

Inhalt

Perspektiven sozialpsychiatrischer Behandlung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Maik Herberhold</i>	2
Pathologisches Vermeiden von Anforderungen <i>Ingo Spitzok von Brisinski, Gabriele Plößl-Shahidian, Sandra Böhner, Elke Kirchner</i>	15
Bundestag stärkt die Kinder- und Jugendrehabilitation und weitet sie aus <i>Alwin Baumann</i>	54
Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. Moik</i>	58
Hinweise für Autoren	63
Anzeigen	65
Mediadaten	78
Impressum	79

Perspektiven sozialpsychiatrischer Behandlung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie

Maik Herberhold

Wie alles begann

1994 wurde erstmals eine „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“ für den Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit zunächst nur dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und dem Arbeiter Ersatzkassen-Verband (AEV) geschlossen. In der Folge kamen in verschiedenen Regionen verschiedene Krankenkassen hinzu, so dass es über längere Zeit für psychisch kranke Kinder und Jugendliche Glückssache war, ob sie eine sozialpsychiatrische multimodale Behandlung genießen durften, wenn sie neben der „richtigen“ Region Eltern mit der „richtigen“ Krankenkasse hatten. Nachdem schließlich aber bundesweit die Mehrzahl der Gesetzlichen Krankenkassen in den meisten Regionen der „Anlage 11 des Bundesmantelvertrages“ beigetreten war, wurden die existierenden Vereinbarungen zunächst im Jahre 2008 gekündigt. Diese Krise erwies sich als Chance, da es aufgrund intensiver politischer Bemühungen (insbesondere der damaligen Berufsverbandsvorsitzenden Frau Dr. Schaff) gelang, die sozialpsychiatrische Behandlungsform in zwei Paragraphen des SGB V (§85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a) so zu verankern, dass sie von einer „Kann“- zu einer „Muss“-Option der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxisgestaltung wurde, die inzwischen in etwa Zweidrittel der Praxen Grundlage der Behandlungen darstellt (Aktion Psychisch Kranke: Abschlussbericht Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“, im Druck).

Was ist und zu welchem Zwecke betreiben wir Sozialpsychiatrie?

Was genau aber ist „sozialpsychiatrische Behandlung“? Der eigentliche Vertragstext (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2012) beschränkt sich auf Strukturvorgaben und das Ziel, „vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen insbesondere die ambulante ärztliche Betreuung und Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen“ zu ermöglichen. Die inhaltlichen Anforderungen wurden 1994 in einen Anhang „geschoben“, der bis heute (bis auf eine weitere Strukturvorgabe, die sogenannte „3-Kontakte-Regel“) unverändert ist. Darin werden diagnostische (unter den Blickwinkeln: neuropsychiatrisch, entwicklungspsychologisch, sozial, Interaktion, Beziehung, testdiagnostisch, Entwicklungsstörung, Erkrankung oder Behinderung) und therapeutische (unter den Blickwinkeln: Therapiepläne, Koordination des therapeutischen Prozesses, Beratung und Anleitung der Bezugspersonen, Krisenintervention, Sozialberatung, Kontaktaufnahmen zu Behörden und Schulen, heilpädagogische, soziotherapeutische, psychotherapeutische und entwicklungstherapeutische Maßnahmen) Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder grob umrissen, allerdings kaum genauer definiert. Was unter heutiger Perspektive auffällt, ist, dass das eigentlich Spezifische der vereinbarten Struktur, die Inhalte der Multi- und Interdisziplinarität und die Vernetzung, wenig beschrieben wird. Dies war damals wie heute sicher bedingt durch die arztzentrierte Struktur der Leistungsvergütung im Gesundheitssystem, bei kritischer Betrachtung spürt man aber, dass dies quer zu dem eigentlich zugrundeliegenden psychiatriereformatorischen Gedanken liegt. Dazu ein Blick noch weiter zurück, zu den Ursprüngen des Begriffs „Sozialpsychiatrie“ und dann zu seiner Transformation im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext.

Wie alles begann (Episode 1)

Der Begriff „Sozialpsychiatrie“ ist ebenso wie sein Schwesterbegriff „Gemeindepsychiatrie“ ein Kind der 60er und 70er Jahre. Als eine Reihe von „Woodstocks“ der Reformpsychiatrie muss man sich wohl die zahlreichen Tagungen des Jahres 1970 vorstellen, die den Begriff in Deutschland endgültig als die Agenda der kommenden Jahre (politisch am nachhaltigsten dann im Abschlussbericht der Psychiatrie-Enquête 1975) etablierte (vgl. Finzen, 2012 und Peukert, o.J.).

Zuvor hatte Foucault (1961) in seinem bahnbrechenden Werk „Wahnsinn und Gesellschaft“ den Ausschlusscharakter des Wahnsinns als das „Andere der Vernunft“ kulturhistorisch und geistesgeschichtlich beschrieben, Dörner 1969 seine deutsche Antwort „Bürger und Irre“ vorgelegt, die er, wie er im Vorwort zur zweiten Auflage schreibt, „1967 [...] am Vormittag des Tages, an dem Benno Ohnesorg [...] erschossen wurde“, zu schreiben begonnen hatte. Dörner will anders als Foucault nicht den Wahnsinn gleichberechtigt neben der Vernunft stehen lassen, sondern die „Ausgrenzung der Unvernunft“ überwinden, den „Irren“ in die Gesellschaft integrieren. Dies ist ein zutiefst politisches Programm, das schließlich in die berühmten „9 Punkte“ einer „kritischen Sozialpsychiatrie“ mündet, die Dörner 1970 auf einem Kongress in der Psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg formuliert. Quintessenz ist: „Sozialpsychiatrie stellt als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung den Versuch der Rückbeziehung auf und die Integration der psychischen Leiden in ihre soziale Realität dar ...“ (zitiert nach Peukert, o.J.).

Für die Inkarnation der Sozialpsychiatrie in eine bundesmantelvertragliche Regelung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bedeutsam erscheinen vor allem drei der reformatorischen Thesen:

- Sozialpsychiatrie behaupte keineswegs die soziale Verursachung eines psychischen Leidens, sondern bemühe sich um die Berücksichtigung der gesamten Bedingungskonstellationen des Leidens.
- Die „Therapeutische Kette“ gilt als Alternative zur institutionellen Instanzenzerstückelung der Patienten.
- Betonung der Bedeutung des therapeutischen Teams für die Behandlung (therapeutische Gemeinschaft).

Und hier trennen wir die Geschwister „Sozialpsychiatrie“ und „Gemeindepsychiatrie“, denn während in der Erwachsenenpsychiatrie vor allem die gesellschaftlich emanzipatorischen gemeindepsychiatrischen Modelle verfolgt wurden und damit quasi die Psychiatrie nach außen geöffnet wurde, implementierten die berufsverbandlichen Mütter und Väter der kinder- und jugendpsychiatrischen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (vgl. Moik, 2000) als revolutionäre Neuerung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung den Teambehandlungsgedanken. Dessen Implikationen sollen uns nun im Weiteren beschäftigen, denn die unscharfen inhaltlichen Formulierungen des ursprünglichen Vertragstextes sollten sich in der gelebten Wirklichkeit des sozialpsychiatrischen Behandlungssettings als wahrer Segen erweisen.

Das Wort ist Fleisch geworden

Auf einem Workshop des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Berlin im September 2016 wurde versucht, die aktuelle Gestalt des real existierenden sozialpsychiatrischen Behandlungssettings zu beschreiben und davon ausgehend Entwicklungsperspektiven aufzuzeigen.

Demnach ist gelebte Sozialpsychiatrie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die interdisziplinäre, multiprofessionelle, psychiatrisch-psychotherapeutisch geleitete Teambehandlung des Patienten im tiefsten Sinne dieses Wortes – und damit weit mehr als die in der ambulanten Versorgung „Delegation“ genannte, vom Arzt¹ ausgehende „An-“ oder „Verordnungsmedizin“. Die sozialpsychiatrischen Mitarbeiter, besser: die sozialpsychiatrischen Therapeuten werden in einem therapeutischen Setting eingesetzt, das über die Rolle eines „Erfüllungsgehilfen“ (wie z.B. medizinische Fachangestellte) weit hinausgeht. In vielen sozialpsychiatrischen Praxen herrscht eine „flache Hierarchie“, der Arzt fungiert vor allem als fachlich qualifizierter „Projektmanager“, Teamleiter und Koordinator. Bereits die differenzierte, ausführliche (Fremd-)Anamnese erfolgt oft in einem Teamprozess, ebenso eine vielfältige psychiatrische und testpsychologische Diagnostik sowie eine prozessorientierte Anpassung der Diagnostik und resultierender Diagnosen im gesamten Behandlungsverlauf.

Eine indikationsbezogene Variabilität durchgeführter Behandlungen, auch aufgrund der im Behandlungsteam vorgehaltenen vielfältigen Behandlungsressourcen, wird begünstigt. Teamsitzungen (Fallvorstellungen) dienen als Reflexionsraum für diagnostische und differentialdiagnostische Erwägungen, Indikationsstellung, Therapiegestaltung und -planung.

„Am Patienten“ bilden Arzt und SPV-Therapeut ein „Tandem der Behandlung“. Durch diese gemeinsame Form der Behandlung, die auch Besprechungen vor und mit dem Patienten und seiner Familie und die Einbeziehung in die weiteren Behandlungsschritte umfasst, wird das „Arzt-SPV-Therapeuten-Tandem“ für die Patienten und die Familien ein Modell der Offenheit, Wertschätzung, Konfliktbewältigung – kurzum gelungener Kommunikation. Roosen-Runge (2000) beschreibt dies als „Patienten-Helfer-Gruppe“, die sich auf eine „gemeinsame Sicht der Problematik, der Therapieziele, der Rollen der Helfer und Regeln der Zusammenarbeit“ einigt.

1 hier wie im Folgenden wird zugunsten besserer Lesbarkeit die männliche Form gewählt

Die beschriebene Konstellation erlaubt das flexible Reagieren auf

- regionale,
- soziale und
- aktuelle Bedürfnisse und Notwendigkeiten im Therapieverlauf

und ermöglicht den therapeutischen „Helfern“ die Behandlungsziele mehrdimensional

- entwicklungsmedizinisch
- entwicklungspsychologisch
- entwicklungspädagogisch

gleichzeitig zu verfolgen.

Der für die Kinder- und Jugendpsychiatrie konstitutive Bezug auf das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) (Remschmidt et al., 2012) lässt sich in Bezug auf seine psychiatrischen und sozialen Aspekte in der sozialpsychiatrischen Behandlung besonders gut umsetzen. Die strukturierte und teamorientierte fortlaufende und reflexive Kommunikation mit Patient, Umfeld, innerhalb und außerhalb des Praxiskontextes lässt die SPV-Behandlung schlagwortartig als „praktische Umsetzung des MAS in Diagnostik und Therapie“ erscheinen. Dabei spielt eine im medizinischen Kontext ansonsten allgemein wenig geübte Umfelddiagnostik eine zentrale Rolle, die den modernen Vorstellungen von Krankheitsentstehung und Krankheitsaufrechterhaltung weit mehr gerecht wird als der klassische symptomorientierte ärztliche Blick auf den von seinen Lebensumständen abstrahierten Einzelpatienten.

„Logistik“ und therapeutisches Milieu: „Therapiecontainment“

Der ambulant tätige Kinder- und Jugendpsychiater kann analog des Hausarztes als „Hauspsychiater“ gesehen werden: die personelle Kontinuität, eine besondere Intensität von Familienmedizin und auch eine Lotsenfunktion im psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheits- und Hilfesystem gehören ebenso dazu wie die Versorgung chronisch kranker Patienten und die rasche und flexible Krisendiagnostik und -intervention. Die sozialpsychiatrische Praxis leistet dabei in außergewöhnlicher Form eine Anpassung der Praxis an den Patienten (nicht umgekehrt).

Im Workshop wurde davon ausgehend schließlich eine bislang kaum bis gar nicht beachtete Funktion der Struktur sozialpsychiatrischer Praxen heraus-

destilliert, die eine wichtige Rolle bei der Schaffung eines „therapeutischen Milieus“ und einer größeren „Adhärenz“ (Einhaltung gemeinsam festgelegter Therapieschritte und -ziele) spielt: die organisatorische und logistische Leistung des sozialpsychiatrischen Teams und insbesondere auch des bislang nicht als therapeutischer Faktor beachteten Sekretariats.

Zum einen sichert das für eine sozialpsychiatrische Praxis (im Gegensatz zu vielen psychiatrischen und psychologisch-psychotherapeutischen Einzelpraxen) obligate Sekretariat Erreichbarkeit und rasche Reaktionsfähigkeit, z.B. bei Krisen oder kollegialen Anfragen.

Zum anderen spielt die organisatorische Funktion des Sekretariats als therapeutisch zu verstehende Strukturhilfe in enger Zusammenarbeit mit den SPV-Therapeuten für die in den Praxen besonders häufig vertretene Klientel desorganisierter Familien und strukturschwacher Patienten eine nicht zu unterschätzende Rolle. Das „Halten“ sogenannter „nicht-psychotherapiefähiger Patienten“, die oft bereits mit dem Memorieren und Einhalten der Termine überfordert sind, erfordert „nachgehendes“, erinnerndes, supportives und kontakthaltendes Intervenieren der SPV-Therapeuten wie auch der Sekretariatsmitarbeiter. Dabei dient dies eben nicht nur dem funktionsfähig Halten der Praxis, die ja ansonsten solche Patienten und ihre Familien als „nicht therapiefähig“ ausschließen und sich ganz auf die Behandlung „complianten“ Patienten beschränken könnte. Vielmehr wird das Sekretariat zum Teil des Behandlungsteams und schafft Zuwendung, „Kümmern“, supportive therapeutische Behandlungselemente wie auch Modell. Es sichert einen niedrigschwelligen Zugang für Kinder und Jugendliche aus psychosozial schwachen Familien.

Ich möchte zur Beschreibung dessen den Begriff des „Therapiecontainment“ einführen. Darunter soll das Erreichen und der Erhalt von Therapiekontinuität insbesondere bei desorganisierten Familien und desorganisierten Patienten verstanden werden. Die im Gesundheitssystem gebräuchliche Verwendung des Begriffs „health care cost containment“ für Kostendämpfungsprogramme ist dabei durchaus mitzudenken ...

Das Sein bestimmt das Bewusstsein

Das bislang Beschriebene zeigt, wie sich aus der vertraglich vereinbarten Struktur im Laufe der Jahre eine spezifische, komplexe und nur multidimensional zu verstehende sozialpsychiatrische Therapiemethodik entwickelt hat. In dieser Struktur wird methodenintegrativ gearbeitet, auch das ist gerade im

Bereich der Psychiatrie/Psychotherapie mit ihrer Verhaftetheit an Denk- und Therapieschulen keine Selbstverständlichkeit.

Therapieprozessual ist zudem die fortlaufende Qualitätssicherung der erfolgenden Maßnahmen in ständiger Anpassung und Reflexion durch das Behandlungsteam und -team eine Besonderheit, die bislang kaum eine medizinische Struktur des Gesundheitssystems oder eine psychotherapeutische Methode (vielleicht abgesehen von der Systemischen Psychotherapie) in dieser Stringenz aufweisen kann. Das Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen (Mattejat et al., 2006) konnte ebenso wie die SPV-Evaluation der Jahre 2013/2014 (Hagen, 2015; Hagen, 2016) zeigen, dass diese Qualität auch von den Patienten und deren Eltern wahrgenommen, erlebt und geschätzt wird.

Wie zeigt sich nun die weiter oben erwähnte indikationsbezogene Variabilität durchgeführter Behandlungen aufgrund der im Behandlungsteam vorgehaltenen vielfältigen Behandlungsressourcen konkret?

Sowohl der SPV-Workshop, als auch die SPV-Evaluation ergeben folgendes Bild:

Initial setzt das Therapiemanagement, wie in den fast allen psychiatrischen Leitlinien gefordert, meist mit der Psychoedukation an. Dabei werden durchgehend die Eltern oder andere Bezugspersonen einbezogen. Psychoedukation findet sowohl einzeln, als auch in Patienten- oder Elterngruppen statt. Als zweiter Behandlungsbaustein wird grundsätzlich Beratung der Patienten und deren Familie angeboten, womit die alte sozialpsychiatrische Forderung nach weitestgehendem Einbezug des mündigen Patienten (und seiner Angehörigen) in die Behandlung modellhaft realisiert wird.

Nach Absprache mit dem Patienten und seiner Familie erfolgen dann spezifische Behandlungsmaßnahmen, entweder in der sozialpsychiatrischen Praxis selbst durch Arzt oder SPV-Therapeuten (intramural), oder mit extramuralen Behandlungspartnern des Gesundheitssystems (z.B. Ergotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) oder sozialer Hilfsinstitutionen (z.B. Jugendamt/Jugendhilfe). Sowohl extramural, als auch in besonderem Maße intramural erfolgen während der spezifischen durchgeführten Behandlung Feedbackschleifen zur Optimierung und Validierung der Behandlung. Einmal begonnene Behandlungen werden so nicht unreflektiert trotz fehlenden Erfolges weitergeführt, sondern ggf. angepasst oder auch beendet.

