medikamentösen und verhaltenstherapeutischen Behandlung (Kienle et al. 2009). Diese Ergebnisse stehen allerdings im Widerspruch zur Meta-Analyse von Sonuga-Barke et al. (2013), die bei „objektiven“ Maßen eher geringere Effekte psychosozialer Interventionen fanden.

Bachmann et al. (2008) werteten die Ergebnisse von 112 zwischen 2000 und 2007 veröffentlichten Metaanalysen und Reviews zur Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei den 4 häufigsten psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen (Angststörungen, depressive Störungen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens) systematisch aus. Bei drei der vier untersuchten Störungsbilder sprechen die Ergebnisse dafür, dass Psychotherapie die wirksamste Methode ist, nur bei ADHS ist die medikamentöse Behandlung gemäß Datenlage effektiver.

Die meisten Reviews und Metaanalysen lagen für ADHS und depressive Störungen vor. Für ADHS waren es insgesamt 68 Übersichtsarbeiten (55 systematische Reviews, 12 Metaanalysen sowie eine aus Review und Metaanalyse kombinierte Übersichtsarbeit): 2 Metaanalysen und 29 systematische Reviews zu psychotherapeutischen Interventionen, 9 Metaanalysen, 18 systematische Reviews und 1 aus Metaanalyse und systematischem Review kombinierte Arbeit zu Pharmakotherapie sowie 1 Metaanalyse und 8 systematische Reviews zu Kombinationsbehandlung.

Für verhaltenstherapeutisches Elternttraining konnten kleine bis mittlere Effekte bei großer Effektstärkenbandbreite belegt werden. Die Effekte bzgl. ADHS-Kernsymptomatik waren eher gering, die Effekte auf internalisierende Begleitsymptomatik und angrenzende ADHS-Problembereiche höher. Für Verhaltensmodifikation und Kontingenzmanagement in Kindergärten

und Schule fehlten genaue Angaben zu Effektstärken.

Bzgl. kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) mit dem Kind bzw. Jugendlichen waren die Ergebnisse uneinheitlich und teilweise waren die Effektstärken klein. Der Einfluss einzelner Techniken ist bisher unklar, in alleiniger Anwendung ist CBT offenbar weniger hilfreich als im Rahmen multimodaler Behandlungsprogramme. Es gibt Hinweise, dass intensive CBT günstige Effekte auf komorbide Symptomatik hat.

Für intensive verhaltenstherapeutische Ferienprogramme (Kontingenzmanagement, soziales Kompetenz-Training) bestehen zwar nachgewiesene Effekte, leider ist die Übertragbarkeit auf weniger strukturierte und intensive Settings bisher jedoch nicht belegt.

Die Stabilität der Effekte nach Therapieende ist bislang unklar, da nur teilweise Langzeiteffekte belegt sind, entweder Nachuntersuchungen nach langen Zeitintervallen fehlen oder ein Rückgang der Behandlungserfolge im Verlauf beobachtet wurde.

Die Ergebnisse zu Alterseffekten bei Elterntrainings widersprechen sich zum Teil, d.h. bislang ist unklar, ob eher jüngere oder eher ältere Kinder stärker vom Einbezug der Eltern profitieren. Bzgl. kognitiver Interventionen (auch CBT) liegen inkonsistente Ergebnisse vor, vermutlich spielen auch altersabhängige Effekte eine Rolle.

Festgehalten werden kann, dass in der Regel aufgrund der Chronizität der Probleme eine längerfristige Behandlung notwendig ist und die Behandlung eine intensive Zusammenarbeit zwischen Therapeuten, Eltern und Lehrern erfordert, wobei es zu ausgeprägten Compliance-Problemen kommen kann. Der Transfer der Erfolge von einer Situation auf mehrere andere (Generalisierung) kann erschwert sein.

Gut belegt bzgl. Interventionen mit Eltern/Erziehern/Lehrern ist die Wirksamkeit von Psychoedukation, Kontingenzmanagement (Belohnung, Token-Systeme, unmittelbares Feedback, Bestrafung/Verstärkerentzug, Löschung, Time-out), Interaktions- und Kommunikationstraining mit Kind und Eltern sowie aktive Beaufsichtigung/Supervision und Monitoring des kindlichen Verhaltens.

Uneinheitlich sind die Ergebnisse bzgl. Interventionen mit dem Kind bzw. Jugendlichen in Form von Selbstbewertung, Selbstinstruktionstraining, Selbstmanagement-Techniken, kognitivem Modelllernen, Problemlösetraining, Ärger-Kontroll-Training, Konzentrations-/Genauigkeitstraining und Fertigkeitstraining schulischer Fertigkeiten sowie sozialem Kompetenztraining. Weitere mögliche Ansätze sind gemäß dieser Übersichtsarbeit Entspannungstraining, Familientherapie, Spieltherapie, Bibliothherapie, eklektische Thera-

pie, multisystemische Ansätze, Eltern- und Lehrerberatung, Kunsttherapie, EMDR, Selbsthypnose, Metronom-Behandlung, psychodynamische Ansätze, multisystemische/multidimensionale Familieninterventionen sowie systemische Familientherapie.

In der medikamentösen Behandlung ließen sich für Stimulantien (Methylphenidat, Dexamphetamin, D-/L-Amphetamin, gemischte Amphetaminsalze) mittlere bis große Effekte nachweisen, für Atomoxetin (Strattera®) mittlere Effekte. Für die anderen untersuchten Substanzen waren die Ergebnisse weniger günstig. Als problematisch erweist sich teilweise Non-Compliance.

Medikation plus Psychotherapie ist alleiniger Medikation nicht sicher überlegen. Wahrscheinlich sind bei Kombinationsbehandlung vergleichbare Effekte auf die ADHS-Kernsymptomatik bei geringerer Medikamentendosierung erreichbar sowie bessere Effekte auf komorbide Auffälligkeiten wie extraversive und/oder introversive Störungen sowie mit ADHS einhergehende Problemfelder.

Insgesamt lässt sich anhand dieser systematischen Analyse der aktuelleren methodisch anspruchsvollen wissenschaftlichen Studien festhalten, dass die Evidenzbasierung für Pharmakotherapie bei ADHS sehr gut ist, für psychotherapeutische Ansätze insgesamt jedoch noch unzureichend. Ausschließlich psychotherapeutische Interventionen erwiesen sich häufig als nicht ausreichend (d.h. es fanden sich meist geringere Effekte als bei alleiniger Medikation), sind jedoch bei komorbider introversiver Symptomatik sinnvoll einsetzbar. Ausschließliche Pharmakotherapie hat für die ADHS-Kernsymptomatik eine gute Wirksamkeit. Für Kombinationsbehandlung liegen tendenziell die besten Erfolgsaussichten vor.

Vidal-Estrada et al. (2012) bieten eine systematische Übersicht zur Wirksamkeit psychologischer Behandlung von ADHS bei Erwachsenen. Bei ihrer Recherche fanden sie 186 Publikationen, von denen 18 (15 Wirksamkeitsstudien und 3 Reviews) den Kriterien entsprachen. Die 15 Studien bezogen sich auf kognitive Verhaltenstherapie, metakognitive Therapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), Coaching und Cognitive Remediation Therapy (CRT). CRT ist ein gezieltes Training neuropsychologischer Defizite mit dem Ziel, neuronale Regelkreise zu verstärken und durch Lernen und Einsetzen neuer kognitiver Strategien Verhalten zu modifizieren. Nur 6 Studien hatten eine Kontrollgruppe. Diese 6 Studien wurden ausschließlich zu kognitiver Verhaltenstherapie einschließlich metakognitiver Therapie durchgeführt. Die Effektgrößen lagen zwischen 0,3 und 0,6. Bei einigen Studien wurde der Ver-

lauf bis zu 1 Jahr nach Beendigung der Therapie gemessen. Die erreichten Verbesserungen waren stabil.

Die Ergebnisse der Übersicht sprechen dafür, dass kognitive Verhaltenstherapie am wirksamsten ist bei Erwachsenen hinsichtlich ADHS. Bzgl. komorbider Symptome von Angst und Depression ist offenbar Einzeltherapie wirksamer als Gruppentherapie.

In vielen Reviews und Metaanalysen wurde auf methodische Schwächen der zugrunde liegenden Studien hingewiesen. Allerdings handelt es sich hierbei mittlerweile um ‚Klagen auf hohem Niveau‘, denn viele aktuellere Studien erreichen mittlerweile ein hohes methodisches Niveau.

Auch die Frage nach alternativen Studiendesigns wird in den ausgewerteten Metanalysen und Reviews reflektiert: „Möglicherweise sind RCT-Studien insbesondere bei längerfristigen Behandlungen aufgrund ihrer im klinischen Setting oft schwierigen Umsetzung bzw. damit verbundener ethischer Bedenken nicht das Design der Wahl. Beobachtungsstudien an Kohorten von behandelten und unbehandelten Patienten scheinen z.B. praktikabler“ (Bachmann et al. 2008, S. 322).

