

## Inhalt

### *Editorial:*

Neurokonstruktivismus und abweichende kindliche Entwicklung <i>Ingo Spitzok von Brisinski</i> .....	3
--	---

Die Gruppentherapie beginnt vor der Gruppentherapie – Systemisch-lösungsorientierte AFoG <i>Rainer Hirschberg</i> .....	6
---	---

Ich spiele mich selbst oder höre, was ich nicht sage Musiktherapie in der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Lübeck <i>Gundula Buitkamp-Nagel</i> .....	19
---	----

Dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) in der stationären Behandlung von männlichen Jugendlichen <i>Sonia Ludewig, Anne Kristin von Auer, Simone Stojan, Oliver Soyka</i> .....	33
---	----

Zum Umgang mit Grenzbefunden am Beispiel autistischer Symptome <i>Ingo Spitzok von Brisinski</i> .....	51
---	----

### *Ausschreibungen:*

10. ADHS-Förderpreis .....	90
Preis des Videoforums der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e.V. ....	92
Medizin-Management-Preis 2013.....	93

### *Rezensionen:*

Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	93
EFPPP Jahrbuch 2012 Empirische Forschung in der forensischen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie .....	94
Das spontane Ruhe-EEG .....	95
Ritalin und Liebe: Geschichte eines ADHS-Kindes und Jugendlichen .....	97
Systemisch-lösungsorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen .....	102
Künstlerische Projektarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	103
Hinweise für Autoren .....	105

*Editorial:*

## **Neurokonstruktivismus und abweichende kindliche Entwicklung**

Beim Begriff „Neurokonstruktivismus“ mag man an den „Baum der Erkenntnis“ von Maturana und Varela (1987) denken, an neurophilosophische Sichtweisen wie „Sie‘, Ihre Freuden und Leiden, Ihre Erinnerungen, Ihre Ziele, Ihr Sinn für Ihre eigene Identität und Willensfreiheit – bei alledem handelt es sich in Wirklichkeit nur um das Verhalten einer riesigen Ansammlung von Nervenzellen und dazugehörigen Molekülen. Lewis Carrolls Alice aus dem Wunderland hätte es vielleicht so gesagt: ‚Sie sind nichts weiter als ein Haufen Neurone‘“ (Crick 1994, S. 17) und „Unsere Wahrnehmung ist ... eine Online-Simulation der Wirklichkeit, die unser Gehirn so schnell und unmittelbar aktiviert, dass wir die fortwährend für echt halten“ (Siefer und Weber 2006, S. 259) oder auch an die Kritik des neurobiologischen Reduktionismus von Fuchs (2009). Innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie existieren nicht nur konstruktivistische und neurokonstruktivistische Ansätze bzgl. systemischer Therapie (Rotthaus 1998), sondern u. a. auch zum Krankheitsverständnis (Spitzcok von Brisinski 1999a, 2007) und in der Elektroenzephalographie (Spitzcok von Brisinski 1999b).

„Neuroconstructivism“ i. S. von Karmiloff-Smith (1998) meint einen Theorierahmen, der das dynamische Wechselspiel zwischen verschiedenen Entwicklungsbereichen erfasst und zunehmend Berücksichtigung in der ‚cognitive and developmental neuroscience‘-Forschung findet (Sirois et al. 2008). Der neurokonstruktivistische Ansatz fokussiert auf den Entwicklungsprozess selbst als Schlüssel zum Verständnis von Entwicklungsstörungen (Karmiloff-Smith 1998). Es wird besonderes Augenmerk gelegt auf früh auftretende Unterschiede – genetische Veränderungen, Umweltfaktoren, Hirn-Trauma –, die multiple interagierende Entwicklungsverläufe im Verlauf beschränken können (Farran & Karmiloff-Smith 2012).

Es ist selbstverständlich, dass sowohl Beiträge von Genen als auch Umwelt zu Entwicklung beitragen, aber Theorien unterscheiden sich in Bezug auf die Rollen, die sie jedem zuschreiben, was die Art und Weise, wie Entwicklungsstörungen erforscht werden, stark beeinflusst. Der strikt nativistische Ansatz zu abnormalen Phänotypen, inspiriert von der Neuropsychologie Erwachsener und der Entwicklungspsychologie, versucht Beeinträchtigungen bereichsspezifischer kognitiver Module zu identifizieren und untersucht das Nebeneinander eingeschränkter und intakter Fähigkeiten. Der neurokonstruktivistische Ansatz unterscheidet sich dagegen in mehrfacher Hinsicht:

- I. Er sucht eher indirekt Ursachen unterer Ebenen der Anomalie als beeinträchtigte kognitive Module;
- II. von Modulen wird angenommen, dass sie durch einen Entwicklungsprozess von Modularisierung entstehen;
- III. im Gegensatz zum Empirismus akzeptiert der Neurokonstruktivismus einige Formen von von Natur aus festgelegten Ansatzpunkten, aber im Gegensatz zum Nativismus sind diese anfangs ‚bereichsrelevant‘ und werden nur bereichsspezifisch im Prozess der Entwicklung und spezifischen Wechselwirkungen mit der Umwelt;
- IV. andere kognitive Störungen werden als auf einem Kontinuum liegend berücksichtigt anstatt wirklich spezifisch zu sein.

(Karmiloff-Smith 1998).

Farran und Karmiloff-Smith (2012) vertreten die These, dass kognitive Fähigkeiten ein Ergebnis der Interaktionen von Genexpression, kortikalen und subkortikalen Netzwerken sowie Umwelteinflüssen sind. In ihrem Buch zur Entwicklung über die Lebensspanne der Ebenen Genetik, Gehirn, Kognition und Umwelt wird anhand des Williams-Beuren-Syndroms (WBS) der Einfluss von Genen, Hirnentwicklung, Verhalten und individuellem Umfeld auf die Entwicklung dargestellt. WBS wird dabei als Modellerkrankung benutzt, um den Ansatz der Autoren zu verdeutlichen, und es wird mit anderen Störungen wie Autismus, Dyskalkulie, Down-Syndrom, Lese-Rechtschreibstörung, Fragiles X-Syndrom, Prader-Willi-Syndrome, Sprachentwicklungsstörung, Turner-Syndrom verglichen, um Unterschiede in der Entwicklung zu erläutern unter Berücksichtigung verbaler, nonverbaler und sozialer Bereiche. Dabei wird die Wichtigkeit von ‚developmental timing‘ veranschaulicht: Die

Entwicklung einer kognitiven Fertigkeit zu einem spezifischen Zeitpunkt kann sich auf die nachfolgende Entwicklung innerhalb eines Bereichs, aber auch bereichsübergreifend auswirken.

Der Ansatz der Arbeitsgruppe Mareschal et al. (2007a, b) bzw. Westermann et al. (2007) versucht kindliche Entwicklung zu verstehen durch Integration von Daten aus kognitiven Studien, Computer-, Roboter- und Rechenmodellen bzw. -modellierungen und Neuroimaging (u. a. ERP, MEG, fMRI und NIRS), aber auch TMS. Sie stellen u. a. für Autismus (Cohen 2007), Sprachentwicklungsstörung und Dyslexie dar, wie abweichende Entwicklung verstanden werden kann als Ablauf typischer Entwicklungsprozesse unter eingeschränkten Rahmenbedingungen.

Bennett et al. (2013) betrachten Theory of Mind (ToM), Sprache und adaptive Fertigkeiten im Verlauf von Autismusspektrumstörungen aus einer neurokonstruktivistischen Perspektive. Sie fanden, dass ToM zwar vermittelt zwischen Sprache und Anpassungsfertigkeiten im kommunikativen Bereich, aber nicht im sozialen Bereich. Dieses Ergebnis stellt daher die Nützlichkeit von ToM als integrierende bzw. allgemeine Theorie für Autismusspektrumstörungen in Frage.

*Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski*

## Literatur

- Bennett TA, Szatmari P, Bryson SE, Duku E, Vaccarella E, Tuff L* (2013) Theory of Mind, language and adaptive functioning in ASD: A neuroconstructivist perspective. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 22(1), 13–19
- Cohen IL* (2007) A neural network model of autism: implications for theory and treatment. In: Mareschal D, Sirois S, Westermann G (2007) *Neuroconstructivism - II: Perspectives and Prospects (Developmental Cognitive Neuroscience)*. Oxford: Oxford University Press, 231-264
- Crick F* (1994) *Was die Seele wirklich ist. Die naturwissenschaftliche Erforschung des Bewußtseins*. München: Artemis & Winkler
- Farran EK, Karmiloff-Smith A* [eds.] (2012) *Neurodevelopmental Disorders Across the Lifespan: A Neuroconstructivist Approach*. Oxford: Oxford University Press
- Farran EK, Karmiloff-Smith A* [eds.] (2012) Williams syndrome: A model for the neuroconstructivist approach. In E. K. Farran & A. Karmiloff-Smith (Eds.), *Neurodevelopmental*

Disorders Across the Lifespan: A Neuroconstructivist Approach. Oxford: Oxford University Press, 1-13

- Fuchs T* (2009) Das Gehirn - ein Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer W., 2. Aufl.
- Karmiloff-Smith A* (1998) Development itself is the key to understanding developmental disorders. *Trends in Cognitive Sciences*. 2(10), 389-398
- Mareschal D, Johnson M, Sirois S, Spratling M, Thomas M, Westermann G* (2007a) Neuroconstructivism - I: How the Brain Constructs Cognition (Developmental Cognitive Neuroscience). Oxford: Oxford University Press
- Mareschal D, Sirois S, Westermann G* (2007b) Neuroconstructivism - II: Perspectives and Prospects (Developmental Cognitive Neuroscience). Oxford: Oxford University Press
- Maturana H, Varela F* (1987) Der Baum der Erkenntnis. Bern: Scherz 1987
- Rotthaus W* (1998) Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag Modernes Lernen. 2. Aufl.
- Siefer W, Christian Weber Ch* (2006) Ich - Wie wir uns selbst erfinden. Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Sirois S, Spratling M, Thomas MS, Westermann G, Mareschal D, Johnson MH* (2008) Précis of neuroconstructivism: How the brain constructs cognition. *The Behavioral and Brain Sciences*, 31(3), 321-331; discussion 331-356
- Spitzok von Brisinski I* (1999a) Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie - DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. *Zeitschrift für systemische Therapie* 17, S. 43-51
- Spitzok von Brisinski I* (1999b) Neurophysiologische Basisdiagnostik: Indikation und Befunderhebung. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 9, Heft 2, 24-58. [http://www.kinderpsychiater.org/eeg\\_neurophysiologie\\_kinderpsychiatrie.php5](http://www.kinderpsychiater.org/eeg_neurophysiologie_kinderpsychiatrie.php5)
- Spitzok von Brisinski I* (2007) Systemisches Gedankenregister: Diagnosen, Narrative und Konstruktivismus. <http://www.systemisch.net/gedankenregister/diagnosen.htm>
- Westermann G, Mareschal D, Johnson MH, Sirois S, Spratling MW, Thomas MSC* (2007) Neuroconstructivism. *Developmental Science* 10(1), 75-83

# Die Gruppentherapie beginnt vor der Gruppentherapie – Systemisch-lösungsorientierte AFoG

*Rainer Hirschberg*

## Was bedeutet AFoG?

Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie (AFoG) wurde über einen Zeitraum von 10 Jahren in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis am Königsteich in Hildesheim entwickelt und bedeutet, dass die Kinder und Jugendlichen an einem von ihnen mitentwickelten Auftrag innerhalb eines Gruppentherapiesettings fokussiert über einen kurzen Zeitraum arbeiten. Einen zentralen Stellenwert nimmt hierbei das Auftragsklärungsgespräch ein, das vor dem eigentlichen Gruppenbeginn die Anliegen der Kinder, Eltern und etwaiger weiterer Personen oder Institutionen, wie etwa Schulen in einem Auftrag zu bündeln versucht. Terminologisch ist im Folgenden zu beachten, dass Anliegen von Aufträgen unterschieden werden (Loth 1998, Ludewig 2012). Die Anliegen der Beteiligten werden zu einem gemeinsamen Auftrag gebündelt, mit anderen Worten, „[...] ein Auftrag ist etwas, das nur gemeinsam geht. Ein Auftrag ist erst dann zustande gekommen, wenn beide Seiten ihm zugestimmt haben“ (Loth 2004, S. 27). Anliegen von Institutionen, etwa Schulen, oder anderen Personen können mittels zirkulärer (Simon & Rech-Simon 1999) oder reflexiver Fragen (Tomm 2004) mit in den Verhandlungsprozess während des Auftragsklärungsgesprächs eingehen („Woran könnte jemand in der Schule bemerken, dass sich durch die Gruppentherapie etwas verändert hat?“). Allerdings bleibt festzuhalten, dass die eigentlichen Auftraggeber für eine Therapie die Eltern und die Kinder sind. Steiner und Berg postulieren, dass die Probleme der Kinder von Erwachsenen definiert werden (2006, S. 37) und leiten daraus ab, dass von Kindern als „unfreiwilligen Klienten“ auszugehen sei und bei der Arbeit mit diesen „[...] ist es entscheidend, dass man sich mit Aspekten beschäftigt, die für *sie* wichtig sind, und nicht mit

denen, die der Therapeut (respektive die Eltern, Ergänzung R. H.) für wichtig hält“ (S. 55). Häufiger seien auch die Eltern „unfreiwillig Freiwillige“, die oft zu einer Therapie der Kinder gezwungen würden (ebenda) bzw. sich gezwungen fühlen. Daher geht AFoG unter der Prämisse einer *kindorientierten Therapie* (Wilson 2003) davon aus, dass die Kinder und Jugendlichen das letzte Wort hinsichtlich einer Teilnahme an der Gruppentherapie haben. Nur ein Auftrag, mit dem die Kinder übereinstimmen und der von ihnen als stimmig erlebt wird, wird auch *behalten*. Aus dieser Haltung heraus ergibt sich die These: *Bei Widerständen von Kindern während der Gruppentherapie ist zunächst von einem Fehler der Therapeuten bei der Auftragsklärung auszugehen*. Widerstand ist kein systemisches Konzept und wird hier umgangssprachlich verwendet und als produktives Geschehen zum Beziehungsaufbau verstanden. Widerstände werden aus Sicht lösungsorientierter Therapie auch als „[...] ein natürlicher Schutzmechanismus oder realistischer Wunsch angesehen, vorsichtig zu sein und langsam vorzugehen“ (De Shazer & Dolan 2008). Sogenannte Widerstände können schnell entstehen, wenn aufgrund einer Indikationsstellung Erwachsene entschieden haben, dass ein Kind an einer Gruppentherapie teilnimmt. So nehmen Kinder als „unfreiwillige Klienten“ unfreiwillig an einer Gruppentherapie teil. Wird diese Störung dann noch dem Kind zugeschrieben, entwickelt sich keine wertschätzende Atmosphäre innerhalb der Gruppe, in der Kinder sich trauen, offen und damit auch verletzlich zu zeigen. Kinder ernst nehmen während des Auftragklärungsgesprächs bedeutet auch, dass die Kinder sich *gegen* eine Gruppentherapie entscheiden können, auch wenn die Indikationsstellung, Reparaturphantasien der Eltern hinsichtlich der Gruppentherapie („Nach der Gruppe soll mein Kind nicht mehr so aggressiv sein“) oder noch freie Therapieplätze auf der Warteliste für eine Gruppentherapie dagegen sprechen könnten. Diese Haltung basiert auf der Annahme, dass Kinder und Eltern Experten für eigene Lösungen sind. Das Auftragklärungsgespräch sollte mit etwas Positivem beginnen, die Therapeutinnen sollten die Eltern als Verbündete gewinnen, die Sichtweise der Kinder erkennen (De Jong & Kim Berg 1998, S.266 ff.). Dann erst kann sich die Möglichkeit eröffnen, dass das Kind eine Wahl im doppelten Sinn hat: Es kann sich für oder gegen AFoG und es kann sich für eine mögliche Veränderung entscheiden. Diese Überlegungen führen zu einer weiteren These: „Der ‚Luxus‘ der Wahlfreiheit *vor* der AFoG erzeugt einen Luxus wertschätzender Atmosphäre *während* der AFoG.“ (Hirschberg 2012a). Holtz und Mrochen verweisen auf neuere Motivationstheorien, die als notwendige Voraussetzungen für Lern- und Veränderungsmotivation ein Umfeld betonen, das Selbstbestimmung und Autonomie fördert, sowie ein Gefühl von Kompetenz und ei-

gener Wirksamkeit erkennen lässt (2009, S. 38). Diese empirisch unmittelbar evidenten Aussagen beschreiben das Lernumfeld der AFoG, in dem während eines Auftragsklärungsgesprächs aus den verschiedenen Anliegen ein Auftrag entsteht (mit Veto-Recht für das Kind), der als Veränderungsbegleiter dem Kind eine Orientierung im Gruppentherapieprozess gibt: *Die Gruppentherapie beginnt vor der Gruppentherapie.*

## **Systemische und ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen**

Über das Thema systemische Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen wurde erst in den letzten zehn Jahren vermehrt publiziert. Nach vereinzelt Aufsätzen zu diesem Thema (u. a. Caby 2002a, 2002b, Hubert & Vogt-Hillmann 2002, Vogt & Caby 2002, Hirschberg & Peiser 2006) erschien die Aufsatzsammlung *Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen* (Vogt & Caby 2009), die einen Überblick über diesen Themenbereich bietet. Noch spärlicher sind Ansätze systemische Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen zu evaluieren (Hirschberg & Peiser 2006, Hirschberg & Meyer 2010). Eine Auftragsklärung systematisch in Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen einzubinden, wurde von systemisch orientierten AutorInnen bislang kaum publiziert, wenige Ansätze kontrakt- und auftragsorientierten Arbeitens in Gruppen mit Kindern finden sich psychodramatisch orientiert bei Aichinger und Holl (2010) und unter einer verhaltenstherapeutischen Perspektive bei Borg-Laufs und Hungerige (2005).

Systemische Gruppentherapie müsste die Kriterien, die Rotthaus' Entwurf eines systemischen Verstehens und Handelns als Prämisse für systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umreißt, erfüllen. Im einzelnen sind dies: (1) Kundenorientierung, (2) Kontextorientierung, (3) ein systemisches Krankheitsverständnis, (4) Ressourcenorientierung und (5) Zukunftsorientierung (Rotthaus, 2002).

Der Begriff *Kundenorientierung* kennzeichne ein Vorgehen, „[...] das streng am Auftrag des Klientensystems orientiert ist und der Auftragsklärung in der differenzierten Betrachtung von Anlass, Anliegen, Auftrag und Zielformulierung hohe Bedeutung beimisst [...] Autonomie und Selbstbestimmung des Klientensystems werden im größtmöglichen Umfang gewahrt“ (Rotthaus



2002, S. 526). Dieses Kernkriterium ist durch die Methode des auftragsfokussierten Arbeitens innerhalb der AFoG unmittelbar evident.

Unter *Kontextorientierung* versteht Rotthaus die Erfahrung, dass das Verhalten eines Menschen am leichtesten zu verstehen sei, wenn man die Person in seinem Interaktionsfeld betrachtet (2002, S. 527). Die Kontextorientierung verweise auf Klärung der Zuständigkeiten, wozu Fragen dienen wie: Wer ist für das Kind formal zuständig? Wer formuliert Aufträge bzw. Anliegen? Wer macht Kontrolle und wer macht Therapie? Und ganz wichtig: Wer hält sich raus? (ebenda). Gerade die letzte Frage liefert Hinweise auf eine gelingende Auftragsklärung. Die Fragen ließen sich erweitern auf Fragen: Wer ist im System verantwortlich für was? Wer wünscht Veränderung, wer möchte den Status beibehalten? Welche Loyalitäten verbinden die einzelnen Mitglieder des familiären Systems? In welchen Kontexten werden die als problematisch beschriebenen Verhaltensweisen wahrgenommen und in welchen nicht? Wer leidet am meisten?

Wenn ein Elternteil eine (Gruppen-)Therapie stark befürwortet und der andere Elternteil lehnt die Therapie ab, führt dies möglicherweise schon zu Loyalitätskonflikten bevor die Therapie überhaupt beginnt. Dies zu eruieren und auch zu thematisieren sollte vor der (Gruppen-)therapie innerhalb des Auftragsklärungsgesprächs stattfinden. AFoG erfüllt dementsprechend auch das Kriterium der Kontextorientierung.

Bezüglich des *systemischen Problem- und Krankheitsverständnisses* formuliert Rotthaus aus systemtherapeutischer Perspektive ein Problem- und Krankheitsverständnis, „[...] das die Objektivität nosologischer Einordnungen in Frage stellt und weitgehend ohne Festlegungen auskommt, die die therapeutische Freiheit einengen und die Offenheit möglicher Entwicklungen beschränken“ (2002, S. 528). Menschen zeigten ein Verhalten, das andere – eventuell auch oder sogar allein sie selbst als Beobachter ihrer selbst – als Problem erlebten oder ansähen (ebenda). AFoG ist als eine diagnosesunspecifische Gruppentherapie konzipiert (Hirschberg 2009, S. 43), was bedeutet, dass AFoG ein *auftrags- statt ein diagnosespezifisches* Angebot darstellt.

Eine (und nicht *die*) Indikationsstellung ergibt sich aufgrund einer fachärztlichen Einschätzung der Notwendigkeit einer Gruppentherapie, um im Rahmen des Versorgungssystems der Krankenkassen eine Finanzierung der Therapie zu gewährleisten. Weitere Indikationsfaktoren ergeben sich durch die *Auftragsfähigkeit* und *Auftragsbereitschaft* der Kinder und ihrer Eltern. Bei

einem dreijährigen Kind ist aus entwicklungspsychologischen Gründen kaum von einer Auftragsfähigkeit auszugehen, abhängig von dem Entwicklungsstand der Kinder hat sich ein Alter ab 6 Jahren für Auftragsklärungen als sinnvoll herausgestellt. Ein Kind oder Eltern, die nicht bereit sind an einer Gruppentherapie teilzunehmen, sind nicht auftragsbereit. Dann stellt sich die Frage, welche Angebote die Kinder und/oder Eltern für ihre Anliegen als hilfreicher erachten würden. Dies könnte eine Einzeltherapie, Familientherapie oder Verweis an eine Jugendhilfemaßnahme oder stationäre Therapie sein oder etwas anderes, was das Kind oder/und die Eltern als möglicherweise hilfreich erachten, z. B. ein Schulwechsel.

Der hohe Stellenwert der *Ressourcenorientierung* wird von Rotthaus im Rahmen des systemischen Therapiemodells betont: „Ressourcenorientierung kennzeichnet eine Haltung und Sichtweise des Therapeuten, sowie ein Bemühen, vorwiegend Dialoge über das zu führen, was gelingt, und die Momente, die gut sind [...] Ressourcenorientierung basiert auf der Überzeugung, dass das Klientensystem in der Regel für das eigene Wohlbefinden den richtigen Weg selber findet“ (2002, S. 530). Auch dieses Kriterium wird von der AFoG erfüllt.

In der *Zukunftsorientierung* sieht Rotthaus die dominierende Denkrichtung im systemtherapeutischen Ansatz, es sei nicht das Herausfinden der Ursache Grundlage der Therapie, sondern vielmehr das Erforschen erwünschten Zielverhaltens: „Diese Erarbeitung klarer Zielvorstellungen für den therapeutischen Prozess dient einerseits der Destabilisierung festgefahrener Verhaltensmuster sowie andererseits als Basis der weiteren Entwicklung. Die gemeinsam mit dem Klienten entwickelten Ziele übernehmen Katalysatorfunktionen, bieten Perspektive und ermitteln motivationalen Anreiz“ (a. a. O., S. 529). Durch die klare Auftragsklärung und ritualisierte Auftragsfokussierung hält die AFoG auch diesem Kriterium systemtherapeutischen Handelns nach Rotthaus stand.

### **AFoG in der Praxis**

AFoG ist ein Metakonzept, das eine Anliegenbündelung während eines Auftragsklärungsgesprächs zu einem Auftrag intendiert, um diesen Auftrag als Veränderungsbegleiter den Kindern während der Gruppentherapie an die Hand zu geben. Während der einzelnen Gruppentherapiessitzungen benennen die Kinder in einer ritualisierten Arbeitsrunde ihren Auftrag und schätzen die Veränderungen auf einer Skala von 1 bis 10 ein. Dabei bedeutet 1 die erste

Gruppenstunde und 10, dass das Ziel erreicht ist. Skalierungen dienen der Generierung von Unterschieden, um Veränderungen beschreiben zu können (Berg & de Shazer 1988, Vogt-Hillmann et al. 1998). Skalieren lässt sich jedoch nicht als einfache Technik beraterischen oder therapeutischen Handelns verstehen, sondern Skalieren „[...] entfaltet erst in einer kunden-, kontext-, ziel-, zukunfts- und lösungsorientierten Haltung der therapeutischen Gesprächsführung ihr sprach- und damit ihr wirklichkeitsveränderndes Potential“ (Hirschberg 2012b). Ein zweiter Abschnitt der Gruppentherapiestunden enthält verschiedene Inhalte, abhängig von den Formaten der AFoG. Die einzelnen Gruppenformate beinhalten alle die Grundannahmen der AFoG, insofern wird AFoG als ein Metakonzept verstanden.

Folgende 5 Gruppenformate werden wöchentlich mit Cotherapeuten vom Autor angeboten:

1. Stärken-stärken-Gruppe (6-8 J.)
2. Die Reisenden (8-12 J.)
3. Die Zauberlehrlinge (8.-12 J.)
4. Schatzgruppe (10-12 J.)
5. O.K. Gruppe (13-16 J.)