Das „mehrdimensionale integrierte Behandlungsprogramm“ (Warnke & Lehmkuhl, 2001, S.41) sozialpsychiatrischer Praxen weist inzwischen folgende spezifische Behandlungsverfahren auf:

- Verhaltenstherapie
- tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- systemische Therapie und Familientherapie
- Traumatherapie
- Entwicklungstherapien (motorisch, sensorisch-integrativ, sprachlich, heilpädagogisch, ergotherapeutisch, tiergestützt ...)
- neuropsychiatrische Therapieformen (z.B. Neurofeedback)
- Entspannungstherapie
- Spieltherapie
- Gruppentherapie (z.B. Soziale-Kompetenz-Gruppen, auch störungsspezifische Gruppen, z.B. DBT)
- kreative Therapieverfahren: Kunst-, Musik und Gestaltungstherapie
- Lerntherapie
- Interaktionstherapie (z.B. Video-Hometraining, MarteMeo ...)
- Elterntraining (z.B. TripleP, THOP)
- Säuglings- und Kleinkindtherapien
- Rehabilitation

Allein machen sie Dich ein

Stellt bereits das sozialpsychiatrische Team ein („intramurales“) Netz dar, so ist durch den strukturell vorgegebenen systemorientierten Blick auf den Patienten und sein Störungsbild die Arbeit mit „extramuralen“ Strukturen (Personen, Institutionen) für die sozialpsychiatrische Behandlung wie oben beschrieben ebenso konstitutionell. Die „Ganzheitlichkeit“ im Therapieansatz kann nur durch das multiprofessionelle Arbeiten mit enger interner und externer Kooperation mit einer Vielzahl von Akteuren verwirklicht werden. Dörners „therapeutische Kette“ hat sich insofern zu verknüpften therapeutischen Ketten, einem Arbeiten in Netzwerken entwickelt. Das bkjpp-Projekt „Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (Schlüter et al., 2006) hat innovatorisch die äußerst komplexen Ablauf- und Abstimmungsprozesse, Schnittstellen und Sollabläufe einer Vernetzung im Gesundheitssystem beschrieben. Ein klinischer Behandlungspfad ist demnach (sich organisch aus den oben beschriebenen SPV-Strukturcharakteristika entfaltend) „der im

Behandlungsteam selbst gefundene berufsgruppen- und institutionenübergreifende Konsens für die beste Durchführung der Gesamtbehandlung unter Wahrung festgelegter Behandlungsqualität sowie unter Berücksichtigung der notwendigen und verfügbaren Ressourcen, ebenso unter Festlegung der Aufgaben und der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeiten.“

Die gegenwärtige Zusammenarbeit mit ärztlichen und psychologisch-psychotherapeutischen Kollegen verläuft bislang allerdings noch weniger formalisiert und strukturiert, es entwickeln sich dennoch regional oft langfristige Kooperationen, auch und vor allem in gemeinsamen Qualitätszirkeln. Regional wird in letzter Zeit außerdem zunehmend mit Kliniken und Rehabilitationskliniken ein Behandlungsnetz aufgebaut, das in vertraglichen Ausgestaltungen schon eher den im Projekt erarbeiteten Standards für Schnittstellenmanagement und Prozessqualität entspricht.

Jugendamt und Jugendhilfe fordern oft eine Beratung bis hin zu einem Coaching, die Zuarbeit zu und die Teilnahme an Helferkonferenzen, sowie zunehmend auch Supervision und Fortbildungen an. Hier finden sich auch Gelegenheiten für eine präventive Psychoedukation.

Ein weiteres Betätigungsfeld für Arzt und SPV-Therapeuten bietet sich in der Begleitung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (gelegentlich sogar in deren Initiierung). Seltener, aber durchaus relevant erfolgt auch die Kooperation mit der Justiz.

Arzt und SPV-Therapeuten agieren zusammenfassend in Bezug auf die extramurale Vernetzung

- (fremd-)anamnestisch
- interventiv
- beratend
- koordinierend
- kooperierend
- kollegial intervisorisch
- systemübergreifend
- präventiv

Zurück in die Zukunft

Es ist nun an der Zeit, die begriffliche Geschwistertrennung zwischen „Sozialpsychiatrie“ und „Gemeindepsychiatrie“ wieder aufzuheben. Es sollte deutlich geworden sein, dass bei allem Bemühen die Öffnung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach außen, in die Gesellschaft hinein, noch nicht so eine Eigendynamik entwickelt hat, wie die Konzepte von Therapeutischer Gemeinschaft und Therapeutischem Milieu in Bezug auf das sozialpsychiatrische Behandlungsteam. Wie kann kinder- und jugendpsychiatrische Sozialpsychiatrie gemeindepsychiatrisch, also in die Gesellschaft hinein wirksamer als bislang werden?

Der SPV-Workshop produzierte eine Vielzahl von Ideen für eine in diesem Sinne gestaltete Weiterentwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsbedingungen. Ein vorderhand bedeutsamer Ansatzpunkt ist dabei die Verbesserung des oben beschriebenen „Therapiecontainments“: hierfür wäre die Ermöglichung aufsuchender Arbeit (Familien, Schulen, Jugendhilfe, ...) essentiell, die auch von SPV-Therapeuten durchgeführt werden müsste – dies ausreichend finanziert (Fahrtzeit und -kosten!) und berufsrechtlich möglich gemacht. Die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte Perspektiverweiterung des medizinischen Handelns in den Sozialraum hinein muss endlich strukturell und finanziell ausreichend gewürdigt werden. Hierzu kann auch die Errichtung sozialpsychiatrischer Zweigpraxen, z.B. in sozialen Brennpunkten, dienen. Nur dies wird überdies in Zukunft eine Flächenversorgung auch im ländlichen Raum überhaupt möglich machen. Zu diesen Überlegungen gehört auch die Forderung nach Ermöglichung von Telemedizin über alle medialen Kanäle (Telefon, Skype, email, SMS, WhatsApp, ...).

Eine weitere Flexibilisierung der Behandlungsmöglichkeiten im Sinne von mehrstündigen, Tages- oder gar Wochenbehandlungen (z.B. auch fraktioniert) ist ein zusätzlicher Ansatz zu einer *gemeindepsychiatrischen Sozialpsychiatrie*: dadurch können Multifamilientherapie, Arbeitstherapie, Gruppentherapien oder Multisystemische Therapie angemessen erfolgen. Denkbar sind z.B. „Summer Camps“ für Patienten und Familien, die ein intensives und konzentriertes Therapieangebot in den Schulferien für betroffene Kinder, Jugendliche und ihre Familien darstellen könnten.

Die SPV-Evaluation hatte die „chronische Belastung durch Schule und Arbeit“ als zweithäufigsten „abnormen psychosozialen Umstand“ und „schulische Probleme“ als zweithäufigsten Behandlungsanlass erbracht. Insofern er-

scheinen eine Anleitung der Lehrer, die Hospitation in der Schule und direkt im Schulkontext ansetzende Behandlungselemente unverzichtbar.

Nötig ist eine angemessene Finanzierung der organisatorischen Arbeit des gesamten sozialpsychiatrischen Behandlungsteams im Sinne der oben geschilderten Schaffung von Struktur, Adhärenz und therapeutischem Milieu (Therapiecontainment). Als notwendig, aber in kurzer Frist unrealistisch wurden im Workshop „sozialgesetzbuchübergreifende Finanzierungsmodelle“ zur sozialraumorientierten, schnellen und/oder Flächen-Versorgung diskutiert. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Qualifikation der SPV-Mitarbeiter inzwischen meistens höher als ursprünglich bei der Vertragsformulierung gedacht sei, so dass immer drängender eine angemessene Bezahlung dieser Therapeuten sichergestellt werden müsse.

Die Finanzierung von präventiven und beratenden Behandlungsleistungen in Gruppen stellt einen weiteren wichtigen Schritt zu einer Verbesserung der Versorgung dar. Hierbei sind neben Patientengruppen auch Elterngruppen, Selbsthilfegruppen sowie Gruppen von Bezugspersonen in Schulen und Jugendhilfe zu nennen.

Die Transition kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in den Erwachsenenbereich ist problematisch. Frühere kinder- und jugendpsychiatrische Patienten, die zu einem späteren Zeitpunkt in erwachsenenpsychiatrische Behandlung kommen, erfahren diese meist erst nach einer Latenz von einigen Jahren und weisen dann inzwischen oft eine Suchtproblematik (mit entsprechend schlechterer Prognose) auf. Die Vernetzung mit Erwachsenenpsychiatern ist insofern eine eminent wichtige Aufgabe einer weiterentwickelten und ausreichend finanzierten Sozialpsychiatrie.

Die „moderne“ Rollen- und Arbeitsplatzbeschreibung des in diesem kinder- und jugendpsychiatrischen Sinne sozialpsychiatrisch arbeitenden Arztes ist noch nicht in seiner ganzen Konsequenz von den gesundheitspolitischen Akteuren erfasst worden. Der begrüßenswerten Stärkung und Flexibilisierung psychotherapeutischer Behandlungssettings folgt bislang keine ähnlich intensive Anstrengung der gesundheitspolitischen Akteure für eine modellhafte Weiterentwicklung der mit der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung vor nunmehr 22 Jahren begonnenen Strukturoffensive. Weiterhin begrenzen die existierenden vertragsärztlichen Rahmenbedingungen das Entwicklungspotential. Die Anlage der Anlage des Bundesmantelvertrages erlaubt die entstandene Synergie und Methodenvielfalt, die inzwischen zu einem besonderen Qualitätsmerkmal der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

geworden ist, sie ist aber nur notwendige, nicht hinreichende Bedingung für weitere Schritte hin zu einer präventiv und gesellschaftlich wirksamen, wirklich sozialen (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie.

Literatur

- Aktion Psychisch Kranke* (im Druck) Abschlussbericht Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“.
- Deutscher Bundestag* (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (mit einem Anhangsband). Bonn: Universitätsdruckerei.
- Dörner* (1969) Bürger und Irre: zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a.M.: Europäische Verlagsanstalt.
- Finzen, A.* (2012) *Erlebte Psychiatriegeschichte. Band II: Bewegte Jahre* (1970 bis 1974). <http://www.finzen.de/pdf-dateien/erlebte%20psychiatriegeschichte%2002.pdf> (abgerufen am 18.12.2016)
- Foucault, M.* (1961) *Histoire de la folie*. Paris: Librairie Plon. (dt.: *Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1973.)
- Hagen, B.* (2015) Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Abschlussbericht 2014 - Konsentiert Fassung. Teil I. In: Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 25, Heft 4, S. 43-99.
- Hagen, B.* (2016) Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Abschlussbericht 2014 - Konsentiert Fassung. Teil I. In: Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 26, Heft 1, S. 19-73.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2012) Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) (Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen). http://www.kbv.de/media/sp/11_Sozialpsychiatrie.pdf (abgerufen am 18.12.2016).
- Mattejat, F.; Trosse, M.; John, K.; Bachmann, M.; Remschmidt, H.* (2006) *kjp-Qualität. Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen*. Abschlussbericht Juli 2006. Marburg: Görlich & Weiershäuser.
- Moik, C.K.D.* (2000) Sozialpsychiatrie-Vereinbarung: Geschichtliche Entwicklung, gesetzliche Grundlagen, Versorgungsmöglichkeiten, vertragliche Verpflichtungen und wirtschaftliche Folgen sozialpsychiatrischer Versorgung im Rahmen ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Tätigkeit. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 10, Heft 2, S. 27-39.
- Peukert, R.* (o.J.) Einführung in die Gemeindepsychiatrie II. <http://www.ibrp-online.de/gemeindeb.htm> (abgerufen am 18.12.2016).

- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F.* (2012) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO - Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 6. Auflage. Bern: Huber.
- Roosen-Runge, G.* (2000) Praxis und Theorie der Sozial-Psychiatrischen Versorgungsform (SPV) in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum der Kinder- und Jugendpsychotherapie und Psychotherapie 10, Heft 2, S. 40-77.
- Schlüter, L.; Roeder, N.; Schaff, C.* (2006) Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Von der Kooperation über die Vernetzung zur Integrierten Versorgung. Münster: Schöling.
- Warnke, A., Lehmkuhl, G.* (2011) Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Maik Herberhold
Hauptstr. 207
44892 Bochum

Pathologisches Vermeiden von Anforderungen

*Ingo Spitzcok von Brisinski,
Gabriele Plößl-Shahidian,
Sandra Böhler, Elke Kirchner*

„Pathological Demand Avoidance“ (PDA) beschreibt zwanghafte Resistenz gegenüber alltäglichen Auf- und Anforderungen, verbunden mit einer Neigung, auf ‚sozial-manipulatives‘ Verhalten zurückzugreifen, einschließlich unverschämter oder prekärer Handlungen.

- Personen mit PDA haben einige Aspekte sozialer Beeinträchtigung mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) gemeinsam, wobei allerdings Interventionsmethoden, die bei ASS angewandt werden (z. B. Routinen, Wiederholungen), sich als nicht hilfreich gezeigt haben.
- Unverschämtes Handeln und mangelnde Rücksicht auf die Folgen zeigen Parallelen zu Störungen des Sozialverhaltens und ‚grausamgefühllosen Zügen‘. Belohnungstechniken, die bei diesen Störungen effektiv sind, scheinen bei PDA jedoch nicht zu funktionieren.

Daher wurden alternative erzieherische und therapeutische Interventionen zum Einsatz bei PDA entwickelt (O’Nions et al. 2013).

Eigene Entität, Variante innerhalb einer anderen Diagnosegruppe oder nur Begleitsymptomatik?

O’Nions et al. 2013 verglichen die Verhaltensprofile von Kindern mit PDA (N = 25) mit denen von Kindern mit ASS (N = 39) und von Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens/grausamgefühllosen Zügen (N = 28) mittels Elterneinschätzungen. Die PDA-Gruppe zeigten ähnliche Niveaus von autistischen Zügen und Problemen mit Gleichaltrigen wie die ASS-Gruppe, während die dissozialen Züge der PDA-Gruppe nahe an denen der Gruppe mit Störungen des Sozialverhaltens/grausamgefühllosen Zügen lagen. Emotionale Symptome waren bei PDA stärker ausgeprägt als bei den beiden Vergleichsgruppen.

Gillberg (2013) beschreibt die Spannbreite der Verhaltensweisen zum Aufrechterhalten der Vermeidung des Erfüllens der Anforderungen von ‚offen oppositionell‘ oder ‚manipulativ‘ bis zu ‚extremer Schüchternheit‘, Passivität und Schweigen. Das Vermeidungsverhalten wird ziemlich oft auch in der Öffentlichkeit präsentiert und ohne ein Gefühl für die Unangemessenheit, manchmal sogar exhibitionistisch wirkend. Seiner Meinung nach kann PDA nicht nur eine Variante aus dem Spektrum autistischer Störungen oder oppositioneller Störungen des Sozialverhaltens darstellen. Ebenso möglich sei es, dass PDA als zugrundeliegende oder assoziierte Problematik bei jeglichem Störungsbild, das mit früh auftretenden Symptomen verbunden ist, die zu klinischen Entwicklungsuntersuchungen führen, auftritt. Es könnte seines Erachtens aber auch sein, dass PDA nicht eine Variante dieser Störungsbilder darstellt, sondern einen eigenen Verhaltensphänotyp mit multiplen Komorbiditäten, so wie andere kinderpsychiatrische Diagnosen auch. Seiner Erfahrung nach tritt PDA nicht nur bei ASS oder oppositionellen Störungen des Sozialverhaltens oder als separate Entität auf, sondern findet sich nicht selten auch bei Sprachentwicklungsstörungen, ADHS bzw. insbesondere ADS ohne Hyperaktivität, elektivem Mutismus, Schulverweigerung, Anorexia nervosa, genetischen Syndromen mit bestimmten Verhaltensphänotypen (einschließlich Mikrodeletionssyndrom 22q11 und Marfan-Syndrom) sowie Epilepsie.

Reilly et al. (2014) fanden unter 85 Kindern mit Epilepsie 4 (5%) mit PDA. Bei allen vier lag der Intelligenzquotient unterhalb von 85 und die DSM-IV-TR-Kriterien für ADHS waren erfüllt. Drei erfüllten außerdem die Kriterien für ASS und umschriebene motorische Entwicklungsstörung, zwei für oppositionelle Störung des Sozialverhaltens.

Gillberg (2013) hält es zudem für sehr wahrscheinlich, dass PDA zum Phänotyp der japanischen ‚Diagnose‘ Hikikomori (Tamaki 2013) passt, die mit der Weigerung verbunden ist, das Haus der Eltern zu verlassen, und Rückzug aus Familie und Gesellschaft für mindestens sechs Monate.

Pathologisches Vermeiden von Anforderungen als Syndrom

Elisabeth Newson präsentierte 1980 erstmals 12 Fälle mit PDA und ging davon aus, dass es sich um ein eigenes Syndrom handelt. Im Zeitraum von 1975 bis 2000 hat ihre Arbeitsgruppe eine Kohorte von 150 Kindern (75 Jungen und 75 Mädchen) mit PDA zusammengetragen (Newson et al. 2003). Das Alter bei Diagnosestellung variierte zwischen 4 und 16 Jahren. Newson et al. (2003) bildeten aus dieser Kohorte zwei separate Gruppen:

- 50 Kinder (28 Jungen und 22 Mädchen) wurden randomisiert aus dem Untersuchungszeitraum 1987 bis 1996 ausgewählt, um mittels Diskriminanzanalyse diese Gruppe und zwei andere Gruppen (20 Kinder mit ‚klassischem Autismus‘ und 20 mit Asperger Syndrom) zu vergleichen.
- 18 junge Erwachsene im Alter von 16 bis 32 Jahren (13 Frauen und 5 Männer) aus frühen Jahren der PDA-Diagnosestellung wurden mittels Elternfragebogen untersucht hinsichtlich Stabilität der Kriterien, Outcome im jungen Erwachsenenalter

Typische Charakteristika

Vermeidung der Erfüllung von Anforderungen

100% vermieden und widersetzten sich kontinuierlich gewöhnlichen Anforderungen.

Alle der o. g. 18 Erwachsenen waren auch noch im jungen Erwachsenenalter sehr anforderungsvermeidend, davon 8 genauso wie im Kindesalter, 3 mehr und 7 weniger als früher.