Abhängigkeit vom Beobachter

Hoza et al. (2007) führten eine Metaanalyse basierend auf seit 1995 publizierten Studien zur multimodalen Behandlung von ADHS bei Kindern durch und konnten zeigen, dass die publizierten Effektstärken der Behandlung sehr von den jeweiligen Outcome-Kriterien abhingen und dass bei demselben Kriterium (z. B. Verringerung der Hyperaktivität) unterschiedliche Ratingskalen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Intensität bzw. Dosis der Behandlungen und zeitliche Reihenfolge beeinflussen ebenfalls stark, welche Effekte mit welcher zusätzlichen Intervention erzielbar sind. Die Ergebnisse der Metaanalyse belegen, dass bei Kindern, die niedrigdosiert mit Stimulanzien behandelt wurden, durch zusätzliche nichtmedikamentöse Interventionen größere additive Effekte erzielt werden konnte als bei Kindern mit höherer Dosierung.

Die Europäische ADHS-Leitlinien-Gruppe hat nun eine systematische Übersicht (Systematic Review, SR) samt Metanalyse randomisierter kontrollierter Studien (Randomized Controlled Trials, RCT) zu Diäten und psychologischen Behandlungen für ADHS publiziert (Sonuga-Barke et al. 2013) mit

dem Ergebnis, dass bei den psychologischen Therapien die Beurteilung der Wirksamkeit stark vom Beobachter abhängt – ein Ergebnis, das den dem Konstruktivismus zugeneigten Systemiker nicht verwundert, etablierte sich diese Ansicht doch bereits ab Ende der 1980er Jahre in der systemische Therapie als „Kybernetik 2. Ordnung“ (Hoffman 1987). Bedeutsam ist die Studie mit diesem Ergebnis dennoch, denn sie belegt die Beobachterabhängigkeit empirisch nach den Regeln der ebM und ist daher anschlussfähig für viele therapeutische Schulen.

Die Autoren untersuchten die 54 RCT bzgl. restriktiver Auslassdiäten, Weglassen künstlicher Farbstoffe in der Ernährung, Nahrungsmittelergänzung mit freien Fettsäuren, kognitivem Training, Neurofeedback und Verhaltensinterventionen. Sie unterschieden dabei zwischen Einschätzungen des Behandlungserfolgs durch Beurteiler, die dem therapeutischen Setting am nächsten waren, und solchen, die bestmöglich ‚verblinded‘ waren.

Sie fanden als Ergebnis, dass alle diätischen (standardisierte Mittelwertdifferenzen = 0,21 – 0,48) und psychologischen (standardisierte Mittelwertdifferenzen = 0,40 – 0,64) Behandlungen signifikante positive Behandlungserfolge zeigten, wenn der Behandlungserfolg durch Beurteiler eingeschätzt wurde, die dem therapeutischen Setting am nächsten waren (z. B. Elterneinschätzungen außer bei Lehrer basierten Interventionen, bei denen Lehrereinschätzungen oder direkte Beobachtungen genutzt wurden).

Bei Anwendung bestmöglicher Verblindung (Placebo kontrolliert oder Einschätzungen durch einen Erwachsenen, der die Art der Intervention nicht kannte) blieben jedoch nur noch signifikante Verbesserungen für Nahrungsmittelergänzung durch freie Fettsäuren und Weglassen künstlicher Farbstoffe in der Ernährung übrig, während bei allen anderen o. g. Interventionen sich kein signifikanter Behandlungserfolg mehr in der Einschätzung abbildete.

Für Nahrungsmittelergänzung durch freie Fettsäuren blieb der Behandlungseffekt zwar statistisch signifikant, war aber mit einer standardisierten Mittelwert-Differenz von 0,16 eher gering ausgeprägt, so dass nur von einer begrenzten Bedeutung im Alltag auszugehen ist. Bzgl. Weglassen künstlicher Farbstoffe in der Ernährung war der Behandlungseffekt mit einer standardisierten Mittelwert-Differenz von 0,42 größer, allerdings gehen die Autoren davon aus, dass es sich bei den Studien dazu oft um Patienten handelt, die wegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten ausgewählt wurden. Zum Vergleich: standardisierte Mittelwertdifferenzen für die Therapie mit Stimulanzien liegen bei 0,9, sind also etwa doppelt so stark ausgeprägt).

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass für Verhaltensinterventionen, Neurofeedback, kognitives Training und restriktive Diäten bessere Evidenz

bzgl. Behandlungserfolg bei verblindeten Beurteilern erforderlich ist, bevor diese Verfahren als Behandlungen für die ADHS-Kernsymptome befürwortet werden können.

Elterntaining bei ADHS

Zwi et al. (2011) erstellten einen Cochrane-Review für Elterntaining bei ADHS im Alter von 5 bis 18 Jahren zur Frage der Wirksamkeit auf die Kernsymptomatik sowie assoziierte Probleme. In ihrer Recherche berücksichtigten sie RCT bis September 2010. Von insgesamt 12.691 Studien entsprachen nur 5 den festgelegten Kriterien. Diese 5 Studien verglichen Elterntaining mit Standardtherapie und beziehen sich auf insgesamt 284 Teilnehmer. Eine Studie hatte als zusätzliche Kontrollgruppe eine nondirektive Elternunterstützungsgruppe. 4 Studien bewerteten die Auswirkungen des Elterntainings auf die Verhaltensprobleme der Kinder, 1 Studie bewertete Veränderungen in den elterlichen Kompetenzen. Von den 4 Studien zum Verhalten der Kinder fokussierten 2 auf das Verhalten zu Hause und 2 auf das Verhalten in der Schule. Bzgl. Verhalten zu Hause fand eine Studie keinen Unterschied zwischen Elterntaining und Standardbehandlung, während die andere eine statistisch signifikante Überlegenheit des Elterntainings erbrachte.

Auch bzgl. des Verhaltens in der Schule waren die Ergebnisse uneinheitlich: Eine Studie fand keine Unterschiede, während die andere eine Überlegenheit des Elterntainings zumindest für Kinder mit ADHS ohne zusätzliche Störung des Sozialverhaltens nachweisen konnte. In dieser letzten Studie war der Effekt des Elterntainings größer bei Mädchen und bei Kindern mit Medikation. Meta-Analysen konnten für externalisierendes Verhalten (z. B. Brechen von Regeln, oppositionelles Verhalten, Aggressivität) über 3 Studien mit insgesamt 190 Teilnehmern gerechnet werden, für internalisierendes Verhalten (z. B. sozialer Rückzug, Angst) über 2 Studien mit insgesamt 142 Teilnehmern. Während das Ergebnis bzgl. externalisierendem Verhalten knapp statistische Signifikanz verpasste, ergaben sich für Elterntaining signifikante Effekte bzgl. internalisierendem Verhalten.

Familientherapie bei AD(H)S

Bjornstad & Montgomery veröffentlichten 2010 einen Cochrane-Review zu Familientherapie von ADS oder ADHS bei Kindern und Jugendlichen ohne Medikation. Sie gehen davon aus, dass 10 bis 13% der Patienten Medikamente nicht einnehmen können oder wollen. Diese systematische Übersichtsarbeit bemüht sich darum, eine Antwort auf die Frage zu finden, wie Familientherapie ohne Medikation die ADHS-Kernsymptome reduzieren kann im Vergleich zu keiner Behandlung oder Standardtherapie. Berücksichtigt wurden allerdings nur RCT bis zum 14. April 2004 (die ursprüngliche Übersicht von 2005 wurde überarbeitet und erschien erst 2010). Entsprechend DSM bzw. den Forschungskriterien von ICD-10 wurden nur Studien berücksichtigt, die als Einschlusskriterium das Auftreten von ADHS-Symptomen in mindestens 2 Kontexten forderten, keine Medikation während der Zeitdauer der Familientherapie, Teilnahme des Kindes und mindestens eines Elternteils an der Familientherapie sowie Verblindung der Beurteiler. Primäres Erfolgsmaß war die ADHS-Kernsymptomatik, sekundäre Erfolgsmaße waren Aufmerksamkeitsprobleme oder Impulsivität oder störendes Verhalten zu Hause oder in der Schule oder sowohl als auch. Schulverweise, Notendurchschnitt oder jugendliche Täterschaft wurden ebenfalls berücksichtigt sowie, soweit vorhanden, Zufriedenheitsmaße bzgl. Behandlung. Von ursprünglich 905 durch die Recherche aufgefundenen Publikationen wurden nur 26 näher analysiert und nur 2 hielten den harten Kriterien von Cochrane-Reviews stand (Horn et al. 1991 und Jensen et al. 1999), die beide verhaltenstherapeutische Familientherapie einsetzen, während Studien zu struktureller und strategischer Familientherapie unberücksichtigt blieben.

Bei der Studie von Jensen et al. handelt es sich um die oben bereits erwähnte MTA-Studie mit insgesamt 579 Teilnehmern im Alter von 7 bis 9,9 Jahren. Das verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramm kombinierte Elterntraining, Kind fokussierte Behandlung und Schul basierte Interventionen bei 144 Kindern. Es fand sich keinen Unterschied zwischen verhaltenstherapeutischer Familientherapie und Standardhandlung.