Auf die inhaltliche Ausgestaltung der Gruppenformate kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden, ein ausführliche Darstellung findet sich bei Hirschberg (2012a).

Die Gruppen 2.-5. umfassen eine Gruppenkernzeit von 10 Treffen, jeweils nach der 5. und 10. Sitzung ist ein Elterntreffen anberaumt. Nach Abschluss der Kerngruppenzeit findet ein 1. Bilanztreffen mit den Kindern und ihren Eltern statt, um bisherige Veränderungen zu besprechen und mittels einer erneuten Auftragsklärung das weitere Procedere abzustimmen. Drei Monate nach Abschluss der Kerngruppenzeit treffen sich Eltern und Kinder zu einem 2. Bilanztreffen, um die Gruppentherapie gemeinsam zu beenden. Für die Gruppentherapie sind zwei Zeitstunden belegt, wobei 75 Minuten auf die Gruppentherapie entfallen. Die übrigen 45 Minuten dienen der Dokumentation, des Austauschs der TherapeutInnen und lassen noch Zeit für kurze Nachgespräche. Zwei GruppenleiterInnen sind unbedingt notwendig. Für die Stärken-stärken-Gruppe bieten wir drei Elterngespräche mehr an, der Grund hierfür liegt in dem stärker pädagogischen Anteil bei der Arbeit mit Kindern in dieser Altersgruppe.

Die Kinder können, wenn sie sich dafür entscheiden, nicht nur an einem, sondern an bis drei zu Aufträgen gleichzeitig arbeiten. Das Kriterium, dass die Kinder an den Aufträgen arbeiten, ist die spontane Erinnerung der Kinder an die Aufträge. Die Aufträge sollten konkret, positiv und zukunftsorientiert formuliert sein.

## Grundannahmen der AFoG

Der AFoG liegen verschiedene Grundannahmen zugrunde, von denen sieben exemplarisch hier kurz erläutert werden, im einzelnen sind diese:

1. Wertschätzung
2. Auftrags- und Aufmerksamkeitsorientierung bzw. -fokussierung
3. Beobachtung
4. Entscheidung
5. Transparenz
6. Respekt gegenüber unterschiedlichen Wirklichkeiten
7. Kinder und Eltern als Experten

Das Prinzip der *Wertschätzung* beschreibt eine grundlegende Haltung hinsichtlich dem Gegenüber, seinem Anliegen und Leiden. Wertschätzung ist eine Aufgabe, die es im Hier und Jetzt fortwährend vom Therapeuten zu aktualisieren gilt, denn niemanden ist es geschenkt grundsätzlich wertschätzend zu sein. Wertschätzung, Respekt und Mitgefühl bilden die Grundlage therapeutischen Arbeitens.

*Aufmerksamkeitsfokussierung durch Auftragsorientierung:* Dieses Prinzip erlaubt allen Beteiligten eine permanente Evaluation des Therapieprozesses durch Fokussierung der Aufmerksamkeit auf ein gemeinsam ausgehandeltes Ziel. Gleichzeitig impliziert die Aufmerksamkeitsfokussierung durch Auftragsorientierung eine Lösungsstrance in Richtung eines erwünschten Zielzustandes getreu dem Sprichwort: Wer sein Ziel kennt, ist auch schon auf dem Weg dorthin.

*Beobachten und Beschreiben:* Da davon auszugehen ist, dass Beobachtung das Beobachtete verändert, entsteht durch die Beobachtung die Möglichkeit einer spontanen Veränderung und ermöglicht spontane Ausnahmefahrungen wahrzunehmen. Die Erfahrung, dass ich mehr bin als meine Beobachtung, stellt sich häufig zusätzlich spontan ein. Gleichzeitig hilft diese Me-

taposition die Gedanken über einen gewissen Zeitraum zu fokussieren. Im zweiten Schritt folgt die Möglichkeit etwas zu beschreiben, denn erst durch die Beschreibung *veräußert* sich die Beobachtung der eigenen Wirklichkeit. Ein Kind, das sich entscheidet, seine Konzentration zu beobachten, also dies sein oder ein Auftrag ist, kann häufig schon nach kurzer Zeit beschreiben, was ihm hilft sich zu konzentrieren. Es konzentriert sich also auf seine Konzentration, verändert dadurch seine Konzentration und erlebt sich als *selbst wirksam*. Die Ausnahmeerfahrungen lassen das Kind Möglichkeiten (er-)finden seine Konzentration zu verändern. Ein Beispiel: Ein Junge schloss die Kerngruppenzeit mit seinen Aufträgen ‚Selbstvertrauen stärken‘ und ‚konzentrierter sein‘ bei Skalenwerten von 5 bzw. 3 ab. Hier sei betont, dass der Skalenendpunkt 10 nicht gleich ‚gut‘ bedeutet, sondern jeder Schritt auf der Skala wird als Fortschritt betrachtet. Ein Skalenwert 3 in puncto Konzentration war jedoch nicht das, was der Junge und seine Eltern sich erhofften. Die Option einer medikamentösen Unterstützung lehnten die Eltern ab. Während des ersten Bilanzierungstreffens stellte sich heraus, dass die Familie ihr Leben sehr religiös praktizierte. So entstand die Idee, dass die Familie gemeinsam dafür beten könnte, dass der Junge Ideen bekommt, wie er sich besser konzentrieren kann. Die Familie band die Bitte um Ideen für eine Verbesserung der Konzentration des Sohnes in ihre täglichen gemeinsamen Gebete ein und in den monatlichen Treffen nach Beendigung der Kerngruppenzeit berichtete die Familie über eine Verbesserung der Konzentrationsleistung. Wenn jetzt nicht ausschließlich von göttlicher Unterstützung ausgegangen würde, wäre zu vermuten, dass die ritualisierte Einladung zur Beobachtung von Ideen zur Förderung der Konzentration und deren Beschreibung die Aufmerksamkeit des Jungen positiv beeinflusste.

*Entscheidung:* Die Entscheidung sich zu entscheiden birgt die Möglichkeit, dass, was häufig als unsteuerhaft prozesshaft erlebt wird, als beherrschbar beschreiben zu können. Es macht einen Unterschied, wenn ein Kind äußert, es müsse mit Gewalt auf eine Provokation reagieren oder es *entscheidet sich zu entscheiden* mit Gewalt zu reagieren.

*Transparenz:* Im Sinne einer „kinderfreundlichen Therapie“ (Schweitzer & von Schlippe 2006) wissen Kinder nicht, wie Therapie funktioniert. Es sei noch ergänzt, dass es die Erwachsenen häufig auch nicht wissen. Daher ist es wichtig, dass allen Beteiligten klar ist, *wie* sie den therapeutischen Prozess mitbestimmen und am Auftrag überprüfen können.

*Respekt gegenüber verschiedenen Wirklichkeiten:* Für viele Familien ist es zunächst verstörend, wenn der Therapeut die Auffassung vertritt, dass es in Bezug auf die Wahrnehmung kein ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ gibt, sondern nur unterschiedliche Wahrnehmungen, die alle ihre Berechtigung und ihren Sinn haben. Die Annahme einer Wirklichkeit, die davon ausgeht, dass es innerhalb einer Familie so viele verschiedene Wirklichkeiten wie Mitglieder gibt, stellt eine Grundbedingung für Wertschätzung innerhalb der Familie dar über die es zu verhandeln lohnt. Vielleicht lässt sich sogar die These vertreten, dass ohne die Anerkennung unterschiedlicher Wirklichkeiten eine Therapie nicht möglich ist, denn werden Wirklichkeitssichten in Frage gestellt, werden auch die Wahrnehmungen in Frage gestellt und werden die eigenen Wahrnehmungen in Frage gestellt, kann dies zu existentiellen Verunsicherungen und Ängsten führen. Denn nehme ich meine Wirklichkeit nicht als wirklich an und kann meinen Wahrnehmungen nicht vertrauen, da sie als ‚falsch‘ bewertet werden, führt dies zu Symptomen als Reparaturversuchen hinsichtlich der Selbstwahrnehmung ‚nicht ganz richtig‘ oder ‚nicht ganz wirklich‘ zu sein.

*Eltern und Kinder als Experten:* Die Betonung der Kinder und Eltern als Experten, bisherige Veränderungen den Patienten zuzuschreiben, die Selbstwahrnehmung von Ressourcen zu fördern und die Entwicklung von Ideen hinsichtlich angestrebter Veränderungen zu begleiten sollten wesentliche Aspekte der Haltung der TherapeutInnen sein.

Ziel der AFoG ist nicht das Erreichen von Symptomfreiheit in 10 Sitzungen, sondern die Schaffung eines Rahmens, in dem die Wahlmöglichkeit zur Veränderung angeboten und mit Veränderungen experimentiert werden kann. Das Entscheidende ist, dass jede(r) sich für Veränderung entscheiden kann. Es wird daher kein Kind ‚behandelt‘ oder ‚trainiert‘, sondern allen, die an Veränderung interessiert sind, ein Raum zur Veränderung angeboten: „Symptomatische Gewohnheiten führen wir nicht nur durch, ohne dass wir das Gefühl haben, sie zu wählen, sondern aus der Überzeugung, dass wir gar nicht wählen können sie zu wählen. Aus dieser Sicht ist es Ziel der Therapie, den Patienten zu helfen das Wählen wählen zu können [...] (Isebaert 2005). Die Motivation zur Veränderung stellt einen entscheidenden Erfolgsfaktor dar und tritt fast selbstständig ein, wenn eine freie Entscheidung getroffen wurde das Wählen zu wählen und das gilt für Kinder *und* Erwachsene.

## Fazit

AFoG räumt vor allem den Kindern, aber auch den Eltern großes Mitspracherecht im therapeutischen Prozess ein. Die im Auftragsklärungsgespräch zu Aufträgen gebündelten Anliegen dienen der Komplexitätsreduktion und Auftragsfokussierung und lassen die Komplexität innerhalb des Systems Gruppe leichter handhabbar erscheinen. Gleichzeitig und dadurch wird der Auftrag zu einem Veränderungsbegleiter für die Kinder durch den Therapieprozess. Da AFoG als Gruppenkurztherapie angelegt ist, müssen Kinder maximal 3 Monate auf einen Therapieplatz warten, wobei zeitnah nach dem Anamnese-gespräch bzw. den diagnostischen Sitzungen ein Auftragsklärungsgespräch stattfinden sollte.

AFoG erfüllt alle Kriterien systemtherapeutischen Denkens und Handelns nach Rotthaus. Durch den Beginn der (Gruppen-)Therapie vor der Gruppentherapie mittels des Auftragsklärungsgesprächs findet eine kundenorientierte Vorauswahl statt, die eine Grundbedingung wertschätzenden Umgangs der Kinder innerhalb der Gruppentherapie darstellt. Denn wenn sich Kinder nicht vor der Gruppentherapie wertgeschätzt fühlen und ihre Meinung ernst genommen wird, werden viele Kinder diesen Umgang mit in den Gruppenprozess hineinbringen und die Gruppenleiter wundern sich, dass Gruppentherapie anstrengend wird. Diese Überlegungen führten zu der These, dass bei als Widerstand wahrgenommenem Verhalten von Kindern innerhalb der Gruppentherapie zunächst von Fehlern der Gruppentherapeuten beim Auftragsklärungsgespräch auszugehen ist. Daher müsste in einem solchen Fall Kind und Eltern eine Neuverhandlung im Rahmen eines erneuten Auftragsklärungsgesprächs angeboten werden.

Das Gleiche gilt für Kinder, die mehrmals hintereinander die Äußerung anbieten, dass sie ihren Auftrag vergessen hätten. Auch hier hat es sich als hilfreich herausgestellt mittels einer erneuten Auftragsklärung einen oder den Auftrag wieder zu (er-)finden, allerdings sollten nicht gleich die Eltern angesprochen werden, sondern erst allein mit dem Kind abgestimmt werden, ob es eine erneute Auftragsklärung für sich als hilfreich erleben würde. Häufig findet sich schon im Einzelgespräch während oder nach der Gruppenzeit eine Lösung, der das Kind zustimmen kann. Außerdem würde ein Einbezug der Eltern ohne Zustimmung der Kinder die TherapeutIn in die Nähe des Bruchs der Schweigepflicht gegenüber den Kindern führen.

Zentrale Aufgabe während der AFoG ist die Aufrechterhaltung eines wertschätzenden Rahmens, ohne den eine ressourcenorientierte Gruppentherapie nicht möglich ist. Dafür ist eine Auftragsklärung eigentlich unabdingbar, denn eine Auftragsklärung *während* der Gruppentherapie führt zu einer Komplexitätserhöhung und damit zu einer Verunsicherung aller TeilnehmerInnen. Wenn die Kinder die anderen Kinder und die GruppenleiterInnen von Anfang an als wertschätzend erleben, kann ihnen die Gruppe eine Ausnahmeerfahrung ermöglichen, die sie bisher nicht kannten.

Gemäß dem ärztlichen Grundsatz *Primum non nocere* hat sich AFoG als ein nahezu risiko- und nebenwirkungsfreies Angebot herausgestellt, denn das Schlimmste, was nach unseren bisherigen Erfahrungen einem Kind während der Gruppentherapie passieren kann, ist, dass es nichts lernt.

AFoG versteht sich als Baustein eines übergeordneten Therapieplans, der kundenorientiert immer wieder neu kontextuell mit allen an einer Lösung interessierten Personen mittels des Auftrags abgestimmt wird. Der Auftrag wird als Indikator für einen bestehenden Therapiekontrakt betrachtet. Dabei wird der Auftrag nicht als starres Gebilde verstanden, das, einmal fixiert, nicht mehr verhandelbar ist, sondern die Aufträge werden als wandelbare Konstrukte angesehen, die die Schnittstelle zwischen den Anliegen der an der Veränderung beteiligten Personen bilden. Die Wandelbarkeit der Aufträge ist der Grund, weshalb es nötig ist, die Aufträge immer wieder zu überprüfen um eine Kompatibilität zwischen den einzelnen Anliegen, die sich auch jederzeit verändern können, zu gewährleisten.

AFoG lässt sich als Baukastensystem oder Komplettpaket verwenden und zeigt die Möglichkeit einer Adaption an Ansätze anderer Therapieschulen, wenn die Grundannahmen der AFoG als plausibel erscheinen. Ich habe die Hoffnung, dass, wenn nur die These *Die Gruppentherapie beginnt vor der Gruppentherapie* Zustimmung und weitere Verbreitung findet (und dies auch publiziert wird), sich die Qualität von Gruppentherapien verbessert und die Rechte der Kinder im therapeutischen Prozess gestärkt werden.

Die Sozialpsychiatrievereinbarung bietet den geeigneten Kontext für AFoG interdisziplinär Gruppentherapie weiter kundenorientiert zu entwickeln.



## Literaturverzeichnis

- Aichinger, A., Holl, W.* (2010) Gruppentherapie mit Kindern. 2. akt. und erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Berg, I. K., De Shazer, S.* (1988) Wie man Zahlen zum Sprechen bringt. Die Sprache in der Therapie. *Familiendynamik* 18 (2), 142-162
- Borg-Laufs, M., Hungerige, H.* (2005) Selbstmanagementtherapie mit Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Caby, F.* (2002a) Aspekte einer systemischen Gruppentherapie. In: Rotthaus, W. (Hg.) *Systemische Kinder- und Jugendpsychotherapie*. 2. korrigierte Aufl. Heidelberg: Carl-Auer, 360-371
- Caby, F.* (2002b) Die Gruppe als System- systemische Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Vogt-Hillmann, M., Burr, W. (Hg.) *Lösungen im Jugendstil*. Dortmund: Borgmann, 361-371
- De Jong, P., Berg, I. K.* (1998) *Lösungen (er-)finden*. Dortmund: Borgmann
- De Shazer, S., Dolan, Y.* (2008) *Mehr als ein Wunder - Lösungsfokussierte Therapie heute*. Heidelberg: Carl-Auer
- Hirschberg, R., Peiser, A.* (2006) Kontrakte im Rahmen der gruppentherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 16.Jg. (1), 8-28.
- Hirschberg, R.* (2009) Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Vogt, M., Caby, F. (Hg.) *Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Dortmund: Borgmann, 43-59
- Hirschberg, R., Meyer, B.* (2010) Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie- Ergebnisse einer Evaluation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 59. Jg. (Heft 2), 89-100
- Hirschberg, R.* (2012a) Systemisch-lösungsorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. Dortmund: Borgmann
- Hirschberg, R.* (2012b) Skalieren. In: Wirth, J. V., Kleve, H. (Hg.) *Lexikon des systemischen Arbeitens*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 375-378
- Holtz, K. L., Mrochen, S.* (2009) *Einführung in die Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl-Auer
- Hubert, C., Vogt-Hillmann, M.* (2002) Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Vogt-Hillmann, M., Burr, W. (Hg.) *Lösungen im Jugendstil*. Dortmund: Borgmann, 373-386
- Isebaert, L.* (2005). *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch*. Stuttgart: Thieme-Verlag
- Loth, W.* (1998) *Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln klinischer Kontrakte*. Dortmund: Borgmann

- Loth, W. (2004) Vom Konflikt zum Kontrakt: Was zusammenprallt, kann auch zusammen wirken. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (3), 16-36.
- Ludewig, K. (2012) Auftrag. In: Wirth, J. V., Kleve, H. (Hg.) Lexikon des systemischen Arbeitens. Heidelberg: Carl-Auer, 36-39
- Rotthaus, W. (2002) Systemische- Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In: M. Wirsching, M., Scheib, P. (Hg.) Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer, 526-537
- Schweitzer, J., von Schlippe, A. (2006) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Simon, F. B., Rech-Simon, C. (1999) Zirkuläres Fragen: Systemische Therapie in Fallbeispielen: ein Lernbuch. 2. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer
- Steiner, T., Berg, I. K. (2006) Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. Heidelberg: Carl-Auer
- Tomm, K. (2004) Die Fragen des Beobachters. 4. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer
- Vogt, M., Caby, F. (2002) Die Gruppe ist mehr als die Summe ihrer Teile - systemisch-lösungsorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Molter, H., Hargens, J. (Hg.) Ich - du - wir und wer sonst noch dazugehört- Systemisches Arbeiten mit und in Gruppen. Dortmund: Borgmann, 33-54
- Vogt, M., Caby, F. (2009) Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. Dortmund: Borgmann
- Vogt-Hillmann, M., Dreesen, H., Eberling, W. (1998) Zwischen Tiefpunkt und Höhepunkt: Skalieren von Unterschieden, die Unterschiede machen. Zeitschrift für systemische Therapie 16 (1), 20-30
- Wilson, J. (2003) Kindorientierte Therapie. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag

Dieser Artikel ist eine Zusammenschrift eines am 16. November 2012 auf der Jahrestagung der BKJPP in Lübeck angebotenen Seminars.

### **Adresse des Autors**

Rainer Hirschberg M. A.  
Sozialpsychologe  
Praxis Dr. med. Adelmund und A. Heiland  
Königstraße 14, 31139 Hildesheim

# **Ich spiele mich selbst oder höre, was ich nicht sage – Musiktherapie in der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Lübeck**

*Gundula Buitkamp-Nagel*

Die Kinder und Jugendlichen, die zu uns in die Klinik (48 Betten auf sechs Stationen) gebracht und stationär betreut werden, erhalten neben ihren psychotherapeutischen Gesprächen bei der Ärztin oder der Psychologin durchschnittlich zwei Fachtherapien. Dafür steht das Fachtherapieteam, bestehend aus einer Kunsttherapeutin, zwei MotopädInnen, einem Ergotherapeuten und einer Musiktherapeutin, zur Verfügung. Wir bemühen uns, jedem Kind je eine Fachtherapie im Gruppen- und eine im Einzelsetting angedeihen zu lassen; dabei kommt es zu organisatorisch bedingten Abweichungen. Es gibt je eine 39h-Stelle Kunsttherapie und Motopädie, eine 30h-Stelle Motopädie, eine 19,5h-Stelle Musiktherapie und eine 10h-Stelle Ergotherapie (Honorarbasis) für den stationären Bereich mit 48 Betten.

Wie soll eine behandelnde Ärztin oder Psychologin entscheiden, welche Fachtherapien für ihre Schützlinge am besten geeignet sind? Welche Indikationen gibt es für die Musiktherapie? „Leon spielt Gitarre“ oder „Marie ist musikalisch“ z.B.? Und was geschieht da eigentlich?

Ich werde zunächst Auskunft über Musiktherapie (MT) und meine Art zu arbeiten geben, um Verständnis für die praktischen Beispiele zu ermöglichen. Diese sollen Aufschluss darüber geben, welche Informationen man bereits aus den ersten, oft ganz kurzen musikalischen Äußerungen der PatientInnen gewinnen kann. Dann werde ich auf die Jugendmusikszene und schließlich auf mögliche Indikationen für Musiktherapie eingehen.

## Definition Musiktherapie

- „Kontrollierte Anwendung von Musik in der Behandlung, Rehabilitation, Erziehung und Förderung von Kindern und Erwachsenen, die an körperlichen, geistigen oder seelischen Störungen leiden“ (Alvin 1984, S. 10).
- „Musiktherapie besteht im Gebrauch von Klängen und Musik innerhalb einer sich entwickelnden Beziehung zwischen einem Kind oder Erwachsenen und einem Therapeuten, um das körperliche, geistige, soziale und emotionale Wohlbefinden zu unterstützen und anzuregen“ (Spitzer 2003, S. 427).
- „Durch gezielten Einsatz von Musik wird in der Musiktherapie therapeutische Wirkung erzielt. Musiktherapie dient der Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit“ (<http://de.wikipedia.org/wiki/Musiktherapie> am 1.3.2013).

Es haben sich im Verlauf des 20. Jh. verschiedene Ansätze der MT herausgebildet, z.B. die Analytische MT, die Gestalt-MT, die Anthroposophische MT, die tiefenpsychologisch fundierte MT, die funktionelle MT und die verhaltenstherapeutische MT. In Deutschland arbeiten ca. 2000 MusiktherapeutInnen. Es gibt die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG, [www.musiktherapie.de](http://www.musiktherapie.de)) mit Hauptgeschäftsstelle in Berlin.

## Beruflicher Hintergrund

Meine Tätigkeit ist u. a. beeinflusst durch

- meine Erfahrungen in der anthroposophischen Musikpädagogik
- meine tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung zur Diplom-Musiktherapeutin in Heidelberg
- meine dreijährige empirische Arbeit mit Wach-Kompatienten im Unfallkrankenhaus HH-Bergedorf/Boberg-Klinik (Beobachtung der Wirkung bestimmter musiktherapeutischer Interventionen auf bewusste Menschen)
- meine elfjährige Erfahrung als Musiktherapeutin im UK-SH Lübeck (Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik)
- meine zweijährige Erfahrung in der KJPP der Vorwerker Diakonie Lübeck
- musiktherapeutische Vorbilder wie G. K. Loos

- C.G. Jungs analytische Psychologie, bes. Umgang mit Träumen, kathymes Bilderleben und andere Verfahren, die Kreativität und Fantasie anregen und letztere als Hinweise für Diagnose und Zukunft des Patienten anerkennen.

## Zur Bedeutung des Spielens und der Resonanz

Ein Instrument zu spielen heißt in West-Europa: Beherrschung des Instrumentes durch Fleiß, Talent und Disziplin. Aber wie ein Kind spielerisch an Neues heranzugehen, haben viele verlernt. Dabei ist spielen, selbst wenn es lustig ist, eine ganz ernste Angelegenheit, und im Spiel ist der Mensch am meisten er selbst (*homo ludens*). Das Spiel ist eine grundlegende menschliche Aktivität, die Kreativität, Energie und Kraft freisetzt. Spielen enthält das Potenzial, verfestigte Strukturen aufzubrechen und eine Situation so zu verändern, dass Neues und Unbekanntes entsteht und Lösungen für scheinbar nicht mehr lösbare Probleme gefunden werden können. Genau dies kann man in der MT erfahren. Patientinnen und Patienten können in der entstehenden Musik etwas vorwegnehmen, was sie im Alltag später umsetzen.

„Die Therapeutin schafft den Raum, die Sprache und die Atmosphäre, sie ermutigt zum Spielerischen und erweitert die Grenzen durch ihre Resonanzfunktion (...), sie sitzt nicht am Rand des Spielplatzes und schaut zu – sie steigt mit ein (...)“ (Loos 1996, S. 352f.).

„Die Bausteine der Musik (Melodie, Klang, Rhythmus, Dynamik und Form) sind Analogien für unsere Art zu denken, zu fühlen und zu handeln, und in unseren Improvisationen kommt zum Ausdruck, wie wir denken, fühlen und uns verhalten“ (Frohne-Hagemann 1996) – dies gilt natürlich für die Therapeutin ebenso wie für die Patienten. Hierin liegt ein wesentliches Merkmal der Musiktherapie: Die Patienten können über ihre Therapeutin eine ganze Menge erfahren: Sie sehen sie nicht nur ständig handeln und Entscheidungen treffen, sondern hören auch ihre Musik. Sie spielt zwar nicht ihre eigenen Anliegen, sondern improvisiert therapeutisch, also stützend, horchend, die eigenen Bedürfnisse zurücknehmend. Aber es bleibt immer auch ein Teil persönliche Musik, die eine besondere Nähe zu den Patienten schafft.