Soziale Manipulation

Alle Kinder verhielten sich sozial manipulativ außer einem, das sich mit 5,5 Jahren nicht manipulativ verhielt, aber mit 6,9 Jahren. Sozial manipulative Vermeidung wird daher von den Autoren als essentiell für die Diagnose des Syndroms erachtet. Die meisten zeigen eine Vielfalt an Vermeidungsstrategien, viele mehr als 10 verschiedene.

Von den o. g. 18 Erwachsenen war die Hälfte auch noch im jungen Erwachsenenalter eindeutig sozial manipulativ, 8 ein wenig und nur 1 gar nicht mehr (er sage nur „Ich kann nicht“). Von neun vorgeschlagenen Typen von Vermeidungsstrategien benutzten 15 Erwachsene mehr als 2 Typen, 10 Erwachsene

benutzten 5 oder mehr Typen und 2 Erwachsene alle 9 Typen von Vermeidungsstrategien.

Passivität in der frühen Kindheit

78% zeigten extreme Passivität und weitere 10% waren ruhig, aber nicht passiv. 12% waren im ersten Jahr irgendwie aktiv (z. B. aktiv protestierend oder gelegentliches Spiel). 44% (überlappend) hielten ihr Spielzeug kraftlos, griffen nicht danach und konnten nicht dazu bewegt werden, sich mit Spielzeug zu beschäftigen.

Oberflächliche Geselligkeit, jedoch Mangel an Sinn für Zusammengehörigkeit bzw. Identität, Stolz, oder Scham

Alle Kinder machten den Eindruck von Geselligkeit, jedoch zeigten 84% sehr unangemessenes Verhalten und ungemessene soziale Reaktionen während der Anforderungsvermeidung und darüber hinaus. 68% zeigten aggressives Verhalten gegenüber anderen, unabhängig vom Geschlecht. 60% hatten extreme Wutausbrüche oder Panikattacken. 82% zeigten wenig Sinn für den Status oder die Zugehörigkeit bzw. Identität anderer, 86% keinen Sinn für Stolz, Scham, Verantwortlichkeit oder eigene Identität bzw. Zugehörigkeit, auch außerhalb der Anforderungsvermeidung.

Unter den o. g. 18 Erwachsenen konnten 14 bei Ärger gewalttätig werden, 5 von ihnen wurden von ihren Eltern als dazu fähig eingeschätzt, jemanden schwer zu verletzen. 7 hatten mit Suizid gedroht, 2 von ihnen hatten einen Suizidversuch begangen. 5 der Eltern hatten Angst vor ihrem Kind und 16 Eltern hatte Angst um ihr Kind. Ein Erwachsener hatte ‚keinen Sinn für falsch oder richtig‘ und in 7 Fällen waren die Eltern unsicher, ob ihr Kind einen Sinn für falsch oder richtig hat. Dies sehen die Autoren als Fortschritt gegenüber früher bestehenden Ängsten, da die Eltern zum Zeitpunkt der Diagnosestellung üblicherweise zweifelten, ihrem Kind jemals die Unterscheidung von falsch und richtig beibringen zu können.

Stimmungs- bzw. Affektlabilität und Impulsivität durch übermäßiges Kontrollbedürfnis

68% der Kinder zeigten extreme Stimmungs- bzw. Affektlabilität, darunter 30% einschließlich eines Wechsels von ‚Liebe‘ zu ‚Hass‘ im Verhalten. Das Kind lädt immer wieder die Mutter zu Vorschlägen ein, nur um sie schreiend abzulehnen und die Kontrolle wiederzuerlangen. Jeder Vorschlag von jemand anderem kann als unerträglich anspruchsvoll wahrgenommen werden.

Mit steigendem Bedürfnis nach Kontrolle kommt es offenbar auch zu aktiverer Vermeidung bzw. aggressiverem Verhalten.

Bei den Erwachsenen differenzierten die Eltern dagegen zwischen Impulsivität und Stimmungslabilität. 14 Erwachsene waren sowohl impulsiv im Verhalten als auch anfällig für Stimmungsschwankungen, davon waren 12 imstande, bei Ärger gewalttätig zu werden. Zwei der Erwachsenen hatten Stimmungsschwankungen ohne zu Gewalt führende Impulsivität. Einer der Erwachsenen war impulsiv ohne Stimmungsschwankungen und einer hatte keins von beidem. Diese beiden waren zwar nicht fremdaggressiv, zeigten jedoch selbstverletzendes Verhalten.

Gut im Rollenspiel und in ‚so tun als ob‘

Diese Fähigkeit ist oftmals der Grund dafür, dass das Kind trotz großer Probleme überhaupt keine Diagnose erhält aufgrund der Widersprüchlichkeit bzgl. Autismus. Die wenigen Kinder mit PDA, die weder Rollenspiel noch generell symbolisches Spiel zeigen, sind jünger und entwickeln diese Fähigkeiten mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem späteren Zeitpunkt. Andererseits beschreiben die Autoren ein 3jähriges Kind, das nur via Rollenspiel Anforderungen befolgt.

90% der Kinder zeigten zwar generell symbolisches Spiel (unabhängig von Rollenspiel). 64% zeigten ‚viel‘ Rollenspiel, weitere 22% ‚etwas‘. 34% brachten Realität und ‚so tun als ob‘ durcheinander. 32% waren in der klinischen Beobachtung am stärksten angeregt, fühlten sich am wohlsten oder waren am kompetentesten in ihrer Rolle. Einige der Kinder sprechen regelmäßig mit unbelebten Objekten (beispielsweise berichtete eine Mutter, dass ihre Tochter bessere Gespräche hat mit den Tassen im Regal als mit ihr, der Mutter). Per Band oder digital aufgezeichnete Beispiele solcher Konversationen zeigen, dass die Gespräche nicht echolalischer Natur sind.

Nur 3 der 18 Erwachsenen zeigten keine der 9 Typen von im Elternfragebogen aufgelisteten Phantasieaktivitäten, und alle 3 waren männlich. 5 der Erwachsenen zeigten 6 oder mehr Typen von Phantasieaktivitäten. 10 Erwachsene schienen durch die Phantasieaktivitäten ihren Bezug zur Realität zu verlieren. 7 Erwachsene imitierten die Rollen anderer Leute aus Videos, 7 aus dem realen Leben. 4 Erwachsene imitierten kurioses oder gewalttätiges Verhalten. 3 Erwachsene imitierten Rollen anderer aus dem realen Leben so extrem, dass es kaum möglich war zu erkennen, wer die Person wirklich ist. 7 Erwachsene führten Handlungen noch innerhalb ihrer eigenen generellen Identität aus, 4

lebten selbst generierte Geschichten oder Drehbücher aus, und 4 würden eine Handlung oder Rolle auf Video, Audiotape oder Fotos zwanghaft aufnehmen. 6 engagierten sich für Fantasy-Geschichten wie vergiftete Briefe, erfundene Liebesbriefe, Scherztelefonate und -briefe, falsche Beschuldigungen der Polizei und obszöne Geschichten.

Sprachentwicklungsverzögerung, anscheinend als Resultat von Passivität

90% der Kinder zeigten eine Sprachentwicklungsverzögerung und die meisten hatten Kontakt zu Sprachtherapie, den die Sprachtherapeuten üblicherweise als schwierig und ineffektiv beschrieben aufgrund von Anforderungsvermeidung. Typischerweise holen die Kinder unabhängig von der Sprachtherapie auf, größtenteils im Alter von 6 Jahren.

Sprachinhalte wurden in 86% als auffällig eingeschätzt, einschließlich ‚übertrieben‘ oder ‚bizarrr‘. Zusätzlich benutzten 26% ihren eigenen Jargon. 44% hatten eine normalerweise kurze Periode nichtsozialer Echolalie. 26% zeigten ‚halbsoziales‘ Imitationsverhalten (hauptsächlich Ausleben von Videos oder Roman- bzw. Geschichtsfiguren). 46% zeigten ‚soziales‘ Imitationsverhalten (zum Lehrer, zur Mutter oder zum Psychologen werden und dadurch die Kontrolle über die Situationen übernehmen).

Im Erwachsenenalter sorgt die anhaltende Menge an Fantasie dafür, dass die meisten auch weiterhin auffällige Inhalte in ihrer Sprache beibehalten.

Soziales Timing und Mimik

Etwa 25% zeigten keine Hinweise auf auffälliges soziales Timing oder auffällige Mimik. 66% zeigten normales soziales Timing, wenn sie sich engagierten, und 52% zeigten normale oder übermäßige Mimik.

Zwanghaftes Verhalten

Die ‚pathologische‘ Natur der Anforderungsvermeidung bedeutet, dass sie immer einen zwanghaften Druck ausübt. Rollenspiel bzw. ‚so tun als ob‘ ist die zweite tragende Besessenheit, die den Eindruck einer eher sozial orientierten Zwanghaftigkeit vermittelt im Vergleich zu Autismus bzw. Asperger-Syndrom.

Dies bestätigt sich bei der Untersuchung der Erwachsenen mit PDA: 17 der o. g. 18 wurden von ihren Eltern als zwanghaft anforderungsvermeidend beschrieben (der übrig Gebliebene als ‚zurzeit nicht zwanghaft‘). 10 benutzten zudem andere Zwänge als Vermeidungsstrategie oder Ablenkung. 12 hatten

Zwänge bzgl. bestimmter Personen, 11 machten bestimmten Personen zwanghaft Vorwürfe, hatten sie auf dem Kieker oder schikanierten sie. 4 wollten eine bestimmte Person sein oder ein bestimmter Charaktertyp. 10 hatten sich widersprechende Obsessionen, insbesondere Über-Sauberkeit/Langsamkeit.

Fallbeispiele

1. Leonie

Vorstellungsanlass:

Leonie wurde erstmals im Alter von 4;7 Jahren kinder- und jugendpsychiatrisch untersucht aufgrund des Verdachts auf eine autistische Störung, der von den Erzieherinnen des Kindergartens und vom Kinderarzt geäußert wurde. Die Mutter wünschte sich zudem eine Beratung bzgl. einer geeigneten Beschulung.

Leonie sei seit dem Säuglingsalter anders. Leonies Vater sei aufgefallen, dass seine Tochter einen sehr skeptischen Blick gegenüber Fremden zeigte. Auch habe sie auf dem Wickeltisch viel geschrien. Seit dem Babyalter bestehe sie darauf, dass der Vater sie abends um das Haus herumtrage. Zudem habe sie von Anfang an keinen Kontakt zu anderen Babys/Kleinen aufgenommen. Auch im Kindergarten nehme sie keinen Kontakt zu anderen Kindern auf, nur zu Erwachsenen. Alles Neue sei bei Leonie mit Skepsis verbunden.

Weitere Vorgeschichte:

Während der Schwangerschaft habe die Mutter mehrere Wochen liegen müssen, da sie Fruchtwasser verloren habe. Die Geburt sei 5 Tage nach dem errechneten Termin erfolgt. Nach der Geburt habe Leonie trotz vielem Trinken nicht zugenommen. Mit 3 Monaten habe die Mutter feste Nahrung dazugegeben, dann habe sich dies verbessert.

Mit 9 Monaten habe sich Leonie schwere Verbrühungen an der Hand zugezogen und später im Alter von 2 Jahren habe sie sich eine Körperhälfte mit Kaffee verbrüht. Sie habe eine geringe Schmerz Wahrnehmung aufgewiesen.

Im ersten Lebensjahr sei aufgefallen, dass Leonie nur im Familienkontext soziales Lächeln gezeigt habe. Allerdings habe sie bei Fremden oft einen skeptischen Gesichtsausdruck aufgewiesen. Dieser Blick habe die Mutter an eine „Bulldogge“ erinnert.

Mit 14 Monaten habe sie frei gehen können. Erste Worte habe sie mit knapp 8 Monaten gesprochen und erste Sätze bereits im Alter von ca. einem Jahr.

Sie habe motorische Defizite. Bis heute könne sie sich nicht selbst die Nase putzen.

Leonie habe bis zum Alter von 3 Jahren und 3 Monaten Windeln getragen. Dann sei sie sauber und trocken gewesen tagsüber. Nachts trage sie noch Windeln.

Vom Kinderarzt habe sie sich nicht körperlich untersuchen lassen und mit Treten reagiert. Andererseits unterhalte sich jedoch gern mit dem Kinderarzt.

Leonie sei sprachlich begabt und korrigiere sich bei Fehlern selbst. Sie spiele gern mit Puppen. Sie sitze wenig und sei viel in Bewegung.

Leonie habe nie gern gekuschelt. Andererseits habe sie das Ritual eingefordert, auf dem Schoß der Mutter zu liegen, um ihre Flasche zu bekommen, was bis heute der Fall sei. Des Weiteren habe Leonie wenig motorisch imitiert.

Leonie habe motorische Entwicklungsdefizite gehabt und sei immer unruhig gewesen. Mit einem Jahr habe sie bereits einen guten Wortschatz gehabt. Mit einem Jahr und 9 Monaten habe sie bereits 3- und 4-Wortsätze sprechen können. Reziprokes sprachliches Imitieren sei jedoch nicht vorgekommen.

Taktil sei aufgefallen, dass Leonie viel betastet habe, sie berühre jedoch Andere zu fest und kneife sogar, könne dies nicht einschätzen.

Im zweiten Lebensjahr sei Leonie in den Kindergarten gekommen. Dort sei aufgefallen, dass der Blickkontakt sehr kurz gewesen sei. Sie schaue oft an einem vorbei. Die geteilte Aufmerksamkeit sei reduziert gewesen. Auch heutzutage falle auf, dass Leonie ihren Blick nicht auf das lenke, was die Mutter ihr zeige.

Leonie habe zu anderen Kindern kaum aktiv Kontakt aufgenommen. Erwachsenen habe sie jedoch oft etwas gebracht und gesagt, was dieser tun soll. Leonie habe Kontaktangebote von Kindern ignoriert. Stattdessen habe sie „ihren bösen Blick aufgesetzt“ und die Kinder hätten ihr nicht zu nahe kommen dürfen im Gegensatz zu den Eltern. Leonie habe nicht unmittelbar imitiert, sondern Dinge später nachgespielt.

Leonie wiederhole oft mehrfach eigene Sätze, wie z.B. „Der Baum hat rote Blätter.“ Auch wiederhole sie gern bestimmte Liedzeilen etc. Neben der Echolalie gebe es auch Neologismen. Sie habe einen recht großen Wortschatz, z.T. sei ihre Wortmelodie monoton.

Im Kindergarten falle sie oft durch eine Beobachterrolle auf und spiele allenfalls parallel zu anderen Kindern. Meistens spiele sie für sich allein. Sie blocke bei Anforderungen ab, z.B. Basteln. Sie nehme am Morgenkreis nicht teil, singe später aber alle dort gehörten Lieder.

Anstelle sich im Morgenkreis zu beteiligen, störe sie oft und ignoriere Aufforderungen. In einer kleinen Gruppe habe sie sich bei einem sie interessierenden Thema (Buchzusammenfassung) jedoch gut beteiligt.

Allgemein sei im Kindergarten Leonies mangelnder Kontakt zu Gleichaltrigen hervorstechend. Mittlerweile habe sie vereinzelt mit einem Kind geredet. Leonie beschäftige sich jedoch weiterhin im Allgemeinen eher für sich.

Körperkontakt habe sie nur gewollt, wenn sie es selbst bestimmen könne und habe nicht gedrückt werden wollen. Leonie habe kein Interesse am Besuch von Kindern.

Seit 2 Jahren nehme sie am Mutter-Kind-Turnen teil. Sie stehe jedoch nur herum und mache Aufgaben nur, wenn Andere weg seien.

Hinsichtlich ihres Spielverhaltens falle auf, dass sie 1:1 das nachspiele, was sie gesehen habe, z.B. spiele sie zu Hause täglich den Morgenkreis ihres Kindergartens nach. Auch mit ihrem Playmobil spiele sie Szenen aus dem Kindergarten nach.

Sie habe kaum Interesse an Geburtstagsfeiern. Bei ihrem 3. Geburtstag habe sie mit keinem gespielt, bei ihrem letzten Geburtstag habe sie lediglich andere Kinder beobachtet. Auch habe sie ein anderes Kind die Geschenke auspacken lassen.

Die Mutter wisse, dass Leonie Farben richtig benennen kann. Wenn dies im Kindergarten überprüft werde, scheint sie es jedoch nicht zu können.

Leonie benötige lange Zeit, bis sie sich an etwas gewöhne. Z.B. benötige sie eine „Anlaufphase“ von bis zu einem Jahr, bevor sie ein neues Spielzeug nutze. Zudem habe Leonie zahlreiche Rituale ausgebildet, z.B. bestehe sie darauf, dass sie abends eine Runde um das Haus getragen werde. Sie ziehe sich nur an, wenn die Mutter die Anzihsachen „sprechen lasse“. Die Umstellung von Winter- auf Sommerschuhe falle ihr schwer. Sie reagiere auch mit Wutanfällen, wenn ihre stereotypen Vorstellungen z.B. im Spiel abgewandelt werden.

Aus der Entwicklungsdokumentation des Kindergartens geht u.a. hervor, dass Leonie der Kontakt zum Erzieher sehr wichtig sei, sie sitze viel auf seinem

Schoß. Auch mache sie gern ein Kleinkindspiel, indem sie wiederholt ihre Spange auf den Boden werfe und wolle, dass der Erzieher ihr diese anreiche. Wenn ihr ein Ball beim Turnen entgegengeworfen werde, lasse sie diesen zu Boden fallen.

Aus der Entwicklungsdokumentation zwei Jahre später geht hervor, dass sie im Stuhlkreis den Eindruck erweckt, dass sie viele Dinge nicht versteht. Im Zusammenspiel mit den Kindern übernehme sie oft eine Nebenrolle, d.h. sie spiele und spreche nicht direkt mit den Kindern, sondern beschäftige sich mit sich selbst und spreche für sich. Feste Freundschaften habe sie noch nicht schließen können. Beim Frühstück sei aufgefallen, dass Leonie motorisch noch nicht so weit sei, eine Gabel/Messer/Löffel richtig zu halten. Leonie sei manchmal schwer zu verstehen, da sie sich undeutlich ausdrücke und Worte verschlucke.