Die Arbeitsgruppe um Horn untersuchten insgesamt 96 Familien mit 6 unterschiedlichen Behandlungsformen: Placebo allein (16 Kinder), niedrig dosierte (0,4 mg/kg Körpergewicht) Stimulanzientherapie allein, hoch dosierte (0,8 mg/kg Körpergewicht) Stimulanzientherapie allein, Placebo plus verhaltenstherapeutischer Familientherapie (16 Kinder), niedrig dosierte Sti-

mulanziertherapie plus verhaltenstherapeutischer Familientherapie, hochdosierte Stimulanziertherapie plus verhaltenstherapeutischer Familientherapie. „Verhaltenstherapeutische Familientherapie“ kombinierte Elternttraining, Gruppen-Selbstkontrolltraining für das Kind (Problemlösungsfertigkeiten und Wut-Management), Beratung der Lehrkräfte sowie täglichen schriftlichen Austausch zwischen Lehrkräften und Eltern bzgl. störendem Verhalten in der Schule.

Diese umfassende Behandlungsform war der alleinigen Behandlung mit Placebo nur leicht überlegen. Es hatte zudem den Anschein, dass niedrig dosierte Stimulanziertherapie plus Familientherapie ebenso erfolgreich war wie „hochdosierte“ Stimulanziertherapie allein. Allerdings muss dazu angemerkt werden, dass heutzutage eine Dosierung von Methylphenidat 0,8 mg/kg Körpergewicht keineswegs als hochdosiert gilt: für retardierte Methylphenidat-Darreichungsformen empfehlen die europäischen Leitlinien zu ADHS (unter deutscher Beteiligung) bis zu 2 mg/kg Körpergewicht pro Tag, ohne, dass dies bereits als „hochdosiert“ gilt. Viele andere Leitlinien geben gar keine genaue Grenze der Dosierung bzgl. Körpergewicht an, da es der klinischen Erfahrung nach keine enge Korrelation zwischen Körpergewicht und Dosierung bzgl. Wirksamkeit und Ausprägung unerwünschter Wirkungen gibt.

Übersichtsarbeiten und Metainhaltsanalysen zu systemischer Therapie von ADHS

Estrada & Pinsof (1995) berichten in ihrer Übersicht zur Wirksamkeit von Familientherapien, dass sich bei ADHS zwar Verbesserungen bzgl. Aggressivität und Kooperationsbereitschaft zeigten, aber keine Effekte auf die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Überaktivität.

Die Übersichtsarbeit zu Evidenz basierter Familientherapie und systemischer Beratung von Carr (2000a) enthält zwar einen Abschnitt zu ADHS, erwähnt wird jedoch lediglich die Publikation zu struktureller Familientherapie von Barkley et al. (1992, s. o.), während sich der Rest auf verhaltenstherapeutische Ansätze (Elternttraining und Selbstinstruktionstraining) sowie medikamentöse Therapie bezieht.

Stratton (2010) zitiert in seiner Übersicht zur Evidenzbasis systemischer Familien- und Paartherapie lediglich Carr (2000a), als ob die Wirksamkeit bei ADHS gut belegt wäre und führt keine neuen Quellen hierzu an.

Asen (2002) beschreibt in seinem Übersichtsartikel zur Evidenz systemischer Familientherapie zwar eine Reihe von Störungsbildern, bei denen die Wirksamkeit dieser Interventionsform belegt ist, AD(H)S ist jedoch nicht dabei.

Auch Cottrell & Boston (2002) erwähnen in ihrem "Practitioner review" zur Wirksamkeit systemischer Familientherapie für Kinder und Jugendliche nur die Vergleichsstudie von Barkley et al. (1992, s. o.) zu struktureller Familientherapie.

Die Arbeitsgruppe „systemische Therapieforschung“ (Kirsten von Sydow, Stefan Beher, Jochen Schweitzer-Rothers, Rüdiger Retzlaff, Andreas Schindler) führte Meta-Inhaltsanalysen von RCT zu psychischen Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen durch (von Sydow et al. 2007). Sie orientierten sich im Vorgehen soweit wie möglich an den methodischen Anforderungen für evidenzbasierte Interventionen (z. B. Cochrane Collaboration wie oben beschrieben, Health Technology Assessment, HTA, Leitlinien für evidenzbasierte Interventionen, Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, WBP). Die Studien wurden mittels Datenbankrecherchen, Metaanalysen, Übersichtsartikeln, durch Querverweise in anderen Primärstudien sowie durch Hinweise der Mitglieder der American Academy of Family Therapy (AFTA) identifiziert. Es wurden alle auf Deutsch, Englisch, Chinesisch oder Spanisch publizierten kontrollierten, randomisierten (oder parallelisierten/gematchten) Gruppenstudien (RCT) berücksichtigt, in denen ein Indexpatient mindestens an einer psychischen Störung nach ICD-10 bzw. DSM-IV oder an klinisch bedeutsamen Problemen litt. Orientiert an den vorgenannten Übersichtsarbeiten verwendeten Kriterien operationalisierten von Sydow et al. ‚Systemische Therapie/Familientherapie‘ als familien-, paar- oder einzeltherapeutische Intervention, die Bezug auf mindestens einen der folgenden systemischen Autoren nimmt: Tom Anderson, Ivan Boszormeny-Nagy, Steve de Shazer, Jay Haley, Salvador Minuchin, Virginia Satin, Mara Selvini Palazzoli, Helm Stierlin, Paul Watzlawick, Michael White, Gerald Zuk. Alternativ mussten die Interventionen durch mindestens einen der folgenden Begriffe spezifiziert sein: systemisch (systemic), strukturell (structural), strategisch (strategic), triadisch (triadic), funktional (functional), lösungsorientiert (solution focused), narrativ, ressourcenorientiert, Mailänder (Milan), McMaster-Modell (McMaster model). Außer den ‚rein‘ systemischen Ansätzen wurden auch integrative Ansätze berücksichtigt, sofern systemische Interventionen mindestens die Hälfte des Ansatzes auszumachen.

Es sind zwischen 2006 und 2013 mehrere Publikationen der Arbeitsgruppe erschienen mit jeweils unterschiedlicher Anzahl berücksichtigter Studien (RCT). In der als Buch erschienenen Version (von Sydow et al. 2007) sind für systemische Therapie bei erwachsenen Inpatienten insgesamt 33 RCT (davon 27 erfolgreich bzgl. Behandlungserfolg) getrennt nach Diagnosen aufgeführt, für systemische Therapie bei kindlichen bzw. jugendlichen Inpatienten insgesamt 50 RCT (davon 44 erfolgreich bzgl. Behandlungserfolg). Das stellt in der Gesamtsicht für alle psychischen Störungen durchaus eine beeindruckende Datenbasis dar, die ja auch zur Anerkennung als wissenschaftliches Verfahren durch den WBP geführt hat. Betrachtet man jedoch die Datenbasis bzgl. AD(H)S, relativiert sich dieses Bild: Bei den Studien zur systemischen Therapie erwachsener Inpatienten fand sich keine einzige Studie bzgl. AD(H)S, bei den Studien zur systemischen Therapie kindlicher bzw. jugendlicher Inpatienten fanden sich lediglich 3 RCT (davon alle 3 erfolgreich bzgl. Behandlungserfolg, Effektstärken sind allerdings nicht angegeben). Das bedeutet, dass von insgesamt 83 ausgewerteten Studien nur 3 (= 3,6 %) die systemische Therapie von ADHS betrafen. Hinzu kommt, dass 1 Studie 1979 publiziert wurde, 1 Studie 1992 und 1 Studie 2001/2002. Insgesamt wurden 63 Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 17 Jahre mit ADHS mittels struktureller bzw. systemischer Familientherapie behandelt. Weder Evidenzniveaus noch Effektstärken noch Zeiträume der Nachuntersuchung werden angegeben.

Betrachtet man die 3 Studien näher, lässt sich Folgendes feststellen: Die Studie von Barkley et al. (1992) belegt durch Beurteilungen am Ende der Therapie und 3 Monate später, dass strukturelle Familientherapie ebenso hilfreich ist wie Verhaltensmanagementtraining nur für die Eltern oder Problemlöse- und Kommunikationstraining für die gesamte Familie. In allen drei Gruppen gab es Besserungen, aber mehrheitlich keine Heilung. In der Studie von Saile & Forse (2002) war systemische Familientherapie in Bezug auf die ADHD-Kernsymptomatik ebenso wirksam wie verhaltenstherapeutische Familientherapie. Die dritte Studie ist eine US-Dissertation (Ritterman, 1979): Bei 40 Jungen wurde die Wirksamkeit von Familientherapie allein vs. Methylphenidat allein, Familientherapie plus Methylphenidat sowie Familientherapie plus Placebo untersucht. Alle vier Interventionen waren gleichermaßen moderat wirksam und es fanden sich keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede zwischen den Gruppen.

Ob ein Teil der Teilnehmer an den 15 Studien zu Störungen des Sozialverhaltens auch die Kriterien einer ADHS erfüllten und somit der ICD-10-Kategorie „F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ zuzuordnen wäre,

muss aufgrund mangelnder Angaben bzw. Diagnostik in den Studien offen bleiben.