## Musiktherapeutische Methoden

### 1. Aktive MT

#### Improvisationsmöglichkeiten

- Freie Improvisation (ohne Absprachen)
- Strukturierte Improvisation (z.B. mit Rhythmusvorgaben und Regeln)
- Assoziative Improvisation (Klänge suchen zu bestimmten Themen, Texten oder zu gemalten Bildern)
- Spiele zur Erlangung von sozialer Kompetenz
- Beziehungsspiele
- Polaritäten erkunden (laut – leise, schnell – langsam, etc.)
- Körperorientierte Methoden: Body Percussion, Beatbox, Musik und Bewegung
- Systemische MT – Familie in Instrumenten: Das Kind sucht für jedes Familienmitglied ein Instrument aus, das seiner Meinung nach dem jeweiligen Charakter entspricht. Es stellt nun ein Familienorchester im Raum auf, bestimmt die Entfernungen, gruppiert und trennt, ganz wie es die Familienwirklichkeit empfindet. In weiteren Schritten können Zukunftsvisionen gestellt und Dialoge hörbar gemacht werden. Das Kind übernimmt dabei fortwährend die Regie. Auf dieselbe Weise kann das Kind auch seine eigene Eigenschaften oder Persönlichkeitsanteile als „inneres Orchester“ sicht- und hörbar machen.

#### **Auch die Stimme ist ein Instrument:**

Singen: Lautieren, Nachsingen oder Erfinden von Songs, Situationslieder, Anknüpfen an die Jugendmusikszene (s.u.).

Die entstehende Musik wird mit Zustimmung der Kinder und Jugendlichen aufgenommen und bei Bedarf gemeinsam angehört. Die meisten sind davon angetan, einigen ist es sogar besonders wichtig, auf diese Weise „gespeichert“ und ernst genommen zu werden. Viele freuen sich, wenn sie ihre Musik am Ende des Aufenthaltes auf CD mit nach Hause nehmen dürfen.

## 2. Rezeptive MT

Das Rezipieren / Empfangen von Musik ist kein passiver Vorgang (den Ausdruck „passive Musiktherapie“ verwendet man schon lange nicht mehr), sondern regt eine innere Aktivität an. Kreativität und Fantasie werden gefördert, ähnlich wie beim katathymen Bilderleben. Beim Anhören von Musik (vom Tonträger oder live vorgetragen von der Therapeutin) kommt es zu Tagträumen, Erinnerungen, Assoziationen, Zukunftsfantasien und Körpersensationen, z.B. Veränderungen des Wärmeempfindens oder des Atemrhythmus.

Das Gehör ist das erste entwickelte Sinnesorgan eines Fötus. Es schafft eine Verbindung zum Herzrhythmus der Mutter, also eine akustische Bindung an die Mutter.

Es gibt Zusammenhänge zwischen Gehörtem und Biografie / Musikgeschmack / Persönlichkeit / Stimmung / Tagesverfassung des Individuums:

**Musik ist nicht wie Medizin einsetzbar**, ihre Wirkung unberechenbar, bei einer tragfähigen therapeutischen Beziehung aber in vielen Fällen intuitiv vorhersagbar. Für viele Patienten ist es das erste Mal seit langem, dass sie sich dem Anhören von Musik hingeben, ohne etwas anderes dabei zu tun. Es fällt nicht allen leicht, einfach nur da zu sein. Aber dann entdecken sie die direkte entspannende Wirkung der Musik auf körpereigene Rhythmen (Herz, Atmung) und die katalytische Wirkung der Musik auf den therapeutischen Prozess (Erzählbedürfnis, Erweiterung des Vertrauenshorizontes).

Besonders intensiv ist das Erleben erfahrungsgemäß im Liegen, wenn das gespielte Instrument der/dem Jugendlichen an oder auf den Körper gelegt wird, der dadurch zum erweiterten Klangkörper (Corpus!) wird.

**Aber Achtung:** Hohe Regressionswahrscheinlichkeit; auch wegen möglicher Flashbacks bei PTBS-PatientInnen größte Vorsicht geboten! Hilfreich: Positive Vorsatzbildung wie im Autogenen Training, Übungen zum „Sicheren Ort“.

Zum Einsatz kann auch Therapiemusik (z.B. aus einer vorangegangenen Stunde) kommen. Dazu können Stichworte aufgeschrieben und Bilder gemalt werden.

**3. Achtsamkeit fördernde** Elemente wie bewusstes Lauschen und Beschreibung von einzelnen Klängen

**4. Rituale:** feste Abläufe, wiederkehrende Rhythmen und Melodien

**5. Musik und Märchen:** Vorlesen, Aufgreifen von Stimmungen und Themen in freiem Musizieren (Gruppensetting, bei uns kombiniert mit Kunsttherapie)

Was bei all dem eine große Rolle spielt:

### **Appellwert und Symbolik der Instrumente**

Instrumente haben auf unterschiedliche Art einen Aufforderungscharakter (Appellwert). Sie machen mehr oder weniger neugierig.

symballein (gr.) heißt *zusammenwerfen, zusammenbringen, vergleichen, begegnen* – also genau das, was in der Psyche des Menschen infolge der Konfrontation mit einem Symbol vor sich geht. Der Anblick eines Musikinstrumentes kann nicht *nicht* wirken (Buitkamp 1995, S. 26).

Viele Instrumente gehören zum Standard in der MT, z.B. diverse Trommeln und andere Percussion-Instrumente, Mallet-Instrumente (Orff), Klavier. Dies sind Instrumente, die sich vergleichsweise leicht spielen lassen. Der eine freut sich, weil er schnell Erfolgserlebnisse hat, die andere sucht nach eine Herausforderung und nimmt sich lieber ein Blas- oder Streichinstrument. „Man kann nicht einfach davon ausgehen, dass die leichte Spielbarkeit eines Instrumentes es zum bestgeeigneten Therapieinstrument macht“ (Buitkamp 1995, S. 65).

Besonders deutlich wird die Symbolik der Musikinstrumente bei systemisch-projektiven Verfahren wie der Aufstellung des Familienorchesters oder des inneren Orchesters. Dass z.B. die Harfe als Instrument für die Mutter ausgesucht wird, ist nicht selten. So wie ihr weicher Klang und ihre geschwungene Form weiblich anmuten, gibt es andere Instrumente, denen eher männliche Attribute zugeordnet werden, z.B. das Schlagzeug. Natürlich kann es sich jeweils ebenso um Eigenschaften des anderen Elternteils handeln.

Man kann jedes einzelne Instrument sehr genau unter die Lupe nehmen und auf seine Symbolik hin untersuchen. Ich habe das in meiner Abschlussarbeit 1995 mit meinem Hauptinstrument, der Violine, getan, und ich war damals überrascht, als wie vielfältig das Thema sich entpuppte.



## Die erste gemeinsame Musik als Diagnostikum

Hinterher ist man immer klüger! Beim Durchhören aller Therapiemusiken, die ich in den vergangenen 12 Monaten aufgenommen habe, bemerkte ich etwas, was mich noch einmal ganz neu aufhorchen ließ. Aus dem Abstand heraus konnte ich die sich im Lauf der Wochen verdeutlichenden Lebensthemen meiner musiktherapeutischen Schützlinge bereits in der Erstbegegnungsmusik erkennen. Was sagt das Kind uns mit seinen musikalischen Äußerungen? Was braucht es, wonach ruft es?

Da ist der Siebenjährige, der als Säugling vom Vater aus dem Fenster geworfen wurde – was tut er bei mir? Er eröffnet die Therapie, indem er schreit – Wie ein verlassenes Baby? – und dann in ein entspanntes Lautieren mit mir übergeht, Tierstimmen imitiert und gleichzeitig seine Selbstwirksamkeit am Schlagzeug ausprobiert.

Da ist der Neunjährige, der hellwach und ganz aktiv mit mir in Dialog geht, aber aufhört zu spielen, sobald ich etwas verändere. Die rhythmische Struktur hält und trägt im Kontakt. Der Junge braucht Sicherheit und Kontrolle, er hat viele Ängste.

Da ist eine Gruppe jugendlicher Jungen, die im Rahmen ihrer DBT-A-Behandlung zur Musiktherapie gehen: Sie verteilen sich neugierig im Raum und beginnen erst zögerlich, dann immer forscher und lustiger eine gemeinsame Rhythmus-Improvisation, die sie animiert, Wochen später ein gemeinsames Abschiedskonzert auf die Bühne zu bringen, das alle ZuhörerInnen begeistert und rührt.

Da ist die Fünfzehnjährige mit fraglicher Missbrauchsproblematik und starken Selbstverletzungsattacken, die mir als Erstes eine erfundene Melodie auf dem Klavier vorspielt: „Die tut mir gut, die spiele ich schon immer.“ Diese Melodie wird im Laufe der Wochen zum roten Faden; sie gibt Halt, kündigt aber auch von Gefahr und Alarm, z.B. nachdem das Mädchen sich mit Laub bedeckt und angezündet hat. Mit schlimmen Brandverletzungen steht sie wieder vor meiner Tür. Dann spielt sie die Melodie durchsetzt von schrägen Martinshornklängen, und ich weiß: Jetzt müssen Trost, Beruhigung und Struktur her, bis die Melodie wieder normal klingt; es steht schlimm um meine Patientin.

Und um dieses Beispiel noch abzurunden, erwähne ich noch, was aus der Melodie schließlich wurde. Das Mädchen war nämlich erpicht darauf, ohne Notenkenntnisse „Für Elise“ spielen zu lernen. In den meisten Fällen plädiere ich dagegen, den Jugendlichen in der Musiktherapie Unterricht zu geben: Ich möchte ja gerade erreichen, dass sie sich von Leistungsansprüchen befreien und „drauf los“ musizieren, also frei improvisieren. Hier war es aber so, dass das Erlernen der Töne – Ton für Ton und als reine Gedächtnisleistung – das Mädchen in einen eifrigen, hochkonzentrierten Zustand versetzte, in dem sie ganz im Hier und Jetzt war und ihre Belastungsstörung keine Rolle spielte. Sie hatte einen festen, starken Willen, der ihr half, ein selbstgestecktes Ziel zu erreichen. Nach einigen Stunden, die wir mit dem Stück verbracht hatten, fragte das Mädchen ein wenig ironisch: „Ob Elise sich freut, dass ich dauernd für sie spiele?“ Da fragte ich zurück: „Würdest du dich denn freuen?“ – „Spielen Sie doch mal *für mich!*“ bat sie mich spontan und setzte sich in den bequemen Sessel. Da entstand mit ihrem eigenen vertrauten Motiv das kleine ruhige Klavierstück „Für V.“, das sie später in Form einer Aufnahme als Abschiedsgeschenk mitnahm: „Das werde ich mir anhören, wenn ich Mut tanken muss.“

## Die Jugendmusikszene

Speziell in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen bedeutet das berühmte ‚Abholen des Patienten, wo er/sie steht‘ auch das Anknüpfen an den individuellen Musikgeschmack und die Hörgewohnheiten. Kinder und Jugendliche sind sehr angetan, wenn man sich in der Jugendmusikszene ein bisschen auskennt. Als klassisch ausgebildete Geigerin, die ihr Leben lang mehr Musik gemacht als gehört hat und es nicht gewohnt ist, mit MP3-Playern, iPhones etc. umzugehen, muss ich bei der Erwähnung vieler Musiktitel immer wieder gestehen, diese überhaupt nicht zu kennen. Abhilfe schaffe ich seit einiger Zeit, indem ich mir von den PatientInnen regelrecht Nachhilfeunterricht geben lasse und auch bestimmte CDs für die Klinik gekauft habe, darunter einiges von Silbermond, Peter Fox, Cro, Adele, Lena... Die Lieder werden gern gehört und auch nachgesungen. Allein, eine richtige CD in den Händen zu halten, erzeugt bei manchen Kindern und Jugendlichen ein unerwartetes Glücksgefühl, und sie wissen es sehr zu schätzen, wenn sie mitbekommen, dass ich ihre Lieblingsmusik extra für die Klinik einkaufe, dass ihr Geschmack und ihre Tipps ernst genommen werden.

Schwierig wird es, wenn destruktive Musik im Spiel ist, die als Therapie gefährdend gilt. Dazu gehört speziell Musik mit Texten, die selbstverletzendes Verhalten und Suizid(gedanken) thematisieren:

***Eisbrecher: Komm süßer Tod***

*Ich bin ein Sklave der Nacht  
Bin ohne Hoffnung geboren  
Ich geh dem Tag aus dem Weg  
In dunklen Träumen verloren  
Meine Sinne sind zerrissen  
Meine Seele ist verdammt  
Und so zähle ich die Stunden  
Bis das Ende endlich kommt  
Näher und näher und näher  
Komm süßer Tod  
Komm süßer Tod  
Reich mir die Hand  
Die Welt macht mich krank  
Erlös mich  
Komm süßer Tod  
Komm süßer Tod  
Es ist an der Zeit  
Kein leben – kein Leid  
Hol mich zu dir*

*Ich hab aus Liebe gehasst  
Hab meine Strafe gelebt  
Hab mich mit Gott und der Welt  
Und mit mir selbst angelegt  
Meine Sinne sind zerrissen  
Meine Seele ist verdammt  
Und so zähle ich die Stunden  
Bis das Ende endlich kommt  
Und näher und näher und näher*

### **Casper: Rasierklingenliebe**

*Spritze neben dem Herd, Fixer-Leben nichts wert nur Liebe für die Klinge,  
Ritzen gegen den Schmerz*

*(...) sie kann lieben im Traum, wegfliegen im Traum  
das Leben genießen, ihre Sucht besiegen im Traum*

*(...) glaubte nie der Bibel und konnte den Schrott nicht sehn  
so kalt, so jung, süße 17*

*sieh nur die Maden an der Wand*

*ihr Leben bergab, wie die Kakerlaken an der Wand*

*Doch sie liebte die Klinge, liegt in der Klinge*

*keiner würde sie je verstehen, ihre Liebe zur Klinge*

*sie ging ein Schritt weiter*

*ein Schnitt weiter*

*der beste Freund liegt ein Griff weiter (...)*

Erwähnt sei auch noch Jackpot45, *Abschiedsbrief* – eine lange Ballade über eine junge Frau, die sich die Pulsadern aufschneidet und erfolgreich ihr Leben beendet.

Abgesehen davon, dass solche Songs im Stationsalltag nicht zugelassen werden können, gibt es Möglichkeiten, in der Musiktherapie damit zu arbeiten. Zunächst kann man ein solches Lied gemeinsam anhören. Ein einziges Mal kann genügen. Dazu gehört, sich als Therapeutin bewusst zu neutralisieren und sich entsetzte Kommentare wie „Das ist ja scheußlich!“ zu verbieten. Viel wichtiger ist es zu erfragen, warum genau diese Musik so bedeutsam ist – ob sie der/dem Jugendlichen den Schneidedruck nimmt, weil dieser möglicherweise aus der eigenen Person in das Lied-Ich verlagert wird. Das Musikhören kann so bereits eine Energieabfuhr bedeuten und zu Entspannung führen, besonders wenn dazu noch getanzt wird. Schildert die/der Jugendliche Gegenteiliges, nämlich dass die Musik zu selbstverletzendem Verhalten animiert oder „stimmungsmäßig runterzieht“, bleibt wohl nur, therapeutisch daran zu arbeiten, dass sie/er solches irgendwann selbst nicht mehr hören will, sprich: Entzug – und ein Angebot von Alternativen.

Noch eine Stufe schwieriger – weil man mit seiner politischen Verantwortung in Konflikt geraten und meistens viel schwerer als sonst Empathie aufbringen kann – wird es bei rechtsextremen, sexistischen oder anderen menschenverachtenden Inhalten. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass häufig innere Leere

und Hoffnungslosigkeit (z.B. aufgrund von Arbeitslosigkeit, Armut und fehlender Selbstachtung) durch Projektion auf andere Menschen abgewehrt werden.

Wie schön, wenn dann in der Klinik neue Lieder entstehen wie dies, das zwei Jugendliche unserer Station Wellenreiter (DBT-A-Station für Mädchen) zusammen texteten und als Rap aufführten:

*Dunkel ist es in mir drin ich sehe wie und wer ich bin ich seh mein Hirn mein Herz und meine Seele und auch viel Schmerz viel Glück und Fröhlichkeit aber leider auch was mich bedrückt und die Traurigkeit ich seh die Spuren und die Narben die sich bisher in meinem Leben ergaben, ich sehe bedeutende Menschen, Zeiten, Farben, viele Erinnerungen, gute und schlechte, ... die schönsten Momente, der schönste, der war viel zu schnell, ich kann an so vieles zurückdenken, und ich weiß, dass ich es schaffe, mich immer auf den richtigen Weg ... ich weiß noch nicht was ich in der Zukunft mache, aber ich weiß tief in mir drin wie und wer ich bin, ja ich weiß, wer und was ich bin kann darauf aufbauen ... auf meine Stärken vertrauen ... Schritt für Schritt ... step by step mach ich jeden einzelnen Fehler wieder wett, mache alles wieder gut, schöpfe neuen Mut ... versuche ehrlich zu sein, ehrlich zu weinen und die Tränen mit Glück zu vereinen ... und plötzlich fühl ich mich so leicht, spüre den Berg nur so leicht, gestatte mir menschlich zu sein, es tut so gut, es tut so gut. Stein ... Stärke, was mir offen zeigt wie viel jeder einzelne wert ist. Auch ich ... mit gutem Wissen und Gewissen denn ich weiß, du wirst sie bestehen ... Langsam steh ich also auf ... in Richtung Freiheit ... Unendlichkeit ... Ewigkeit ... doch nun möchte ich ein heller Stern am Himmel sein, umspann die ganze Welt, doch leucht ich nicht allein ... joohoo!*

## **Zur Indikation**

Ich hoffe, aus meinen Ausführungen geht hervor, dass Anmerkungen wie „Leon spielt Gitarre“ oder „hat Spaß an Musik“ *allein* noch keine Indikation für Musiktherapie darstellen, wobei diese Aspekte eine große Portion erwünschte Motivation mit sich bringen können, was nicht zu unterschätzen ist.

Die Musiktherapeutin Lenelies Dörrenbach hat 2011 am Kinderzentrum Mecklenburg einen Indikationskatalog zusammengestellt, der so gut wie alle kinderpsychiatrischen Diagnosen enthält. Jedem Indikationsgebiet hat sie

eine musiktherapeutische Zielsetzung, eine Funktion der Musik und einige Beispieldiagnosen zugeordnet.

Genannt sei hier exemplarisch das Indikationsgebiet „Probleme hinsichtlich des Umgangs mit Gefühlen und Affekten“: Die Zielsetzung ist „Affektgestaltung, -ausdruck, -regulation und Bewusstmachen von Gefühlen“. Die Funktion der Musik ist „Katalysator“, und Dörrenbach ordnet diesem Komplex u. a. Emotionale Störungen des Kindesalters (F93) und die Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1) zu (Dörrenbach 2011, 4ff.). Als weitere Funktionen, die die Musik in der Musiktherapie haben kann, nennt Dörrenbach u. a.:

Musik als Halt, Rahmen, Gefäß (Container) / basaler Sinnesstimulus / Resource / Katalysator / Übergangsobjekt / soziokulturelle Dimension / Projektionsfläche (ebd.).

Wie ich im Einzelnen vorgehe, orientiert sich am Kind, das ich vor mir habe; ein Standardkonzept habe ich nicht, und so etwas wie Routine liegt mir im Umgang mit Menschen fern.

Meine Arbeit basiert auf Lehre und (Selbst-)Erfahrung einerseits, auf Kreativität andererseits. Musiktherapie ist ein schöpferischer Prozess. Meine musikalischen Fertigkeiten, meine Fähigkeit, Patientenmusik zu verstehen (wo ungeübte Ohren vielleicht nur „Geklimper“ hören), mein Einfühlungsvermögen, meine Intuition sind mein Handwerkszeug. Töne, Klänge, Rhythmen sind für MusiktherapeutInnen normale Sprache, allerdings direkter und deutlicher.

Musikalischen Ausdruck *mit dem Kind* zu analysieren und in Worte zu übertragen, ist *nicht immer* heilsam; oft aber führt der musikbezogene Prozess zu neuen Gesprächsthemen.

### **Na dann: „Viel Spaß in der Musiktherapie!“**

Das ist gut gemeint vom Pfleger oder der Erzieherin. Sagen sie das eigentlich auch, wenn die Patientin zum Einzelgespräch bei der Psychologin geht? Das Schöne an der Musiktherapie ist, dass sie sehr großen Spaß machen *kann*. Entsprechend landen wir aber ebenso ohne Umschweife beim Ernst des Lebens: Die Vierzehnjährige, die, begleitet von meinem Ostinato, zum ersten Mal im

Leben Klavier spielt, spielt minutenlang völlig vertieft und sagt nach einer Schweigeminute: „Mein Vater sitzt im Gefängnis. Ich habe dies für ihn gespielt. Es ist ein Gruß an ihn. Er fehlt mir am allermeisten. Meinen Sie, er hat mich gehört? Glauben Sie, dass er an mich denkt?“

Was soll dieses Mädchen denn antworten, wenn es hinterher gefragt wird: „Na, war’s schön?“

Was ich an Musik als interaktives Medium so sehr schätze, sind ihre Unverstelltheit, Ehrlichkeit und Authentizität. Darin ist das Spektrum aller Gefühle enthalten, von Heiterkeit, Freude und Ekstase über Leere und Langeweile bis hin zu Trauer, Angst, Schuld, Scham und Wut.

Ich habe erfahren, dass freie Improvisation nicht lügt.

## Literatur:

*Alvin, Juliette* (1984): Musiktherapie, München/Kassel: dtv /Bärenreiter

*Buitkamp, Gundula* (1995): Die Möglichkeiten der Geige in der Musiktherapie, unveröffentlichte Diplom-Arbeit, Heidelberg

*Decker-Voigt, Hans-Helmut et al. (Hrsg.)* (1996): Lexikon Musiktherapie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

*Dörrenbach, Lenelies* (2011). Indikationskatalog, unveröffentlichte Abschlussarbeit zu Erlangung des Bachelor of Arts, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen / Kinderzentrum Mecklenburg

*Frohne-Hagemann* (1988): Vorwort zu *Hegi, Fritz* (1988): Improvisation und Musiktherapie, s.u.

*Frohne-Hagemann, Isabelle (Hrsg.)* (1990): Musik und Gestalt – klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie, Junfermann-Verlag, Paderborn

*Haffa-Schmidt, Ulrike et al. (Hg.)* (1999): Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

*Hegi, Fritz* (1988): Improvisation und Musiktherapie – Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik, Paderborn: Junfermann

*Loos, Gertrud Katja* (1994): Spielräume der Magersucht, Musiktherapie und Körperwahrnehmung mit frühgestörten Patienten, Stuttgart: Fischer

*Loos, Katja: Spielraum, in Decker-Voigt, Hans-Helmut et al. (Hrsg.)* (1996): Lexikon Musiktherapie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

*Spitzer, Manfred* (2003): Musik im Kopf, Stuttgart: Schattauer

*Zeuch, Andreas, Hänsel, Markus, Jungaberle, Henrik (Hrsg.)* (2004): Systemische Konzepte für die Musiktherapie, Heidelberg: Auer

*Zimmer, Marie-Luise (Hrsg.)* (2006): Gertrud Katja Loos, Musiktherapie mit Leib und Seele, Wiesbaden: Reichert

### **Adresse der Autorin**

Gundula Buitkamp-Nagel

DMtG-zertifizierte Diplom-Musiktherapeutin (FH)

Heilpraktikerin für Psychotherapie

Praxis für Musik- und Psychotherapie

Gertrudenstr. 10

23568 Lübeck

Tel. : 0451 / 7060504

Website: [www.buitkamp-nagel.de](http://www.buitkamp-nagel.de)

E-Mail: [praxis@buitkamp-nagel.de](mailto:praxis@buitkamp-nagel.de)



# **Dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) in der stationären Behandlung von männlichen Jugendlichen**

*Sonia Ludewig, Anne Kristin von Auer,  
Simone Stojan, Oliver Soyka*

## **Dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – Entwicklung**

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) ist ein ursprünglich ambulantes Psychotherapieverfahren, das Marsha Linehan für erwachsene Frauen mit selbstverletzendem Verhalten und chronischer Suizidalität entwickelt hat (1996a, 1996b). Die Wirksamkeit bei der Behandlung von Patienten mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus ist durch mittlerweile 11 randomisiert kontrollierte Studien belegt (Neacsiu et al., in press). Durch Martin Bohus und seine Arbeitsgruppe wurde DBT im stationären Kontext für die Behandlung der Borderline-Störung erfolgreich in Deutschland etabliert (2004). In den letzten Jahren wurde DBT für verschiedene Störungsbilder und Anwendungsfelder weiterentwickelt und evaluiert (Übersicht in Dimeff & Körner, 2007). Modifikationen sind u.a. ein Trauma-Modul (Bohus et al., in press), ein Essstörungsmodul (Sipos et al., 2011), ein Sucht-Modul (Kienast, 2012), der Einsatz von DBT in der Forensik (DBT-F, McCann et al., 1996; Oermann et al., 2008) und DBT für Familien, Paare und Angehörige (Fruzzetti, 2006). Die Indikation der DBT wurde also stark erweitert, und sie kann heute als modular konzeptualisiertes Behandlungsprogramm für komplexe Störungen der Emotionsregulation eingeordnet werden (Neacsiu et al., in press).

Die Adaptation der DBT für die ambulante Behandlung von Jugendlichen (DBT-A) erfolgte durch Alec Miller und Jill Rathus (Rathus & Miller, 2002, Miller et al., 2007), die Übersetzung ins Deutsche durch die Freiburger Arbeitsgruppe (Böhme et al., 2001; Fleischhaker et al., 2010). Pionier bei der

Entwicklung der stationären DBT-A in Deutschland war die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marsberg.