Familienanamnese:

Leonie habe einen älteren Halbbruder mit Asperger-Syndrom.

Verhaltensbeobachtung

Leonie berichtete von einer Handpuppe zu Hause und setzt voraus, dass die Untersucherin diese kenne müsse. Als die Untersucherin eine Handpuppe einsetzt, lässt sich Leonie auf einen Dialog ein mit dem Thema „die Puppe ist krank“. Leonie möchte die Szene mehrfach wiederholen. Auf Fragen geht sie z.T. mit Verzögerung ein und scheint der Untersucherin z.T. spaßhaft falsche Angaben z.B. über ihr Alter zu geben. Auf Aufforderungen der Mutter reagiert sie z.T. mit Verzögerung. Sie wiederholt Äußerungen z.T. stereotyp oder sagt im Kontext nicht sinnvolle Silbenverbindungen. Im kurzen Spiel mit der Mutter gibt sie dieser vor, was diese sagen solle. Anstelle von „Guten Tag“ möchte sie ein „Hallo“ von ihr hören. Auch versucht sie die Untersucherin im Spiel zu dominieren und zu veranlassen, dass sie ihren Platz ändert. Beim Betrachten ihres Kindergartenbuches möchte sie von der Untersucherin wissen, wie eines der Kinder ihrer Gruppe heiße. Bei der Verabschiedung möchte sie, dass die Untersucherin die Puppe auch mit Kuss verabschiedet und fordert die Untersucherin auf, ihre Mutter zu küssen. Es wird Leonie erklärt, warum dies nicht passend ist.

Fragebogen zur sozialen Kommunikation (FSK):

Ausgefüllt von der Mutter: Im Bereich Soziale Interaktion erreicht Leonie einen Score von 6, im Bereich Kommunikation einen von 7 und im Bereich stereotype Verhaltensweisen einen von 3. Im Bereich der nicht zugeordneten Items scored Leonie auf 0. Der Gesamtwert im FSK für Leonie liegt bei 16 und damit auf dem Cut-Off von 16 für Autismus.

Ausgefüllt vom Kindergarten: Auch wenn der FSK nicht für Erzieherinnen normiert ist, können die Ergebnisse zumindest vergleichend zu den Ergebnissen der Eltern bewertet werden. Im Bereich Soziale Interaktion erreicht Leonie einen Score von 6, im Bereich Kommunikation einen von 10 und im Bereich stereotype Verhaltensweisen einen von 6. Im Bereich der nicht zugeordneten Items scored Leonie auf 0. Der Gesamtwert für Leonie liegt bei 22 und damit über dem Cut-Off von 16 für Autismus.

Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS):

Beurteiler	Rohwert	T-Wert Gesamtnorm	T-Wert Autismusnorm
Vater	115	89	45
Mutter	115	93	46

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R):

Domänen	Antworten der Eltern	Cut-Off	positive Cut-offs
Auffälligkeiten der reziproken sozialen Interaktion	23	10	ja
Auffälligkeiten der Kommunikation	18	8	ja
Repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten	5	3	ja

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS):

Leonie fällt dadurch auf, dass sie egozentrisch und von eigenen Interessen geleitet handelt. Mimik und Gestik sind reduziert. Es fällt bei ihr ein meistens lächelnder Gesichtsausdruck auf. Der Blickkontakt ist nicht sozial moduliert, er wirkt eher kurz und an einem vorbei. Leonie tritt fest auf, erscheint zunächst etwas desorientiert, nimmt Details wahr und scheint sich viel zu merken.

Mit dem Blick lässt sich ihre Aufmerksamkeit nicht lenken, aber mit dem Deuten auf etwas. Anstelle zu fragen, nimmt sie Dinge z.T. einfach. Ihre Freude an einem Spiel teilt sie kurzzeitig. Auf eine soziale Handlungsfolge reagiert sie nur mit kurzem Schauen, eine wechselseitige Interaktion findet nicht statt. Stattdessen will sie das Spiel auf ihre Interessen lenken.

Leonie entwickelt von sich aus oft wenige Ideen und greift Impulse der Untersucherin auf. Sie imitiert einige Handlungen. Das soziale Skript einer bekannten Handlung ist nur zum Teil vorhanden.

Beim freien Spiel geht sie zwar auf Fragen ein, fordert die Untersucherin jedoch nicht auf, mitzuspielen. Sie nimmt durch eine Frage Kontakt auf und möchte wissen, wie ein bestimmtes Spielzeug heißt. Da die Untersucherin ihr rückmeldet, dass sie das bestimmt wisse, gibt sie die richtige Antwort. Insgesamt spricht sie Probleme an, ohne direkt um Hilfe zu bitten. Der Spielimpuls für ein interaktives Spiel geht vorwiegend von der Untersucherin aus.

Leonie verwendet Figuren z.T. als lebendige Wesen, jedoch oft in sehr stereotyper Weise, sie gibt der Untersucherin Aufforderungen, was diese sagen soll. Leonie besteht darauf, dass die Spielimpulse seitens der Untersucherin von dieser ständig wiederholt werden und besteht auf gleichen Abläufe. Leonie lenkt die Aufmerksamkeit v.a. auf ihre Vorstellungen. Die Beendigung der Spielsequenz fällt ihr schwer. Bei der Verabschiedung besteht sie darauf, dass die Mutter sie an der Hand nimmt, obwohl die viele Taschen zu tragen hat.

11 Monate nach der Erstvorstellung wurde Leonie erneut kinder- und jugendpsychiatrisch untersucht.

Zwischenanamnese:

Leonie werde seit einem halben Jahr ambulant autismusspezifisch behandelt. Der Autismustherapeut versuche Leonie derzeit mit anderen Kindern zusammenzubringen. Dies sei nur kurzzeitig möglich. Sie setze die Dinge zwar um, brauche jedoch schnell wieder Ruhe. Beim Stuhlkreis im Kindergarten mache sie nicht mit. Sie könne die Erlebnisse jedoch zu Hause abrufen und spiele diese nach.

Wenn man nein sage, habe sie wie einen Zwang, das Gegenteil zu tun. Dabei fasse sie auch Dinge an, wenn es ihr Schmerzen bereite. Bei Anforderungen reagiere sie oft mit nein, z.B. wenn sie eine Frage beantworten solle. Sie zu motivieren, sei oft sehr schwer. Ihr Wissen sei nicht immer abrufbar.

Laut Mutter sei sie schon immer motorisch unruhig gewesen. Zu Hause wechsele sie die Spiele oft und zeige keine Ausdauer. Leonie habe kein Interesse an Regelspielen.

Zu Hause habe die Mutter insgesamt kaum Probleme mit Leonie. Die Kommunikation mit ihr sei oft über ihre Handpuppe Rosa möglich. Schwierig sei es, dass Leonie sich nichts zeigen lasse, z.B. wie sie die Socken anziehen müsse. Irgendwann mache sie es dann selbst.

Verhaltensbeobachtung:

Leonie lässt autismspezifische Besonderheiten im Bereich des Einsatzes nonverbaler Verhaltensweisen zur Steuerung sozialer Interaktion erkennen. Blickkontakt wird nicht durchgängig geführt. Leonie erzählt anfangs, ohne Blickkontakt aufzunehmen. Zudem lenkt sie das Gespräch oft auf ihre Themen/Interessen.

Als die Mutter auf die Gesprächsregeln verweist, gibt sie z.B. an, dass sie nicht warten wolle oder, dass sie jetzt reden wolle. Es fällt auf, dass sie oft nein sagt, wenn sie etwas sagen soll bzw. sie gibt zum Teil stereotyp wirkend die falsche Antwort. Später mit viel Nachhaken kann sie die richtige Antwort benennen. Leonie zeigt sich insgesamt recht dominant in der Interaktion. Wie beim ersten Termin ist über ihre Puppe eine Kontaktaufnahme möglich. Sie küsst ihre Puppe mehrfach und die Mutter soll es imitieren. Laut Mutter habe sie gerade die „Ich hab dich lieb Phase“. Mimik und Gestik sind reduziert. Die Stimmung wirkt insbesondere bei Anforderungen latent unausgeglichen. Leonie wirkt zum Teil motorisch unruhig.

Informationen des Kindergartens:

Die Bezugsbetreuerin vom Kindergarten stellte heraus, dass Leonie bei kognitiver und motorischer Förderung eine 1:1-Betreuung benötige, sie schweife sonst sofort mit ihrer Aufmerksamkeit ab. Oft sei sie nur morgens aufnahmefähig. Bei Interesse beteilige sie sich am Morgenkreis. Um sie zur Aufgabe zurückzuführen, brauche sie eine 1:1-Betreuung. Sie mache nur, was sie wolle. Ruhig zu sitzen falle ihr schwer.

Leonie sei mit 3-5 jüngeren Kindern befreundet. Sie mache Rollenspiele mit ihrer Puppe. Im Spiel wolle sie oft den Ton angeben, sei aber an manchen Tagen kooperativer. Wenn sie jemand besser kenne, z.B. die Bezugserzieherin, könne sie deren Gefühle erkennen.

Hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit falle auf, dass sie zwar Vieles könne, es aber nicht zeige, wenn sie keinen Sinn darin sehe. Bei Farben denke sie z.B., dass die Erzieherin es selbst wisse.

Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen im Vorschulalter (FBB-ADHS-V):

Die Mutter beurteilt Leonie verglichen mit der Altersgruppe der 4-6jährigen als klinisch auffällig auf der Skala „Aufmerksamkeitsstörung“ (SN=9), als leicht auffällig auf der Skala „Hyperaktivität-Impulsivität“ und als auffällig auf der Gesamtskala (SN=8).

Die Erzieherinnen des Kindergartens beurteilen Leonie verglichen mit der Altersgruppe der 4-6jährigen ebenso als klinisch auffällig auf der Skala „Aufmerksamkeitsstörung“ (SN=9), als leicht auffällig auf der Skala „Hyperaktivität-Impulsivität“ und als auffällig auf der Gesamtskala (SN=8).

Der Autismustherapeut beurteilt Leonie als leicht auffällig auf der Skala „Aufmerksamkeitsstörung“ (Kennwert=0,67) und als leicht auffällig auf den Skalen „Hyperaktivität-Impulsivität“ und Gesamtwert (Kennwert=0,79).

Diagnosen:

F84.5 Asperger-Syndrom mit pathologischer Anforderungsvermeidung

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)

Beurteilung und Empfehlung:

Für den schulischen Kontext wurde eine kleine Klasse und die Unterstützung durch einen Integrationshelfer empfohlen. In der Autismustherapie sollte Leonie an Anforderungen herangeführt und eine Sinnhaftigkeit dafür hergestellt werden. Als weiteres wichtiges Therapieziel wurde die Förderung von kooperativem Verhalten in der Interaktion mit anderen benannt.

Eine medikamentöse Behandlung der ADHS sollte in Betracht gezogen werden, da hierdurch eine Verbesserung von Ablenkbarkeit, Impulsivität und Hyperaktivität zu erwarten war.

2. Ahmed

Ahmed wurde im Alter von 8 Jahren erstmals ambulant kinder- und jugendpsychiatrisch untersucht. Die Pflegemutter berichtete, dass Schule und Therapeuten auf eine mögliche autistische Störung hingewiesen und um Abklärung gebeten hätten. Ahmed sei schon im Kleinkindalter in einem Sozialpädiatrischen Zentrum untersucht worden. Es sei dort eine Intelligenzminderung und eine Entwicklungsverzögerung festgestellt worden. Die damalige Intelligenztestung habe einen IQ von 50 ergeben, bei einer aktuellen Testung hingegen habe er einen IQ von 69 erreicht. Schon seit dem Kleinkindalter habe Ahmed Ergo-, Physio- und Reittherapie erhalten. Aktuell bekomme er Ergotherapie und Logopädie. Er nehme Amphetaminsulfat 8 ml – 6 ml – 0 ml ein sowie abends Circadin. Reittherapie sei ebenfalls wieder angedacht, da er sehr von dieser profitiert habe.

Ahmed seit seinem 3. Lebensjahr in der Pflegefamilie. Er zeige sich auffällig in der Kontaktgestaltung, setze kaum Blickkontakt ein, sei sehr wählerisch mit Körperkontakt und habe insbesondere sehr große Schwierigkeiten im Bereich der Empathie. Mittlerweile sei Letzteres etwas von der Familie antrainiert worden, jedoch zeige er generell kaum Verständnis für sozio-emotionale Inhalte.

Ahmed sei nur auf seine Bedürfnisse orientiert und interessiere sich auch nicht für andere. Ein großes Interesse habe früher für alles Drehende bestanden, mittlerweile seien es Schnüre, mit denen er sich stundenlang beschäftige. Wenn man ihm die Schnüre wegnehme, reagiere er mit starker Wut und Schreianfällen. Ahmed benötige gewohnte Abläufe und bestehe auf bestimmten Ordnungen. Veränderungen und Neues stellten eine große Herausforderung dar. Früher habe selbst der Kauf von neuen Schuhen oder Jacken zu Wutattacken geführt. Ahmed habe keine Freunde und der Kontakt mit anderen Kindern gestalte sich häufig schwierig. Da sich Ahmed nicht anpassen und auf andere einlassen könne, endeten Spielkontakte im Regelfall in Konflikten und Ahmed gehe seinen eigenen Bedürfnissen und Vorlieben nach. Gruppensituationen generell und auch große Menschenansammlungen bedeuteten großen Stress für Ahmed. Ahmed habe keinerlei Gefahrenbewusstsein, benötige viel Betreuung und Begleitung und habe Pflegestufe 2. Die Pflegemutter mache sich vor allem Sorgen um das aggressive Verhalten.

Vorgeschichte:

Die Meilensteine der frühkindlichen motorischen Entwicklung sind nicht bekannt. Ahmed habe mit ca. 42 Monaten erste Worte gesprochen. Nachts sei Ahmed bislang nicht rocken.

Ahmed lebte bis zum 2. Lebensjahr bei seiner leiblichen Mutter. In der Familie habe ein hohes Maß an Gewalt zwischen den Ehepartnern geherrscht. Gewalt gegenüber den Kindern wird vermutet. Die Eltern seien drogensüchtig gewesen. Prostitution der Mutter wird vermutet. Die leibliche Mutter war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung inhaftiert. Ahmed wurde aufgrund schwerer Vernachlässigung in Obhut genommen. Er verbrachte 1 Jahr in einem Kinderheim. Hier zeigte er sich stark entwicklungsverzögert. Er habe Kinder gebissen, gekratzt, ansonsten keinen Kontakt aufgenommen. Zu seiner Schwester bestand Kontakt, wobei dieser von Außenstehenden als wenig emotional geprägt beschrieben wurde.

Im Alter von 3 Jahren wurde Ahmed in die aktuelle Pflegestelle aufgenommen, in der aktuell 5 weitere Kinder leben. Kontakte zum leiblichen Vater bestanden einmal monatlich und zur leiblichen Mutter nur telefonisch einmal im Monat. Anfangs war sein Verhalten von Schreiattacken geprägt, die er bis zur Erschöpfung zeigte. Er habe an Menschen vorbeigesehen. Erst später habe er weisende Gesten gezeigt. Er habe kaum geteilte Aufmerksamkeit hergestellt und sich oft alleine beschäftigt. Bei Schmerzen meldete er sich erst, nachdem er dieses Verhalten bei anderen Kindern imitiert hatte. Auf diese Weise konnte er sein Verhaltensrepertoire erweitern. Ahmed sprach zu diesem Zeitpunkt nicht. Er lautete nicht kommunikativ. Ahmed zeigte Autoaggressionen mit Kopfschlagen. Auch entfernte er die Haut an seinen Fingern und Fersen. Er war ständig in Bewegung, kam nicht in den Schlaf. Kleidungswechsel waren von hoher Erregung begleitet. Ahmed bestand auf räumlicher Gleichförmigkeit.

Mit 4 Jahren besuchte er einen integrativen Kindergarten. Hier pflegte er ausschließlich Kontakt zu einer Erzieherin. Kindern gegenüber verhielt er sich fremdaggressiv, nahm Gegenstände weg. Er hielt sich nicht an Regeln und benötigte 1:1-Begleitung. Ahmed habe sich vorwiegend stereotyp beschäftigt. Er habe sortiert und Reihen gelegt. Fantasiespiele habe er erst später gespielt. Ahmed habe sich sehr für Drehbewegungen interessiert und Spielzeug detailbezogen bespielt. Er zeigte starke Veränderungsängste bei räumlicher, zeitlicher und handlungsbezogener Veränderung. Ahmed habe sich in Menschenmengen an einen reizarmen Ort zurückgezogen. Ahmed habe mit den Händen geflattert und seinen Körper geschaukelt.

Seit dem Grundschulalter könne Ahmed zwar soziale Situationen reflektieren, in den Situationen selbst könne er die Informationen jedoch nicht auswerten. Ahmed zeige unangemessen distanzloses Verhalten, setze sich z.B. im Wartezimmer auf den Schoß eines Mannes, den er frage, ob er ihn mit sich nach Hause nehme. Ahmed zeige unangemessene Kommentare in der Öffentlichkeit. Am Unterrichtsgeschehen beteilige er sich phasenhaft und interessegebunden. Er habe oberflächliche Kontakte, jedoch keine Freundschaft. Oft spiele er alleine, wobei er sich weiterhin über Kontaktangebote freue, diese jedoch nicht gestalten könne, er bedürfe hier der Führung und Erklärung durch eine erwachsene Person. Ahmed zeige Spezialinteressen im Bereich Weltraum und Ägypten. Er spiele von sich aus stereotyp mit Schnüren und Schrauben. Ahmed spiele aber auch Rollenspiele.