Bewertung des Evidenzniveaus

Die Bewertung wurde vom Autor nach den *Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence* (2009) vorgenommen. In dieser Systematik stellt 1a das höchste Niveau und 5 das niedrigste dar. Für Therapiestudien erfüllt eine systematische RCT-Übersicht mit nicht zu stark variierenden Ergebnissen der einzelnen RCT Niveau 1a, während Level 5 gleichgesetzt wird mit „Expertenmeinung ohne kritische Analyse oder basierend auf physiologischer oder experimenteller Forschung oder Grundprinzipien“.

Strukturelle Familientherapie nach Minuchin

Ritterman (1978) behandelte 40 Jungen im Alter von 6 bis 11 Jahren und mit einem IQ > 75 im Rahmen einer kontrollierten, prospektiven Studie. Die Zuordnung erfolgte randomisiert zu Familientherapie allein, Methylphenidat allein, Familientherapie und Methylphenidat kombiniert sowie Familientherapie und Placebo kombiniert. Beurteilt wurden ADHS-Kernsymptomatik, Selbstwert, globale Symptomschwere sowie Beziehungen zur Familie. Es war ein statistisch signifikanter Behandlungserfolg für alle 4 Therapieformen nachweisbar. Es fanden sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Therapieformen. Lediglich eine Tendenz zu einer leichten Überlegenheit der Familientherapie bzgl. Verbesserung des Selbstwertgefühls bei den Patienten zeichnete sich ab.

Eine Verlaufsuntersuchung (t3) erfolgte telefonisch 3 bis 5 Monate nach Messzeitpunkt t2. Eine moderate Verbesserung bzgl. Inexpatient wurde bei allen 4 Therapieformen in ähnlicher Weise berichtet.

Evidenzniveau: 1b (Individueller RCT mit engem Vertrauensintervall)

In der Studie von Barkley et al. (1992) wurde ebenfalls Strukturelle Familientherapie nach Minuchin angewandt. Die Ergebnisse werden jedoch wegen des Vergleichs mit verhaltenstherapeutischen Interventionen weiter unten referiert.

Integratives Modell von Bonney

Bonney (2000) führte bzgl. seines aus kognitionspsychologischen, kommunikativen und systemischen Elementen bestehenden Therapiemodells eine Verlaufsstudie durch. Bzgl. Dauer und Frequenz der Behandlung betrug die Spannbreite zumindest 3 Sitzungen über eine Gesamtdauer von 1 Monat bis 65 Familien- und Einzelkontakte über 3¼ Jahre. Als Mittelwerte werden 8,5 Sitzungen über 8,8 Monate Therapiedauer angegeben.

Von 102 Patienten, die in seiner kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis wegen hyperkinetischer Störungen behandelt wurden, waren 46 Kinder 6 Jahre oder älter und sollten gemäß festgelegter Kriterien in die katamnestiche Befragung einbezogen werden. Von 23 dieser 46 Kinder wurden die Eltern zur telefonischen Befragung erreicht. Ob es zwischen der Gruppe der Kinder, deren Eltern zur Nachbefragung erreicht wurden, und der den Kindern, deren Eltern nicht erreicht wurden, statistisch signifikante Unterschied gab, ist der Publikation nicht zu entnehmen. Es werden aber zumindest Mittelwertvergleiche zwischen der Gruppe der Kinder, deren Eltern befragt wurden (23), und der vorgesehenen Gesamtgruppe (46) hinsichtlich Alter, Therapiedauer und Zahl der Sitzungen präsentiert. Demnach wurden die Kinder der Eltern, die nachbefragt werden konnten, durchschnittlich etwas länger behandelt und hatten eine etwas höhere Sitzungszahl. Das Durchschnittliche Alter bei Beginn der Therapie lag bei der Kindergruppe, deren Eltern nachbefragt wurden, bei 7,3 Jahren.

Die Befragung erfolgte nach 41 bis 86 (durchschnittlich 65) Monaten semi-standartisiert zu klinischem Bild, eventuell fortbestehender Behandlungsindikation, Verhaltenscharakteristik und Schulerfolg.

In 4 nachexplorierten Fällen (17% von n=23) bestand das früher beklagte hyperkinetische Verhaltensmuster fort. Drei dieser Kinder zeigten zu Behandlungsbeginn einen bedeutsamen psychomotorischen Entwicklungsrückstand und wurden in Einrichtungen für geistig Behinderte fremdplatziert. Bei einem Jungen, der eine Hauptschule besuchte und weiterhin wegen hyperkinetischen Verhaltens auffiel, war ein IQ von 136 bekannt.

Die befragten Eltern von 19 Kindern/Jugendlichen (83% von n=23) bezeichneten das Verhalten ihres Kindes bezüglich Aktivitätsniveau und Aufmerksamkeitsleistungen als nunmehr unauffällig. Zur Temperamententwicklung gaben die Eltern zu 36 % an, ihre Kinder tendierten zu eher lebhaftem bis unruhigem Verhalten. In 10 Fällen (53%) gelang der Besuch einer weiterführenden Schule. Bezüglich der Sitzungshäufigkeit bestand kein Unterschied zwischen den zum Zeitpunkt der Nachbefragung als lebhaft oder ruhig be-

zeichneten Jugendlichen. Sie unterschieden sich auch nicht hinsichtlich früher bestehender individueller und familiärer Problemmuster.

Es handelt sich nicht um einen RCT, eine Kontrollgruppe fehlt. Daher bleibt unklar, ob sich die Verbesserungen aufgrund der Therapie ergeben hatten oder aufgrund von anderen Faktoren. Bei einem Durchschnittsalter von 7,3 Jahren zu Beginn und einem durchschnittlichen Zeitraum zwischen Therapie und Nachbefragung von 5,4 Jahren ist eine gewisse Rückbildung der motorischen Hyperaktivität allein aufgrund des natürlichen Verlaufs von ADHS zumindest bei einem Teil der Patienten zu erwarten. Unklar ist auch, warum fast die Hälfte der behandelten Kinder nicht eine weiterführende Schule besuchten. Möglicherweise handelt es sich um eine Diskrepanz in der Einschätzung der noch bestehenden Problematik durch Eltern und Schule.

Ein Vorteil dieser Studie liegt darin, dass es sich nicht um eine Laborstudie mit hochselektierten Teilnehmern und hochaufwendigem Interventionsprogramm handelt, bei der unklar bleibt, ob sich Vorgehen und Ergebnisse auf die Patientenversorgung 1:1 übertragen lassen, sondern um eine „Feldstudie“: Die Untersuchungen fanden in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis statt, d. h. unter „naturalistischen Bedingungen“. Auch wenn es sich ausschließlich um Patienten handelte, deren Eltern ausdrücklich keine medikamentöse Behandlung wünschten, und bei denen die Kernsymptomatik und/oder Begleitstörungen nicht so ausgeprägt waren, dass eine tagesklinische oder vollstationäre Behandlung erforderlich war, kann man doch von hoher ökologischer Validität sprechen, da für die meisten Patienten mit ADHS eine ambulante Behandlung ausreicht und es viele Eltern gibt, die eine psychosoziale Behandlung ihres Kindes einer medikamentösen Behandlung vorziehen.

Evidenzniveau: 4 (Individuelle Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe)

Ressourcenorientiertes Elterngruppentraining nach Schmid und Puk

Schmid und Puk (2005) untersuchten die Wirksamkeit eines ambulanten ressourcenorientierten Elterngruppentrainings bzgl. ADHS-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen.

Alle untersuchten Eltern, die das Elterngruppentraining absolvierten, hatten mindestens ein Kind, das die diagnostischen Kriterien einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) nach der ICD-10 erfüllte. Das

Alter der Kinder lag zwischen 4 und 16 Jahren (MW 9,5 Jahre; SA 2,4). Ein Großteil wies weitere komorbide Störungen auf (Enuresis, Emotionale Störungen). Die Geschwisterkinder litten zum Teil auch unter Symptomen einer Aufmerksamkeitsstörung, teilweise zeigten sie andere gravierende Symptome (Trichotillomanie, selbstverletzendes Verhalten) oder waren unauffällig. Die Kinder und Jugendlichen waren den Therapeuten aus vorhergegangenen diagnostischen und beratenden Kontakten bekannt. Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen wurde medikamentös mit Methylphenidat behandelt und zur Überwachung der medikamentösen Behandlung regelmäßig in die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis einbestellt.

Das Elterntaining beinhaltete eine Sitzung zur Vorstellung der Teilnehmer und Klärung der Rahmenbedingungen, einen Seminartag mit 8 Stunden zur Vermittlung der theoretischen Grundlagen und zum Aufbau der Gruppenkohäsion, 4 zweistündige Abendveranstaltungen in zweiwöchigem Abstand, sowie Überleitung in eine Selbsthilfegruppe mit weiterer lockerer Anbindung und Beratung durch die Therapeuten. Die Gruppe bestand aus 8-12 Elternteilen und wurde von 2 Therapeuten gemeinsam durchgeführt.