Seit 2004 behandeln wir in der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie jugendliche Mädchen mit Borderline-Symptomen auf einer DBT-A-Station („Station Wellenreiter“). Seit 2010 gibt es in unserer Klinik zusätzlich eine Station für jugendliche Jungen mit Störungen der Emotionsregulation und der Impulskontrolle („Station Poseidon“), die nach DBT-A arbeitet, aber noch nicht zertifiziert ist.

Im vorliegenden Artikel soll die DBT-A kurz skizziert werden. Der Schwerpunkt soll dabei auf der Anwendung von DBT-A in der stationären Behandlung von männlichen Jugendlichen liegen. Die Station Wellenreiter wird an anderer Stelle genauer vorgestellt und arbeitet grundsätzlich ähnlich (von Auer & Ludewig, 2013).

### **Einführung in die DBT (-A)**

Die dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan (1996a, 1996b) ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch-basiertes Verfahren, das Elemente aus anderen Psychotherapieverfahren und aus fernöstlichen Meditationsverfahren integriert. DBT beinhaltet immer eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie. In der Skillsgruppe (Fertigkeitentraining) werden Fertigkeiten in unterschiedlichen Bereichen vermittelt:

- **Achtsamkeit:**  
Ziel des Moduls ist es, sich „seiner selbst gewahr zu werden“ und dadurch mehr Steuerungsmöglichkeiten über sich selbst zu erhalten (Linehan, 1996b, S. 79).
- **Stresstoleranz:**  
In diesem Modul werden Fertigkeiten vermittelt, die ermöglichen, Krisen zu überstehen ohne sich selbst zu schaden (Linehan, 1996b). Zum Einen werden kurzfristig wirksame Skills vermittelt, die bei hoher Anspannung eingesetzt werden können. Zum Anderen werden eher langfristig wirksame, akzeptanzbasierte Skills vermittelt, die dabei helfen sollen, belastende Situation im Leben, die nicht verändert werden können, anzunehmen und dadurch weniger häufig in hohe Anspannung zu geraten (vgl. Bohus & Wolf, 2009).

- **Emotionsregulation:**  
In diesem Modul werden Informationen über Gefühle vermittelt und Strategien im Umgang mit Gefühlen erarbeitet.
- **Zwischenmenschliche Fertigkeiten:**  
Ziel dieses Moduls ist die Verbesserung der sozialen Kompetenz.
- **Walking the Middlepath:**  
Dieses Modul gibt es ausschließlich in der DBT-A. Es richtet sich an Jugendliche und ihre Eltern. Themen sind Dialektik, Validierung und Verstärkerprozesse (Miller et al., 2007).
- **Selbstwert:**  
Dieses Modul findet sich bisher nur im Skillsmanual für Erwachsene (Bohus & Wolf, 2012, Potreck-Rose & Jacob, 2004). Ziel ist „die Wahrnehmung der TeilnehmerInnen für dysfunktionale Einstellungen sich selbst gegenüber zu schärfen, diese zu relativieren, durch sinnvollere Einstellungen zu ergänzen und auf der Verhaltensebene umzusetzen“ (Bohus & Wolf, 2012, S. 319).

Linehan definiert das Verhältnis zwischen Einzel- und Gruppentherapie folgendermaßen: „Das Fertigkeitentraining stellt den Ton dar, aus dem Einzeltherapeutin und Klientin eine Figur modellieren können“ (1996b, S.18). In der Einzeltherapie wird mit den Jugendlichen also erarbeitet, wie sie die in der Gruppe erlernten Skills auf ihre individuellen Probleme und Schwierigkeiten anwenden können.

DBT *balanciert Akzeptanz und Veränderung*. Der Einsatz von Veränderungsstrategien und Akzeptanzstrategien kann je nach therapeutischer Situation schnell wechseln.

Um Akzeptanz ausdrücken oder erfahren zu können, muss die Entstehung dysfunktionaler Verhaltensweisen verstanden worden sein. Ein wichtiges Instrument, um dies zu ermöglichen, ist die *Verhaltensanalyse*. Der Jugendliche benötigt außerdem vom Therapeuten die Rückmeldung, dass seine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen nachvollziehbar sind. Diese Rückmeldung ist eine zentrale Akzeptanzstrategie in der DBT, die als *Validierung* bezeichnet wird.

Akzeptanz und Validierung sind die Voraussetzung für eine Veränderung. Auch wenn die Entstehung eines bestimmten Verhaltens verstanden und validiert werden kann, sollte das Verhalten verändert werden, wenn es langfristig

schädlich für den Jugendlichen oder jemand anderen ist. Für eine erfolgreiche Verhaltensänderung benötigen die Jugendlichen konkrete Fertigkeiten. Die Dialektik zwischen Akzeptanz und Veränderung ist eine zentrale Dialektik innerhalb der DBT.

Die DBT ist ein Teamkonzept, welches eine enge Zusammenarbeit von Patient, Therapeut und Betreuungsteam erfordert. Auch in der ambulanten Arbeit sind immer mehrere Therapeuten für einen Patienten zuständig, die sich auf Einzeltherapie und Skillsgruppe aufteilen und sich regelmäßig in einem Konsultationsteam über die Patienten austauschen.

Das gesamte Team orientiert sich an einer von Linehan (1996a) formulierten *Grundhaltung*, die den Umgang mit Patienten in schwierigen Therapiesituationen erleichtert. Eine Grundannahme lautet z.B. ‚Patienten geben ihr Bestes‘, eine andere ‚Patienten wollen sich verändern‘.

Das Therapieverfahren ist strukturiert und arbeitet mit klaren Algorithmen. Es gibt eine festgelegte *Hierarchie von Therapiezielen*, an der sich die Arbeit flexibel orientiert:

- 1 *Reduktion von schwerwiegenden Problemen auf der Verhaltensebene:*
  - Lebensbedrohliche Verhaltensweisen (oder massiv fremdgefährdende Verhaltensweisen)
  - Therapiezerstörendes Verhalten (z.B. Bedrohungen, massive Konflikte mit dem Team)
  - Krisengenerierendes Verhalten (z.B. schwerwiegendes selbstverletzendes Verhalten, massiver Alkoholkonsum, promiskuitives Verhalten)
  - Therapiefortschrittgefährdendes Verhalten (z.B. zu den Therapiesitzungen nicht erscheinen oder zu spät kommen)
  - Verhaltensweisen, die die Lebensqualität beeinträchtigen (z.B. Schulschwänzen)
- 2 *Reduktion von schwerem Leid auf der emotionalen Ebene durch Veränderung oder Akzeptanz*
  - Verringern von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung
  - Erlernen eines nicht-traumatisierenden Erlebens von Emotionen
- 3 *Probleme der Lebensführung akzeptieren/lösen*
- 4 *Gefühle der Unerfülltheit akzeptieren/verändern*

Im Therapieverlauf wird zuerst an den Verhaltensweisen gearbeitet, die nach der eben genannten Hierarchie Priorität besitzen. Befindet man sich im Therapieprozess bereits auf einer niedrigeren Ebene, wird erneut auf eine höhere Ebene gewechselt, sobald Verhaltensweisen auftreten, die eine höhere Priorität besitzen.

### **DBT-A für männliche Jugendliche – warum?**

In mehreren klinischen Studien wurden deutliche Geschlechterunterschiede bezüglich der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung gefunden. In der Studie von Lieb et al. (2004) waren ca. 70% der Betroffenen Frauen. Diese Unterschiede konnten in der Studie von Grant et al. (2008), in der 34.653 Erwachsenen aus der Normalbevölkerung befragt wurden, nicht bestätigt werden. Diese Studie zeigt eine Lebenszeitprävalenz der Borderline-Störung von ca. 6%, Männer und Frauen fast gleichverteilt (6,2 % bei Frauen und 5,6 % bei Männern). Die Ursachen für diese Diskrepanz zwischen klinischen Studien und Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung sind noch unklar. Diskutiert wird, dass Frauen sich schneller Hilfe holen und dass Männer mit Borderline-Symptomatik aufgrund des häufig anders gelagerten Schwerpunktes der Symptomatik mit aggressivem Verhalten, Substanzmissbrauch usw. eher in anderen Settings als der Psychiatrie zu finden sind (z.B. Forensik, Gefängnis, Suchtkliniken).

Die Station „Poseidon“ bietet ein Angebot für männliche Jugendliche zu einem Zeitpunkt, zu dem die Symptomatik noch nicht chronifiziert ist. Ziel ist es, durch eine frühzeitige spezifische Intervention im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie einer ungünstigen Entwicklung der betroffenen Jugendlichen entgegenzuwirken.

Für die Entwicklung der Station „Poseidon“ wurden auch die Erfahrungen aus der DBT-Forensik (DBT-F) herangezogen. Die DBT-F (McCann et al., 1996; Oermann et al., 2008) wurde als Verfahren in der forensischen Behandlung von emotional- instabilen und dissozialen männlichen und weiblichen Patienten und auch anderen Patienten mit Schwierigkeiten der Impulskontrolle und der Emotionsregulation etabliert. Gute Erfolge werden insbesondere bei den Patienten berichtet, bei denen aggressives Verhalten und Gewalt als Folge einer hohen Impulsivität oder einer Emotionsregulationsstörung verstanden werden können (Oermann et al., 2008).

Im Jugendbereich wird die DBT-A bisher eingesetzt, wenn mindestens drei Borderline-Kriterien nach DSM-IV (APA, 1994) vorliegen und eine Behandlungsbedürftigkeit besteht. Es muss also nicht zwingend die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt sein (Miller et al., 1996, Fleischhaker, 2010, von Auer & Ludewig, 2013). Erste positive Erfahrungen werden auch mit anderen Zielgruppen berichtet (z.B. bei Essstörungen, Salbach-Andrae et al., 2009).

Die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens nach DSM-IV (APA, 1994) erfüllen 2,13 – 4,2% der männlichen Kinder und Jugendlichen sowie 0,81 – 1,2% der Mädchen (Ford et al, 2003; Costello, 2003). In einer Studie zur ambulanten Behandlung nach DBT-A bei Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens zeigten sich deutliche Erfolge in der Selbst- und Fremdeinschätzung bei den Jugendlichen, welche die Therapie abgeschlossen haben (Nelson-Gray, 2006). Allerdings gibt es in dieser Studie eine hohe Abbruchrate. Nur 32 von 54 Jugendlichen beendeten die Therapie regulär.

Die Erfahrungen aus der Forensik und auch erste DBT-A Erfahrungen zeigen, dass es sich lohnen kann, dissoziale Jugendliche mit Impulskontrollstörung mit DBT-A zu behandeln.

### Station „Poseidon“

Seit 2010 gibt es in der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie die Station „Poseidon“, eine offene Therapiestation, die mit männlichen Jugendlichen nach der DBT-A arbeitet. Die Behandlung orientiert sich an der ambulanten DBT-A (Miller et al, 2007, Fleischhaker, 2010) sowie an der stationären Adaption durch Bohus (2004), der DBT-F (Oermann et al., 2008) und unseren Erfahrungen aus der Arbeit mit den jugendlichen Mädchen auf der Station „Wellenreiter“ (von Auer & Ludewig, 2013).

Die Station „Poseidon“ bietet sieben Behandlungsplätze für Jungen im Alter von 13 – 18 Jahren. Es werden Jungen mit Störungsbildern behandelt, bei denen eine Störung der Emotionsregulation oder der Impulskontrolle vorliegt.

Hier einige Fallbeispiele:

- *Martin, 17 Jahre alt, berichtet von sexuellen Übergriffen durch einen erwachsenen Mann im Alter von 6 – 8 Jahren. Er habe Flashbacks, Albträume, Konzentrationsstörungen, sei ständig angespannt. Er verletze sich mehrfach in der Woche selbst durch Schlagen mit der Faust gegen die Wand und zerstöre dabei auch Gegenstände.*

- *Florian, 15 Jahre alt, berichtet von chronischen Suizidgedanken seit er 10 Jahre alt sei. Er habe bereits mehrere Suizidversuche unternommen. Seit dem 11. Lebensjahr verletze er sich selbst, zunächst durch Aufkratzen der Haut, seit mehreren Jahren durch Schneiden mit Rasierklingen. Dies könne phasenweise täglich auftreten. Er habe starke Stimmungsschwankungen, häufige Gefühle der inneren Leere und sei häufig „wie weggetreten“ (dissoziative Zustände). Phasenweise esse er sehr wenig und erbreche auch nach dem Essen.*
- *Peter, 16 Jahre alt, berichtet vor allem von aggressiven Verhaltensweisen. Er fühle sich schnell provoziert und schlage dann zu. Er habe einmalig einem anderen Jugendlichen ein Messer an den Hals gehalten, ihn aber nicht verletzt. Er wolle „seine Aggressionen in den Griff bekommen“, vor allem weil er Angst habe, irgendwann im Gefängnis zu landen. Bisher habe er noch keine Anzeigen bekommen.*
- *Michael, 13 Jahre alt, berichtet bereits als Kind wegen ADHS behandelt worden zu sein. Er wolle nicht mehr so schnell wütend werden und nicht mehr „klauen“. Außerdem könne er sich in der Schule nur schwer konzentrieren. Die Eltern berichten, dass Michael große Schwierigkeiten habe, Regeln anzunehmen und einzuhalten. Er schreie dann herum und beleidige sie.*
- *Sebastian, 15 Jahre alt, gehe seit fast einem Jahr nicht mehr zur Schule. Er könne sich morgens „nicht aufraffen“ und habe „keinen Bock“. Er wolle aber seinen Schulabschluss schaffen. Die Eltern berichten von sozialem Rückzug, Vernachlässigung von Hobbys und Freunden und von massivem PC-Konsum.*

Anders als auf unserer DBT-A Station für Mädchen, die sich auf die Borderline-Symptomatik spezialisiert hat, nehmen wir auf Poseidon männliche Jugendliche auf, die sich vom Symptombild deutlich unterscheiden können. Nach unseren Erfahrungen ist es sogar günstig, auf eine heterogene Zusammensetzung zu achten, also nicht gleichzeitig zu viele hoch impulsive aggressive oder viele sehr junge Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens aufzunehmen. Von dieser heterogenen Zusammensetzung scheinen die Jugendlichen zu profitieren.

Die Jungen werden sowohl aus dem Einzugsbereich der Klinik als auch überregional aufgenommen. Die Behandlungszeit beträgt genau drei Monate. Ziel ist es, durch die klare Festlegung des Entlassungstages von Anfang an eine

gute Therapieplanung gewährleisten zu können und Krisen gegen Ende der Behandlung zu vermeiden (Bohus, 2004). Eine Intervallbehandlung ist möglich, insbesondere wenn Jungen, die einen Aufenthalt erfolgreich durchlaufen haben, klare Ziele für einen weiteren Aufenthalt benennen können und vorhersehbar ist, dass eine ambulante Behandlung nicht ausreichen wird. Diese Jungen können nach einer Pause von mindestens drei Monaten erneut aufgenommen werden.

*Ausschlusskriterien* sind eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, akute Suizidalität, akute Fremdgefährdung und Sexualstraftaten in der Vorgeschichte. Jugendliche, die Erfahrungen mit dem Missbrauch von psychotropen Substanzen haben, werden aufgenommen. Bei Aufnahme muss ein negativer Drogentest nachweisen, dass keine Abhängigkeit vorliegt und der Konsum für den Jugendlichen somit größtenteils kontrollierbar ist. Liegt eine Abhängigkeit vor, kann die Aufnahme auf der Station "Poseidon" in Anschluss an einen stationären Drogenentzug erfolgen, wenn unter Berücksichtigung der Gesamtsymptomatik eine DBT-A Behandlung indiziert erscheint.

*Aufnahmevoraussetzungen* sind ein ausreichendes Interesse an und eine Zustimmung oder Selbstverpflichtung des Jugendlichen zur Behandlung (Commitment). Auch die Eltern müssen sich bereit erklären, aktiv mitzuarbeiten. Statt oder zusätzlich zu den Eltern können oder müssen auch andere Bezugspersonen einbezogen werden, z.B. Betreuer aus Jugendhilfeeinrichtungen. Außerdem muss eine gewaltfreie Wohnsituation vorliegen, die für die Zeit nach der Therapie, für die regelmäßigen Belastungserprobungen an den Wochenenden sowie insbesondere bei vorzeitiger Entlassung gewährleistet sein muss.

## **Rahmenbedingungen**

Die sieben Patienten werden zurzeit von zwei Therapeutinnen behandelt. Leider ist es nicht gelungen, auch einen männlichen Therapeuten für die Station zu gewinnen. Die Station ist entsprechend der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) mit Mitarbeitern aus dem Pflege- und Erziehungsdienst besetzt. Männliche und weibliche Mitarbeiter sind mit gleichen Stellenanteilen vertreten. Regelmäßige DBT-A-Schulungen und DBT-Supervisionen finden für das Gesamtteam statt.



## Behandlungsphasen

Die Therapie gliedert sich in verschiedene Abschnitte:

### *Ambulantes Vorgespräch*

Für alle Jugendlichen, die ein Interesse an der Behandlung signalisieren, findet unter Einbezug von Sorgeberechtigten und ggf. Betreuern aus der Jugendhilfeeinrichtung mindestens ein Vorgespräch mit einer Stationstherapeutin statt. Ziel des ersten Teils des Vorgesprächs ist eine orientierende diagnostische Erhebung. Es wird die frei berichtete Symptomatik erfasst und zusätzlich erfolgt eine strukturierte Exploration behandlungsrelevanter Symptome (z.B. Alkohol-/ Drogenkonsum, Suizidalität, aggressives Verhalten usw.). Dieser Teil des Gesprächs kann auf Wunsch des Jugendlichen mit ihm alleine geführt werden. Gemeinsam mit den Angehörigen werden anschließend die Behandlungsvoraussetzungen überprüft.

Der zweite Teil des Gesprächs dient vor allem der Informationsvermittlung. Dabei werden Hauptziele, Dauer und Ablauf der Behandlung (z.B. Module der Skillsgruppe) erläutert. Es findet eine Aufklärung über den Umgang mit Selbstverletzungen, aggressivem Verhalten und Suizidalität statt und es werden weitere zentrale Regeln und Abläufe erklärt und begründet.

Insgesamt wird in dem Gespräch also die „Passung“ von Jugendlichem und Therapieangebot überprüft sowie Transparenz geschaffen. Zudem findet ein erster Beziehungsaufbau statt.

Am Ende des Gesprächs erhält der Jugendliche das Behandlungskonzept, den Behandlungsvertrag sowie die Stationsregeln schriftlich. Sind die Behandlungsvoraussetzungen nach Einschätzung der Therapeutin gegeben, wird ein zeitnahe Telefontermin vereinbart. Der Jugendliche teilt in diesem Telefonat seine Entscheidung bezüglich der stationären Behandlung mit. Dieser telefonische Kontakt ist Voraussetzung für die Aufnahme auf die Warteliste.

### *Erste Therapiephase: „Commitmentphase“ (Woche 1 – 3)*

„Commitment“ steht für Zustimmung oder Selbstverpflichtung. Männliche Jugendliche sind bei Aufnahme auf die Station häufig noch nicht klar entschieden, an welchen Zielen sie arbeiten wollen und ob eine Therapie tatsächlich der richtige Weg ist. Obwohl wir die Freiwilligkeit als Voraussetzung für die Therapie immer wieder betonen, besteht doch häufig auch viel „Druck“ von der Schule, den Eltern usw.. Aus diesen Gründen werden die ersten drei Wo-

chen der stationären Therapie als Probezeit definiert, innerhalb derer Jugendliche, Behandlungsteam und Bezugspersonen (z.B. Eltern) gemeinsam über eine Weiterbehandlung entscheiden. In diesen ersten drei Wochen nehmen die Jugendlichen 60 Minuten in der Woche an der Commitmentgruppe teil.

Die *Commitmentgruppe* hat einerseits zum Ziel, Basisinformationen und -begriffe der DBT-A zu vermitteln (Grundannahmen, Skills, etc.) und andererseits die Therapiemotivation für die dreimonatige Behandlung zu festigen. Um das Commitment zu stärken, werden daher zunächst individuelle ‚Motivationskuchen‘ erstellt (‚Wer möchte zu wie viel Prozent, dass ich Therapie mache?’). Zusätzlich werden Pro- und Conralisten genutzt und der Skill ‚Entscheidung für einen neuen Weg‘ (Linehan, 1996b; Bohus & Wolf, 2009) vermittelt. Den Abschluss der Teilnahme an der Commitmentgruppe bildet die Formulierung eigener Therapieziele vor der Gruppe im Sinne einer Selbstverpflichtung.

Ziele der Commitmentphase:

- Motivation des Jugendlichen stärken
- Ihn dabei unterstützen, eine eigene Entscheidung für oder gegen die Therapie zu treffen
- Ziele mit dem Jugendlichen gemeinsam formulieren
- Dem Jugendlichen ermöglichen, den Stationsablauf, die Mitarbeiter und Therapiebausteine kennenzulernen
- Beziehungsaufbau
- Probleme besser verstehen ... ohne dass alle Seiten eine schnelle Veränderung erwarten

Den Abschluss der Commitmentphase bilden die Vorstellung einer Verhaltensanalyse zum Hauptproblemverhalten im Team durch Patienten und Therapeutin, an die sich eine gemeinsame Therapieplanung anschließt. Zusätzlich stellt der Patient seine Ziele für die Behandlung in der Commitmentgruppe vor.

#### *Therapieplanung mit Verhaltensanalyse-Vorstellung im Team*

In den ersten Wochen der Therapie erarbeiten Patient und Therapeutin die individuelle Hierarchie der Therapieziele und wählen ein Hauptproblemverhalten aus, für das gemeinsam eine ausführliche Verhaltensanalyse mit erster

Lösungsanalyse erarbeitet wird (z.B. letzter Suizidversuch, aggressives Verhalten, Schulvermeidung, Selbstverletzung, PC-Konsum, usw.).

Diese Verhaltensanalyse wird im Anschluss an die Commitmentphase im Team vorgestellt. Hierzu gehören alle sich im Dienst befindenden Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes, alle Therapeuten der Station sowie die Stationsleitung und die therapeutische Leitung. Patient und Therapeutin sind dabei beide für die Verhaltensanalyse verantwortlich. Der Patient übernimmt den größeren Teil der Vorstellung, während die Therapeutin unterstützt. Das Team erhält also direkt vom Patienten Informationen, so dass ein emphatisches Verständnis des Problems erleichtert wird und eine Lösungsanalyse leichter stattfinden kann.

Die Patienten bekommen eine wertschätzende und validierende Rückmeldung und alle überlegen gemeinsam, wie der Patient bei der Erreichung seiner Ziele unterstützt werden kann. Für die Patienten ist diese Situation sehr aufregend und wirkt fast wie ein Initiationsritus.

#### *Zweite Therapiephase (Woche 4 – 9)*

In dieser Phase wird in allen Therapieeinheiten (s. u.) an den festgelegten Zielen – flexibel orientiert an der Hierarchie der Therapieziele – gearbeitet. Eine Koordination findet in den Visiten und Supervisionen statt.

#### *Entlassungsphase (Woche 10 – 12)*

In den letzten Wochen wird ein Notfallplan mit dem Patienten entwickelt, in dem Strategien, die er im Therapieverlauf für schwierige Situationen erarbeitet hat, zusammengefasst werden. Auch die Festigung der erlernten Skills und der Transfer in den Alltag sind in dieser Phase sehr wichtig. Eltern und andere Bezugspersonen werden einbezogen. Die Patienten stellen z.B. ihre endgültigen Skillsketten, eine Skillsbox sowie den Notfallplan im Familiengespräch vor. In verschiedenen Therapieelementen stehen Abschieds- und Rückmelderituale an.

#### *Therapiepausen*

Jungen sind schwieriger für eine Therapie zu gewinnen. Manche von ihnen müssen über einige Tage oder auch Wochen entlassen und wieder aufgenommen werden (Therapiepausen), bevor ein ausreichendes Arbeitsbündnis besteht. Therapiepausen werden manchmal von den Patienten selbst eingefordert. Sie werden aber auch als Konsequenz auf therapiezerstörendes Verhalten eingesetzt. Normalerweise gibt es eine Option, erneut aufgenommen zu werden, die aber an bestimmte Absprachen geknüpft wird. So müssen die

Patienten i. d. R. vor der Wiederaufnahme dem Team eine Verhaltensanalyse zu dem Verhalten, das die Entlassung bewirkt hat, vorstellen. Die Wiederaufnahme ist davon abhängig, inwieweit der Patient vermitteln kann, dass ein solches Verhalten nicht mehr auftreten wird. Hierzu legt er dar, welche Strategien er in Zukunft einsetzen will, kann aber auch gleichzeitig darauf hinweisen, welche Unterstützung er sich vom Team wünscht.

## Behandlungsmodule

Die Jungen erhalten in der Woche 60 Minuten *Einzeltherapie*. Diese werden häufig auf zweimal 30 Minuten aufgeteilt, da viele Jungen Schwierigkeiten haben, sich länger zu konzentrieren. In der Einzeltherapie wird mit den Jugendlichen gemeinsam die individuelle Hierarchie der Therapieziele und ein individuelles Störungsmodell erarbeitet. Zusätzlich findet Psychoedukation über das Behandlungskonzept und wesentliche Inhalte statt. Bei Auftreten von selbst- oder fremdgefährdendem, krisengenerierendem oder therapiezerstörendem Verhalten erstellen die Jugendlichen Verhaltensanalysen. Diese werden ebenfalls in der Einzeltherapie besprochen. Anhand der Verhaltensanalysen lässt sich erkennen, in welchen Bereichen die Jugendlichen Fertigkeitendefizite aufweisen. Entsprechend erarbeiten Einzeltherapeutin und Patient Strategien, um Problemverhaltensweisen zu reduzieren und funktionales Verhalten aufzubauen.