Verhaltensbeobachtung zum Erstkontakt:

Ahmed zeigt keinerlei angemessene Kontaktaufnahme und -gestaltung. Blick und Interesse sind nur auf seine Bedürfnisse und Interessen ausgerichtet. Schnell wird er laut, wenn etwas nicht so gesagt oder getan wird, wie er es gerne hätte oder erwartet. Beschreibungen, die er liefert, scheinen oft kopierte Aussagen anderer zu sein. In Beschreibungen zeigt Ahmed sich sehr beharrlich und ohne Rücksicht auf sein Gegenüber.

Im Rahmen eines weiteren Untersuchungskontaktes ist Ahmeds Sprache von kleinkindhafter Intonation geprägt. Eine knappe wechselseitige Kommunikation ist möglich. Auch findet er Interesse an einem weiteren technischen Spiel. Eine detaillierte Umweltauswertung ist nicht zu beobachten.

Informationen aus der Schule:

Ahmed sei nicht in der Lage, Grenzen seiner Mitmenschen zu erkennen und zu akzeptieren, was eine hohe Konfliktrate im Schulalltag mit sich bringe. Seine emotionale Unsicherheit, die durch ständiges Einfordern von intensiven Kontaktsituationen durch verbale und körperliche Aufforderungen stetig präsent sei, bedürfe einer intensiven Begleitung und Betreuung.

Fragebogen zur sozialen Kommunikation (FSK):

Beurteiler: Schule			
Skala	Items	positiv	negativ
Soziale Interaktion	15	2	13
Kommunikation	14	5	9
Stereotype Verhaltensweisen	9	3	6
Keinem Bereich zugeordnet	1	0	1
Gesamt	39	10	29
Cut-off für autist. Spektrum (15):		nicht erreicht	
Cut-off für Autismus (16):		nicht erreicht	
Beurteiler: Pflegemutter			
Skala	Items	positiv	negativ
Soziale Interaktion	15	3	12
Kommunikation	14	5	9
Stereotype Verhaltensweisen	9	5	4
Keinem Bereich zugeordnet	1	1	0
Gesamt	39	14	25
Cut-off für autist. Spektrum (15):		nicht erreicht	
Cut-off für Autismus (16):		nicht erreicht	

Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS):

Beurteiler	Rohwert	T-Wert Gesamtnorm	T-Wert Autismusnorm
Pflegemutter	84	73	44

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R):

Domänen	Antworten der Eltern	Cut-Off	positive cut-offs
Auffälligkeiten der reziproken sozialen Interaktion	14	10	ja
Auffälligkeiten der Kommunikation	9	8	ja
Repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten	12	3	ja
Abnorme Entwicklung bis einschließlich 36. Lebensmonat	5	1	ja

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS):

Domänen	Beobachtung	Cut-Off	positive Cut-offs
Kommunikation	1	5	nein
wechselseitige soziale Interaktion	1	6	nein
Fantasiespiel/ Kreativität	0		
Stereotype Verhaltensweisen und eingeschränkte Interessen	0		
Kommunikation und Interaktion	2	12	nein

Diagnosen:

F84.8 Pathological Demand Avoidance Syndrom

Intellektuelle Gesamtbefähigung im Grenzbereich zwischen schwerer Lernbehinderung und leichter Intelligenzminderung

Z. n. Deprivation in den ersten beiden Lebensjahren

Aufenthalt in einer Pflegefamilie seit dem 3. Lebensjahr.

Verlauf der ambulanten Behandlung:

Ambulante Behandlung und Beratung der Bezugspersonen erfolgte PDA- und ADHS-spezifisch. Aufgrund von Unruhe, Problemen in der Aufmerksamkeitsstrukturierung und aggressiven Impulsdurchbrüchen erfolgte eine medikamentöse Umstellung, zunächst in vorsichtigen Schritten bei wiederholt geklagten Nebenwirkungen auf Elvanse®, anschließend in kleinen Schritten eine Steigerung von Pipamperon. Wegen der Schlafstörungen wurde Circadin verordnet.

Beurteilung:

Ahmed erreichte in einem mehrdimensionalen Intelligenztest einen Gesamt-IQ von 69 bei homogenem Intelligenzprofil und damit ein Ergebnis im Grenzbereich zwischen schwerer Lernbehinderung und leichter Intelligenzminderung. Sowohl im Schulbericht als auch in früheren Untersuchungsberichten wird vom Vorliegen autistischer Verhaltensweisen berichtet. Ebenso liegen die Cut-off Werte im ADI-R im positiven Bereich und sprechen für das Vorliegen einer autistischen Störung. Im ADOS hingegen liegen die Ergebnisse unterhalb der Cut-offs. Die Ergebnisse der klinischen Verhaltens-, bzw. Spielbeobachtung zeigen ebenfalls ein wechselhaftes klinisches Bild, das aber insgesamt auf eine deutliche Beeinträchtigung der Qualität der sozialen Interaktion und Kommunikation hinweist. Früher bestehende stereotype Verhaltensweisen sind kaum noch vorhanden. Viele soziale Situationen können inzwischen relativ gut bewältigt werden. Allerdings berichtet die Pflegemutter, dass Ahmed zwar viele soziale Verhaltensweisen erlernt bzw. antrainiert bekommen habe, implizites Wissen und tieferes Verständnis hierfür jedoch fehlten. Ferner versuche er oft, Situationen zu kontrollieren und entsprechend seiner Bedürfnisse zu manipulieren und die Rolle eines „Bestimmers“ einzunehmen.

Als belastend beschreibt Pflegemutter die bei Ahmed bestehenden starken Stimmungsschwankungen und die oft bereits bei nichtigen Anlässen auftretenden massiven Wutanfälle mit auto- und fremdaggressiven Verhaltensweisen. Ahmed sei dann kaum in der Lage, Affekte zu steuern, fange an zu diskutieren, Vorwände zu erfinden oder irgendwelche Geschichten zu erzählen, die keinen Bezug zur Realität hätten etc., nur um Anforderungen aus dem Weg zu gehen. Das Verhalten sei oft nicht berechen- oder einschätzbar. Erzieherische Hilfen oder klare Grenzsetzung hätten bisher nur bedingt eine Besserung erbracht. Die Fähigkeit mit Anforderungen oder Belastungen umzugehen sei stark von der aktuellen Befindlichkeit oder Tagesform abhängig, sodass Ahmed in ähnlichen Situationen oft völlig unterschiedlich reagiere und kein durchgängiges Verhaltensmuster oder auslösende Triggerfaktoren für die Umgebung erkennbar seien.

Die bei Ahmed bestehende Symptomatik lässt sich am ehesten durch das Vorliegen eines Pathological Demand Avoidance Syndroms (PDAS) beschreiben. Aufgrund der Vorgeschichte wurde von unserer Seite aus auch das Vorliegen einer Bindungsstörung diskutiert. Allerdings ließ sich bei den Stimmungsschwankungen und aggressiven Ausbrüchen kein Zusammenhang mit Bindungssituationen herstellen, sodass wir PDAS als am besten passende Diagnose ansahen.

Ein Jahr später kam es zu einer zweimonatigen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung aufgrund immer wieder auftretender Wutausbrüche, bei welchen die Auslöser häufig für die Umgebung nicht erkennbar waren. In diesen Situationen zerstörte er regelmäßig Gegenstände wie die Haustür oder sein Bett. In seiner Wut komme es auch vor, dass er sich aggressiv gegen sich oder andere Personen verhalte.

Logopädisch zeigte sich ein deutlicher Dysgrammatismus sowie eine phonetisch-phonologische Störung mit dem Schwerpunkt Phonetik, ein konstanter Sigmatismus lateralis sowie ein Schetismus lateralis. Zudem traten inkonstante phonologische Prozesse auf (z.B. Vorverlagerung von /g/ → /d/) und die Reduktion von Mehrfachkonsonanz. Im Rahmen der Therapie wurde mit dem Hörtraining nach A. Fox begonnen, um die Eigenwahrnehmung und auditive Verarbeitung zu schulen. Zudem wurde der Laut /s/ auf Lautebene und auf initialer Wortposition angebahnt. Zudem wurden Übungen zur Grammatikentwicklung mit aufgenommen, um die Kasus-, Tempus- und Pluralmarkierung zu stabilisieren. Der Ausbau der Syntax bzw. der Komplexität wurde gefördert. Aufgrund der weiterbestehenden Sprachentwicklungsverzögerung wurde eine ambulante Fortführung der logopädischen Behandlung empfohlen, da Ahmed noch mehr Sprachkompetenz benötigt, um sein eigenes emotionales Erleben differenziert formulieren zu können.

In der Kreativtherapie zeigte er sich zu Beginn bedürfnisorientiert und sehr auf sich fokussiert, dabei schien er seine Umgebung zum Teil nicht wahrzunehmen oder auch auszublenden. Er gestaltete mit viel Freude und Motivation seine eigenen Ideen aus, bei dem dazugehörigen Arbeitsaufkommen zeigte er sich dann aber anstrengungsvermeidend. Bei seinen kreativen Werken hielt er an seiner Handlungsplanung fest, auch wenn sich diese als nicht praktikabel erwies, und lehnte Hilfestellung ab.

3. Delia

Die 5-jährige Delia sei als Frühgeborenes auf die Welt gekommen. Es liege eine kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Wahrnehmungsstörungen im taktilen Bereich vor. Auch bestehe der Verdacht auf eine autistische Störung und eine mutistische Problematik.

Delia war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung seit 1,5 Jahren in einem Sozialpädiatrischen Zentrum betreut worden. Dort habe sich Delia konsequent einer Mitarbeit verweigert, sodass eine diagnostische Einschätzung bisher nicht möglich gewesen sei.

Delia war zudem in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis in Behandlung. Von dort wurde die Behandlung auf einer Eltern-Kind-Station empfohlen, da die ambulante diagnostische Abklärung aufgrund der Vermeidungshaltung des Kindes extrem erschwert war.

Weitere Vorgeschichte:

Delia wurde per Sectio in der 35 SSW geboren. Sie verblieb 5 Wochen auf der Intensivstation, zeigte Anpassungsstörungen und eine Trinkschwäche. Delia lief mit 18 Monaten frei und begann mit 2 Jahren zu sprechen. Die Sauberkeitserziehung war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung noch nicht abgeschlossen.

Im zweiten Lebensjahr habe die Mutter mit ihr eine Krabbelgruppe besucht. Hier habe Delia sich ausschließlich auf den Schoß der Mutter zurückgezogen, sich überstreckt und nicht gespielt. Kontaktangebote von fremden Kindern habe sie schreiend abgelehnt. Sie habe sich kaum beruhigen lassen und nach wie vor nicht imitiert. Anforderungen habe sie konsequent verweigert.

Delia wurde im Rahmen der Frühförderung behandelt und besuchte ab dem 3. Lebensjahr einen integrativen Kindergarten. Hier zeigte sie sich ebenso wie im häuslichen Umfeld sehr lebendig und stark bedürfnisbezogen, bestimmend. Sozialkontakte zu Kindern bewältigte sie nur mit absoluter Selbstbestimmung des Spielgeschehens. Sie mochte Rollenspiele. Ihr Spielverhalten war wenig bezogen und stereotyp. Delia verfügte über eine differenzierte expressive Sprache in ihr vertrauten Situationen mit Familienmitgliedern. Kontakt zu anderen Menschen mied sie, insbesondere zu Kindern lehnte sie den Kontakt auch aktiv ab. Am Morgenkreis nahm sie nicht teil. Auch hielt sie sich nicht an Regeln, war stark selbstbezogen. Anforderungen, die nicht

ihrem Interesse entsprachen, verweigerte sie. Andererseits zeigte sie eine gute Merkfähigkeit für Details und lernte gut auswendig.

Auch in der Untersuchungssituation zeigte Delia verweigerndes Verhalten. Sie sprach nicht mit dem Untersucher, zeigte kaum Blickkontakt und zeigte dem Untersucher gegenüber eine grimmige Miene. Sie wollte zunächst auch den Raum verlassen, der Mutter gelang es aber, Delia einzugrenzen, sodass sie blieb. Fast über die gesamte Zeit beschäftigte Delia sich mit der Geldbörse der Mutter, sortierte das Geld, legte es in Reihen, sortierte es nach Farben und Größe, etc.

Delia verfüge über soziale Kompetenzen, die sie jedoch nicht immer einsetze. Bei guter Stimmung habe Delia mit Kindern gespielt, auch von diesen berichtet. Hier erkenne sie die Intentionen ihrer Spielkameraden. Sie habe eine sehr ruhige Freundin. Auch wolle sie sich verabreden und beschäftige sich mit dem Thema Freundschaft. Sie zeige grundsätzlich Interesse an Kindern, beobachte sie auch häufig. Sie spiele Rollenspiele, wobei sie die Regie behalte. Delia weise eine altkluge Sprache auf. Mit fremden Personen spreche sie nicht. Anforderungen verweigere sie strikt. Sie habe einen starken Gerechtigkeitssinn. Delia interessiere sich intensiv für das Thema Feen, Prinzessin und richte sich mädchenhaft ein (rosa). Ihre Fantasiewelt übertrage sie auf jegliche Aktivitätsangebote. Delia weise verschiedene Rituale auf. So entkleide sie sich nach dem Kindergarten vollständig, nehme sich eine Decke und trinke aus einem Becher, sehe dann fern und spiele im Anschluss. Außergewöhnliche Situationen im Kindergarten irritierten sie zutiefst. Auch möge sie räumliche Veränderungen nicht. Delia zeige sich perfektionistisch bei niedriger Frustrationstoleranz. Delia orientiere sich an Details. Sie zeige motorische Manierismen und feinmotorische Schwierigkeiten.

Informationen aus dem Kindergarten:

Delia werde aufgrund morgendlicher Verweigerung häufig gegen 9.00 Uhr in den Kindergarten gebracht. Hier zeige sie direkt ein gesteigertes Erregungsniveau. Ihr Verhalten stelle sich stark tagesabhängig dar. Im Gruppenkontext habe sie eine ihr deutlich unterlegene Freundin, die sie fremdbestimme. Tue diese nicht das, was Delia sich wünsche, komme es zu massiven körperlichen Übergriffen und Verwünschungen. Delia nehme kaum am Gruppengeschehen teil. Sie verweigere Anforderungen und versuche, massive soziale Kontrolle auszuüben. Bei Zuwiderhandlung blockiere sie emotional. Sie könne nicht verlieren. Ihr Spiel sei oft aggressiv. An einzelnen Tagen suche sie die Nähe der Erzieherinnen, klettere auf deren Schoß und gebe an, diese sehr

zu mögen. Delia reagiere nicht auf die emotionale Befindlichkeit ihrer Mitmenschen. Delias Sprache und Kognition seien hervorragend entwickelt. Ihre Sprache weise manieristische Elemente auf. Delia zeige massive Veränderungsängste. Sie sei absolut bestimmend im Sozialkontakt, könne auf Anforderungen nicht eingehen. Delia zeige Angst in ihr weniger vertrauten Situationen. Delias Spiel sei eher gleichbleibend. Delia halte Kot und Urin ein, um die Toiletten nicht nutzen zu müssen. Ihre Motorik sei in den Bereichen der Feinmotorik und der Koordination beeinträchtigt. Delia zeige impulsives, aggressives Verhalten. Auch fliehe sie aus dem Gruppenraum und dem Kindergartengebäude. Sie bedürfe der ständigen Aufsicht. Sie zeige ein deutlich erhöhtes Erregungsniveau bei niedriger Frustrationstoleranz. Es bestehe eine große Differenz zwischen ihren kognitiven Kompetenzen und ihrem Verhalten.

Verhaltensbeobachtung:

Delia zeigt im Rahmen der Untersuchungssituation einen deutlich verringerten Blickkontakt. Sie scheint insgesamt wenig sozial orientiert und imponiert durch starken Selbstbezug und dingliche wie soziale Kontrolle. Delia setzt Mimik zu Beginn des Kontaktes stereotyp wirkend ein. So starrt sie die Untersucherin wiederholt grimmig an. Dieses Verhalten wird in jedwedem Bericht bezüglich des Kindes beschrieben. Es gelingt ihr nicht im Untersuchungszimmer zu bleiben. Sie möchte die Untersuchungssituation beenden. Delia begibt sich wiederholt auf den Flur, geht hier auf und ab.

Sie kommt immer wieder ins Untersuchungszimmer, geht zu ihrer Mutter und verrenkt deren Hände im Pullover, auch schlägt sie die Mutter, stampft auf den Boden, verändert das Tempo. Zwischenzeitlich beginnt sie zu lautieren und spricht unerwartet den vollständigen Satz, sie wolle nach Hause. Zur Untersucherin nimmt sie keinerlei Kontakt auf, reagiert einmalig auf Ansprache. Delia setzt sich über sämtliche Regelsetzungen hinweg. Sie springt und tobt bei Erregung. Delia zeigt keinerlei sozial-emotionales Verstehen bei massivem Selbstbezug. Sie stellt ausschließlich bedürfnisbezogen geteilte Aufmerksamkeit her. Delia zeigt ein deutlich stereotypes Spielverhalten. Sie scheint die anwesenden Menschen völlig zu ignorieren. Bei Hinzukommen eines Kindes reagiert sie ängstlich, vermeidend.