Verglichen wurden mittels Nachbefragung der Eltern anhand eines 5stufigen Fragebogens die Ergebnisse von 19 Kindern, die kinder- und jugendpsychiatrische Standardbehandlung erhielten, mit 19 Kindern, deren Eltern zusätzlich am Elterntaining teilnahmen.

Der nicht normierte Fragebogen erfasste Reaktion des sozialen Umfeldes, Leistungsverhalten, Sozialverhalten, Hyperaktivität, emotionale Labilität, Konzentrationsfähigkeit.

Die Kinder bzw. Jugendlichen und Eltern wurden nicht randomisiert den Gruppen zugeordnet. Die Patienten unterschieden sich nicht bezüglich ihrer Symptomatik, vermutlich aber bezüglich der Motivation ihrer Eltern.

Es zeigte sich in der Einschätzung der Eltern in den meisten der erfassten Variablen eine stärkere Verbesserung bei den Patienten mit Elterntaining als bei denen ohne. Besonders deutlich waren die Verbesserungen bzgl. „Emotionale Labilität“ und „Reaktionen des sozialen Umfeldes“. Bzgl. Verminderung der hyperkinetischen Symptomatik und der Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit war die Gruppe mit Elterntaining der Vergleichsgruppe im Trend ebenfalls überlegen, der Unterschied war aber nicht signifikant. Da nur die Einschätzung der Eltern erfasst wurde, kann nicht unterschieden werden, ob sich nur die Wahrnehmung der Eltern oder die tatsächliche Symptomatik der Kinder verändert hatte.

Die Eltern äußerten hohe Werte bzgl. Zufriedenheit mit dem Elterntaining. Kein Elternpaar schied vorzeitig aus der Therapiegruppe aus. Ca. 80% der

Eltern trafen sich in monatlichen Abständen noch 2 Jahre nach Beendigung des ersten Elterntrainings regelmäßig, im Rahmen der Selbsthilfegruppe.

Zwar erfolgte hier keine randomisierte Zuordnung zu den beiden unterschiedlichen Gruppen, aber findet sich zumindest eine Kontrollgruppe ohne Elterntaining, so dass etwas besser der Zusammenhang zwischen Intervention und beobachteter Veränderung zugeordnet werden kann. Wie in der Studie von Bonney (s. o.) wurden nur die Eltern befragt, so dass unklar bleibt, ob es auch in der Einschätzung anderer Beobachter wie Patienten selbst, Geschwister oder Lehrkräfte zu positiv(er)en Veränderungen kam. Im Gegensatz zur Publikation von Bonney (2000), in der als zeitlicher Abstand zwischen Intervention und Nachbefragung 41 bis 86 Monate angegeben sind, sind im Artikel von Schmid und Puk (2005) dazu keine Angaben enthalten.

Evidenzniveau: 2b (Individuelle Kohortenstudie ohne Randomisierung)

Elterngruppe nach Kienle

Kienle et al. (2009) untersuchten Effekte einer therapeutischen Elterngruppe in der klinischen Routineversorgung von Kindern mit einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (Ambulanz einer Klinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie). Die Untersuchung wurde als so genannte naturalistische Effectiveness-Studie konzipiert, realisiert wurde ein quasi-experimentelles Design mit Experimental- und Kontrollgruppe und einer Prä-Post-Messung. Die Eltern der Experimentalgruppe nahmen an einer Elterngruppe teil, die Eltern der Kontrollgruppe erhielten Standardbehandlung (Stimulanzientherapie und/oder individuelle Beratung). Die Zuweisung zu den beiden Gruppen erfolgte nicht randomisiert, sondern war abhängig von der Anzahl der verfügbaren Plätze zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Elterngruppe. Zunächst wurden alle interessierten Eltern der Experimentalgruppe zugeteilt. Sobald die Plätze der Elterngruppe belegt waren, wurden weitere Interessenten der Kontrollgruppe zugeteilt, eine baldmöglichste Aufnahme in eine Elterngruppe wurde zugesichert (Wartegruppe).

Die Veränderung der ADHS-Symptomatik des Kindes wurde über die ADHD Rating Scale IV erfasst, die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung über die Parent-Child Interaction Questionnaire-Revised und die Partnerschaftsbeziehung der Eltern durch die Abbreviated Dyadic Adjustment Scale. Veränderungsbeurteilung bzgl. häuslicher Problembereiche im alltäglichen Umgang

mit dem ADHS-Kind erfolgte mittels goal-attainment-scaling der Eltern nach Abschluss der Elterngruppe. Die Datenerhebung erfolgte zu Beginn und am Ende der Experimentalgruppe, die Messzeitpunkte für die Kontrollgruppe wurden entsprechend der Dauer der Elterngruppe festgelegt.

Die Stichprobe wurde sukzessiv rekrutiert und umfasste 32 Kinder mit den ICD-10 Diagnosen „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) oder „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1) im Alter von 6 bis 12 Jahren. Ausgeschlossen waren Kinder mit einem IQ < 85 sowie mit solchen zusätzlichen psychischen Störungen, die eine akute medizinische oder psychotherapeutische Behandlung erforderlich machten (z. B. Epilepsien, Gilles de la Tourette, Schulphobie).

Die Diagnosestellung umfasste neben medizinischer Anamnese und kinderneurologischer Untersuchung eine ausführliche psychologische Exploration zur differentialdiagnostischen Abklärung, eine testdiagnostische Untersuchung (K-ABC, AID-2 oder HAWIK-III) und spezifische Ratingskalen für Lehrer und Eltern (ADHD-Ratingskala).

Es wurden nur solche Kinder in die Studie aufgenommen, deren Werte sowohl im Lehrer- als im Elternrating über der 90. Perzentile lagen. Die Stichprobe bestand aus 28 (87,5 %) Jungen und 4 Mädchen (12,5 %), das durchschnittliche Alter lag bei 9,3 Jahren (SD 1,5), der durchschnittliche IQ lag bei 107,3 (SD 11,8). 8 Kinder der Stichprobe (25 %) hatten die Diagnose „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (ICD-10: F90.0), 24 die Diagnose „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (ICD-10: F90.1). Insgesamt 20 (62,5 %) Kinder wurden im Verlauf der Untersuchung mit Stimulanzien behandelt.

Verglichen wurden 16 Kinder, deren Eltern an der Elterngruppe teilnahmen, mit 16 Kindern, deren Eltern (noch) nicht an der Elterngruppe teilnahmen.

Das Alter der Kinder der Elterngruppe (Durchschnittsalter 8,6 Jahre, SA 1,4) lag signifikant unter dem der Wartegruppe (Durchschnittsalter 10,0 Jahre, SA 1,4). Hinsichtlich der anderen Beschreibungsmerkmale bestanden keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Kindern der beiden Gruppen. Es wurden insgesamt 4 Elterngruppen mit jeweils 4 Elternpaaren durchgeführt. In einem Abstand von 2 Wochen fanden 6 Termine von jeweils 2 Stunden statt, eine Elterngruppe erstreckte sich damit über einen Zeitraum von ca. 3 Monaten. Während dieser Phase erfolgte bei den medikamentös behandelten Kindern keine Veränderung der Stimulanzientherapie. Die Kinder und Eltern der Wartegruppe erhielten weiter die klinikinterne Standardbehandlung meist als Kombination von Stimulanzientherapie und begleitender ärztlicher und/oder psychologischer Beratung, weitere Therapien wurden im 3-Monats-

Vergleichszeitraum nicht durchgeführt. Auch in der Kontrollgruppe wurde die medikamentöse Dosierung in dieser Zeit konstant gehalten.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Mütter und Väter die Effekte der Elterngruppe unterschiedlich beurteilen:

- Bzgl. ADHS-Kernsymptomatik sahen die Mütter, die an der Elterngruppe teilgenommen hatten, eine deutliche Verbesserung bei ihrem Kind, die Väter dagegen nur eine leichte. Bei der Kontrollgruppe sahen die Väter für Hyperaktivität und Impulsivität eine leichte Verbesserung, die Mütter eine Verschlechterung und bzgl. Aufmerksamkeit sahen beide Elternteile der Kontrollgruppe eine leichte Verschlechterung.
- Zur Qualität der Eltern-Kind-Beziehung fanden die Autoren hinsichtlich Konfliktlösung in der Einschätzung der Mütter Verbesserungen in beiden Gruppen, die Väter der Elterngruppe sahen Verbesserungen, die der Vergleichsgruppe Verschlechterungen. Hinsichtlich Akzeptanz sahen beide Elternteile der Elterngruppe Verbesserungen und beide Elternteile der Kontrollgruppe Verschlechterungen.
- Für Veränderungen in der Partnerschaftsbeziehung fanden sich in den Einschätzungen der Mütter keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmerinnen der Elterngruppe und Kontrollgruppe, in der Tendenz jedoch Verbesserungen bei den Teilnehmerinnen der Elterngruppe und Verschlechterungen bei der Kontrollgruppe. In den Einschätzungen der Väter gab es kaum Veränderungen in der Partnerschaftsbeziehung.
- Für das Goal-attainment-scaling wurden in der Elterngruppe von den Eltern insgesamt 28 konkrete Ziele zum Problemverhalten des Kindes in der Familie (z. B. bei den Hausaufgaben, bei Eltern-Kind-Konflikten, Geschwisterkonflikten) formuliert, bei 2 Kindern hatten die Eltern keine konkreten Ziele benannt. Für 12 % der Ziele wurde von den Eltern keine Veränderung angegeben, für 60 % eine leichte Veränderung und für 28 % eine deutliche Verbesserung. Eine Verschlechterung oder eine vollständige Zielerreichung wurde für keines der formulierten Ziele berichtet.