Zweimal in der Woche findet die *Skillsgruppe* statt. Diese dauert 90 Minuten und wird durch eine 15-minütige Pause unterbrochen. Die Skillsgruppe dient der Vermittlung der Fertigkeiten aus den verschiedenen Modulen (s. o.). Als Arbeitsmaterial werden das Manual von Fleischhaker et al. (2010) sowie Auszüge aus dem interaktiven Skillsmanual von Bohus und Wolf (2012) genutzt. Bei den Jungen muss die Vermittlung der Fertigkeiten praxisnäher und erlebnisorientierter erfolgen. Je nach Gruppenzusammensetzung kann es hilfreich sein, im ersten Teil der Skillsgruppe bestimmte Skills zu vermitteln und diese im zweiten Teil praktisch einzuüben. Die Skillsgruppe wird von einer Therapeutin und einem/r MitarbeiterIn aus dem Pflege- und Erziehungsdienst geleitet.

In der stationären DBT (Bohus, 2002) finden ein- bis zweimal wöchentlich für die Dauer von 30-45 Minuten *Bezugsbetreuerstunden* statt. Jedem Patienten ist ein Bezugsbetreuer bzw. eine Bezugsbetreuerin zugeordnet. Inhalt der Gesprä-

che ist das ganz konkrete Kennenlernen und Ausprobieren von unterschiedlichen Skills. Welche Skills ausprobiert werden, hängt von der Symptomatik ab. Jungen mit selbstverletzendem Verhalten, chronischer Suizidalität oder aggressivem Verhalten lernen zunächst Stresstoleranzskills. Sie nutzen bei hoher Anspannung häufig Sport bzw. Bewegung, um sich zu regulieren. Andere Jungen trainieren in den Bezugsbetreuerstunden soziale Kompetenz, planen angenehme Aktivitäten oder erhalten ein Expositionstraining. Auch die Jungen, die zunächst Stresstoleranzskills trainieren, erlernen im Verlauf zunehmend auch Skills aus den anderen Modulen. Alle Jugendlichen erarbeiten mit ihren Bezugsbetreuern Skillsketten, d. h. feste Abfolgen von Skills (Bohus & Wolf, 2012).

Bei hoher Anspannung oder in anderen schwierigen Situationen können die Patienten ein von Mitarbeitern geleitetes *Skillscoaching* in Anspruch nehmen. Sie werden dann direkt in der (Krisen-)Situation beim Einsatz der Skills begleitet und angeleitet. Ziel ist, dass die Jugendlichen die Erfahrung machen, diese Situationen ohne den Einsatz von langfristig dysfunktionalen Strategien wie Selbstverletzungen überstehen bzw. bewältigen zu können. Im Verlauf der Therapie geht der Einsatz der Skills zunehmend in die Eigenverantwortung der Patienten über.

Während der Behandlung finden in regelmäßigen Abständen *Gespräche mit den Eltern* oder Betreuern aus entsprechenden Jugendhilfeeinrichtungen statt. Je nach Entfernung des Wohnortes von der Klinik planen wir diese Gespräche 14-tägig oder seltener. Inhalte der Familiengespräche sind Psychoedukation über das Behandlungskonzept, die Erarbeitung eines Störungsmodells zum besseren Verständnis der Situation der Jugendlichen, Informationen zum Behandlungsverlauf und die Vermittlung von Family Skills (Fruzzetti, 2006) sowie weiteren Strategien (z.B. Kontingenzmanagement), die die Interaktionen innerhalb der Familie direkt beeinflussen sollen.

Ergänzend führen wir *Elterngruppen* durch. In diesen können die Eltern einerseits Family Skills (Fruzzetti, 2006) erlernen und haben andererseits auch die Möglichkeiten zum Austausch untereinander. In der Elterngruppe werden die Eltern beider DBT-A-Stationen (Jungen und Mädchen) zusammengefasst. Die Elterngruppe findet einmal im Monat für die Dauer von drei Stunden am Nachmittag statt, damit auch Eltern mit längeren Anfahrtswegen anreisen können.

In den ersten drei Wochen der Behandlung (der Commitmentphase) nehmen die Jungen einmal in der Woche 60 Minuten an der *Commitmentgruppe* teil (s. o).

Auf der Station „Poseidon“ findet einmal wöchentlich für die Dauer von 90 Minuten ein *soziales Kompetenztraining* statt. Dieses setzt sich aus dem DBT-Modul ‚Zwischenmenschliche Fertigkeiten‘ (Fleischhaker, 2010, Bohus & Wolf, 2012) sowie Elementen aus dem Gruppentraining sozialer Kompetenz von Pfingsten und Hinsch (2007) zusammen. Unserer Beobachtung nach haben fast alle stationär bei uns aufgenommenen Jungen ein Defizit im Bereich der zwischenmenschlichen Fertigkeiten, so dass eine eigenständige Gruppe für dieses Modul sinnvoll erscheint. Durch das Herausnehmen dieses Moduls aus der Skillsgruppe wurde es außerdem möglich, das Modul ‚Selbstwert‘ in die Skillsgruppe aufzunehmen.

Zum Behandlungskonzept für die männlichen Jugendlichen gehört ein regelmäßiges Bewegungsangebot (z.B. Bogenschießen, Bewegungstherapie). Optional können weitere sportliche Aktivitäten genutzt werden (z.B. Teilnahme an der Laufgruppe, Betätigung im Fitnessraum, Basketball spielen).

*Erlebnispädagogische Angebote* (z.B. Klettern, Kanufahren) finden regelmäßig statt und sollen in Zukunft noch stärker an den Inhalten der Skillsgruppe orientiert werden.

Die geleitete *Jugendkonferenz* (Juko) bietet als wöchentlicher Termin den Raum für stationsinternen Austausch von Mitarbeitern und Patienten. Es werden u. a. gemeinsame Aktivitäten geplant und Konflikte oder Beschwerden besprochen.

Die Jungen nehmen wie in anderen Kinder- und Jugendpsychiatrien täglich am *Klinikschulunterricht* teil oder nutzen Praktika, um sich in der Arbeitswelt zu orientieren. Geplant ist ein arbeitstherapeutisches Angebot. Auch Zusatztherapien wie *Musik-, Kunst- und Reittherapie* werden nach individueller Indikation besucht.

## Erfahrungen

Nach unseren Erfahrungen der letzten Jahre ist die DBT-A bei männlichen Jugendlichen mit unterschiedlichen Störungsbildern klinisch hilfreich. Eine Belegung der Station mit heterogenen Störungsbildern hilft dabei, Eskalationsprozesse zu vermeiden.

Die Vermittlung von Skills muss im Vergleich zu der Arbeit mit jugendlichen Mädchen noch einfacher, praxisnäher und erlebnisorientierter erfolgen. Handlungsorientierte Ansätze wie Sport oder Erlebnispädagogik können dabei gut eingesetzt werden.

Den Jungen fällt es häufig sehr schwer, über sich selbst zu sprechen, weil sie befürchten, sich verletzbar zu machen. Validierung als therapeutische Strategie ist dabei sehr hilfreich, wenn sich nicht zu sehr als ‚Psychogelaber‘ wahrgenommen wird.

Die Jungen profitieren von Gruppen, an denen keine Mädchen teilnehmen. Sie geraten weniger in Gefahr, das ‚Gesicht zu verlieren‘ und berichten positiv von den gemeinsamen Erfahrungen. Gleichzeitig ist die Rolle innerhalb der Gruppe bei den Jungen immer wieder Thema und kann sich je nach Grupsituation günstig oder ungünstig auswirken.

DBT-A als Therapieverfahren bietet einerseits eine gute Möglichkeit, auch in schwierigen Situationen eine annehmende therapeutische Grundhaltung zu behalten und liefert andererseits konkretes und hilfreiches Handwerkszeug.

## Ausblick

Die „Station Poseidon“ hat sich etabliert und ein hochengagiertes Team ist ständig dabei, das Konzept weiter zu entwickeln. Vor allem im Bereich Kontingenzmanagement werden aktuell Ideen für den Umgang mit den jüngeren Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens diskutiert.

Zusätzlich geplant ist eine wöchentlich stattfindende Gruppe zum *Problemlösetraining*, an der Jungen und Mädchen teilnehmen könnten. In größeren Abständen sollen in dieser Gruppe zusätzlich sogenannte „*Dilemma-Diskussionen*“ stattfinden, die sich in der DBT-Forensik (DBT-F, Oermann et al., 2008) bewährt haben. Die Teilnehmer teilen sich dabei in zwei Gruppen auf und diskutieren unlösbare Dilemmata (z.B. ein Mann stiehlt für seine

todkranke Frau Medikamente aus der Apotheke). Dieses Instrument soll der moralischen Urteilsbildung dienen und hilft sicher auch dabei zu lernen, Konflikte angemessen auszutragen.

Eine Herausforderung ist die immer noch überschaubare Warteliste in Zusammenhang mit einer Aufnahmeplanung, die eine günstige Zusammensetzung der Station gewährleisten soll.

Wir streben eine Überprüfung der Wirksamkeit anhand von Studien sowie den Austausch mit anderen Kliniken und Konzepten (z.B. DBT-F in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) an.

### **Korrespondenzanschrift:**

Sonia Ludewig  
Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
Triftstr. 139, 23554 Lübeck  
Tel. 0451-4002 50 400  
Email: [sonia.ludewig@vorwerker-diakonie.de](mailto:sonia.ludewig@vorwerker-diakonie.de)

### **Literaturverzeichnis**

- American Psychiatric Association (APA)* (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Washington, DC: APA.
- Bohus, M.* (2002) Borderline-Störung - Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Bohus, M., Wolf, M.* (2012) Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Stuttgart: SchattauerVerlag.
- Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, Ch., Niedtfeld, I., Steil, R. (in press) Dialectical Behaviour Therapy for Posttraumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients With and Without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Böhme, R., Fleischhaker, C., Mayer-Bruns, F., Schulz, E.* (2001) Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) – Arbeitsbuch. Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Hauptstr. 8, D-79104 Freiburg



- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A.* (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8): 837-44.
- Dimeff, L., Koerner, K., (ed.)* (2007) *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. New York, USA: Guilford press.
- Fleischhaker, C., Sixt, B., Schulz, E.* (2010) *Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche*. Berlin: Springer Verlag.
- Fruzzetti, A.* (2006) *The high conflict couple. A dialectical Behavior Therapy Guide to Finding Peace, Intimacy & Validation*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H.* (2003) The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203-1211.
- Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha T.D., Smith, S.M., Dawson, D.A., Pulay, A.J., Pickering, R.P., Ruan, W.J.* (2008) Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (4), 533–545.
- Kienast, T.* (2012) „Umgang mit Sucht“ in: Bohus, M. & Wolf, M. *Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit*. Schattauer Verlag, 2. Überarbeitete Aufl.
- Lieb K., Linehan M., Schmahl Ch., Zanarini M., Bohus M.* (2004) Borderline personality disorder. *Lancet*, Vol. 364, S. 453–61.
- Linehan, M.* (1996a) *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M.* (1996b) *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Trainingsmanual*, München: CIP-Medien.
- McCann, R.A., Ball, E.M., Ivanoff, A.* (1996) DBT with an in-patient forensic population: The CMHIP Forensic Model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 447-456.
- McCann, R.A., Ivanoff, A., Schmidt, H., Beach, B.* (2007) Implementing dialectical behavior therapy in residential forensic settings with adults and juveniles. In: Dimeff, L., Koerner, K., (ed.) *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. New York, USA: Guilford press, 112-144.
- Miller, A., Rathus, J., Linehan, M.* (2007) *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. The Guilford Press: New York.
- Neacsiu, A., Bohus, M., Linehan, M.* (in press) *Dialectical Behavior Therapy Skills: An Intervention for Emotion Dysregulation*. In: J. Gross (ed.) *Handbook of emotion regulation* 2<sup>nd</sup> revised edition, New York: Guilford press.

- Nelson-Gray, R.O., Keane, S.P., Hurst, R.M., Mitchell, J.T., Warburton, J.B., Chok, J.T., Cobb, A.R.* (2006) A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1811-1820.
- Oermann, A., Brück, R., Bohus, M.* (2008) Die Übertragung der Dialektisch - Behavioralen Therapie auf die Behandlung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung in der Forensik (DBT-F). In: Schmidt-Quernheim F., Hax-Schoppenhorst. T. Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug. Bern: Huber Verlag, 201-215.
- Pfingsten, U., Hinsch, R.* (2007) Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. 5.Aufl., Weinheim: PVU.
- Potreck-Rose F., Jacob, G.* (2004) Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. 2.Aufl., Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie vom 18.12.1990, BGBl. I S. 2930, geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 26.09.1994, BGBl. I S. 2750
- Rathus, J.H., Miller A.L.* (2002) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threateningbehavior*, 32, 146-157.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Bierbaum, T., Schneider, N., Thurn, C., Stiglmayr, C., Lenz, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U.* (2009) Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) und Kognitiv Behaviorale Therapie (CBT) für Jugendliche mit Anorexia und Bulimia nervosa im Vergleich. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 180-190.
- Sipos, V., Bohus, M., Schweiger, U.* (2011) Dialektisch Behaviorale Therapie für Essstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 61: 87-91.
- Von Auer, A.K., Ludewig, S.* (2013) Die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A). *Psychotherapie*, Bd. 18, 1, München: CIP-Medien.

# Zum Umgang mit Grenzbefunden am Beispiel autistischer Symptome

*Ingo Spitzcok von Brisinski*

## **Dimensional – kategorial auf Syndromebene**

Das Stellen von Diagnosen im Rahmen von ICD-10 muss in der Regel zunächst einmal kategorial erfolgen (z. B. die Kriterien für F20.1 Hebephrene Schizophrenie sind erfüllt oder nicht erfüllt, so dass die Diagnose gestellt wird oder nicht). Kann bzw. mag man sich zwischen den beiden Kategorien „Diagnose liegt vor“ und „Diagnose liegt nicht vor“ nicht entscheiden, bleiben noch die beiden Optionen „Verdacht auf...“ und „Differentialdiagnostisch...“.

In der aktuellen AWMF-S3-Leitlinie zu „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ ([http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-0261\\_S3\\_Diagnostik\\_Therapie\\_Esstörungen.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0261_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf)) heißt es unter „2.1.7 Diagnosestellung“: „Falls der Verdacht einer Essstörung nach den vorangegangenen Schritten fortbesteht, sollte formal überprüft werden, ob die Kriterien einer Essstörung nach einem operationalisierten Diagnosesystem wie ICD-10 oder DSM-IV erfüllt werden ... Um allen Frauen und Männern, die unter einer Essstörung leiden, adäquate Hilfe zukommen zu lassen, ist es wichtig, auch die diagnostischen Kategorien atypischer oder nicht näher bezeichneter (NNB) Essstörungen anzuwenden. Versorgungsepidemiologische Studien zeigen, dass die aktuellen DSM- und ICD-Hauptkategorien nur etwa 40 bis 60 % der Patientinnen mit einer klinisch bedeutsamen Essstörung erfassen.“

Bzgl. Autismus stehen „F84.8 Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen“ und „F84.9 Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet“ zur Verfügung, für die keinerlei Kriterien angegeben sind, jedoch anzunehmen ist, dass zumindest die für „Tief greifende Entwicklungsstörungen“ in ICD-10 GM 2013 im Vorspann von F84 beschriebenen Kriterien gelten: „Diese Gruppe von Störungen ist gekennzeichnet durch qualitative Abwei-

chungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Auffälligkeiten sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal des betroffenen Kindes.“ Darüber hinaus besteht die Möglichkeit „F84.1 Atypischer Autismus“ zu diagnostizieren, wenn bzgl. frühkindlichem Autismus „die diagnostischen Kriterien nicht in allen genannten Bereichen erfüllt werden“, d. h. „wenn die abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung erst nach dem dritten Lebensjahr manifest wird und wenn nicht in allen für die Diagnose Autismus geforderten psychopathologischen Bereichen (nämlich wechselseitige soziale Interaktionen, Kommunikation und eingeschränktes, stereotyp repetitives Verhalten) Auffälligkeiten nachweisbar sind, auch wenn charakteristische Abweichungen auf anderen Gebieten vorliegen“ (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f80-f89.htm#F84>). Das „und“ ist wahrscheinlich nicht wörtlich zu nehmen bzw. muss nicht eng ausgelegt, sondern als „und/oder“ verstanden werden, da es im Satz zuvor heißt: „Diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus entweder durch das Alter bei Krankheitsbeginn oder dadurch, dass die diagnostischen Kriterien nicht in allen genannten Bereichen erfüllt werden.“

Hat man sich dafür entschieden, dass eine bestimmte Diagnose vorliegt, besteht für manche ICD-10-Diagnosen die Möglichkeit, den Schweregrad innerhalb einer ICD-10-Diagnose anhand von Unterkategorien zu bestimmen (z. B. F32.0 Leichte depressive Episode, F32.1 Mittelgradige depressive Episode, F32.2 bzw. F32.3 Schwere depressive Episode) oder außerhalb auch dimensional (z. B. „im Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche erreicht die Ausprägung der depressiven Störung einen T-Wert von 73“ oder „auf der Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität wird ein T-Wert von 65 innerhalb der Autismusnormen erreicht“).

### **Dimensional – kategorial auf Symptomebene**

Wenn man sich der Frage widmet, ob die einzelnen Kriterien für eine bestimmte Diagnose erfüllt sind oder nicht, impliziert dies bei allen dimensional beschreibbaren Symptomen Festlegungen, ab welchem Ausprägungsgrad des Symptoms das Diagnosekriterium erfüllt ist. Diese Frage ist selbst bei relativ leicht und genau mess- bzw. quantifizierbaren Ausprägungsmerkmalen

wie Körpergewicht und Körpergröße nicht eindeutig geregelt: Bzgl. Anorexia nervosa nennen weder ICD-10 GM 2013 noch aktuelle AWMF-S3-Leitlinie einen genauen Grenzwert für Körpergewicht oder BMI, ab dem das Kriterium des „herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust“ erfüllt ist. Gemäß DSM-IV bzw. ICD-10-Forschungskriterien muss das Körpergewicht „mindestens 15 % unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße zu erwartenden Gewicht“ liegen. Nach Hebebrand et al. (1996) korrespondiert das für die Diagnose von Anorexia nervosa verwendete Gewichtskriterium mit BMI-Werten zwischen der 5. und 10. Perzentile.

Gemäß Kromeyer-Hauschild et al. (2001) ergibt der Standard-deviation-Score ( $SDS_{LMS}$ ) unter Berücksichtigung von Box-cox-power-Transformation (L), Median (M) und Variationskoeffizient (S) bzgl. Verteilung des Messwerts (BMI) über den Bereich der Kovarianten (Alter) einen Wert von 1,3 Standardabweichungen (SA) unterhalb des BMI-Medianwertes bei einer Patientin mit einem Körpergewicht von 50 kg, einer Körpergröße von 173 cm und einem Alter von 14 Jahren bzw. einen BMI von 16,7 kg/m<sup>2</sup> (mit 9,7. Perzentile knapp unterhalb der 10. Perzentile).

Zwar ist der unauffällige Bereich der intellektuellen Gesamtbefähigung gemäß Multiaxialem Klassifikationschema (MAS, Remschmidt et al. 2012) Achse 3 enger gefasst („Niedrige Intelligenz“ entsprechend ‚Lernbehinderung‘ beginnt hier bereits 1,0 SA = 15 IQ-Punkten unterhalb des Mittelwertes, der ja bei großen normalverteilten Stichproben dem Median gleichgesetzt werden kann), und Gleiches gilt auch in der ICD-10 GM 2013 für die Definition von „F74 Dissoziierte Intelligenz“ („Es besteht eine deutliche Diskrepanz (mindestens 15 IQ-Punkte) z.B. zwischen Sprach-IQ und Handlungs-IQ“), bzgl. der Ausprägung der intellektuellen Gesamtbefähigung liegt die „Intelligenzminderung“ jedoch mindestens 2,0 SA unterhalb des Mittelwertes, so dass hier die Grenzen weiter gefasst sind.

Für Teilleistungsstörungen bzw. „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ sind in ICD-10 GM 2013 überhaupt keine Angaben zu Abstandsmaßen bzgl. Gesamtentwicklung bzw. Intelligenzquotient gemacht. In der kinder- und jugendpsychiatrischen AWMF-Leitlinie „Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)“ heißt es hingegen: „Das Leistungs-niveau im Lesen bzw. Schreiben soll zur Stellung einer Diagnose zunächst den Grenzwert von Prozentrang ca. 10 nicht überschreiten, d.h., bezogen auf die Normgruppe des Testverfahrens ist die ermittelte individuelle Leistung eindeutig nicht alters- bzw. jahrgangsstufengemäß. Als weiteres (zusätzliches) Kriterium kommt ein Diskrepanzkriterium zur Anwendung, d.h., die Rechtschreib- bzw. Leseleistung soll mindestens 1,2 Standardabweichungen (zwi-

schen 1-1,5 Standardabweichungen) unterhalb dessen liegen, was aufgrund der Intelligenz zu erwarten ist.“ Sowohl PR 10 als auch die genannten 1,2 SA liegen recht nah an den o. g. 1,3 SA, die leicht unterhalb der 10. BMI-Perzentile für Jugendliche liegen.

Interessant an dieser AWMF-Leitlinie ist, dass das Diskrepanzkriterium von 1,2 SA nicht als allgemeingültig angesehen wird (und bei strenger Anwendung dieses Kriteriums sehen wir auch im klinischen Alltag immer wieder Patienten, die zwar nicht das Abstandskriterium von 1,2 SA erfüllen, dennoch alle typischen klinischen Charakteristika einer umschriebenen Entwicklungsstörung gemäß ICD-10 GM erfüllen und von spezifischen Fördermaßnahmen zweifelsohne profitieren), sondern bei extrem niedrigem oder extrem hohem IQ in Betracht gezogen wird, dass das IQ-Diskrepanzmodell dem klinischen Befund u. U. nicht entspricht und in diesen Fällen ein Regressionsmodell den klinischen Befund besser abbildet, da Verzerrungen in den Extrembereichen der Verteilung der Rechtschreib- oder Leseleistung vermieden werden. Im Vergleich zum Diskrepanzmodell wird für überdurchschnittlich Intelligente eine höhere und für unterdurchschnittlich Intelligente eine niedrigere Diskrepanz zum Erfüllen des Kriteriums benötigt. „Beispielsweise ist in den Extrembereichen eines höheren IQ das Kriterium eines Lese-Rechtschreibprozentrangs von  $\leq 10$  nicht immer adäquat zur Abbildung des klinischen Bildes (z.B. in Diktaten oder Aufsätzen hohe Fehlerquote in der Rechtschreibung und diskrepanz dazu signifikant bessere Noten in Bezug auf Inhalt der Aufsatzleistung). Für genau durchschnittliche Intelligenz führen Diskrepanz- und Regressionsmodell dagegen zu identischen Ergebnissen“ ([www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-017\\_S1\\_Umschriebene\\_Entwicklungsstoerungen\\_schulischer\\_Fertigkeiten\\_F81\\_\\_11-2006\\_11-2011\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-017_S1_Umschriebene_Entwicklungsstoerungen_schulischer_Fertigkeiten_F81__11-2006_11-2011_01.pdf)).

Analog kann natürlich auch in einer Familie von schlanken Eltern, Großeltern und Geschwistern, die teils einen BMI unterhalb der 10. Perzentile aufweisen ohne auch nur Züge einer anorektischen Psychopathologie der BMI-Perzentilenwert bezogen auf die Normalbevölkerung in eine falsche Richtung weisen bzw. unangemessen bewertet werden.

Schwierig in der Bewertung einzelner Dimensionen autistischen Verhaltens wird es, wenn analog der BMI-Perzentilen die Persönlichkeitsmerkmale der Eltern fraglich autistischer Kinder bzw. Jugendlicher zur Bewertung der Psychopathologie herangezogen werden, da es vorstellbar ist, dass Vater und/oder Mutter selbst autistische Züge aufweisen bzw. (sub-)klinisch autistisch sind. Üblicherweise werden Kind und Eltern nicht gleichzeitig untersucht und die Diagnosestellung hängt nicht nur vom Ausprägungsgrad der ‚Autismusspektrumstörung‘ ab, sondern auch von Kompensationsressourcen bzw.

Coping-Strategien einerseits und Ressourcen bzw. Anforderungen des sozialen Umfelds andererseits.

Deutlich wird jedenfalls, dass selbst bei objektiv messbaren Größen wie BMI, Intelligenz, Rechtschreibfähigkeiten oder Latenzen evozierter Potentiale die Festsetzung der statistischen Grenze zwischen unauffällig und auffällig und noch mehr zwischen physiologisch und pathologisch höchst willkürlich ist – finden sich doch je nach Bereich und Tradition als etablierte Werte 1 oder 1,2 oder 1,5 oder 2 Standardabweichungen oder eben das o. g. Regressionsmodell, dass gar keinen fixen Wert bzgl. Standardabweichung verwendet.

Und schließlich lässt sich ein Großteil relevanter Symptome gar nicht oder nur eingeschränkt und/oder nur indirekt so quantifizieren bzw. messen, dass die Anwendung statistischer Maße angemessen erscheint.