Hospitation im Kindergarten:

Im 1:1-Kontakt zur Untersucherin im Kindergartensetting ist eine Interaktion mit Delia möglich. Delia nimmt aktiv Kontakt zur Untersucherin auf und versucht, diese in ihr Spiel einzubeziehen. Sie zeigt Emotionen und berichtet auf Nachfrage von ihrem Befinden. Sie gibt an, oftmals böse zu sein. Dies vor allem in der Gruppe. Alleine fühle sie sich traurig, da keine Kinder bei ihr seien. Delia zeigt sich emotional schwingungsfähig. Sie verfügt über einen differenzierten Wortschatz, den sie kommunikativ einsetzt. Vereinzelt zeigt sie den Gebrauch ungewöhnlicher Bezeichnungen und beharrt auf der Bedeutung von Begrifflichkeiten. Delia ist zu wechselseitiger Kommunikation in der Lage und erzählt von sich aus angemessen frei. Delia zeigt sich in der Spielsituation fantasievoll, kreativ. Sie tendiert zum Bestimmen der Spielsituation und verfolgt eigene Spielideen. Delia genießt Ruhe und Reizarmut im ihr vertrauten Setting. Die Situation stellt sich in der Folge im Kontakt mit einem direkten Spielpartner und Kindern, die sich im gleichen Raum bewegen anders dar. Hier nimmt sie bestimmend Kontakt zu einem deutlich jüngeren Kind auf. Sie bestimmt das Spielgeschehen. Die übrigen Kinder scheint sie zu ignorieren. Delia schreckt bei Berührung durch einen Jungen zurück. Sie singt unablässig stereotyp und bewegt sich propriozeptiv suchend durch den Raum, auch ihr Spiel wirkt nun stereotyp. Die Kinder verlassen den Raum, da das Mittagessen angekündigt wird. Delia verbleibt in ihren Stereotypen. Auf die Ansprache der Integrationsfachkraft reagiert Delia widerwillig. Sie gibt sich weiter ihrem Spiel hin.

Sie kommt der Aufforderung der Untersucherin, eine strukturierende Maßnahme anzunehmen, nicht nach und zeitigt deutlich ihre Ablehnung. Delia wählt ein ihr bekanntes Ritual. Sie klettert auf einen Schrank und lässt sich in die Arme der Integrationskraft sinken, die sie kopfüber hält. So kann Delia zum Essenstisch getragen werden. Hier verbleibt sie mit abweisendem Gesichtsausdruck. Sie beobachtet vereinzelt die Kinder und grimassiert. Sie verlässt den Raum und kommt dann zum Esstisch zurück, um mit dem Essen zu beginnen.

Im Rahmen einer weiteren Kindergartenhospitation sehen wir Delia im Gruppenkontext. Hier nimmt sie ausschließlich Kontakt zu ihrer Integrationshelferin auf. Auf Aktivitätsangebote geht sie nicht ein, verneint und verweigert diese. Delia nimmt die Untersucherin wahr, reagiert jedoch erst mit aggressivem Verhalten, das sie auf einen Kommentar der Untersucherin gezielt steigert. Auch den Morgenkreis versucht Delia zu umgehen, besteht ihn jedoch auf dem Schoß der Integrationshelferin. Delia verfolgt das soziale Geschehen

mit starrer Mimik und beteiligt sich nicht sozial. Spielbewegungen vollführt sie von sich aus. Delia versucht wiederholt den Raum zu verlassen. Sie bedarf hier der 1:1-Begleitung.

Die Kindergärtnerinnen berichten, dass Delias ritualisiertes Verhalten zugenommen habe. Ihr Spiel sei gleichbleibend. Vereinzelt nehme sie Kontakt zu Kindern auf, die sie dann bestimme. Delia verweigere sich bei Anforderungen, nehme auch in 1:1-Begleitung nicht am Vorschultraining teil.

Fragebogen zur sozialen Kommunikation (FSK):

Beurteilung durch: Mutter				
Skala	Items	positiv	negativ	fehlend
Soziale Interaktion	15	9	6	0
Kommunikation	14	7	7	0
Stereotype Verhaltensweisen	9	7	2	0
Keinem Bereich zugeordnet	1	0	1	0
Gesamt	39	23	16	0
Cut-off für autist. Spektrum (15):		erreicht		
Cut-off für Autismus	16:	erreicht		
Beurteilung durch: Kindergarten				
Skala	Items	positiv	negativ	fehlend
Soziale Interaktion	15	6	9	0
Kommunikation	14	6	8	0
Stereotype Verhaltensweisen	9	8	1	0
Keinem Bereich zugeordnet	1	1	0	0
Gesamt	39	21	18	0
Cut-off für autist. Spektrum (15):		erreicht		
Cut-off für Autismus (16):		erreicht		

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R):

Domänen	Antworten der Eltern	Cut-Off	positive Cut-Offs
Auffälligkeiten der reziproken sozialen Interaktion	1	10	nein
Auffälligkeiten der Kommunikation	1	8	nein
Repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten	9	3	ja
Abnorme Entwicklung bis einschließlich 36. Lebensmonat	5	1	ja

Die Durchführung eines Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) war aufgrund der extremen Anforderungsvermeidung nicht möglich.

Diagnosen:

F84.8 Pathologisches Anforderungsvermeidungssyndrom

F90.1 ADHS

F94.0 Elektiver Mutismus

F83 kombinierte Entwicklungsstörungen

Ein halbes Jahr nach der Erstvorstellung blockte Delia nach wie vor sehr viel ab und ging offenbar auf Konfrontationskurs. Sie schien aber auch in vielen Dingen überfordert zu sein und über keine Lösungsstrategien zu verfügen, wie sie mit Konflikten oder mit sozialen Beziehungen umgehen kann. Durch das radikale Abblocken schien sie sich oft selbst im Weg zu stehen. Das Abblocken schien weniger als aggressiv-oppositionelles Verhalten einzustufen zu sein. Im Kindergarten gingen die Erziehrinnen offenbar oft in die Auseinandersetzung. Wahrscheinlich wurde Delia dadurch noch mehr innerlich verunsichert. Rückzugsräume konnten im Kindergarten nicht mehr genutzt werden.

Unter Methylphenidat 18 mg morgens wurde anfangs ein verbessertes Sozialverhalten beobachtet. Im weiteren Verlauf wirkte Delia jedoch zwanghafter und still, oft traurig und weniger reaktiv. Zum Abend besserte sich dies jeweils. Delia wurde zunehmend lustlos, weinerlich und sprach mit niemandem mehr, so dass Methylphenidat wieder abgesetzt wurde, wonach es Delia offenbar wieder wesentlich besser ging.

Unter 20 mg/d Pipamperon zeigte sich eine leichte Verbesserung des verweigernden und aggressiven Verhaltens. Eine höhere Dosis wurde aufgrund von Müdigkeit wieder zurückgenommen.

4. Kevin

Kevin wurde im Alter von 5 Jahren erstmals in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt zur Abklärung des Verdachtes einer Autismus-Spektrumstörung. Während einer Mutter-Kind-Kur wurde der Verdacht auf eine autistische Störung geäußert und schon nach einer Woche wurde die Kur seitens der Klinik abgebrochen, da sich Kevin nicht führen ließ. Die Mutter sei selbst für ca. 3 Monate in vollstationärer Behandlung Anfang des Jahres gewesen.

Als Baby habe Kevin viel geschrien. Er habe oft wenig Reaktionen gezeigt, z.B. wenn die Mutter Fingerpuppenspiele vor ihm durchgeführt habe. Babyschwimmen und Krabbelgruppen hätten vorzeitig abgebrochen werden müssen, da Kevin nicht das getan habe, was erwartet wurde. Einmal habe er nur geschrien. In einem anderen Fall habe er Kinder mit Spielsachen beworfen. Auch Kinderturnen habe die Mutter abgebrochen, da er sich nicht habe unterordnen können und sein Ding gemacht habe.

Im zweiten Lebensjahr sei der Mutter hinsichtlich des Blickkontaktes aufgefallen, dass dieser meist so gewirkt habe, als ob er durch jemanden hindurchsehen würde. Die Mimik sei reduziert gewesen. Er habe unangemessenen Kontakt zu Anderen aufgenommen. Bspw. habe er einem anderen 2-jährigen wiederholt einen Eimer auf den Kopf gehauen. Kontaktangebote habe er ignoriert oder habe mit Schlägen reagiert. Die Mutter habe ihren Sohn eher als Eigenbrötler wahrgenommen.

Körperkontakt habe er abgewehrt oder nur bei Kontrolle darüber akzeptiert. Oft habe er sich nicht trösten oder beruhigen lassen. Imitationsverhalten sei nur bei Interesse vorgekommen.

Desweiteren sei ein eingeschränktes Sprachverständnis bzw. eine ausbleibende Reaktion auf Aufforderungen zu bemerken gewesen. Ferner sei er durch stereotype Schreitöne aufgefallen, die er wiederholt und plötzlich von sich gegeben habe. Die Mutter erinnerte nicht, wann Kevin erste Worte gesprochen hatte. Erste Sätze habe er etwa mit 3 Jahren gesprochen, nachdem er Logopädie erhalten habe. Es habe eine Sprachentwicklungsverzögerung vorgelegen.

Im Kindergarten agiere er aggressiv gegenüber Kindern und Erziehern. Er spiele mit Kabeln und Schnüren. Malen und Schneiden könne er nicht. Wenn die Erzieherinnen versuchen würden, ihn dazu zu bringen, Gruppenaktivitäten mitzumachen, bespucke er sie. Er zeige kaum Frustrationstoleranz. Eine Unterhaltung mit ihm sei nicht möglich.

Kevin sei sehr phantasievoll und führe Rollenspiele durch. Er zeige ein intensives Interesse für Stromkabel. Schon als Kleinkind habe er die Schnürsenkel aus den Schuhen gezogen und sich damit beschäftigt. Er verkabele die Wohnung und benutze dazu Verlängerungskabel. Auch für Wasserleitungen interessiere er sich.

Kevin stelle schnell Kontakt her, auch zu Unbekannten. Bislang habe er Frühförderung, Logopädie und Ergotherapie erhalten. Nachts sei Kevin noch nicht trocken und sauber.

Kevin neige zu plötzlichen Stimmungs- oder Gefühlswechsellern.

Die Erzieherinnen des Kindergartens berichteten, dass Kevin sehr in sich gekehrt sei und sich in der Gruppe sehr unruhig zeige. Er schlage schnell die anderen Kinder. Kevin spiele in der Regel allein, beschäftige sich mit Kabeln, PCs und Laptops. Jegliche Schnur, die er in die Hände bekam, ‚verkabele‘ er. Bei gezielter Ansprache rede er auch darüber. Dabei vertiefe er sich ins Spiel und bekomme nichts mit von der Gruppe. Er lebe dann in seiner eigenen Welt, sei nur körperlich in der Gruppe anwesend. Häufiger spiele Kevin mit einem bestimmten Kind, das akzeptiere, wie er ist. Schon vor einem Jahr habe der Kindergarten mit der KM darüber gesprochen, dass er Auffälligkeiten zeige, da der Kindergarten nicht im Umgang mit ihm sicher war. Der Kindergarten befürchtet, dass er in der Regelschule nicht zurecht kommen werde.

Im Rahmen von Diagnostik in einem Sozialpädiatrischen Zentrum wurden Entwicklungsverzögerung der Fein- und Graphomotorik (F82), Sprachentwicklungsverzögerung (F80.9) sowie dringender Verdacht auf eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens festgestellt. Eine autistische Störung lag nach dortiger Einschätzung nicht vor. Kevin sei dort adäquat in Kommunikation gegangen, habe Schwingungen auffangen können, Blickkontakt gehalten und altersentsprechend kommuniziert. Als sehr auffällig wurden dagegen Unruhe sowie impulsives und oppositionelles Verhalten beurteilt.

In der Verhaltensbeobachtung im Rahmen unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz zeigte sich Kevin sehr neugierig. Er konnte kaum abwarten. Die Intonation der Sprache war ausdifferenziert. Blickkontakt zu

Mutter, auch rückversichernd, vorhanden. Kevin erzählte viel, gestikulierte lebhaft, war ziemlich laut. Während des Gespräches mit seiner Mutter ging er Rollenspiele ein, machte z.B. Geräusche eines Wasserhahns und fragt, ob er diesen ruhiger stellen soll. Er forderte durchgängig die Aufmerksamkeit seiner Mutter oder der Untersucherin ein, die er teilweise am Arm streichelte. Später spielte er mit Kuscheltieren und erklärte, dass der Igel traurig sei, weil seine Mutter gestorben sei. Zwischendurch sagte er seiner Mutter, dass er sie lieb hat. Er sah eine Verletzung am Finger der Mutter und fragte nach, wann dies passiert sei.

Während einer Einzelstunde berichtete er von einem Freund aus dem Kindergarten, mit dem er Tierdomino spiele. Außerdem gab er an, dass er beim Spielzeugtag im Kindergarten seinen Kinder-PC mitnehme und mit seinem Freund spiele. Er benennt zudem eine Freundin mit Namen, die älter sei. Kevin baute ein Bett aus Stühlen und wollte sich ausruhen. Er tat so, als ob er schlafen würde, machte dabei Schnarchgeräusche und versuchte, die Untersucherin, die gerade beim notieren war, zu überraschen. Er entwickelt daraus ein Interaktionsspiel. Kevin berichtete, dass er keine Angst vor Gespenstern oder Zombies habe. Er führte vor, wie Zombies sich bewegen, das hatte ihm sein Freund aus dem Kindergarten gezeigt. Traurig sei Kevin, wenn seine Freundin Laura gehe. So habe er gestern abend geweint, als sie wieder gehen musste. Glückliche sei er, wenn sie wieder komme. Kevin ließ sich auf die Aufgabe ein, ein Bild zu beschreiben, dabei blieb er auf der Sachebene.

Kevin zeigte viel Phantasie und funktionierte Sachen um. Er führte viele So-tun-als-ob-Spiele durch. Das Spielverhalten zeigte keine autismspezifischen Auffälligkeiten. Es fanden sich keine Auffälligkeiten bzgl. Intonation, Blickkontakt und Gestik.

Bei einer weiteren Spielsequenz mit Kevin fiel auf, dass er das Gespräch stets auf das Thema ‚Kabel‘ lenkt, wenn er nicht strukturiert wird. Er ließ sich auf gemeinsames Musizieren ein. Dabei schien er von den unterschiedlichen Möglichkeiten überreizt, war jedoch lenkbar. Interaktion in der Musik kam zustande. Anschließend initiierte er ein ‚so tun als ob‘-Spiel. Als er nicht verstanden wurde, holte er seine Mutter zur Hilfe. In Anwesenheit der Mutter war zum ersten Mal eine geringe Frustrationstoleranz zu beobachten. Er schmiss mit Legosteinen, als ihm etwas nicht gelang, forderte die Mutter auf, für ihn das zu bauen.

Zu diesem Zeitpunkt hatten wir die Einschätzung, dass eher nicht eine Autismus-Spektrumstörung vorliegt, auch wenn Kevin einen starken Rahmen

benötigte, um nicht in seinen Spezialthemen hängen zu bleiben. Eine sozialpädagogische Familienhilfe wurde empfohlen.

In der WPPSI-III (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Third Edition) erreichte Kevin einen Gesamt-IQ von 92 (Vertrauensintervall 87-97), im Verbalteil 90 (Vertrauensintervall 84-97), im Handlungsteil 103 (Vertrauensintervall 96-110), in der Verarbeitungsgeschwindigkeit 75 (Vertrauensintervall 69-86) und auf der allgemeinen Sprachskala 100 (Vertrauensintervall 92-108), also im Wesentlichen durchschnittliche Ergebnisse bis auf eine signifikante Schwäche in der Verarbeitungsgeschwindigkeit. Kevin war während der Testung offen und erzählte viel. Er hatte eine Mehrfachsteckdose dabei, die während der Testung die ganze Zeit neben ihm auf dem Stuhl lag. Die an ihn gestellten Aufgaben verstand er auf Anhieb. Schon zu Beginn war er sehr unruhig und hatte große Schwierigkeiten sich zu konzentrieren. Immer wieder krabbelte er unter den Tisch, oder beschäftigte sich mit Dingen, die im Raum zu finden waren. Sein besonderes Interesse galt den Kabeln. Er erweckte häufig den Eindruck, keine Lust zu haben und deshalb die Aufgaben nicht lösen zu wollen.

In der K-ABC, die in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis durchgeführt wurde, erreichte Kevin ebenfalls Werte einer durchschnittlichen intellektuellen Gesamtbefähigung, jedoch mit signifikanter Differenz zwischen den Ergebnissen im einzelheitlichen und im ganzheitlichen Denken sowie ganzheitlichen Fähigkeiten und schon erlernten Fertigkeiten. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass bei Kevin schon nach kurzer Zeit sein Interesse erloschen sei. Er habe abrupt die weitere Mitarbeit verweigert bzw. habe angefangen laut zu schreien und habe so sein Desinteresse geäußert.

Ein Jahr später stellten die Eltern in Begleitung der sozialpädagogischen Familienhilfe, die seit einem halben Jahr mit 15 Stunden pro Monat eingesetzt war, Kevin erneut vor. Anlass waren ADHS und Verdacht auf atypischen Autismus. Kevin sei in Gruppen, schon im Kindergarten und nun in der Schule überfordert. Er besuche die 1. Klasse einer offenen Ganztagschule bis 14.30 Uhr. Er habe eine Integrationshilfe über die gesamte Zeit. Das größte Problem sei in der Schule, er mache nicht mit, ignoriere Aufforderungen, störe, hae, schreie und urinieren überall hin. Der Kontakt mit anderen Kindern sei schlimm, er sei der Bestimmer und schlage zu. Wenn Kevin irgendetwas nicht passe, raste er aus. Er versuche seine Willen durchzusetzen und beschimpfe

und bespucke Lehrer zum Teil. Hausaufgaben könne er am besten bewältigen, wenn er diese mit dem Integrationshelfer in einem Extraraum durchführe. 1:1-Situationen seien kein Problem.