Die Autoren erwägen, dass der mangelnde Nachweis von Effekten der Elterngruppe in der Einschätzung der Väter darauf zurückzuführen sein könnte, dass sie in der Stichprobe im Vergleich zu den Müttern bei allen Maßen bereits zum ersten Messzeitpunkt fast ausschließlich günstigere Ausgangswerte angaben, sodass eine weitere Verbesserung im Verlauf der Therapiegruppe

weniger wahrscheinlich war. Dies entspräche einer gängigen klinischen Beobachtung, dass vollberufstätige Väter die Belastungen durch ein ADHS-Kind geringer einschätzen als die Mütter – eine Beobachtung, die ich nicht nur bei ADHS, sondern auch bei vielen anderen psychischen Störungen gemacht habe und natürlich einer verstärkten Ressourcenorientierung der Väter zugutegehalten werden könnte.

Kienle et al. (2009) räumen ein, dass keine weitere Verlaufsuntersuchung durchgeführt wurde, da sich dies als nicht durchführbar erwies: Um Effekte einer veränderten Stimulanzdosierung auszuschließen, wäre es erforderlich gewesen, die Medikation sowohl in der Warte- als auch in der Therapieguppe über mehr als 6 Monate konstant zu halten. Da viele ADHS-Kinder in akuten Krisensituationen in die Ambulanz der Autoren kommen (drohender Schulausschluss, Eskalation häuslicher Konflikte), wäre eine solche studienbegründete Konstanthaltung trotz Erfordernis einer Veränderung im Rahmen der Patientenversorgung aus ethischen Gründen nicht vertretbar.

Evidenzniveau: 2b (Individuelle Kohortenstudie ohne Randomisierung)

Verhaltenstherapeutische und systemische Familientherapie bei ADHS im Vergleich

Barkley et al. (1992) verglich in einer randomisierten Studie Verhaltensmanagement von Jugendlichen durch Elternteraining (BMT) mit Struktureller Familientherapie nach Minuchin (SFT) und Problemlöse- und Kommunikationstraining bei Konflikten zwischen Eltern und Jugendlichen (PSCT). PSCT kombiniert Elemente von BMT und SFT, indem es Familienmitglieder bzgl. Verhaltenskompetenzen (Probleme lösen, kommunikative Strategien, Notfallmanagement) unterrichtet in Verbindung mit familientherapeutischen Aspekten (Familiensysteme, Koalitionen, Grad der Verstrickung oder Rückzug). 64 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren mit einem IQ > 80 und ihre Mütter wurden in die Studie einbezogen. Die Zuordnung zu den 3 Therapieformen erfolgte randomisiert. Zuvor bestehende Medikation wurde während der Studie unverändert fortgesetzt. Von den 64 Familien schlossen 61 nach mindestens 8 wöchentlichen Sitzungen die Familientherapie ab und nahmen an den Abschluss- und Verlaufsuntersuchungen (3 Monate nach t2) teil. 2 Familien der BMT-Gruppe brachen ab, keine der PSCT-Gruppe und 1 in der SFT-Gruppe, so dass die Gruppengrößen am Ende bei 20, 21 und 20 lagen.

Für alle 3 Therapieformen zeigten sich signifikante Verbesserungen im Elternurteil (CBCL Internalizing, Externalizing, School Adjustment, für Internalizing und Externalizing zeigte sich bei t3 eine weitere Verbesserung, für School Adjustment leichte Rückschritte), in der Selbsteinschätzung der Jugendlichen (Internalizing und Externalizing, für Internalizing zeigte sich bei t3 eine weitere Verbesserung) und in der Bewertung der Mutter durch die Jugendlichen (mit weiterer Verbesserung bei t3).

Evidenzniveau: 1b (Individueller RCT mit engem Vertrauensintervall)

Saile & Forse (2002) verglichen die Behandlung von 12 Kindern mit ADHS und ihren Eltern mittels systemischer Familientherapie mit der Behandlung von 12 Kindern mit ADHS und ihren Eltern mittels verhaltenstherapeutischer Familientherapie. Eine parallele medikamentöse Therapie mit konstanter Dosierung von Methylphenidat oder Amphetaminsaft erhielten 8 Kinder, bei 3 Kindern wurde eine Medikation begonnen oder beendet, 13 Kinder erhielten keine parallele medikamentöse Therapie. Das mittlere Alter des Kindes, das Anlass für die Familientherapie war, betrug 10,8 Jahre (SA = 1,9; Minimum 8,0, Maximum 13,9 Jahre). Die Zuordnung zu den verschiedenen Gruppen erfolgte nicht randomisiert, sondern es wurde ein Matching hinsichtlich Alter des Kindes, besuchtem Schultyp, komorbider Störung des Sozialverhaltens, Medikation sowie Sozialschichtzugehörigkeit des Vaters vorgenommen. Grundsätzlich wurde verlangt, dass an der Behandlung mindestens ein leiblicher Elternteil und eine weitere Erziehungsperson teilnehmen. Die Behandlung umfasste 18 Sitzungen und erfolgte auf der Grundlage von Manualen, die für die beiden Ansätze ein unterschiedliches Vorgehen beschreiben. Therapiesitzungen fanden anfangs in wöchentlichem Rhythmus, später im Abstand von zwei bis drei Wochen statt. Jeweils eine Familie pro Gruppe beendete die Behandlung vorzeitig. Gründe waren in einem Fall eine sich immer stärker abzeichnende Partnerschaftsproblematik, die unter Beibehaltung des Behandlungskonzepts nicht bearbeitbar war. Im zweiten Fall erschwerte eine Schwangerschaft der Mutter die Wahrnehmung weiterer Termine, wobei die Familie generell eine zu geringe Behandlungsmotivation zum Ausdruck brachte.

In beiden Gruppen zeigt sich im Vorher-Nachher-Vergleich eine bedeutsame Verringerung der ADHS-Kernsymptome und assoziierter sozialer Probleme des Kindes im Urteil der Väter, Mütter und Lehrer. Die Effektstärken lagen für die Angaben der Mutter tendenziell etwas höher als für die des Vaters. Eine Zunahme an belohnendem Erziehungsverhalten ließ sich in der Gruppe

mit verhaltenstherapeutischer Familientherapie lediglich in den Selbstberichten der Mütter belegen. Verschiedene Maße zur individuellen Autonomie und emotionalen Verbundenheit der Familienmitglieder zeigten Veränderungen in der Gruppe mit systemischer Familientherapie. Für die Indikation der beiden Ansätze könnte dies bedeuten, dass verhaltenstherapeutische Familientherapie dann eingesetzt werden sollte, wenn sich im Rahmen der Eingangsdiagnostik tatsächlich Bedarf für eine Optimierung von Erziehungskompetenzen ergibt. Sollten die Probleme des Kindes jedoch nicht primär mit erzieherischen Defiziten verbunden sein, scheint systemische Familientherapie hilfreich, um die emotionalen Bindungen in der Familie zu stärken und die Eltern in eine einflussreiche Position, in der sie ihre Elternrolle (wieder) wahrnehmen können, zu versetzen.

Die Effektstärken bei den Angaben der Mutter zu den unmittelbar symptombezogenen Merkmalen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität belegen Veränderungen, die deutlich über einer Standardabweichung liegen. Insgesamt liegen die Effektstärken für symptombezogene und damit einhergehende soziale Probleme in der Größenordnung zwischen einem mittleren und großen Effekt, was gut mit den Resultaten von Metaanalysen zur Behandlung hyperaktiver Kinder übereinstimmt. Der durch behaviorale Familientherapie erreichbare Veränderungseffekt fällt bei den symptombezogenen Daten etwas größer aus, dieser Unterschied ist aber in keinem Fall in der Varianzanalyse durch einen signifikanten Wechselwirkungseffekt abzusichern. Die Veränderungen in der Symptomatik waren unabhängig von paralleler medikamentöser Behandlung sowie unabhängig vom Vorliegen einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens.

Obwohl keine Interventionen in der Schule durchgeführt wurden, gaben die Lehrer eine tendenzielle Verringerung der Unaufmerksamkeit und des oppositionellen Trotzverhaltens an.