### **Vertrauliche Informationen: Konfidenzintervalle**

In der bisherigen Diskussion haben wir zwar reflektiert, wo etwa eine Grenze innerhalb einer Dimension liegen kann (z. B. 1 SA unterhalb des Mittelwertes), aber nicht, wie genau Messwerte und Grenze zur Unterscheidung zwischen auffällig und unauffällig sind.

Zur Beschreibung dieser Genauigkeit bzw. Ungenauigkeit dienen Konfidenzintervalle bzw. Vertrauensbereiche. Das Konfidenzintervall schließt den Bereich um den geschätzten Wert des Parameters ein, der mindestens mit einer zuvor festgelegten Wahrscheinlichkeit (Konfidenzniveau) die wahre Lage des Parameters trifft (= Präzisionswert).

Werden Testergebnisse ohne Berücksichtigung der Vertrauensbereiche verwendet, gelangt man zu scheinengenauen, u. U. falschen Aussagen (z. B. liegt ein IQ von 83 nicht im Bereich der Lernbehinderung, sondern im Grenzbereich zwischen durchschnittlich und unterdurchschnittlich, da der wahre Wert unter Berücksichtigung der Messungenauigkeit bzw. des Konfidenzintervalls z. B. zwischen 81 und 86 liegt, die Grenze von 1 SA unterhalb des Mittelwertes von 100 aber bei 85). Für den HAWIK-IV sind beispielsweise 90%- und 95%-Vertrauensintervalle angegeben. Also herrschen auch hier Tradition und Ermessensspielraum bei Grenzbefunden eine maßgebliche Rolle!

## STANINE, T-Werte, Cut-off-Werte und Konfidenzintervalle

Während bei Intelligenztests unter Verwendung der Intelligenzquotient-Skala mit einem Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 15 die Berücksichtigung der Konfidenzintervalle zur Beurteilung der Präzision des Messergebnisses breit etabliert ist, wird bei Verfahren, die T-Werte, Prozentränge oder STANINE verwenden, oft kein Vertrauensbereich angegeben und demzufolge wird bei der Bewertung in der Regel so getan, als sei die Messung so genau, dass die Berücksichtigung eines Vertrauensintervalls gar nicht erforderlich sei. Eine Ausnahme stellt z. B. das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) dar, das T-Werte-Bänder auf 95%-Niveau aufführt. So wird beispielsweise beim FBB-ADHS (Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen) die Einschätzung der Eltern in Stanine-Werten beschrieben (STANDARD NINE, standardisierte Skala von 1 bis 9, Mittelwert 5, Streuung 2): Während ein Wert von 7 noch als im oberen Normbereich interpretiert wird, wird ein Wert von 8 als klinisch auffällig bewertet.

Bei der SRS (Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität) erfolgt die Interpretation der Rohwerte über die Zuordnung von T-Werten (Mittelwert 50, Streuung 10): Während ein Wert von 60 noch als im oberen Normbereich interpretiert wird, wird ein Wert von 61 als klinisch auffällig bewertet. Zwar wird im Manual auf die Standardmessfehler der Rohwerte und die Möglichkeit der Berechnung von Konfidenzintervallen auf 95%- und 99%-Niveau hingewiesen, in den Normierungstabellen findet dies jedoch keinen Niederschlag in Form von T-Werte-Bändern.

Die Präzision solcher Aussagen muss daher hinterfragt werden, solange keine Konfidenzintervalle berücksichtigt werden.

Auch bei der Bewertung mittels Cut-off-Werten werden in der Regel keine die Präzision relativierenden Konfidenzintervalle angegeben bzw. berücksichtigt, auch wenn im Manual irgendwo Sensitivität und Spezifität angegeben sind. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die oftmals mittels ROC-(Receiver Operating Characteristic-)Kurve ermittelten Cut-off-Werte das Optimum des erzielbaren Kompromisses zwischen Sensitivität und Spezifität darstellen und daher keiner weiteren numerischen Relativierung bedürfen (Beispiele: ADI-R – Diagnostisches Interview für Autismus-Revidiert, ADOS – The Autism Diagnostic Observation Schedule, FSK – Fragebogen zur Sozialen Kommunikation).



Hier kann gar nicht oft genug betont werden: Die Sensitivität von ADOS liegt nicht bei 100%, sondern bei 90,4% (bezogen auf die Stichprobe, bei der Asperger-Syndrom und High functioning Autism unterrepräsentiert waren) und die Übereinstimmung von ADOS und ADI-R liegt nicht bei 100%, sondern bei 79%, d. h. mindestens 10% aller autistischen Störungen werden mittels ADOS nicht erkannt und in mindestens 20% widersprechen sich die Ergebnisse von ADOS und ADI-R.

Als Alternative zu singulären, aus ROC-Kurven ermittelten Cut-off-Werten, stellt sich die Publikation einer Tabelle unterschiedlicher Cut-off-Werte mit den jeweils damit verbundenen Werten von Sensitivität und Spezifität dar, die die diagnostische Ungenauigkeit deutlicher abbildet:

<b>Cutoff</b>	<b>Richtig positiv</b>	<b>Falsch positiv</b>
<b>Wert</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Eltern</b>		
7	95	44
13	91	23
15	76	19
16	71	16
17	67	13
19	62	10
20	48	8
22	43	3
<b>Lehrer</b>		
9	95	45
11	90	42
12	85	37
15	75	27
22	70	9
24	65	7

Tabelle 1: Sensitivität und Spezifität von ASSQ (The High-Functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire) in Abhängigkeit ausgewählter Cutoff Scores (aus Ehlers et al. 1999)

## Zwei Grenzbefundtypen: Homogene und inhomogene Grenzbefunde

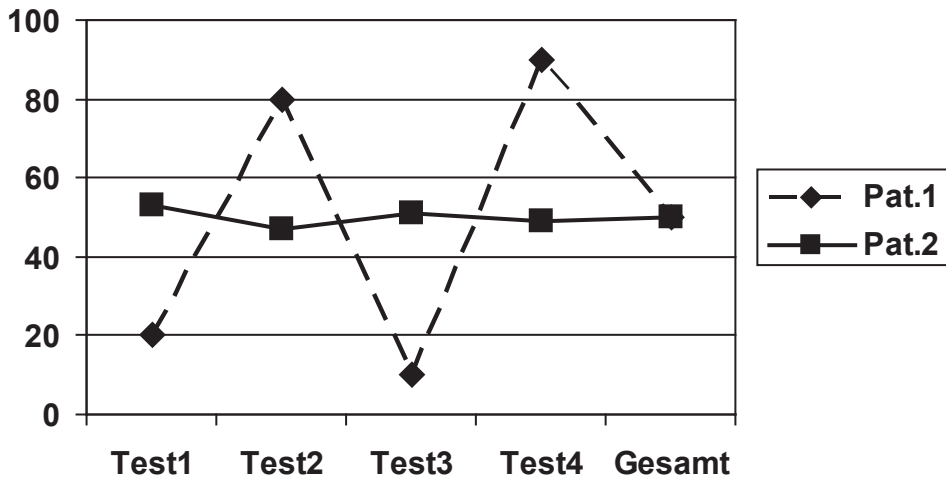


Abbildung 1: Unterschiedliche Arten von Grenzbefunden

Bei der bisherigen Diskussion haben wir uns überwiegend mit Grenzen innerhalb einer Dimension beschäftigt. Ein Grenzbefund kann aber auch vorliegen, wenn z. B. die Fragebogenergebnisse der Eltern und der Schule für eine autistische Störung sprechen und ADOS dagegen oder z. B. die Cut-off-Werte der einzelnen Subskalen von MBAS (Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom) teils eindeutig über- und teils unterschritten werden bzw. der psychopathologische Befund in der Untersuchung teils für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (z. B. mangelnder Blickkontakt, verminderte Prosodie bzw. monotone Sprachmelodie, Hypomimie) und teils dagegen (z. B. Beantwortung von Fragen, die Empathie erfordern, Berücksichtigung der Bedürfnisse des Untersuchers, altersangemessene Beantwortung offen formulierter Fragen) spricht.

### Chaostheoretische Besonderheiten von Grenzbereichen

Präzision und Sicherheit von Zuordnungen sind nicht zwangsläufig linear über den Gesamtbereich von Merkmalsausprägungen und deren Kombinationen verteilt. Vielmehr werden Entscheidungen in Grenzbereichen auf unsicherer bzw. instabiler Basis (Uneindeutigkeit) getroffen, so dass nichtlineare bzw. chaostheoretische Aspekte zu berücksichtigen sind.

Bei der Suche nach einer Entscheidung können u. U. bereits ‚Kleinigkeiten‘, ‚minimale Informationen‘ und/oder für die Diagnose scheinbar ‚unbedeutende‘ Aspekte das Entscheidungspendel in die eine oder andere Richtung ausschlagen lassen (z. B. ‚Zünglein an der Waage‘, ‚Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt‘). Da in komplexen, nichtlinearen dynamischen Systemen eine große Empfindlichkeit auf kleine Abweichungen in den Anfangsbedingungen besteht, können geringfügig veränderte Anfangsbedingungen im langfristigen Verlauf zu einer völlig anderen Entwicklung führen (Schmetterlingseffekt in der Chaostheorie, Lorenz 1972). Diese Effekte sind nicht mehr mit den üblichen statistischen Mitteln einzuordnen, sondern eher aus der Informationstheorie heraus: „Unterschiede sind potentielle Informationen. Tatsächliche Informationen sind Unterschiede, die einen Unterschied ausmachen, Unterschiede, die verändern“ (Bateson et al. 1956, S. 114ff.).

### *Beispiele für ‚kleine Einflüsse mit großer Wirkung‘*

- Das Ergebnis des 7. autismusspezifischen Diagnostikverfahrens wird als das ausschlaggebende interpretiert, alle anderen davor entwertet
- Kurz zuvor hatte der Untersucher einen Patienten ähnlichen Alters, der sehr deutlich autistisch war
- Der Untersucher hat die Studie von Noipayak (2009) gelesen, der bei autistischen Kindern ein Längenverhältnis von 2. zu 4. Finger von 0,99 +/- 0,06 im Vergleich zu 1,02 +/- 0,04 bei nichtautistischen Kindern fand ( $p = 0.01$ ), das Verhältnis von 2. zu 4. Finger beim Patienten gemessen und ein Verhältnis von  $<1$  gefunden.

## **Unterschiedliche Definitionen derselben Diagnose**

Bei Grenzbefunden kann es vorkommen, dass die Kriterien je nach angewandtem Klassifikationsschema erfüllt sind oder nicht, da die Diagnosenkriterien nicht einheitlich sind. Sehr viele quantitative Untersuchungsverfahren basieren auf DSM-IV bzw. den ICD-10-Forschungskriterien und damit nicht auf ICD-10-GM als amtlicher Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.

Folgende Klassifikationsschemata bzw. Diagnosekriterienkataloge spielen bei der Diagnostik autistischer Störungen eine Rolle bzw. werden in Zukunft eine Rolle spielen:

- ICD-10 GM 2013 (amtliche Klassifikation für Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland)
- ICD-10 Forschungskriterien (2011) bzw. Erste Achse MAS (2012)
- DSM IV-TR (1999)
- Nur Asperger-Syndrom: Gillberg & Gillberg 1989
- Nur Asperger-Syndrom: Szatmari et al. 1989
- Diagnostische Kriterien nach Klin et al. 2005
- DSM-V (Publikation geplant Mai 2013)
- ICD-11 (Publikation voraussichtlich 2015)

Tabelle 2: Wichtige Klassifikationsschemata bzw. Diagnosekriterienkataloge zur Diagnostik autistischer Störungen

### **Diagnostische Kriterien des Asperger-Syndroms nach Gillberg**

1. *Soziale Beeinträchtigung* (extreme Selbstbezogenheit) (mindestens zwei der folgenden Auffälligkeiten):
  - a) Schwierigkeiten im Kontakt mit Gleichaltrigen
  - b) Gleichgültigkeit im Kontakt mit Gleichaltrigen
  - c) Schwierigkeiten in der Interpretation von sozialen Hinweisreizen
  - d) Sozial und emotional unangemessenes Verhalten
2. *Umschriebenes Interesse* (mindestens eins der Folgenden):
  - a) Ablehnung anderer Aktivitäten
  - a) Repetitives Festhalten
  - b) Mehr mechanisch, als bedeutungsvoll
3. *Zwanghaftes Bedürfnis nach bekannten Routinen und Interessen* (mindestens eins der Folgenden):
  - a) Bezüglich aller Aspekte des alltäglichen Lebens
  - a) Und anderer Menschen
4. *Sprachauffälligkeiten* (mindestens drei der Folgenden):
  - a) Verzögerte Sprachentwicklung
  - b) Oberflächlich perfekte expressive Sprache
  - c) Formal pedantische Sprache
  - d) Auffällige Prosodie, eigentümliche stimmliche Auffälligkeiten
  - e) Einschränkungen im Sprachverständnis einschließlich Fehlinterpretation von wörtlichen/implizierten Bedeutungen

5. *Probleme in der nonverbalen Kommunikation* (mindestens eins der Folgenden):
- Eingeschränkter Gebrauch der Gestik,
  - Ungeschickte/linkische Körpersprache
  - Eingeschränkter mimischer Ausdruck
  - Unangemessener mimischer Ausdruck
  - Eigentümlicher, starrer Blick
6. *Motorische Ungeschicklichkeit*:
- Schlechte Leistungen bei Untersuchungen des neurologischen Entwicklungsstandes

Tabelle 3: Diagnostischen Kriterien des Asperger-Syndroms nach Gillberg (Gillberg & Gillberg 1989)

### **Diagnostische Kriterien des Asperger-Syndroms nach Szatmari**

- Soziale Isolation* (mindestens zwei der folgenden Auffälligkeiten):
  - Keine engen Freunde
  - Vermeidet Kontakt
  - Kein Interesse, Freundschaften zu schließen
  - Einzelgängertum
- Eingeschränkte soziale Interaktion* (mindestens eins der Folgenden):
  - Geht nur aus eigenen Interessen/ Bedürfnissen auf andere zu
  - Ungeschickte soziale Kontaktaufnahme
  - Einseitige Reaktionen auf Gleichaltrigen
  - Schwierigkeiten im Erkennen von Gefühlen bei anderen
  - Desinteressen an den Gefühlen anderer
- Eingeschränkte nonverbale Kommunikation* (mindestens eins der Folgenden):
  - Eingeschränkte mimische Ausdrucksfähigkeit
  - Emotionen können nicht am Gesichtsausdruck des Kindes erkannt werden
  - Unfähigkeit mit den Augen zu kommunizieren
  - Vermeidet es andere anzuschauen
  - Kein Gebrauch der Hände, um den Ausdruck zu untermalen
  - Umfangreiche und ungeschickte Gesten
  - Geht zu nah an andere Menschen heran

4. *Sprachauffälligkeiten* (mindestens vier der Folgenden):

- a) Auffällige Betonung
- b) Großer Sprachumfang
- c) Nicht-kommunikativer Gebrauch der Sprache
- d) Kein Zusammenhang zur Konversation
- e) Idiosynkratischer Gebrauch von Wörtern
- f) Stereotyper Gebrauch von Sprache

Tabelle 4: Diagnostischen Kriterien des Asperger-Syndroms nach Szatmari (Szatmari et al. 1989)

**Diagnostische Kriterien nach Klin et al. 2005**

1. Störungen in der sozialen Interaktion in der frühen Kindheit (Erreichen der Cut-Off-Werte im ADI-R für den Bereich der sozialen Interaktion),
2. Soziale Motivation ist vorhanden, eine wortreiche Ausdrucksweise und pragmatische Defizite,
3. umschriebene (sozial beeinträchtigende) Sonderinteressen liegen vor, die das Ansammeln von Fakten und Informationen betreffen,
4. Versuche der Kontaktaufnahme, die ungeschickt sind; formale Sprache unauffällig oder frühzeitig einsetzend (,altkluge Sprache'), pragmatische Defizite; ,So-tun-als-ob-Spiel' kommt vor, aber mit ungewöhnlichen Inhalten (z. B. eher Sonderinteressen),
5. aktuelle Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion (Erreichen der Cut-Off-Werte im ADOS),
6. Präzedenz-Regel: Asperger-Syndrom vor frühkindlichem Autismus, d. h. werden ebenfalls die diagnostischen Kriterien für den frühkindlichen Autismus erfüllt, so ist die Diagnose Asperger-Syndrom zu stellen.

Tabelle 4: Diagnostischen Kriterien des Asperger-Syndroms nach Klin et al. 2005

## DSM-IV-TR

A. Es müssen mindestens sechs Kriterien aus (1), (2) und (3) zutreffen, wobei mindestens zwei Punkte aus (1) und je ein Punkt aus (2) und (3) stammen müssen:

1. *Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion in mindestens zwei der folgenden Bereiche:*
  - a. ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch vielfältiger nonverbaler Verhaltensweisen wie beispielsweise Blickkontakte, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Steuerung sozialer Interaktionen
  - b. Unfähigkeit, entwicklungsgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen
  - c. Mangel, spontan Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen (z. B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder darauf hinzuweisen)
  - d. Mangel an sozioemotionaler Gegenseitigkeit
2. *Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation in mindestens einem der folgenden Bereiche:*
  - a. verzögertes Einsetzen oder völliges Ausbleiben der Entwicklung von gesprochener Sprache (ohne den Versuch zu machen, die Beeinträchtigung durch alternative Kommunikationsformen wie Gestik oder Mimik zu kompensieren)
  - b. bei Personen mit ausreichendem Sprachvermögen deutliche Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein Gespräch zu beginnen oder fortzuführen
  - c. stereotyper oder repetitiver Gebrauch der Sprache oder idiosynkratische Sprache
  - d. Fehlen von verschiedenen entwicklungsgemäßen Rollenspielen oder sozialen Imitationsspielen
3. *Beschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:*
  - a. umfassende Beschäftigung mit einem oder mehreren Stereotypen und begrenzten Interessen, wobei Inhalt oder Intensität abnorm sind
  - b. auffällig starres Festhalten an bestimmten nichtfunktionalen Gewohnheiten oder Ritualen

- c. stereotype und repetitive motorische Manierismen (z. B. Biegen oder schnelle Bewegung von Händen oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers)
- d. ständiges Beschäftigen mit Teilen von Objekten

B. Entwicklungsverzögerungen oder abnormes Funktionieren in mindestens einem der folgenden Bereiche, mit einem Beginn vor dem Alter von 3 Jahren: (1) soziale Interaktion, (2) Gebrauch von Sprache zur sozialen Kommunikation, oder (3) symbolisches oder imaginatives Spiel.

C. Die Störung wird nicht besser erklärt durch das Rett-Syndrom oder eine desintegrative Störung des Kindesalters

Tabelle 5: DSM-IV-TR (APA 2000)

### **DSM-5 vorgeschlagene Revision: Autism Spectrum Disorder (ASD)**

Die Kriterien A, B, C und D müssen erfüllt sein.

A. Persistierende Defizite in sozialer Kommunikation und sozialer Interaktion kontextübergreifend, nicht durch globale Retardierung bedingt, manifest in allen 3 folgenden Bereichen:

1. Defizite in der sozioemotionalen Gegenseitigkeit (abnormer sozialer Zugang und Versagen normalen interaktiver Unterhaltung durch reduziertes Teilen gemeinsamer Interessen, Emotionen und Gefühle und Reaktion bis zu völligem Fehlen von Initiation sozialer Interaktion)
2. Defizite in nonverbalem kommunikativem Verhalten zur sozialen Interaktion (mangelnde Übereinstimmung verbaler und nonverbaler Kommunikation über Anomalien in Blickkontakt und Körpersprache oder Defizite in Verständnis und Gebrauch nonverbaler Kommunikation bis zu völligem Fehlen vom Mimik oder Gestik)
3. Defizite in Anbahnung und Pflege entwicklungsgemäßer Beziehungen ohne Unterstützung von Betreuern (Schwierigkeiten beim Anpassen des Verhaltens an unterschiedliche soziale Kontexte über Schwierigkeiten im gemeinsamen fantasievollen Spiel und Freunde gewinnen bis zum offensichtlichen fehlenden Interesse an Menschen)



B. Restriktive, repetitive Muster von Verhalten, Interessen, oder Aktivitäten in mindestens 2 der folgenden Bereiche:

1. Stereotype oder repetitive Sprache, motorische Bewegungen oder Gebrauch von Gegenständen (motorische Stereotypien, Echolalie, repetitiver Gebrauch von Gegenständen oder eigenwilliger Phrasen)
2. Übermäßiges Festhalten an Routinen, ritualisierten Mustern verbalen oder nonverbalen Verhaltens oder übermäßiger Widerstand gegen Änderungen (motorische Rituale, Beharren auf derselben Strecke oder demselben Essen, wiederholtes Fragen oder extreme Irritation bei kleinen Änderungen)
3. Stark eingeschränkte, fixierte Interessen, die abnorm bzgl. Intensität oder Fokus sind (z. B. starke Bindung an oder Beschäftigung mit ungewöhnlichen Objekten, übermäßig umschriebene oder perseverative Interessen)
4. Über- oder Unterempfindlichkeit für sensorische Reize oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umwelt (z. B. offenbare Gleichgültigkeit gegenüber Schmerzen / Hitze / Kälte, ablehnende Reaktion auf bestimmte Klänge oder Oberflächen, übermäßiges Riechen an oder Berühren von Gegenständen, fasziniert sein von Lichtern oder sich drehenden Objekten).

C. Die Symptome müssen in der frühen Kindheit vorliegen (aber sind u. U. nicht vollständig manifest bis soziale Anforderungen die begrenzten Kapazitäten überschreiten)

D. Die Symptome insgesamt begrenzen und beeinträchtigen das alltägliche Funktionieren.

Tabelle 6: DSM-5 vorgeschlagene Revision: Autism Spectrum Disorder

McPartland et al. 2012 untersuchten Sensitivität und Spezifität der bisher publizierten ‚DSM-5 Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder‘ und fanden, dass nur 60,6% (95% Konfidenzintervall: 57% – 64%) aller Fälle mit der klinischen Diagnose einer Autismusspektrumstörung die Kriterien erfüllten. Während die Spezifität mit 94,9% (95% Konfidenzintervall: 92% – 97%) sehr hoch lag, variierte die Sensitivität je nach diagnostischer Subgruppe von 0,76 für ‚autistic disorder‘ bis 0,25 für Asperger-Syndrom und 0,28 für ‚Tief

greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet' ( $IQ < 70 = 0.70$ ;  $IQ \geq 70 = 0.46$ ). Diese Ergebnisse legen nahe, dass die neuen Kriterien zwar grundsätzlich die Spezifität erhöhen, ein substanzieller Teil durchschnittlich oder überdurchschnittlich intelligenter autistischer Individuen ebenso wie Menschen mit anderen tief greifenden Entwicklungsstörungen jedoch ausgeschlossen werden wird.

### **Führt die Anwendung der Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis ICD-10 zu mehr Sicherheit im Vergleich zu ICD-10 GM?**

Während die jährlich aktualisierte ICD-10 GM als amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland den vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen offiziell für die Patientenversorgung verbindlichen Standard darstellt, sind die früher so genannten „Forschungskriterien“ und mittlerweile als „Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis“ in Buchform herausgegebenen Texte nicht für die Patientenversorgung offiziell und verbindlich. Vielmehr handelt es sich bei den von Horst Dilling, Werner Mombour, M. H. Schmidt und Elisabeth Schulte-Markwort herausgegebenen Kriterien um an DSM angelehnte Vorschläge. Die als „klar und übersichtlich“ deklarierten diagnostischen Kriterien enthalten im Vergleich zur offiziell in der Patientenversorgung gültigen ICD-10 GM deutlich striktere diagnostische Merkmale, was bzgl. Forschung zum Erhalt möglichst homogener, klar definierter und genau abgegrenzter Studiengruppen sinnvoll ist, bzgl. Patientenversorgung jedoch das Risiko falsch-negativer Ergebnisse erhöht.

### **Beispiel ADHS bzw. Hyperkinetische Störungen**

*Originaltext ICD-10 GM 2013:* „Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unacht-

samkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.“

Die Notwendigkeit der Beobachtbarkeit in mindestens 2 Situationen wird *nicht* thematisiert. Ganz anders lautet dagegen der an DSM bzw. die ICD-10-Forschungskriterien angelehnte Text der kinder- und jugendpsychiatrischen AWMF-Leitlinie zu Hyperkinetischen Störungen (F90): „Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren und sollte in mindestens 2 Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) über mehr als 6 Monate auftreten“.

Allgemein kann konstatiert werden: Die jährlich aktualisierte gültigen ICD-10 GM ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung und daher für diese Zwecke verbindlich.

Die Anwendung der Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis der ICD-10 von Dilling et al. mag für Forschungszwecke optimiert sein, bzgl. der Patientenversorgung besteht jedoch gegenüber der amtlich verbindlichen ICD-10 GM das Risiko einer erhöhten Rate falsch negativer Diagnosestellungen aufgrund restriktiverer Kriterien zur Diagnosestellung. Andererseits besteht bei Anwendung der Kriterien von ICD-10 GM gegenüber den ICD-10-Forschungskriterien ein höheres Risiko falsch positiver Diagnosestellung. Beides kann im Einzelfall zum Nachteil des Patienten sein.

### **Auch ICD-10 GM 2013 schließt falsch negative Diagnosen nicht aus**

*F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen* ([www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f80-f89.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f80-f89.htm)):

„Diese Gruppe von Störungen ist gekennzeichnet durch qualitative Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes

Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Auffälligkeiten sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal des betroffenen Kindes.“

Bzgl. des letzten Satzes dieser Beschreibung muss einschränkend berücksichtigt werden, dass es eine Reihe von Kindern und Jugendlichen mit Asperger-Syndrom gibt, die mit Gleichaltrigen große Probleme im Umgang haben, jedoch mit Jüngeren oder Älteren deutlich besser zurecht kommen. Zudem können insbesondere sehr intelligente Jugendliche mit Autismusspektrumstörung u. U. im Umgang mit Erwachsenen Vieles intellektuell kompensieren.