Einem Bericht der Klassenlehrerin zu Beobachtungen der ersten Schulwochen zufolge schaffe Kevin es nicht, abzuwarten, sondern fordere ein, dass er sofort drangenommen wird, sobald er etwas weiß oder zeigen möchte. Wenn ihm dies nicht ermöglicht werde, reagiere er aggressiv, schreie, störe durch laute Geräusche, schmeiße seine Schulsachen umher, krieche unter die Bank oder suche einen anderen Weg, um Mitschüler und Lehrkraft zu stören. Oftmals könne er nicht am Unterricht teilnehmen, sondern arbeite dann mit seinem Integrationshelfer in einem ruhigen Raum. Er verliere teilweise nur bei Augenkontakt oder leichtem Körperkontakt mit einem anderen Kind die Beherrschung und schlage dann das Kind. Er habe eine niedrige Frustrationstoleranz. Dies zeige sich darin, dass er jeden Tag erneut sehr erbost darüber sei, dass er keinen Kakao trinken dürfe, da er Vanillemilch bestellt habe. Kevin verhalte sich dann auch gegenüber dem Lehrer und seinem Integrationshelfer aggressiv. Teilweise schaffe es Kevin, sich bei einer Auszeit in einem anderen Raum zu beruhigen. In der dritten Schulwoche habe er es fast durchgehend nicht geschafft, sich zu beruhigen und habe den Integrationshelfer beschimpft, gehauen, getreten oder ihn bespuckt. In manchen Situationen schlage er sich selbst auf den Kopf oder beiße sich in den Arm.

Zu Hause sei das größte Problem, dass er nicht höre – immer extrem, es gehe nichts ohne ihn zu erpressen. Kevin esse nur am Tisch, wenn der Papa drohe.

Kevin nahm zu diesem Zeitpunkt 0,25 mg Risperidon morgens. Unter Methylphenidat habe er apathisch gewirkt und unter Atomoxetin ruhiger, in der Schule jedoch aggressiver. Er sei zum Zombie geworden und habe kein bisschen mehr gelacht. Es sage jeder etwas anderes, weshalb sich die Eltern eine Klärung im Rahmen einer Behandlung auf unserer Eltern-Kind-Station erhofften sowie Anregungen zum bestmöglichen Umgang mit Kevin.

Australian Scale for Asperger's Syndrom (ASAS)

Trotz Sprachentwicklungverzögerung in der Vorgeschichte gab es Hinweise, dass möglicherweise das aktuelle Profil einem Asperger-Syndrom entspricht, daher wurde auch eine Asperger-Diagnostik durchgeführt.

Der Beurteilungsbogen wurde von der Klassenlehrerin ausgefüllt. In der Beurteilung erreichen 24 der 24 Items einen Wert von 2 oder höher. Ein Wert von mehr als 12 Items gilt bei diesem Fragebogen als Hinweis auf eine autistische Störung.

Zudem gab sie an, er habe ungewöhnliche Angst oder Schwierigkeiten mit leichter Berührung von Haut oder Kopf (teilweise), unerwartetem Lärm, dem Erblicken bestimmter Gegenstände sowie lauten, vollen Plätzen, Tendenz zu klatschen oder schaukeln bei Freude oder Ärger, verzögerter Spracherwerb, ungewöhnliches Grimassieren oder Tics.

Der Beurteilungsbogen wurde auch von dem Integrationshelfer ausgefüllt. In der Beurteilung erreichen 20 der 24 Items einen Wert von 2 oder höher. Der Integrationshelfer verwies auch auf eine ungewöhnliche Angst oder Schwierigkeiten mit leichter Berührung von Haut oder Kopf, unerwartetem Lärm sowie lauten, vollen Plätzen und ungewöhnliches Grimassieren oder Tics.

Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS)

Dieser Fragebogen wurde während der Diagnostik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis von der Mutter ausgefüllt. Alle Cutoffs wurden deutlich überschritten.

Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS):

Dieser Fragebogen dient der Beurteilung sozialer, kommunikativer und rigider Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen und wurde von Kevins Mutter ausgefüllt. Ergebnisse:

Beurteiler	Rohwert	T-Wert Gesamtnorm	T-Wert Autismusnorm
Mutter	132	91	61

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R):

Das Interview wurde mit der Mutter durchgeführt und nach dem diagnostischen Algorithmus ausgewertet.

Domänen	Antworten der Eltern	Cut-Off	positive Cut-Offs
Auffälligkeiten der reziproken sozialen Interaktion	27	10	ja
Auffälligkeiten der Kommunikation	12	8	ja
Repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten	11	3	ja

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) - Modul 3:

Insgesamt fiel auf, dass Kevin offen wirkt, jedoch sehr auf eigene Interessen fokussiert ist. Bereits auf dem Weg in das Untersuchungszimmer erzählte er ausschweifend über das, was ihn gerade beschäftigt. Auch wirkt manches skurril. So äußert er beispielsweise, dass sich seine Ohren besonders bewegen, wenn er sich freue. Bei der Gefühlserkennung zeigte er z.T. Probleme mit dem Kontext. Oft lenkte er die Interaktion auf seine Interessen. Blickkontakt nahm er mehrfach auf. Gestik war z.T. vorhanden, Mimik erschien etwas reduziert. Ein wechselseitiger Dialog entstand bezüglich seiner Spezialinteressen. Kevin zeigte sich kreativ im Spiel. Dabei fiel er jedoch durch sehr verfestigte eigene Vorstellungen auf und zeigte sich bestimmend. Zum Teil erschien er latent manipulativ. Beim Aufräumen zeigte er sich zwanghaft. Er schien oft erlernte Dinge wiederzugeben wie z. B. die Formulierung „ich krieg die Krise“. Oft war er sehr an Details interessiert. Im Verlauf der Untersuchung wurde er zunehmend unruhig. Er bat die Untersucherin, dass er an Körperpunkten wie auf einen Knopf gedrückt wird, dann werde er sich anders verhalten, was kurzzeitig klappte. Er benötigte jedoch weiterhin eine deutliche Steuerung. Insgesamt wirkte er kontaktfreudig und sprach andere Personen an. Die Art der Kontaktaufnahme wirkte jedoch nicht angemessen. Kevin wirkte etwas distanzlos und ihm schienen die Reaktionen seines Gegenübers nicht bzw. kaum wichtig zu sein.

Domänen	Beobachtung	Cut-Off Autismus	Cut-Off Autismus-Spektrum	positiver cut-off
Sozialer Affekt (SA)	7			
Restriktive und repetitive Verhaltensweisen (RRV)	2			
Gesamtwert (SA+RRV)	9	9	7	ja

Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (FBB-ADHS):

Mutter:

Skala	SN	PR	Klassifikation
AUF	9	97-100	klinisch auffällig
HYP	8	90-96	klinisch auffällig
IMP	9	97-100	klinisch auffällig
Gesamt	9	97-100	klinisch auffällig
KOMP	3	12-23	Untergrenze Durchschnittsbereich

Schule – Lehrerin:

Skala	Σ	Σ/N	klin. Interpretation
AUF	12	1,33	auffällig
HYP	11	1,57	sehr auffällig
IMP	11	2,75	sehr auffällig
Gesamt	34	1,70	sehr auffällig
KOMP	12	2,00	ausreichende Kompetenz

Gleich zu Beginn der Behandlung auf der Eltern-Kind-Station zeigte Kevin sein ausgeprägtes Interesse für Technik. Er malte Maschinen, Kabel und Wasserschläuche, wann immer er malen konnte und stellte dazu Fragen. Dabei wandte er sich auch an seinen Vater, stellte technische Fragen und wurde von ihm darin unterstützt. Versuchte man Kevin abzulenken, ging er kaum darauf ein und kam immer wieder zurück zu seinem Thema. Forderte man ihn auf,

etwas anderes zu malen, reagierte er ärgerlich. Jedoch war es ein anderes Mal möglich mit ihm gemeinsam ein Bild und eine Geschichte zu malen und zu entwickeln. Er zeigte gute Ideen und Umsetzung, wollte ein Bilderbuch erstellen, kreierte einen Buchumschlag mit Titel und Autor. Jedoch ließ er seine Idee von ‚Verbindungen durch Kabel und Wege‘ immer wieder in die Bilder einfließen. Wir besprachen mit den Eltern sein technisches Interesse nicht zu unterdrücken, aber auch nicht zu verstärken, sondern ihm möglichst Vielfalt zu ermöglichen. Die Mutter setzte die Aufgabe, mehr solcher Bilder mit Kevin zu malen, um und berichtete, es habe besser geklappt, als sie zuvor geglaubt hatte.

In den Elterngesprächen äußerten die Eltern ihre Skepsis bzgl. der zuvor durchgeführten Diagnostik, sie hätten schon einige sich widersprechende Aussagen von Fachleuten über ihren Sohn gehört und seien verunsichert. Insbesondere der Vater tat sich schwer zu glauben, dass Kevins Verhalten einer Störung entspricht und äußerte Zweifel an der gesamten kinderpsychiatrischen Behandlung. Die Mutter, die Kevin mehr im Alltag erlebt hatte, zeigte sich kooperativ und war an praktischen Lösungen interessiert, welche ihr den Alltag mit Kevin erleichterten und ihrem Sohn ermöglichen sollten sich in der Schule vermehrt anzupassen.

Wir besprachen mit den Eltern und Kevin Elemente des THOP (Therapieprogramm für hyperaktives und oppositionelles Problemverhalten) und formulierten Familienregeln sowie positive und negative Konsequenzen für den Aufenthalt. Wir besprachen mit der Mutter eine Kurzzeituhr zu nutzen, um Kevin mehr Orientierung und Kontrolle zu ermöglichen. Die Mutter machte mit ihm für Handlungen Zeiten aus und stellte fest, dass sie Kevin so wesentlich leichter führen konnte. Sie berichtete auch von seiner Abneigung gegen Mathematik und insbesondere auch die Hausaufgaben für dieses Fach zu erledigen. Wir besprachen mit der Mutter, ihn für jede bearbeitete Mathe-Hausaufgabe kleinschrittig zu verstärken, indem sie ihm Anerkennung gab. In diesem Fall wurde ein sehr kleines Stückchen einer ‚Milchschnitte‘ gewählt, da dies eine hohe Motivation darstellte. Die Mutter berichtete, dass Kevin seine Aufgaben schneller und ohne Konflikte erledigt hatte.

Ein weiteres Anliegen war den Eltern das Einkoten von Kevin. Der Vater äußerte, dass Kevin doch nun endlich lernen müsse, allein auf die Toilette zu gehen, da es in der Schule doch auch so sei. Bisher habe die Mutter ihm bei der Hygiene geholfen. Jedoch berichteten die Eltern, dass er nicht allein auf die Toilette gehe, weil er sich ekele, er habe Angst mit seinem Stuhl in Berührung zu kommen. Wir überlegten mit den Eltern, Kevin zunächst wieder

beim Toilettengang behilflich zu sein und ihm dann einen Gummihandschuh anzubieten, womit er sich selbst reinigen könnte. Die Eltern berichteten im Verlauf, dies habe sehr gut funktioniert. Kevin habe sich den Handschuh überstreifen lassen und sich selbst gereinigt.

Im weiteren verfolgten die Eltern das Ziel, dass Kevin diese Handlungen ohne fremde Hilfe bewältigt, damit er in der Schule besser zurecht kommt. Die Lehrerin der Klinikschule teilte mit, dass Kevin ausgesprochen unruhig war und es schwer hatte, das zu tun, was von ihm verlangt wurde, dabei sei er anfangs auch ausgesprochen frech gewesen. Er habe jedoch im Verlauf gelernt, den Anforderungen zu folgen und zeige gute kognitive Fähigkeiten.

Kevin nahm während seines Aufenthaltes regelmäßig an heilpädagogischen Gruppen teil, die nachmittags ohne Eltern stattfanden. Die Kindergruppe bestand aus 8 Kindern im Alter von 1,5 bis 9 Jahren. Ziele waren „ich höre auf Mama und Papa und andere Erwachsene, die sie bestimmen“, „ich bin nicht immer der Bestimmer“, „ich passe auf meine Hände und meinen Mund auf“ sowie „ich besiege meinen Wutteufel“.

Kevin explorierte die Räumlichkeiten nur kurz, fand schnell eine Beschäftigung, die ihm zusagte. Im weiteren Verlauf beschäftigte er sich weitgehend alleine, direkte Kontaktaufnahmen fanden nicht statt, Kevin neigte jedoch dazu, sich in andere Spielgeschehen einzumischen, wenn er etwas sah, was ihm gefiel. Hier schien er in erster Linie Ideen zum Spiel mitteilen zu wollen, übertrat dabei unbeabsichtigt Grenzen, benötigte dann die Unterstützung der Mitarbeiter, um adäquat in den Kontakt zu gehen. Kevin konnte die Maßnahmen jeweils umsetzen, jedoch nicht auf andere Situationen übertragen.

Auch während der weiteren Gruppen fand eine konkrete Kontaktaufnahme zum Spiel mit anderen Kindern nicht statt, Kevin spielte allein. Zwischendurch beobachtete er andere Kinder und deren Spiel, um plötzlich in dieses einzugreifen, mal mit der Absicht, Ideen zu vermitteln, mal aus Neugierde und weil er mitspielen wollte. Auf die Eingrenzungen der Pflegekraft sowie alternative Verhaltensvorschläge reagierte er angemessen, wandte sich dann jedoch eher von der Situation ab, anstatt zu fragen und somit ein Mitspiel zu ermöglichen. Der Versuch, ihm die Situation an der eigenen Person zu verdeutlichen, klappte nicht gänzlich bzw. schien nicht übertragbar auf andere Personen. Kevin blieb auch im größten Chaos und der immensen Lautstärke der Gruppe ruhig, spielte dann für sich. Als ein anderes Kind ihm an den

Haaren zog, begann Kevin zu weinen, zeigte jedoch keine Abwehrsituation körperlicher Art, hier blieb er adäquat, schlug nicht zurück.

Im gesamten Gruppenverlauf fiel seine große Bewegungsunruhe auf.

In der Abschlussrunde zeigte Kevin aufsässiges Verhalten, er wollte den Regeln nicht nachkommen.

Im Rahmen der Eltern-Kind-Aktivitäten entschieden sich die Eltern, mit ihrem Sohn Malefiz zu spielen. Von Anfang an schimpfte Kevin und störte den gesamten Spielverlauf. So setzte er seine Püppchen nicht richtig, würfelte auf das Spielbrett und jammerte, dass er Durst habe. Immer wieder erklärten beide Elternteile ihm, dass es jetzt nichts zu trinken gebe und dass er Geduld haben müsse. Alle guten Zusprüche bewirkten nicht, dass Kevin ein altersentsprechendes Spielverhalten zeigte. So stand er einfach auf, verkroch sich hinter einem Vorhang und die Mutter holte ihn mit sichtbarer Anstrengung zurück an den Tisch. Als er sein Verhalten noch immer nicht zum Positiven hin veränderte, schlossen die Eltern ihn vom gemeinsamen Spiel aus und spielten alleine weiter. Kevin beschimpfte seine Eltern und diese sprachen schließlich einige Verbote aus.

Bei der Eltern-Kind-Aktivität „Stoppspaziergang“ hörte Kevin auf seine Mutter nur, wenn diese sehr massiv das Anhalten von Kevin einforderte. Er reagierte dann mit Schimpfen und äußerte „ich töte dich!“. Die Mutter forderte eine Entschuldigung ein. Er wirkte, als habe er nie richtig gelernt, sich angemessen zu entschuldigen (Blickkontakt, Wortwahl), so dass die Entschuldigung auch sehr halbherzig und kaum ernst gemeint wirkte.

Bei der Eltern-Kind-Aktivität „Spaßspaziergang“ hörte Kevin zu Beginn nicht immer auf die Aufforderungen der Mutter, musste zwischendurch auch an die Hand. Dies nahm er unter Protest hin, er schimpfte seine Mutter an. Im weiteren Verlauf konnte er die Regeln und gestellten Forderungen folgen, der Spaziergang verlief entspannt. Den Übe-Smiley in der Reflektionsrunde konnte Kevin gut annehmen.

Im Interaktionstraining mit Kevin, seiner Mutter und einer weiteren Mutter mit ihrem Kind brauchte Kevin anfänglich sehr oft die Erinnerung an die zuvor zwischen ihm und der Mutter vereinbarten Regeln. Die Mutter schaffte es im richtigen Moment und in einer angemessenen Art und Weise ihren Sohn auf diese hinzuweisen. Kevin provozierte und verweigerte sich immer wieder bis zu dem Zeitpunkt, in dem die Mutter eine Konsequenz einsetzte und ihm auch eine Belohnung in Aussicht stellte. Kevin verstand das sehr

schnell und war in der Lage, sich angemessen weiter zu verhalten und aktiv, altersentsprechend am Spiel zu beteiligen.

Diagnosen:

Pathological Demand Avoidance Syndrome (ICD-10: F84.8)

DD: Asperger Syndrom (ICD-10: F84.5)

Einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (ICD-10: F90.0)

F98.0 Sekundäre Enuresis nocturna

F98.1 Enkopresis

Literatur

Gillberg C (2013) Pathological demand avoidance (PDA).