Evidenzniveau: 2b (Individuelle Kohortenstudie ohne Randomisierung)

Empfehlungsgrade

Evidenzniveaus für sich allein erlauben noch keine Einschätzung der Relevanz von Studienergebnissen für die alltägliche therapeutische Praxis. Der Empfehlungsgrad orientiert sich daher nicht nur an der methodischen Qualität der Studie(n), sondern auch an klinischer Relevanz (u. a. Effektstärken und Konsistenz der Studienergebnisse, Relevanz der Kontrollgruppen und

verwendeten Therapieintensitäten), an der Umsetzbarkeit in der Versorgungsrealität sowie am Abwägen von Nutzen und Risiko (www.leitlinien.net). Als Resultat eines Expertenkonsenses kann z. B. eine Empfehlung auch ohne hochstehende Evidenz einen hohen Empfehlungsgrad erhalten.

Verbreitet ist die Einteilung in 4 Empfehlungsgrade von A (Soll-Empfehlung, für die zumindest 1 RCT von guter Qualität und Konsistenz vorliegt) über B (Sollte-Empfehlung: Kontrollierte Studien ohne Randomisierung; Beobachtungsstudien) bis 0 bzw. C (Kann-Empfehlung: Expertenmeinung). Zusätzlich gibt es die Kategorie KKP (klinischer Konsenspunkt: gute klinische Praxis als Standard in der Behandlung, bei der keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist).

Evidenzgrad (analog zu NICE)	Vereinfachte Definition der Quellen	Empfehlungsgrad S3 / NVL	Beschreibung
I	Metaanalysen; hochwertige randomisierte kontrollierte Studien	A	Starke Empfehlung
II oder III	Kontrollierte Studien ohne Randomisierung; Beobachtungsstudien	B	Empfehlung
IV	Expertenmeinung	0	Empfehlung offen
-	Klinischer Konsenspunkt	KKP	Gute klinische Praxis

Tab. 1: Überleitung der Evidenzgrade von AWMF-S3-Leitlinien in Empfehlungsgrade

Für Strukturelle Familientherapie bei ADHS liegen zwei hochwertige randomisierte kontrollierte Studien mit Evidenzgrad 1 vor, so dass die Kriterien für Empfehlungsgrad A entsprechend einer starken Empfehlung erfüllt sind. Für andere systemische Interventionen liegen drei kontrollierte Studien ohne Randomisierung mit Evidenzgrad 2 vor, so dass die Kriterien für Empfehlungsgrad B entsprechend einer Empfehlung erfüllt sind.

Fazit

Bisher liegen wesentlich mehr Studien zu verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen bei ADHS vor als zu systemisch orientierten. Die Wirksamkeit systemisch orientierter Interventionen bei ADHS scheint jedoch gemäß aktueller Datenlage der verhaltenstherapeutisch orientierter vergleichbar, so dass systemische Therapie und insbesondere strukturelle Familientherapie bei ADHS Evidenz basiert empfohlen werden kann.

Literatur

- Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Gallagher R, Fleiss K, Etcovitch J, Cousins L, Greenfield B, Martin D, Pollack S* (2004a) Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(7), 820-829
- Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch J, Cousins L, Greenfield B, Martin D, Pollack S* (2004b) Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(7), 802-811
- Asen E* (2002) Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 8, 230-238
- Aust-Claus E, Hammer P-M* (1999) Das A-D-S-Buch. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Ratingen: Oberstebrink-Verlag
- Bachmann M, Bachmann C, Rief W, Mattejat F* (2008) Wirksamkeit psychiatrischer und psycho-therapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 36(5), 321-333
- Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos AD, Fletcher KE* (1992) A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 450-462
- Bjornstad GJ, Montgomery P* (2010) Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD005042. DOI: 10.1002/14651858.CD005042.pub2.
- Bonney H* (2000) Neues vom „Zappelphilipp“ – Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 49, 285-299

- Brandau H, Pretis M, Kaschnitz W* (2003) ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Carr A* (2000a) Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation I. *Journal of Family Therapy* 22, 29–60
- Cottrell D, Boston P* (2002) Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 43(5), 573-586
- Estrada AU, Pinsof WM* (1995) The effectiveness of family therapies for selected behavioral disorders of childhood. *Journal of Marital and Family Therapy* 21, 403-440
- Everett CA, Everett SV* (1999) Family Therapy for ADHD - Treating Children, Adolescents, and Adults. New York: Guilford
- Färber H* (1992) Familientherapie bei Aufmerksamkeitsstörungen – hyperkinetisches Syndrom – im Kindesalter. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2(1), 17 - 23
- Gammer C* (2007) Kinder mit einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADS und ADHS). In: Gammer, Carole: Die Stimme des Kindes in der Familientherapie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 280 – 317
- Hechtman L, Abikoff H, Klein RG, Greenfield B, Etcovitch J, Cousins L, Fleiss K, Weiss M, Pollack S* (2004a) Children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multi-modal psychosocial treatment: impact on parental practices. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(7), 830-838
- Hechtman L, Abikoff H, Klein RG, Weiss G, Respitz C, Kouri J, Blum C, Greenfield B, Etcovitch J, Fleiss K, Pollack S* (2004b) Academic achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(7), 812-819
- Hennecke C* (2000) ADS - Unternehmen lernende Familien. Erste Erfahrungen mit einem Familien-Gruppen-Projekt. *Systema* 14(1):67-77
- Horn WF, Ialongo NS, Pascoe JM, Greenberg G, Packard T, Lopez M, Wagner A, Puttler L* (1991) Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30(2), 233-240
- Hoza B, Kaiser N, Hurt E* (2007) Multimodal Treatments for Childhood Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: Interpreting Outcomes in the Context of Study Designs. *Clin Child Fam Psychol Rev* 10, 318-334
- Jensen PS, Arnold LE, Richters JE, Severe JB, Vereen D, Vitiello B, Schiller E, Hinshaw SP, Elliou GR, Conners CK, Wells KC, March J, Swanson J, Wigal T, Cantwell DP, Abikoff HB, Hechtman L, Greenhill LL, Newcorn JH, Pelham WE, Hoza B, Kraemer HC* (1999) A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 56(12), 1073-1086

- Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, Vitiello B, Abikoff HB, Greenhill LL, Hechtman L, Hinshaw SP, Pelham WE, Wells KC, Conners CK, Elliott GL, Epstein JN, Hoza B, March KS, Molina BS, Newcorn JH, Severe JB, Wigal T, Gibbons RD, Hur K* (2007) 3-Year Follow-up of the NIMH MTA Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 46, 989-1002
- Hoffman L* (1987) Jenseits von Macht und Kontrolle. Auf dem Wege zu einer systemischen Familientherapie „zweiter Ordnung“. *Zeitschrift für Systemische Therapie* 5(2), 7
- Keil EM, Liyanage M* (2004) Herausforderung ADHS: ein lösungsorientiertes Therapiekonzept für Kind und System, *Zeitschrift für systemische Therapie*, 22(4), 225-238
- Kilian H* (1989) Eine systemische Betrachtung zur Hyperaktivität - Überlegungen und Fallbeispiele. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38, 90-96
- Kienle X* (1992) Systemische Ansätze in der Therapie hyperaktiver Kinder. Teil 1. *Systema* 6(1), 2-17
- Kienle X, Koerber S, Karch D* (2009) Effekte einer therapeutischen Elterngruppe in der klinischen Routineversorgung von Kindern mit einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58(1), 16-33
- Klein RG, Abikoff H, Hechtman L, Weiss G* (2004) Design and rationale of controlled study of long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(7), 792-801
- Kriz J* (2012) Vorwort von Jürgen Kriz. In: Matthias Ochs, Jochen Schweitzer (Hg.) *Handbuch Forschung für Systemiker*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 9-11
- Ludewig K* (1991) Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40, 158-166
- Minuchin S* (1977) *Familie und Familientherapie - Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Molina BSI, Flory K, Hinshaw SP, Greiner AR, Arnold LE, Swanson JM, Hechtman L, Jensen PS, Vitiello B, Hoza B, Pelham WE, Elliott GR, Wells KC, Abikoff HB, Gibbons RD, Marcus S, Conners CK, Epstein JN, Greenhill LL, March JS, Newcorn JH, Severe JB, Wigal T* (2007) Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(8), 1028-1040
- Molter H* (1999) Weise in Beziehungen oder „Beziehungswaisen“. *Systemische Therapeutinnen und Therapeuten im Spannungsfeld von Neutralität und Affekt*. *Systema* 13(1), 41-49
- Molter H* (2005) Verordnen, Lösungsorientierung und Kundendienst. In: Spitzcok von Brisinski I: *Systemisches Gedankenregister*.
- www.systemisch.net/gedankenregister/verordnen.htm
- MTA Cooperative Group* (1999a) A fourteen-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 56, 1073-1086