*F84.0 Frühkindlicher Autismus* ([www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f80-f89.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f80-f89.htm)):

„Diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung ist durch eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung definiert, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert. Sie ist außerdem gekennzeichnet durch ein charakteristisches Muster abnormer Funktionen in den folgenden psychopathologischen Bereichen: in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im eingeschränkten stereotyp repetitiven Verhalten.“

Hier stellt sich die Frage, was genau gemeint ist mit „charakteristisches Muster abnormer Funktionen“ und damit allgemein die Frage:

### **Welche Symptome sind Äquivalente der Kernsymptomatik? Wie viele Symptome müssen wie stark ausgeprägt sein?**

Durchaus kann auch bei vielen etablierten standardisierten Untersuchungsinstrumenten diskutiert werden, ob die jeweiligen Fragen bzw. Aufgaben auch tatsächlich (ausschließlich) die Erfassung der Kernsymptomatik treffen. So messen beispielsweise die Conners-Fragebögen nicht ausschließlich die ADHS-Kernsymptomatik, sondern auch die Ausprägung einer ggf. zusätzlich vorliegenden Störung des Sozialverhaltens.

Bei der nichtstandardisierten Untersuchung stellt sich stets die Frage, ob bei Beobachtung, Anamneseerhebung und Aufgabenstellung a) tatsächlich und ausschließlich ein bestimmtes Kernsymptom erfasst bzw. beurteilt wird, b)

durch welche Faktoren das Beurteilungsergebnis verfälscht wird, und c) ob leichtere Beeinträchtigungen überhaupt mit dem gewählten Beurteilungskriterium erfasst werden.

„Ein gut untersuchtes Symptom bei jüngeren Kindern, das als eines der frühesten Anzeichen für das Vorliegen einer ASD gilt, ist die reduzierte Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeit (Mosconi et al., 2009). Gemeint ist die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit einer anderen Person auf etwas zu lenken. Dies geschieht, indem das Kind zunächst das entfernte Objekt anschaut, dann die Person, deren Aufmerksamkeit es erregen will und dann den Blick wieder mit einer zeigenden Geste dem Objekt zuwendet“ (Kamp-Becker et al. 2010, S. 169).

### **Auf welche Klassifikationsversion bezieht sich standardisierte Diagnostik?**

Standardisierte Verfahren zur Diagnostik basieren auf DSM-III-R, DSM-IV-(TR), den ICD-10-Forschungskriterien oder einer individuellen Definition/Auslegung des Konstrukts „Autismus“, jedoch in der Regel nicht auf der für die Patientenversorgung verbindlichen aktuellen ICD-GM-Version. Daher ist die Aussagekraft standardisierter Verfahren begrenzt.

- *DCL-ADHS*: Zwar heißt es in der AWMF-KJPP-S1-Leitlinie Hyperkinetische Störungen (F90) „Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren und sollte in mindestens 2 Lebensbereichen/Situationen (z. B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) über mehr als 6 Monate auftreten.“ In ICD-10 GM 2012 steht jedoch lediglich „Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren“. Zur Mindestzahl der Situationen, in denen das auffällige Verhalten auftritt, werden keine Angaben gemacht. Der Diagnoseausschluss, wenn die Symptomatik erst nach dem 6. Lebensjahr auftritt oder nur in 1 Situation (z. B. in der DCL-ADHS) kann daher zu falsch negativen Ergebnissen führen).
- *Adult Asperger Assessment (AAA)*: Das AAA zur Diagnose von Erwachsenen mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz umfasst ein Expertenurteil, das außer den DSM-IV-Kriterien noch weitere Kriterien fordert, sowie die Selbstbeurteilungsfragebogen „Autismus-Quotient“ (AQ) und „Empathie-Quotient“ (EQ). Da dieses Verfahren strenger ist als die DSM-IV-Kriterien, erhält nicht jeder Patient die

Diagnose Asperger-Syndrom, der die DSM-IV-Kriterien erfüllt. Dies kann zu falsch negativen Ergebnissen führen (Spitzcok von Brisinski et al. 2010).

## Grenzbefunde zu Differentialdiagnosen und komorbiden Störungen

Die *aktive Suche nach Kontakt zu Gleichaltrigen* widerspricht nicht zwangsläufig einer autistischen Störung, solange die Kontaktaufnahme inadäquat erfolgt (DD Bindungsstörung mit Enthemmung). Wing (1997) unterscheidet 3 Untergruppen des autistischen Spektrums:

- die „unnahbare“ Gruppe
- die passive Gruppe
- die aktive, aber merkwürdige Gruppe

ICD-10 ist missverständlich formuliert bzgl. *alternativer oder zusätzlicher* Störungen, möglicherweise auch nicht mehr zeitgemäß: So heißt es beispielsweise in ICD-10 GM 2013 bei F90 Hyperkinetische Störungen „Exkl.: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.-)“. Das „Exkl.“ kann verstanden werden als Ausschlusskriterium. In der Tat heißt es in den „The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research“ der WHO von 1993 ([www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf)) „Does not meet criteria for pervasive developmental disorder (F84)“ und auch Taurines et al. (2012) konstatieren „According to DSM-IV TR and ICD-10, a diagnosis of autism or Asperger Syndrome precludes a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)“. „Exkl.“ Kann aber nicht nur „ausgeschlossen“, sondern auch „ausgenommen“ bedeuten, was bzgl. o. g. Beispiel so interpretiert werden könnte, dass F84 nicht durch F90 beschrieben und damit abgedeckt ist, sondern ggf. zusätzlich kodiert werden muss. Eindeutig ist jedenfalls die Datenlage zu F84 + F90: Zahlreiche Studien der letzten Jahre haben übereinstimmend zum Ergebnis, dass mehr als die Hälfte aller Menschen mit einer Autismusspektrumstörung zusätzlich die Kriterien von AD(H)S erfüllen. Taurines et al. (2012) schreiben dazu „However, despite the different conceptualization, population-based twin studies reported symptom overlap, and a recent epidemiologically based study reported a high rate of ADHD in autism and autism spectrum disorders (ASD). In the planned revision of the DSM-IV TR, dsm5 ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)), the diagnoses of autistic disorder and ADHD will not be mutually exclusive any longer.“ In der Tat be-

legen mittlerweile zahlreiche Studien und auch die klinische Erfahrung, dass AD(H)S spezifische Therapie zusätzlich zu autismusspezifischer Therapie bei zusätzlich zur Autismusspektrumstörung vorliegender AD(H)S sinnvoll und effektiv ist (Banaschewski et al. 2011).

### *Bindungsstörung mit Enthemmung oder Autismusspektrumstörung?*

Eine belastete Kindheit schützt nicht vor Autismus – dennoch kommt es im klinischen Alltag immer wieder vor, dass Auffälligkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung in der Vorgeschichte (z. B. bei Abhängigkeitserkrankung oder anderer psychischer Störung der Mutter) als eindeutiger Beleg für eine Bindungsstörung und als Ausschlusskriterium für ADHS und/oder Autismusspektrumstörung herangezogen werden. Tatsächlich führt ICD-10 G 2013 Asperger-Syndrom und Hyperkinetische Störungen unter „Exkl.“ bei Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung auf. Aber auch hier muss dringend hinterfragt werden, ob das „entweder – oder“ angemessen ist oder ob nicht beides gleichzeitig auftreten bzw. die autistische Störung eine Bindungsstörung verursachen bzw. das klinische Bild imitieren kann (Grzadzinski et al. 2012, Lehmkuhl et al. 2007).

### *Persönlichkeitsstörungen als komorbide oder alternative Störungen*

Die Schizoide Störung des Kindesalters wird in ICD-10 dem Asperger-Syndrom zugeordnet. Zahlreiche Studien an Erwachsenen mit Persönlichkeitsstörungen weisen zudem darauf hin, dass oftmals nicht nur die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, sondern für zwei oder mehrere. Daher stellt sich für Autismusspektrumstörungen nicht nur die Frage, ob (insbesondere bei älteren Jugendlichen) anstatt einer Autismusspektrumstörung differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsstörung in Betracht gezogen wird, sondern auch, ob sowohl eine Autismusspektrumstörung als auch eine oder mehrere weitere Persönlichkeitsstörungen vorliegen (AWMF-S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen, DGPPN et al. 2008).

Immer wieder wird kolportiert, dass Persönlichkeitsstörungen nicht vor dem Alter von 16 Jahren diagnostiziert werden sollten, weil die Entwicklung der Persönlichkeit bis zu diesem Alter noch sehr variabel sei. Die AWMF-S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen (DGPPN et al. 2008) macht dazu folgende Aussage: „Persönlichkeitsstörungsdiagnosen sind vor Abschluss der mittleren Adoleszenz, also etwa dem 14. Lebensjahr, nicht mit ausreichender Sicherheit zu stellen.“

Andererseits wird in der wissenschaftlichen Literatur immer wieder vehement vertreten, dass möglichst früh beginnende spezifische Therapie besonders effektiv ist und prognostisch besonders vielversprechend. Während sich bei autistischen Störungen (die auch als Persönlichkeitsstörungen interpretiert werden können) mittlerweile ein Shift von „lieber nicht zu früh festlegen, weil die kindliche Entwicklung noch so variabel ist und wir doch möglichst nicht stigmatisieren bzw. jemanden vorverurteilen wollen“ entwickelt hat zu „so früh wie möglich sicher diagnostizieren, um frühestmöglich spezifische Therapie beginnen zu können, was eine maximal positive Entwicklung ermöglicht“ (z. B. Kamp-Becker et al. 2010), hat sich dieser Trend bzgl. frühestmöglicher spezifischer Therapie von Persönlichkeitsstörungen noch nicht breit etabliert, obwohl ICD-10 GM 2013 ausdrücklich aussagt „Persönlichkeitsstörungen treten meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und bestehen während des Erwachsenenalters weiter“.

Zwar besteht die Option bei unter 14jährigen, die Diagnose einer Persönlichkeits-(entwicklungs-)störung mit „Verdacht auf ...“ zu entschärfen, allerdings stellt sich dann noch dringlicher (als bei sicher gestellter Diagnose) die Frage, ob eine bestimmte (ggf. aufwendige, unangenehme, teure) Therapie unbedingt durchgeführt werden muss.

### *Unterschiede und Gemeinsamkeiten autistischer Störungen und ähnlich imponierender Persönlichkeitsstörungen*

ICD-10 GM 2013 F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung: „Eine Persönlichkeitsstörung, die durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit übermäßiger Vorliebe für Phantasie, einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung gekennzeichnet ist. Es besteht nur ein begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben.“

ICD-10 GM 2013 F21 Schizotype Störung: „Eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, obwohl nie eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten sind. Es kommen vor: ein kalter Affekt, Anhedonie und seltsames und exzentrisches Verhalten, Tendenz zu sozialem Rückzug, paranoische oder bizarre Ideen, die aber nicht bis zu eigentlichen Wahnvorstellungen gehen, zwanghaftes Grübeln, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, gelegentlich vorübergehende, quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen,



akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen, meist ohne äußere Veranlassung. Es lässt sich kein klarer Beginn feststellen; Entwicklung und Verlauf entsprechen gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung.“

Gemäß Roy et al. 2009 besitzt die schizoide Persönlichkeitsstörung eine emotionale Verflachtheit beziehungsweise Gleichgültigkeit, eine affektive Distanziertheit und eine verminderte Fähigkeit zur Freude., die schizotypische Persönlichkeitsstörung ist dagegen gekennzeichnet durch ein „skurriles“ Verhalten mit oft magischen Denkinhalten und einem misstrauischen bis paranoiden Beziehungserleben. Bei beiden Störungen ziehen sich Betroffene aus zwischenmenschlichen Beziehungen zurück, sie sind in der Regel Einzelgänger. Beiden Störungen fehlen die für das Asperger-Syndrom typischen eingegrenzten Spezialinteressen sowie die Neigung zu stereotypem Verhalten.

*Narzisstische Persönlichkeitsstörung:* Diese Diagnose stellt ab und zu eine differentialdiagnostische Option dar bei Jugendlichen, die wegen fraglicher autistischer Störung vorgestellt werden. Während sich in ICD-10 GM keinerlei nähere Beschreibungen finden, bieten die ICD-10 Forschungskriterien und DSM-IV wertvolle Hilfestellungen:

#### *Narzisstische Persönlichkeitsstörung ICD-10 (F60.8)*

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
- B. Mindestens fünf der folgenden Merkmale müssen vorliegen:
1. Größengefühl in Bezug auf die eigene Bedeutung (z. B. die Betroffenen übertreiben ihre Leistungen und Talente, erwarten ohne entsprechende Leistungen als bedeutend angesehen zu werden),
  2. Beschäftigung mit Fantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht, Scharfsinn, Schönheit oder idealer Liebe,
  3. Überzeugung, „besonders“ und einmalig zu sein und nur von anderen besonderen Menschen oder solchen mit hohem Status (oder von entsprechenden Institutionen) verstanden zu werden oder mit diesen zusammen sein zu können,
  4. Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung,

5. Anspruchshaltung; unbegründete Erwartung besonders günstiger Behandlung oder automatische Erfüllung der Erwartungen,
6. Ausnutzung von zwischenmenschlichen Beziehungen, Vorteilsnahme gegenüber anderen, um eigene Ziele zu erreichen,
7. Mangel an Empathie; Ablehnung, Gefühle und Bedürfnisse anderer anzuerkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren,
8. häufiger Neid auf andere oder Überzeugung, andere seien neidisch auf die Betroffenen,
9. arrogante, hochmütige Verhaltensweisen und Attitüden.

#### *Narzisstische Persönlichkeitsstörung DSM-IV (301.81)*

Ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Fantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z. B. die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden),
2. ist stark eingenommen von Fantasien grenzenlosen Erfolges, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe,
3. glaubt von sich „besonders“ und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen oder angesehenen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können,
4. verlangt nach übermäßiger Bewunderung,
5. legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d. h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen,
6. ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d. h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen,
7. zeigt einen Mangel an Empathie; ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren,

8. ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie,
9. zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen.

## **Anamnese und Vorbefunde**

In kinder- und jugendpsychiatrischen oder psychotherapeutischen Berichten finden sich manchmal im psychischen Befund und/oder in der Schilderung des Behandlungsverlaufs typische Hinweise auf eine Autismus-spektrumstörung, auch wenn die Diagnose nicht gestellt oder sogar ausgeschlossen wurde. Auch Ergotherapieberichte, logopädische Berichte, Berichte aus dem Kindergarten oder Schulzeugnisse können Hinweise enthalten.

## **Patientenunabhängige Variablen, die das Fremdeinschätzungsurteil beeinflussen können**

### *Geschlecht des Beurteilers*

Oftmals schätzen Väter die Symptomatik wenig stark ein als Mütter. Das mag ein typisch männliches Verhalten sein oder daran liegen, dass Väter ihre Kinder seltener und in weniger Kontexten erleben als Mütter oder daran, dass ggf. ebenfalls autistische Züge vorliegen. Nur wenige Fragebögen zur Fremdbeurteilung weisen getrennte Normen für Väter und Mütter auf.

### *Beziehung der Eltern untereinander*

Insbesondere bei getrennt lebenden Eltern, deren Beziehung dauerhaft von Konflikten bestimmt wird (z. B. wenn der getrennt lebende Vater der Auffassung ist, dass die Mutter das Kind pathologisieren will, und/oder wenn es um Unterhaltszahlungen geht bei Kindern, die das berufsfähige Alter erreichen), können die diametral entgegengesetzten Interessen der Elternteile zu sehr widersprüchlichen Fremdurteilen bzgl. des Patienten führen (z. B. Aggravierung auf der einen und Bagatellisierung auf der anderen Seite).

### *Dauer der Beziehung zwischen Patient und Beurteiler*

Die Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS) ist nur für Personen geeignet, die auch die Fragen zum 4. und 5. Lebensjahr des Patienten beantworten können. Auch beim Fragebogen zur Sozialen Kommuni-

kation - Autismus Screening (FSK) ist die Version ‚Lebenszeit‘ nur geeignet für Personen, die das Kind im 4. und 5. Lebensjahr persönlich kannten, da sich ein Teil der Fragen explizit darauf bezieht.

### *Erfahrung des Beurteilers mit anderen auffälligen Kindern und Jugendlichen*

Lehrkräfte von Förderschulen schätzen u. U. das Kind als nicht autistisch ein, weil sie andere Bewertungsmaßstäbe haben als Regelschullehrer.

## **Selbsteinschätzung des Patienten**

### *Autismus Spektrum Quotient (AQ)*

Dieser 50 Items umfassende Fragebogen zur Selbsteinschätzung (Baron Cohen et al. 2001) ist für fraglich Betroffene mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz geeignet. Einen cut-off-Wert von 32 erreichten in der Normierungsstichprobe 80% der Probanden mit Hochfunktionalem Autismus oder Asperger-Syndrom, dagegen nur 2% der Kontrollstichprobe).

### *Autismus-Spektrum-Quotient - kurz (AQ-k)*

Diese Kurzform der deutschen Version des AQ wurde von Freitag et al. (2007) für normal begabten Personen ab 16 Jahren evaluiert. Die Sensitivitätsanalyse ergab einen cut-off-Wert von 17.

### *Überweisungskontext als das Ergebnis des Selbsturteils potentiell beeinflussende Variable*

Zu beachten ist insbesondere bei Grenzbefunden sowie Ergebnissen, die den übrigen Befunden widersprechen (s. o. „Homogene und inhomogene Grenzbefunde“), dass Selbstmelder in der Regel eher zu auffälligen Antworten neigen als ‚Geschickte‘ (deShazer 1989), die kein Interesse daran haben, eine Autismus-Diagnose zu bekommen. Dies kann zu einem falsch-positiven bzw. falsch-negativen Ergebnis führen.

## **Selbsteinschätzung des Untersuchers**

### *Prägungen bzw. Lerngeschichte*

Das komplexe Bedingungsgefüge psychischer Störungen ist gekennzeichnet durch eine vielschichtige Interaktion von psychosomatischen Funktionsdeter-

minanten, Prägungen und Lernvorgängen, biographisch gewachsenen Haltungen und situationsspezifischen Einflüssen bzw. den Reaktionen darauf. Dies gilt nicht nur bezogen auf den Patienten, sondern auch bzgl. des Diagnostikers. Daher spielen Lerngeschichte des Professionellen und Selbstreflexion in der Diagnostik ebenso eine Rolle wie Eigenschaften von Patienten, sozialem Umfeld und Messinstrumenten. So kann etwa eine Ausbildung in systemischer Therapie zu verstärkter Suche nach Ressourcen statt nach Defiziten führen und Reframing fördern. Bzgl. der Symptomatik eines Asperger-Syndroms wird das Verhalten eines Patienten u. U. als klug statt altklug, als höflich statt als altmodisch, als faszinierend statt sonderbar, als fantasievoll statt als komisch, als beständig statt als unflexibel, als verlässlich statt als stereotyp, als ehrlich statt als unsensibel empfunden, die Person als Individualist statt als Sonderling interpretiert.

### **Vorurteile des Untersuchers**

Es kann dem Diagnostiker passieren, dass er relativ früh im diagnostischen Prozess seine Unvoreingenommenheit verliert und die Bewertungen von Untersuchungsergebnissen im weiteren Verlauf in erster Linie der Begründung der bereits getroffenen Entscheidung dienen (vgl. neurobiologischer Determinismus Singer 2004, Roth 2004 versus Kritik am „harten Naturalismus“ von Habermas 2004, aber auch zu Gegenübertragung und Persönlichkeit des Psychotherapeuten, König 2010).

#### *Beispiele für ‚fremde‘ Einflüsse mit ‚entscheidender‘ Wirkung*

- Die Eltern wollen alles mit der Hochbegabung des Kindes erklären und drohen vor Gericht zu gehen, wenn die Diagnose gestellt wird
- Die Eltern wollen unbedingt, dass die Diagnose gestellt wird
- Die Eltern sind sehr sympathisch und schildern ihre lange Leidensgeschichte
- Die Eltern sind sehr unsympathisch, die Lehrerin, die eine andere Sichtweise vertritt, ist dagegen sehr sympathisch
- Eltern und SPFH schildern, dass in der KJP XY die Diagnose Autismus gar nicht in Betracht gezogen, sondern eine Fremdunterbringung aufgrund einer Störung des Sozialverhaltens mit emotionaler Störung als Folge des häuslichen Milieus empfohlen wurde

- Die Eltern schildern, dass im SPZ XY Autismus diagnostiziert wurde und bitten um eine Zweitmeinung. Sie hatten bisher nur Patienten aus dem SPZ XY, bei denen Autismus diagnostiziert worden war, ohne dass Sie diese Diagnose bestätigen konnten.

## **Verlauf autistischer Störungen und wiederholte Untersuchungen**

Eine Möglichkeit, mit Grenzbefunden umzugehen, ist, sich nicht festzulegen, ob die Diagnose vorliegt oder nicht, sondern das Kind nach einigen Monaten oder nach einem Jahr erneut zu untersuchen in der Hoffnung, dann einen Befund erheben zu können, der sich leichter zu ordnen lässt. Dieses Vorgehen kann bei (fraglichen) autistischen Störungen u. U. sehr problematisch sein, da die Verläufe teils sehr heterogen sind.

Obwohl allgemein davon ausgegangen wird, dass Autismusspektrumstörungen lebenslang bestehen bleiben, wird in der Literatur für eine Minderheit von Menschen mit Autismusspektrumstörung beschrieben, dass sie ihre Diagnose im Verlauf verlieren. Häufigkeit und Ursache werden kontrovers diskutiert. War die initiale Diagnose falsch? Haben sich die Symptome nur teilweise zurückgebildet, so dass die Kriterien für die Diagnosestellung nicht mehr voll erfüllt sind, aber dennoch signifikante Beeinträchtigungen in den sozialen und kommunikativen Kompetenzen bestehen oder haben sich alle Probleme soweit zurückgebildet, dass alle sozialen Funktionen im Durchschnittsbereich liegen? Fein et al. (2013) verglichen 34 Menschen im Alter von 8 bis 20 Jahren (verbaler, nonverbaler und Gesamt-IQ > 77) mit vormaliger Autismusspektrumstörung und optimalem Outcome (mit völliger Rückbildung aller Symptome bis in den Durchschnittsbereich sozialer Funktionen) mit 34 typisch entwickelten Menschen und 44 Menschen mit Hochfunktionalem Autismus (gemacht nach Alter, Geschlecht und nonverbalem IQ) hinsichtlich Sprache, Gesichtserkennung, Sozialisation, Kommunikation und autistischer Symptome. Die Gruppe mit optimalem Outcome und die typisch entwickelten unterschieden sich nicht signifikant bzgl. Gesichtserkennung, Sozialisation, Kommunikation und der meisten Subskalen der sprachlichen Untersuchungen. Lediglich 3 Probanden mit optimalem Outcome erreichten unterdurchschnittliche Ergebnisse in der Gesichtserkennung. In ihrer früheren Entwicklung hatten die Individuen mit optimalem Outcome geringer ausgeprägte Symptome als die Gruppe mit Hochfunktionalem Autismus, jedoch gleich schwer ausgeprägte Probleme mit Kommunikation und repetitiven

Verhaltensweisen. Nach Ansicht der Autoren belegen die Ergebnisse, dass eine Rückbildung der autistischen Symptome soweit erfolgen kann, dass ein Gesamtfunktionsniveau im Normalbereich erreicht werden kann, auch wenn möglicherweise Defizite in subtileren Aspekten sozialer Interaktion oder Kognition nicht ausgeschlossen werden können.

Fountain et al. (2012) fanden 6 unterschiedliche Entwicklungsverläufe bei Kindern mit Autismus. Sie analysierten eine Stichprobe von 6975 autistischen Kindern im Alter von 2 bis 14 Jahren, die mindestens 4 Mal im Verlauf untersucht worden waren, hinsichtlich sozialer Funktionen, Kommunikation und repetitiver Verhaltensweisen. Die 6 Verläufe zeigen sehr heterogene Entwicklungswege. Kinder, die bei der ersten Diagnosestellung weniger schwer ausgeprägte Symptome aufwiesen, entwickelten sich in der Tendenz schneller positiv als schwerer Betroffene. Eine Gruppe von ca. 10% Kindern machten eine rasche Entwicklung von schwer betroffen zu hochfunktional. Sozioökonomische Faktoren korrelierten mit den Verläufen: Kinder mit non-Hispanic, weißen, gut gebildeten Müttern lagen häufiger im hochfunktionalen Bereich, während Kinder mit weniger gebildeten Müttern oder intellektuellen Beeinträchtigungen nur sehr selten eine rasche positive Entwicklung durchmachten.

Bekommt ein Kind autismspezifische Therapie und wird das Kind zu Verlaufsuntersuchungen vorgestellt, ggf. auch mit der Frage, ob die Fortsetzung der Therapie notwendig ist, kann es vorkommen, dass das Kind im Verlauf in quantitativen Untersuchungsverfahren nicht mehr die Kriterien für Autismus bzw. eine Autismuspektrumstörung voll erfüllt. Würden man dann die Diagnose nicht mehr stellen, wäre u. U. der Kostenträger der Therapie nicht mehr bereit, die Kosten für Fortsetzung der Therapie zu übernehmen, obwohl die Fortsetzung indiziert ist aufgrund weiter bestehender behandlungsbedürftiger Symptome.