<http://gillbergcentre.gu.se/english/research/diagnoses--methods-and-ongoing-studies-at-gnc/pathological-demand-avoidance--pda>

Newson E, Le Maréchal K, David C (2003) Pathological demand avoidance syndrome: a necessary distinction within the pervasive developmental disorders. *Arch Dis Child* 88:595–600

O’Nions E, Viding E, Greven CU, Ronald A, Happé F (2013) Pathological demand avoidance: exploring the behavioural profile. *Autism* 18:538–544

Reilly C, Atkinson P, Menlove L, Gillberg C, O’Nions E, Happé F, Neville BG (2014) Pathological Demand Avoidance in a population-based cohort of children with epilepsy: four case studies. *Res Dev Disabil* 35(12), 3236-3244

Tamaki S (2013) Hikikomori: Adolescence Without End. Univ of Minne-sota Pr

Kontaktadresse:

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski

Psychiatrie, Psychosomatik

und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der LVR-Klinik Viersen

Horionstr. 14, 41749 Viersen

Internet: www.klinik-viersen.lvr.de

Bundestag stärkt die Kinder- und Jugendrehabilitation und weitet sie aus

Alwin Baumann

Am 21.10.16 hat der Deutsche Bundestag das Flexi-Rentengesetz (Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben) beschlossen, es tritt am 01.01.17 in Kraft. Es wesentlicher Teil des Gesetzes ist die Neufassung der von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) finanzierten Kinder- und Jugendrehabilitation. Sie wird rechtlich aufgewertet und durch neue ambulante Möglichkeiten in ihrer Nachhaltigkeit gestärkt. Seit 2008 sind die Anträge zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen um über 30 % zurückgegangen, obwohl die Zunahme an chronischen Erkrankungen, psychischen Auffälligkeiten und lebensstilbedingten Gesundheitsproblemen eher zu einer Zunahme hätten führen müssen. Mit den neuen Rahmenbedingungen soll dieser Trend gestoppt werden, mit dem Ziel, dass möglichst viele rehabedürftigen Kinder und Jugendlichen die notwendigen gesundheitlichen Leistungen bekommen.

Die neuen Regelungen der Kinder- und Jugendreha im Flexi-Rentengesetz

- Eigenständige gesetzliche Ausgestaltung der Kinder- und Jugendreha
- Kinder- und Jugendreha wird Pflichtleistung bei der DRV
- Leistung wird stationär und künftig auch ambulant erbracht
- DRV erbringt Leistungen zur Nachsorge, wenn sie zur Sicherung des Erfolgs einer durchgeführten Rehabilitation erforderlich sind
- Indikationsbeschränkungen werden aufgehoben

- Ziel der späteren Erwerbsfähigkeit wird gesetzlich festgelegt und umfasst auch Schul- und Ausbildungsfähigkeit
- Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn zur Durchführung oder für den Erfolg notwendig
- Anspruch auf Mitaufnahme der Familienangehörigen, wenn Einbeziehung der Familie in den Rehabilitationsprozess notwendig (Familienorientierte Rehabilitation)
- Gesonderte Begrenzung der Ausgaben entfällt
- Stationäre Leistungen werden für mindestens vier Wochen erbracht
- Vierjahreswiederholungsfrist findet keine Anwendung mehr bei Kindern und Jugendlichen
- DRV erstellt bis 31.07.18 eine Richtlinie zur Kinder- und Jugendreha

Entwicklung der Kinder- und Jugendreha

Die Kinder- und Jugendreha veränderte sich im letzten Jahrzehnt stark. Insbesondere das Engagement der DRV führte dazu, dass mittlerweile die überwiegende Zahl der Maßnahmen von ihr finanziert wird. Die von der DRV mit den Rehakliniken entwickelte Qualitätssicherung mit regelmäßig überprüften Angebots- und Strukturvorgaben ermöglichte die Rehabilitation schwerer betroffener Kinder und Jugendlichen. Kinder mit leichteren Atemwegserkrankungen kommen nicht mehr in die Rehakliniken, psychische und psychosomatische Störungen stellen mittlerweile die Hauptgruppe. Entsprechend finden sich immer mehr Kinder- und Jugendpsychiater unter den einweisenden Ärzten. Das Alter der Rehabilitanden sank, fast die Hälfte aller Maßnahmen betrifft begleitete Kinder. Viele Kinder und Jugendlichen kommen mit mehreren Diagnosen. Allerdings treten diese in der Behandlung immer mehr in den Hintergrund zu Gunsten des Schweregrads der Teilhabebeeinträchtigungen. Dies ist auch der Auftrag der Kinder- und Jugendrehabilitation, nämlich den Kinder und Jugendlichen wieder die Teilhabe in der Familie, der Schule und im sozialen Umfeld zu ermöglichen.

Diskussion um die Kinder- und Jugendrehabilitation

Trotz der unbestritten hohen Qualität der Kinder- und Jugendreha und des zunehmenden Bedarfs, nahmen die Anträge ab. Die wichtigsten Gründe dafür sind - neben dem demografiebedingten Rückgang der Anzahl der Kinder und Jugendlichen - offensichtlich Barrieren im Zugang (Antragsverfahren,

unklare Zuständigkeit der Leistungsträger), die Verwechslung mit anderen Angeboten, wie den Mutter-Kind-Maßnahmen und die Angst der Eltern vor einem Schulausfall. Die Kinder- und Jugendreha ist sowohl in der Öffentlichkeit wie auch bei den Ärzten zu wenig bekannt. Sie wird als temporäre Intervention wahrgenommen, deren Nachhaltigkeit in Zweifel gezogen wird. Die Wohnortferne der Rehabilitation wird als hinderlich für die Einbeziehung der Eltern angesehen und die Vernetzung mit den anderen Angeboten ist zu wenig ersichtlich.

Klare Zuständigkeit der Rentenversicherung auch für Kinder- und Jugendliche

Mit der Neuregelung als Pflichtleistung und der konkreten Ausgestaltung des Anspruchs sind die Leistungen zur Kinder- und Jugendreha klarer als bisher von anderen Leistungen wie den Mutter-Kind-Maßnahmen abgegrenzt. Die Frage, was denn die Rentenversicherung zum Beispiel mit Kindern mit Entwicklungsstörungen zu tun hat, wird dadurch geklärt, dass der Rentenversicherungsbegriff der späteren Erwerbsfähigkeit auf die Schul- und Ausbildungsfähigkeit ausgeweitet wird. Barrieren wie die bisherige Budgetbeschränkung und die Vierjahreswiederholungsfrist werden aufgehoben. Mit dem im Gesetz formulierten Anspruch auf eine Begleitperson und eine familienorientierte Rehabilitation bei vorliegender Notwendigkeit wird verdeutlicht, dass eine Kinder- und Jugendreha keine isolierte Maßnahme ist, sondern das Umfeld einbezogen wird. Mit der Ausweitung der bisher nur stationären Leistungen auf eine ambulante Rehabilitation und eine Nachsorge bietet die Rentenversicherung künftig die gesamte Versorgungskette an. Mit der Möglichkeit einer Nachsorgeleistung wird auch der Erfolg einer Reha-Maßnahme nachhaltig gesichert.

Kinder- und Jugendrehabilitation als Teil der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Mit der gesetzlichen Profilierung der Kinder- und Jugendrehabilitation sind die Voraussetzungen dafür geschaffen worden, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie diese Leistung der Rentenversicherung in ihr Portfolio aufnimmt und den Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen zukommen lässt, wenn eine Hilfe über die Gespräche und Therapien der Praxis hinaus notwendig wird.

Informationen zur Kinder- und Jugendrehabilitation, zu den Leistungen, Anträgen und Kliniken gibt es auf der Homepage www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de.

Autor:

Alwin Baumann

Bündnis Kinder- und Jugend-Reha /Bundesverband Kath. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e.V.

Forum Ökonomie der Dt. Gesellsch. für Päd. Rehabilitation und Prävention e.V. (DGPRP) / BDPK-FA Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Klinikleiter Kliniken f. Kinder und Jugendliche / Stv. Krankenhausdirektor
Waldburg-Zeil Kliniken / Fachkliniken Wangen / Rehabilitationskinderklinik
Am Vogelherd 14, 88239 Wangen im Allgäu

Tel.: 07522 797-1260, Fax: 07522 797-1117

alwin.baumann@wz-kliniken.de

www.fachkliniken-wangen.de

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Das 4. Heft des „Mitgliederrundbriefes“ (Mrb) des ersten Jahrgangs unseres heutigen „Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ umfasste 61 Seiten. Es war ausnahmsweise weiß und nicht „BKJP-gelb“, denn auf der 4. Umschlagsseite war ein farbiges Inserat von GEIGY für „Tegretal“. Auch beim Heft III-1991 hatte es schon ein Pharma-Inserat gegeben, und zwar für „Convulex“ von Promonta. Bezüglich der Inserate hatte der Herausgeber die Strategie, jeweils nur von einer Firma ein Inserat für ein Antiepileptikum zu schalten. Diese Wirkstoffe waren weitgehend als notwendig und hilfreich konsentiert, von daher politisch unverdächtig. Und die Inserenten waren gehalten, mit dem Inserat Druck- und Versandkosten zu decken. So wurde das künftige „Forum“ kein Inserate-Heft, in dem auch wissenschaftliche und berufspolitische Nachrichten vorkamen. Dies ist bis heute im Wesentlichen auch so geblieben.

Allerdings fanden sich auch damals bereits im Mrb Stellenangebote für Kinder- und Jugendpsychiater, z. B. aus Lüneburg. Die Themenfülle des Heftes IV-1991 war reicher, als es 61 Seiten vermuten lassen.

Im Brief des Vorsitzenden berichtete dieser über die Teilnahme von Dr. Reinhard Schydlo, Gründungsvorsitzender und damals stellvertretender Vorsitzender des BKJP, am 9. Kongress der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Thema „Bewältigung von Störungen – Kind und Familie“. Auf diesem Kongress wurde auch über die Gründung einer europäischen „Fachsektion für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ verhandelt, was aber erst später zum Erfolg führte. Immerhin war Dr. Schydlo bereits damals im „Harmonisierungsausschuss“ der Europäischen Gemeinschaft tätig, der sich um die Angleichung der Facharztstandards in den europäischen Ländern bemühte.

Im Zusammenhang mit der Jahrestagung der BAG am 21./22.10.1991 in Klingenmünster verabschiedeten die Vorstände der 3 kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände eine gemeinsame Empfehlung zur Altersgrenze kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten:

„Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages für die Untersuchung und Behandlung verhaltensauffälliger, seelisch gestörter, psychisch und psychosomatisch kranker Kinder, Jugendlicher und Adoleszenter bis zum Abschluss des 21. Lebensjahres zuständig. Bei erheblichen Entwicklungsdefiziten, - nicht nur im intellektuellen Bereich -, erstreckt sich der Behandlungsauftrag auch auf junge Erwachsene bis zum Abschluss des 27. Lebensjahres, analog den Regelungen im KJHG.“

In einer weiteren gemeinsamen Resolution an die Ständige Konferenz Ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer forderten die 3 Verbände, in die seinerzeit laufenden Beratungen zur Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung einbezogen zu werden.

Zwischen den 3 Vorständen bestand Einigkeit, die Dauer der Weiterbildung von bisher 4 auf insgesamt 5 Jahre zu erhöhen, von denen fakultativ 1 Jahr bei einem ermächtigten, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater absolviert werden konnte. (Daraus sind dann 2 Jahre geworden.)

Strittig war, inwieweit die Neurologie in unser Fachgebiet einbezogen werden sollte. Da hatte die „Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters“ der ehemaligen DDR eine lange Tradition, während die neuropsychiatrischen Kenntnisse bei vielen westdeutschen Kinder- und Jugendpsychiatern eher dürftig waren.

Einigkeit bestand wieder in der Forderung, dass die Psychotherapie integraler Bestandteil unseres Fachgebietes bleiben bzw. werden sollte und dass dies auch im Namen des Fachgebietes zum Ausdruck kommen müsste. Auf jeden Fall sollte aber der Weiterbildungskatalog so gestaltet werden, dass mit Abschluss der Facharztweiterbildung auch die Bezeichnung „Psychotherapie“ erworben werden konnte. Das war bisher nicht so, auch wenn ca. 80 Prozent aller Kinder- und Jugendpsychiater freiwillig eine psychotherapeutische Ausbildung absolvierten (s. Forum III-1991).

In einem gemeinsamen Verbändegespräch wurde am 12. September 1991 der Bundesgesundheitsministerin, Frau Gerda Hasselfeldt, heute Vorsitzende der CSU-Landesgruppe und 1. Stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag, und ihren Fachreferenten die Versorgungs-

situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Insbesondere wurden ihr die Notwendigkeit der Einbeziehung nicht-ärztlicher Tätigkeit in die multiprofessionell ausgerichtete kinderpsychiatrische Versorgung und unsere Stellungnahme zum Psychotherapeutengesetz erläutert.

Über dieses Ministergespräch hinaus wurde durch persönliche und briefliche Kontakte bei den ärztlichen Bundestagsmitgliedern und den Mitgliedern der Ausschüsse für Gesundheit und Soziales dafür geworben, im Rahmen der anstehenden Novellierung des SGB V die Einbeziehung nichtärztlicher Leistungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung als verbindliche Leistung der Krankenkassen festzulegen. Die Namen der ärztlichen MdBs (immerhin 11!) und der Ausschussmitglieder wurden im Mrb veröffentlicht, um die Mitglieder des BKJP anzuregen, auch ihrerseits als Wähler bei den Parlamentariern vor Ort aktiv zu werden. Allerdings zeigten zu der Zeit die Bundesregierung und die Krankenkassen aus Furcht vor unkontrollierbaren Kostensteigerungen eine abwehrende Haltung. Positives Echo fanden damals diese Vorschläge nur in den Fraktionen von SPD und PDS/Linke Liste.

Der Vorschlag des BKJP zur künftigen Formulierung des § 43 a SGB V findet sich auf S. 8 des Mitgliederrundbriefes IV-1991.

Ebenfalls aufgeschlossen gegenüber der Einbeziehung nichtärztlicher Leistungen in die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zeigte sich inzwischen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die anfangs sehr zurückhaltend reagiert hatte.

Weitgehend erfolgreich waren die Verhandlungen mit KBV und dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zur Wiedereinführung tiefenpsychologisch fundierter Gruppentherapie für Jugendliche, in die ambulante Versorgung. Dabei war der Begriff „Jugendliche“ nicht starr am Alter sondern an der Entwicklung orientiert, so dass eine flexible Handhabung möglich wurde. Diese Leistung war im Rahmen einer EBM-Novelle entfallen. Dagegen war es Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl als Vertreter der DGKJ und dem Rezensenten als Vertreter des BKJP nicht gelungen, auch die Gruppentherapie für Kinder wieder zu etablieren. Zu diesem Zeitpunkt gab es kaum valide Studien über die Wirksamkeit von Gruppentherapie bei Kindern, und unser Hinweis auf die positiven klinischen Erfahrungen reichte nicht.

Dies war eine eindrückliche Erfahrung, wie wichtig hochwertig, wissenschaftliche Studien auch in unserem Fachgebiet sind, um „gute Praxis“ als Erfahrungswert in der Versorgung vertraglich abzusichern, und wie notwendig der lebendige Austausch und die gegenseitige Ergänzung der vorwiegend

wissenschaftlich und der vorwiegend in der Versorgung tätigen Kinder- und Jugendpsychiater ist.

Neben den berufspolitischen Themen im Brief des Vorsitzenden wurden im Mitgliederrundbrief IV-1991 vor allem die Vorträge und Ergebnisse der Arbeitsgruppen des „Symposiums zur Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen“, das am 6./7. September 1991 in Burg, Kreis Lübben, durchgeführt worden war, dargestellt.

Dr. med. Ulrich Schumann, Pirna, schilderte „Erste Erfahrungen in der eigenen Niederlassung“

Er und Dr. Helga Epple, Heilbronn, stellten die „Ergebnisse und Diskussionspunkte der AG Ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte“ dar.

Dr. Bärbel Kinze und Dr. med. habil. Wolfram Kinze, beide Lübben, berichteten über die „Arbeit in der kinderpsychiatrischen Institutsambulanz der Landesklinik Lübben“.

Dr. med. Gisela Behrendt, Leipzig, schilderte die „Kinderpsychiatrische Arbeit im kommunalen Bereich“ vor und nach dem Herbst 1989.

Dr. med. Klaus-Jürgen Ehrhardt stellte als Leiter der Kinder-Jugend-Eltern-Beratung der Stadt Frankfurt am Main die Aufgaben der „Kinder- und Jugendpsychiatrie im öffentlichen Gesundheitsdienst“ dar.

Dr. med. Walter Landsberg, Dortmund, beschrieb „Der leitende Abteilungsarzt und Chefarzt im Krankenhaus, Arzt und Manager, Anforderungen und Aufgaben“, außerdem zusammen mit Prof. Dr. sc. med. Jürgen Vesper, Berlin, die Ergebnisse der Arbeitsgruppe 4 „Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Fachklinik“

Dr. med. Agathe Israel referierte „Zur Situation der psychotherapeutischen Versorgung in den neuen Bundesländern“ und „Kinder- und Jugendhilfe in den neuen Bundesländern, Voraussetzungen, Erfordernisse, Perspektiven“.

In der Rubrik „Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen stellen sich vor“ beschrieb Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Löchel die Aufgaben, Struktur und Arbeitsweise der „Johanniter-Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Carmen-Sylva-Garten Neuwied“.

Den Abschluss dieses Heftes bildete eine Darstellung der „Stiftung Michael – zur Bekämpfung der Anfallskrankheiten und ihrer individuellen und sozialen Folgen.“

Die oben aufgeführten Beiträge sind noch vorhanden und können ggf. bei dem Rezensenten angefordert werden. Ein Geburtstagswunsch des „forums“, das mit diesem Heft sein 26. Erscheinungsjahr vollendet, wäre, dass alle bisherigen Ausgaben des Mitgliederrundbriefes/forums allen Interessenten auf der Homepage des BKJPP zur Verfügung gestellt werden. Ein Anfang dazu wurde vor Jahren bereits gemacht.

Außerdem steht das „forum“, damals noch als „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ seit dem „Mitgliederrundbrief II-1993 unter ISSN 0943-8831 auch in allen öffentlichen Bibliotheken zur Verfügung.

Was berufspolitisch im Frühjahr 1992 wichtig war und was alles im Forum/Mitgliederrundbrief I/1992 stand, das erfahren Sie im „forum 1/2017“. Bleiben Sie neugierig!



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 ausgeschreiben, 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 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, 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“

Anja Walczak
Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

BIC: GENODEM1GBU, IBAN: DE79 4226 0001 0164 1643 00

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

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.