- MTA Cooperative Group* (1999b) Mediators and moderators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: The Multimodal Treatment Study of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry* 56, 1088-1096
- MTA Cooperative Group* (2004) National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: 24-Month Outcomes of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 113(4), 754 -761
- Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence* (2009) www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009
- Reveland D, Bastian J* (2012) *Tricky Teens – Ressourcenorientiertes Gruppentraining für Jugendliche mit ADHS* Dortmund: verlag modernes lernen - borgmann publishing
- Ritterman M K* (1979) Outcome study for family therapy, Ritalin and placebo treatments of hyperactivity: An open systems approach. *Dissertation Abstracts International* 39(12)
- Saile H* (1997) *Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen bei Kindern: Ursachen und neue Akzente bei der Behandlung*. *Report Psychologie* 22, 872-883
- Saile H, Forse I* (2002) Allgemeine und differenzielle Effekte von behavioraler und systemischer Familientherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 50, 281-299
- Salbach, H., Lenz, K., Huss, M., Vogel, R., Felsing, D., Lehmkuhl, U.* (2005). Die Wirksamkeit eines Gruppentrainings für Eltern hyperkinetischer Kinder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33, 59-68
- Schmela M* (2004) *Vom Zappeln und vom Phillip. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen*. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Schmid M, Puk C* (2005) Ressourcenorientiertes Gruppentraining für Eltern von Kindern mit hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten. *Kontext* 36(1), 56-76
- Schweitzer J, von Schlippe A* (2006) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, Stevenson J, Danckaerts M, van der Oord S, Döpfner M, Dittmann RW, Simonoff E, Zuddas A, Banas-chewski T, Buitelaar J, Coghill D, Hollis C, Konofal E, Lecendreux M, Wong IC, Sergeant J; European ADHD Guidelines Group* (2013) Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments. *Am J Psychiatry* 170: 275-289
- Spitzcok von Brisinski I* (2001) Systemische Aspekte des Hyperkinetischen Syndroms. Vortrag auf der Fachtagung „Hyperaktivität und Familientherapie“ am 2.11.2001 in Glottertal. www.systemisch.net/gedankenregister/hks-systemisch.htm. 2003 erschienen in: Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität (Hrsg.) *Jahrbuch 2003*. Forchheim: BV-AH

- Spitzcok von Brisinski I* (2012) Evidenz. In: J. V. Wirth, H. Kleve (Hrsg.) Lexikon des Systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik & Theorie. Heidelberg: Carl-Auer, 95-99
- Spitzcok von Brisinski I* (2013) Systemische Therapie bei umschriebenen psychischen Störungen und Krankheiten. Ein nach ICD-10 sortiertes Literaturverzeichnis. www.systemisch.net/Literaturliste/KF00.HTM
- Stegmüller W* (1969) Metaphysik, Skepsis, Wissenschaft. 2. verb. Aufl.. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Stratton P* (2010) The Evidence Base Of Systemic Family and Couples Therapy. Association for Family Therapy, UK
[www.aft.org.uk/SpringboardWebApp/userfiles/aft/file/Training/EvidenceBaseofSystemicFamilyandCouplesTherapies\(Jan2011\).pdf](http://www.aft.org.uk/SpringboardWebApp/userfiles/aft/file/Training/EvidenceBaseofSystemicFamilyandCouplesTherapies(Jan2011).pdf)
- Ströker E* (1978) Husserls Evidenzprinzip. Sinn und Grenzen einer methodischen Norm der Phänomenologie als Wissenschaft. Zeitschrift für philosophische Forschung 32(1), 3-30
- van der Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., Emmelkamp, P. M. G.* (2007). Does brief, clinically based, intensive multimodal behavior therapy enhance the effects of methylphenidate in children with ADHD? European Child and Adolescent Psychiatry 16, 48-57
- Vidal-Estrada R, Bosch-Munsoi R, Nogueira-Morais M, Casas-Brugue M, Ramos-Quiroga JA* (2012) Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. Actas Esp Psiquiatr 40(3), 147-54
- von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer-Rothers J* (2007) Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe
- Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA* (2011) Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. Cochrane Data-base Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD003018

Erklärung zu Interessenkonflikten

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
www.klinik-viersen.lvr.de/kinderjugendliche

Innovationspreis „Die innovative Praxis“

Haben Sie eine innovative Idee, die Sie in Ihrer Praxis umsetzen wollen oder umgesetzt haben? Haben Sie Ihre Praxis so organisiert, so dass Sie dem Versorgungsdruck durch immer mehr Patienten standhalten können? Haben Sie pfiffige Ideen, wie Sie Ihre Praxisabläufe verbessern können?

Beim Innovationspreis geht es auch um die „kleinen“ Ideen, die den Praxistag vereinfachen oder den Patienten helfen:

- Haben Sie in Ihrer Praxis eine Idee umgesetzt, die hilft, die Wartezeiten zu verkürzen?
- Haben Sie Arbeit an Ihre Mitarbeiter delegiert und können so dem Versorgungsdruck besser standhalten?
- Haben Sie Pläne, die Kommunikation mit Kollegen, mit Apothekern, Heimen oder ambulanten Pflegediensten zu verbessern?
- Nutzen Sie Ihre Praxis-IT so effizient, dass Sie weniger Zeit für Verwaltung brauchen, dafür aber mehr Zeit für Ihre Patienten haben?

Die Einsendungen werden durch eine unabhängige Jury bewertet. Die drei besten Ideen gewinnen jeweils ein eintägiges Praxiscoaching durch eine Unternehmensberatung. Die besten Ideen werden in der Ärzte Zeitung vorgestellt. Auch das Urteil der Leser fließt in die Bewertung mit ein. Unter www.aerztezeitung.de kann über den Sieger abgestimmt werden.

Bewertet werden folgende Kriterien:

- Qualität für Patienten (Verbesserung der Versorgung)
- Beteiligung weiterer Partner (Kooperationen)
- Nutzung innovativer Technik
- neue Ideen zur Außendarstellung sowie Organisation und Kommunikation in der Praxis

Anmeldung unter www.aerztezeitung.de/Innovationspreis
Einsendeschluss ist der 30.11.2014

Deutscher Preis für Patientensicherheit

Bei jeder zehnten Krankenhausbehandlung kommt es zu vermeidbaren Fehlern wie z. B. Verwechslungen von Medikamenten. Auch wenn die Zahl der unerwünschten Vorkommnisse seit Jahren konstant bleibt, wären viele vermeidbar. Ziel muss es daher sein, durch Bildung, Forschung und aktiv gelebte Sicherheitskultur die Patientensicherheit zu erhöhen.

Der Deutsche Preis für Patientensicherheit soll dazu beitragen, dass praxisrelevante Erkenntnisse zur Vermeidung von Fehlern in die Breite gelangen und möglichst viele Nachahmer finden.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) vergibt 2015 zum zweiten Mal den Deutschen Preis für Patientensicherheit. Die mit insgesamt 19 500 Euro dotierte Auszeichnung richtet sich an Akteure im Gesundheitswesen, die durch zukunftsweisende Projekte oder Forschungsarbeiten die Patientensicherheit verbessern. Angesprochen sind Kliniken, Praxen und Pflegedienste, aber auch Apotheken, Healthcare-Anbieter, Verbände, Gesundheitsämter und Krankenkassen.

Gesucht werden zukunftsweisende evaluierte Best-Practice-Beispiele und herausragende praxisrelevante Forschungsarbeiten zum Thema Patientensicherheit und Risikomanagement. Dabei kann es sich beispielsweise um Methoden zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit oder zielgerichtete Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für medizinische Berufsgruppen handeln. Auch Ideen zur Optimierung von Infrastruktur und Ablauforganisation oder Modelle für eine patientenzentrierte Kommunikation sind gefragt.

Die Bewerbungsfrist endet am 31. Oktober 2014.

Den Preis schreibt das Aktionsbündnis Patientensicherheit jährlich zusammen mit der Aeskulap Akademie, dem Ecclesia Versicherungsdienst, der MSD SHARP & DOHME GMBH und dem Thieme Verlag aus.

Das APS verleiht den Deutschen Preis für Patientensicherheit auf seiner 10. Jahrestagung am 16. April 2015 in Berlin. Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine Jury aus den Bereichen Pflege, Ärzteschaft, Apotheke, Selbsthilfe, Kostenträger und Patientensicherheitsforschung gemeinsam mit Vertretern der Initiatoren. Der erste Platz ist mit 10 000 Euro, der zweite mit 6 000 Euro und der dritte Platz mit 3 500 Euro dotiert.

Hinweise zur Bewerbung finden Sie unter www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit

Über das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.:

Vertreter der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände, der Patientenorganisationen sowie aus Industrie und Wirtschaft haben sich im Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. zusammengeschlossen, um eine gemeinsame Plattform zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland aufzubauen. Zusammen entscheiden und tragen sie die Projekte und Initiativen des Vereins.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. wurde im April 2005 als gemeinnütziger Verein gegründet. Es setzt sich für eine sichere Gesundheitsversorgung ein und widmet sich der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung dazu geeigneter Methoden.

Mehr Informationen finden Sie unter www.aps-ev.de.

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten ein Belegexemplar kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.

Impressum

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Dr. med. Gotthard Roosen-Runge, Christian K. D. Moik

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Tel.: 0 21 62 / 96 31

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Dr. med. Maik Herberhold

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP

Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz

Tel.: 06131/6 93 89 70, Fax: 06131/6 93 89 72, E-Mail: mail@bkjpp.de

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin

e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47, Fax: 030 / 61 70 21 48

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. Dezember des aktuellen Jahres.

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.