### **Sind rekursive diagnostische Entscheidungen erlaubt?**

*Sprechen rasche Fortschritte in der Therapie gegen eine tief greifende Entwicklungsstörung?*

Mitunter begegnet man der Argumentation, dass ein Patient während der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung so deutliche Fortschritte gemacht habe, dass es sich gar nicht um eine autistische Störung

handeln könne, da es sich doch bei Autismus um eine chronische Behinderung handele und allenfalls langjährige Therapien zu geringgradigen Verbesserungen führten. Dem muss entgegenget werden, dass das Milieu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station durch klare Regeln und Grenzen, klar verbalisierte Vorgaben, Übersichtlichkeit und Planbarkeit geprägt ist, so dass allein hierdurch u. U. schon eine Reihe sozialer Aufgaben für den Patienten erleichtert werden. Auch die (fachlich angeleitete) Kontaktgestaltung zu Mitpatienten der Station ist nicht gleichzusetzen mit Transfereffekten in das heimatliche schulische, familiäre und nachbarschaftliche Umfeld. Auch sind gerade bei Patienten mit guten intellektuellen Fähigkeiten bei grenzwertig ausgeprägter Symptomatik bzgl. Asperger-Syndrom bzw. hochfunktionalem Autismus zumindest bis zu einem gewissen Grad gute Fortschritte auch in relativ kurzer Zeit zu erzielen. Schließlich besteht die o. g. Variabilität im Verlauf autistischer Störungen, der rekursiven Entscheidung, wegen des guten Therapieverlaufs eine Autismusspektrumstörung auszuschließen, mit Zurückhaltung begegnet werden sollte.

### *Potenziell positive Folgen der Diagnosestellung*

- Akzeptanz der allgemeinen Prinzipien der Förderung und Behandlung: Primär muss sich das Umfeld an die Stärken und Schwächen des Betroffenen anpassen, die Anpassung des Betroffenen an die „normale“ Welt ist ein Fernziel, dem man sich nur langsam nähert und in manchen Belangen nie erreicht
- Zugang zu umfangreichen Selbsthilfe-Ressourcen: Reale und virtuelle Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, Websites, Bücher, Kongresse
- Peer-Group-Gefühl für Betroffene und Angehörige (,Ich bin nicht allein mit meinem Problem‘, ,Endlich versteht mich jemand‘, Trost, Tipps & Erfahrungen)
- Diagnose als Anspruchsgrundlage für Schwerbehindertenausweis
- Erleichterte Bewilligung eines Schulbegleiters/Integrationshelfers
- Erhöhte Bereitschaft zu Reframing: Besonderes Verhalten wird anders verstehbar je nach Kontext, erhöhte Bereitschaft, sich auf das Kind/den Erwachsenen einzustellen statt umgekehrt
- Diagnosen gegen Schuldgefühle: „Umgekehrt kann jedoch die Einigung auf ein hartes Krankheitskonzept zuweilen gegen Schuldgefühle



und Selbstüberlastung sichern, beispielsweise in Familien, deren Mitglieder sich mit psychosomatischen Hypothesen gegenseitig das Familienleben schwermachen“ (Schweitzer & von Schlippe 2007, S. 19)

- Diagnosen als Schutz: „Die Bezeichnung Krankheit bewahrt die Betroffenen oft vor exorzistischen Praktiken und Quälritualen, vor sozialer Abwertung und Ausgrenzung, vor Überforderung am Arbeitsplatz und in der Familie“ (Schweitzer & von Schlippe 2007, S. 18)
- Diagnose als Anspruchsgrundlage für die Finanzierung von qualifizierter professioneller Hilfe (Krankenkasse, Jugendhilfe, Sozialhilfe)

*Darf sich bei Grenzbefunden die diagnostische Entscheidung an den Konsequenzen orientieren?*

Der bereits o. g. Shift in Diagnostik und Therapie autistischer Störungen von „lieber nicht zu früh festlegen, weil die kindliche Entwicklung noch sehr variabel ist und niemand stigmatisiert werden soll“ hin zu „so früh wie möglich sicher diagnostizieren“ liegt darin begründet, dass heute davon ausgegangen wird, dass der frühestmögliche Beginn spezifischer Therapien die höchsten Erfolgsaussichten hat bzgl. positiver Entwicklung und Vermeidung von Folgestörungen. Die Diagnose stellt dabei die Voraussetzung für die störungsspezifische Therapie dar. „Diagnose ist ein Wort, das wir erfunden haben, um leidenden Menschen zu helfen“ (Lütz 2012). „Schon nach Aristoteles hat jede Diagnose ausschließlich den Zweck der Therapie für leidende Menschen. Eine Diagnose ist kein Wert an sich“ (Lütz 2007, S. 19). Die Prognose autistischer Störungen hängt nach Remschmidt & Kamp-Becker (2006) nicht nur von der Schwere der Symptomatik und den komorbiden Störungen ab, sondern auch von den Betreuungsmöglichkeiten, dem familiären Umfeld und therapeutischen Maßnahmen.

Zu den Folgestörungen bei Autismus zählen nach Spitzcok von Brisinski (2009) u. a. Schuldvorwürfe an die Eltern und das Kind bzw. den Jugendlichen, Mobbing (insbesondere bei Kombination von Autismusspektrumstörung und ADHS), Suizidalität, Probleme in der schulischen und beruflichen Entwicklung sowie zusätzliche Probleme in der sozialen Integration.

Ob die ab dem Jugendalter gehäuft auftretende depressive Symptomatik als parallele komorbide Störung oder als Folge zahlreicher negativer, entwerten-

der Erlebnisse und der Einsicht entsteht, ein erhöhtes Maß an Schwierigkeiten im Umgang mit den sozialen Anforderungen unserer Gesellschaft über lange Zeit ertragen zu müssen, wird sich nicht generell entscheiden lassen. Aber auch hier erscheint eine autismspezifisch angepasste Psychotherapie der depressiven Störung in der Regel erfolgversprechender als ein standardisiertes Vorgehen.

Bei Menschen mit autistischer Problematik liegt in der Regel eine sozioemotionale Entwicklungsverzögerung zumindest für Teilbereiche vor, so dass es oftmals sinnvoll ist, die Ablösung vom elterlichen Haushalt im jungend Erwachsenenalter nicht seitens Professioneller zu forcieren, sondern dem Betroffenen ein paar Jahre länger Zeit zu lassen, sich in die (auch wohnungsbezogene) Selbstständigkeit zu begeben. Die Frage, ob die Eltern sich überbehütend verhalten und die Selbstständigkeitsentwicklung des jungen Erwachsenen behindern oder ob der junge Erwachsene einfach noch nicht soweit ist, und die Eltern genau das Richtige tun, um ihn nicht sozial zu überfordern, erscheint (zumindest bei jungen Erwachsenen ohne Intelligenzminderung) in einem anderen Licht, wenn eine autistische Störung diagnostiziert wurde. Dennoch kann – aus meiner langjährigen Erfahrung wesentlich seltener – auch bei Vorliegen einer Autismusspektrumstörung ein frühzeitiger Auszug von zu Hause sinnvoll sein (z. B. bei zusätzlich vorliegendem pathologischem Internetgebrauch, wenn die Eltern nicht mehr in der Lage sind, den Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen auf angemessene Zeiten am Computer zu begrenzen und ihn zum zumindest stundenweisen Verlassen der elterlichen Wohnung, um einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme bzw. Tätigkeit nachzugehen, zu bewegen).

Der Diagnostiker ist daher einem ethischen Dilemma ausgesetzt, wenn er einerseits in seinem Streben nach größtmöglicher Objektivität der Diagnosestellung auf einen Grenzbefund trifft und andererseits, wenn er die Diagnose nicht stellt, möglicherweise dazu beiträgt, dass dem Patienten wertvolle Unterstützungsmaßnahmen vorenthalten werden.

### *Risiken der Diagnosestellung*

- Abgabe der Verantwortung für das eigene Handeln des Betroffenen
- Abgabe der erzieherischen Verantwortung der Eltern
- Chronifizierung der Symptomatik durch Defizit orientiertes Selbst- und Fremdbild
- Festschreibung von Defiziten und deren Verknüpfung mit Vergünsti-

- gungen durch Anerkennung mittels Schwerbehindertenausweis
- Pessimistische Entwicklungsprognose
- Unterforderung

Der Diagnostiker muss sich demnach ggf. auch dem ethischen Dilemma stellen, dass er einerseits in seinem Streben nach größtmöglicher Objektivität der Diagnosestellung auf einen Grenzbefund trifft und andererseits, wenn er die Diagnose dennoch stellt, möglicherweise zu einer Chronifizierung beiträgt. In einem Punkt wird er mittlerweile jedoch entlastet: Während früher das Stellen einer Diagnose aus dem autistischen Spektrum gemäß der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (2008) gleichbedeutend war mit dem Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis (Grad der Behinderung 50 – 100), ist dies seit 2010 nicht mehr der Fall: Laut „Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17. Dezember 2010“ (Bundesministerin für Arbeit und Soziales 2010, S. 8) kann der Grad der Behinderung nunmehr zwischen 10 und 100 betragen, so dass eine Autismusspektrumstörung nicht mehr automatisch als Schwerbehinderung (GdB  $\geq$  50) anerkannt wird. Statt „Grad der Behinderung (GdB)“ heißt es nun „Grad der Schädigungsfolgen (GdS)“ und es werden für „Tief greifende Entwicklungsstörungen (insbesondere frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus, Asperger-Syndrom)“ folgende Werte festgelegt: „Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS 10 – 20, mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS 30 – 40, mit mittleren sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS 50 – 70, mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten beträgt der GdS 80 – 100“. Die Schweregrade der sozialen Anpassungsschwierigkeiten werden folgendermaßen definiert: „Soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integrationsfähigkeit in Lebensbereiche (wie zum Beispiel Regel-Kindergarten, Regel-Schule, allgemeiner Arbeitsmarkt, öffentliches Leben, häusliches Leben) nicht ohne besondere Förderung oder Unterstützung (zum Beispiel durch Eingliederungshilfe) gegeben ist oder wenn die Betroffenen einer über das dem jeweiligen Alter entsprechende Maß hinausgehenden Beaufsichtigung bedürfen. Mittlere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche nicht ohne umfassende Unterstützung (zum Beispiel einen Integrationshelfer als Eingliederungshilfe) möglich ist. Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen insbesondere vor, wenn die Integration in Lebensbereiche auch mit umfassender Unterstützung nicht möglich ist.“

Allerdings stellen sich hier mindestens zwei Fragen: 1. Ist eine tief greifende Entwicklungsstörung ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten überhaupt denkbar? Widerspricht dies nicht dem Kriterium „Die Kriterien der Definitionen der ICD-10-GM Version 2010 müssen erfüllt sein“? Und 2. wie umfassend muss die (professionelle?) Unterstützung sein bzgl. „mittlere sozialer Anpassungsschwierigkeiten“, wenn ein Integrationshelfer nicht gewährt wurde oder nicht erforderlich ist aufgrund anderer unterstützender Maßnahmen in der Schule oder am Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz? Zählt die Notwendigkeit der elterlichen Unterstützung ebenso?

### **Kriterien bzgl. Festlegung bzw. Beibehaltung diagnostischer Unsicherheit**

- Hatten angemessene, jedoch bzgl. Autismusstörung unspezifische Therapien in der Vorgeschichte keinen ausreichenden Erfolg?
- Können auch ohne Autismus-Diagnose ausreichend Erfolg versprechende Maßnahmen eingeleitet werden?
- Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Familie zum nächsten Autismusguru rennt oder glücklich die Entscheidung annimmt, dass sich die Frage, ob eine Autismusspektrumstörung vorliegt, derzeit nicht zweifelsfrei beantworten lässt?

Nicht nur diagnostische Unsicherheit hinsichtlich der Frage, ob überhaupt eine Autismusspektrumstörung vorliegt, ist unangenehm, sondern auch Unsicherheit hinsichtlich der Frage, um was für eine autistische Störung es sich ggf. genau handelt, und „F84.1 Atypischer Autismus“, „F84.8 Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen“ oder „F84.9 Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet“ sind diesbezüglich nicht unbedingt eine glückliche Antwort: „However, it is not always possible to give a clear cut diagnosis of the child’s exact place within the pervasive developmental disorders; and this puts both parents and child in a difficult position.

Nowadays we seldom hear the phrase “autistic tendencies”, which was disliked for its vagueness by parents and specialists alike; but, ironically, many now complain of the vagueness of “autistic spectrum disorder” (ASD), wanting a more precise and less inclusive understanding of their child’s condition. ASD tends to be used much more inclusively than “pervasive developmental disorder (PDD) not otherwise specified”, which however, parents also find unsatisfactory, if sometimes necessary. “Non-specific PDD” is not only cum-

bersome for parents, but leaves them in the limbo of atypicality. For a child (or adult) to be atypical of the better known conditions can in practice reduce the understanding of the professionals serving him, and thus restrict access to appropriate educational and other support“ (Newson et al. 2003, S. 595).

## Fazit

Bewertet werden muss nicht nur der Patient, sondern auch

- die Aussagekraft der erhobenen Anamnesen, der verwendeten Textdokumente und der standardisierten Verfahren
- Kontext und Ideologie der Fremdbeobachter
- Lehrmeister und Lerngeschichte (Personen, Literatur) des Untersuchers inkl. eigener Erfahrungen, Wahrnehmungs- und Reaktionsmuster und Ideologien.

„For the diagnostician specialising in the pervasive developmental disorders, there is a responsibility to fit the diagnosis to the child in question as precisely as possible, mapping the characteristics of the child against criteria in such a way that the diagnosis makes sense to parents in terms of the child they know, and leads them to a better understanding and more appropriate services“ (Newson et al. 2003, S. 595).

Sich nicht festzulegen, ob eine bestimmte Diagnose vorliegt oder nicht, ist keine Schande – wenn man alle Vorbefunde und aktuellen Ergebnisse sorgsam sichtet und angemessen bewertet. Andererseits können Grenzbefunde nicht in letzter Konsequenz objektiv Kontext unabhängig und interpretiert werden, so dass es u. U. unethisch sein kann, Folgen der Entscheidung „autistisch/nicht autistisch/unentschieden“ nicht in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Dies ist jedoch nicht gleichbedeutend mit ‚Gefälligkeitsgutachten‘.

Ob Autismus vorliegt oder nicht, kann insbesondere bei Grenzbefunden nicht objektiv entschieden werden, sondern nur ob die Bewertungen von Informationen, die durch sehen, hören und lesen vom bzw. über den Betroffenen rezipiert wurden, mit den Bewertungen von Informationen, die durch sehen, hören und lesen über die Diagnose Autismus erworben wurden, ausreichend übereinstimmen.

## Literaturverzeichnis

- APA – American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR (4th edition, Text Revision). American Psychiatric Association, Washington, DC 2000. deutsch: Saß, H. et al.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen 2003*
- Banaschewski T, Holtmann M, Pouska L (2011) Autismus und ADHS über die Lebensspanne -Differentialdiagnosen oder Komorbidität? Der Nervenarzt, 82, 573-581*
- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. (2001) The Autism-Spectrum Quotient (AQ): evidence from Asperger Syndrome/high-functioning autism. J Autism Dev Disord 31, 5-17*
- Bateson, Gregory/Haley, Jay/Jackson, Don D./Weakland, John: Vorstudien zu einer Theorie der Schizophrenie, 1956, S. 114ff.*
- Bundesministerin für Arbeit und Soziales (2010) Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17. Dezember 2010. www.bmas.de/Shared-Docs/Downloads/DE/PDF-Gesetze/korrekturblatt-versorgungsmedizin.pdf?\_\_blob=publicationFile*
- Bundesministerin für Arbeit und Soziales (2008) Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht. www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/entschaedigung-gutachten-anhaltspunkte.pdf?\_\_blob=publicationFile*
- de Shazer, S. (1989) Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg*
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGP), Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP) (2008) AWMF-S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-0151\\_S2\\_Persoenlichkeitsstoerung\\_2011-09\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-0151_S2_Persoenlichkeitsstoerung_2011-09_01.pdf)*
- Ehlers S, Gillberg C, Wing L (1999) A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. J Autism Dev Disord 29(2), 129-141*
- Fein D, Barton M, Eigsti IM, Kelley E, Naigles L, Schultz RT, Stevens M, Helt M, Orinstein A, Rosenthal M, Troyb E, Tyson K (2013) Optimal outcome in individuals with a history of autism. J Child Psychol Psychiatry 54(2), 195-205*
- Fountain C, Winter AS, Bearman PS (2012) Six developmental trajectories characterize children with autism. Pediatrics 129(5), 1–9*

- Freitag CM, Retz-Junginger P, Retz W, Seitz C, Palmasson H, Meyer J, Rösler M, von Gontard A* (2007). Evaluation der deutschen Version des Autismus-Spektrum-Quotienten (AQ) - die Kurzversion AQ-k. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 36(4), 280-289
- Gillberg IC, Gillberg C* (1989) Asperger syndrome – some epidemiological considerations: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989 Jul;30(4):631-638
- Grzadzinski RL, Luyster R, Gunn Spencer A, Lord C* (2012) Attachment in young children with autism spectrum disorders: An examination of separation and reunion behaviors with both mothers and fathers. *Autism*. 2012 Dec 4. [Epub ahead of print]
- Habermas J* (2004) Freiheit und Determinismus. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 52, 871-890
- Hebebrand J, Himmelmann GW, Hesecker H, Schäfer H, Remschmidt H* (1996) Use of percentiles for the body mass index in anorexia nervosa: diagnostic, epidemiological, and therapeutic considerations. *Int J Eat Disord* 19: 359–369
- Kamp-Becker I, Duketis E, Sinzig J, Poustka L, Becker K* (2010a) Diagnostik und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung* 19 (3), 144 – 157
- Kamp-Becker I, Wulf C, Bachmann CJ, Mardjan Ghahreman M, Heinzel-Gutenbrunner M, Gerber, G, Remschmidt H, Becker K* (2010b) Frühsymptome des Asperger-Syndroms im Kindesalter. Eine retrospektive Untersuchung. *Kindheit und Entwicklung*, 19 (3), 168 – 176
- Klin A, Pauls D, Schultz R, Volkmar F* (2005) Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: implications for research. *J Autism Dev Disord* 35(2), 221-234
- König K* (2010) *Gegenübertragung und die Persönlichkeit des Psychotherapeuten*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel
- Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Geller F, Ziegler A, Geiß HC, Hesse V, v. Hippel, Jaeger U, Johnsen D, Kiess W, Korte W, Kunze D, Menner K, Müller M, Niemann-Pilatus A, Remer Th, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Hebebrand J.* (2001) Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149(8): 807-818
- Lehmkuhl, U.; Pfeiffer, E.; Elpers, M.; Spitzcok von Brisinski, I.* (2007): Bindungsstörungen. In: *Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a.* (Hrsg.): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 3. Aufl., 311-317
- Lorenz, E. N.* (1972) Predictability: Does the flap of a butterfly's wings in Brazil set off a tornado in Texas? *Jahrestagung der American Association for the Advancement of Science*
- Lütz, M.* (2012) *Irre – Wir behandeln die Falschen: Unser Problem sind die Normalen – Eine heitere Seelenkunde*. Vortrag am 16.11.2012 in Lübeck auf der Jahrestagung des BKJPP

- Lütz, M. (2007) Das Leben kann so leicht sein. Lustvoll genießen statt zwanghaft Gesund. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR (2012) Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 51(4) 368–383
- Mosconi MW, Cody-Hazlett H, Poe MD, Gerig G, Gimpel-Smith R, Piven J (2009) Longitudinal study of amygdala volume and joint attention in 2- to 4-year-old children with autism. *Arch Gen Psychiatry* 66(5), 509-516
- 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
- Noipayak P (2009) The ratio of 2nd and 4th digit length in autistic children. *J Med Assoc Thai* 92(8):1040-105
- Remschmidt, H. & Kamp-Becker, I. (2006) Das Asperger-Syndrom
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., Poustka, F. (2012) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Störungen: Im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber. 6., korrigierte Aufl.
- Roth G (2004) Worüber dürfen Hirnforscher reden – und in welcher Weise?“ In: Geyer, Ch. (Hrsg.): *Hirnforschung und Willensfreiheit. Zur Deutung der neuesten Experimente*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 66-85
- Roy, M., Dillo, W., Emrich, H. M., Ohlmeier, M. D. (2009) Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter *Dtsch Arztebl Int* 106(5): 59-64
- Schweitzer, J. & A. v. Schlippe (Hg.) (2007) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II - Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Singer W (2004) Verschaltungen legen uns fest. Wir sollten aufhören, von Freiheit zu sprechen. In: Geyer, Ch. (Hrsg.): *Hirnforschung und Willensfreiheit. Zur Deutung der neuesten Experimente*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 30 – 65
- Spitzok von Brisinski, I. (2009) Folge- und Begleitstörungen bei Autismus. In: Weber, E., Bühlow, I. (Hg.) *Mit Autismus muss gerechnet werden*. Verden: BoD, 150-169
- Spitzok von Brisinski, I.; Horn, A.; Theußen, Y.; Robertz, U.; Leven, K. (2010): Beispiel für eine interne Leitlinie: Störungen des autistischen Spektrums. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 20(2), 49-117
- Szatmari P, Bartolucci G, Bremner R (1989) Asperger's syndrome and autism: comparison of early history and outcome. *Dev Med Child Neurol* 31(6):709-720
- Taurines R, Schwenck C, Westerwald E, Sachse M, Siniatchkin M, Freitag C (2012) ADHD and autism: differential diagnosis or overlapping traits? A selective review. *Atten Defic Hyperact Disord* 4(3), 115-139
- Wing, L (1997) Syndromes of Autism and Atypical Development. In: Cohen D, Volkmar FR (Hg.) *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: Wiley, 148-172



**Autor:**

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski  
Chefarzt, Fachbereichsarzt  
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
LVR-Klinik-Viersen  
Horionstr. 14  
D-41749 Viersen  
Email: [Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de](mailto:Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de)  
Internet: [www.klinik-viersen.lvr.de](http://www.klinik-viersen.lvr.de)

## Ausschreibung

# 10. ADHS-Förderpreis

Zum zehnten Mal sollen Projekte ausgezeichnet werden, die zu einer verbesserten Versorgung von Menschen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beitragen. Bewerbungen für den von der Shire Deutschland GmbH mit 10.000 Euro dotierten Preis können bis zum 30. April 2013 eingereicht werden.

Die erfolgreiche Behandlung der ADHS fügt sich meist aus einzelnen Bausteinen zu einem multimodalen Gesamtkonzept zusammen. Dazu zählt auch die individuelle Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Eine gezielte Unterstützung hilft den Betroffenen, ihr Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten und Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Aufklärung, der Abbau von Vorurteilen und das Schaffen von Verständnis für ADHS, tragen zur sozialen Integration bei.

Vor diesem Hintergrund stehen im zehnten Jahr des Förderpreises insbesondere die Bereiche „multimodale Therapie“, „Transition“, „soziale Einbindung und Peers“ sowie „Qualitätssicherungsmodelle bei ADHS“ im Vordergrund. Der Shire ADHS-Förderpreis richtet sich an alle, die in der ADHS-Versorgung tätig sind. Gesucht werden innovative Projekte, die sich bereits in der Umsetzung befinden und zu einer messbaren Verbesserung der Versorgung von Menschen mit ADHS beitragen.

Die eingereichten Projekte werden durch ein unabhängiges interdisziplinäres Expertengremium aus den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Psychologie und Psychiatrie beurteilt.

Die Teilnehmerunterlagen und weitere Informationen können über Shire Deutschland GmbH, Stichwort: 10. ADHS-Förderpreis, Friedrichstr. 149, 10117 Berlin oder per Email an [ADHSfoerderpreis@shire.com](mailto:ADHSfoerderpreis@shire.com) angefordert werden. Bewerbungen, auch online unter [www.adhs-foerderpreis.de](http://www.adhs-foerderpreis.de), sind bis zum 30. April 2013 möglich.

## **Preis des Videoforums der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e.V. im Rahmen der Dreiländertragung**

Die Vorsitzenden des Videoforums der Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V. (Deutsche Sektion der internationalen Liga gegen Epilepsie), Thomas Mayer und Thomas Bast, fordern auf, interessante Video dokumentierte Fälle mit einem kurzen Abstract an die Geschäftsstelle zu schicken, um sie beim Videoforum im Rahmen der Dreiländertragung am 8.5.2013 in Interlaken zeigen und evtl. auch zu prämiieren.

Der 1. Preis ist mit 1000 Euro ausgezeichnet. Erlaubt sind anfallsartige Störungen aller Art, vom Säugling bis zum Greis.

Kontakt:

[office@dgfe.info](mailto:office@dgfe.info)

## Medizin-Management-Preis 2013

Unter der Schirmherrschaft des Bundesforschungsministers a. D. Prof. Dr. Heinz Riesenhuber, MdB, ist der Medizin-Management-Preis 2013 ausgeschrieben. Der Preis zeichnet Innovationen aus, die durch neue Wege des Steuerns, Führens und Leitens in der Gesundheitsbranche Ergebnisse verbessern.

Als Preisträger in Frage kommen Projekte und Konzepte jeglicher Segmente des Medizinmarktes:

- Forschung
- Verfahren
- Versorgungs- und Kooperationsformen
- Qualitätssicherung und Produktion
- Informationstechnologie (IT)
- Kommunikation
- Human Resources

Der jährlich vergebene Preis ist mit 2.000 Euro dotiert. Bewerbungsschluss ist der 31. Mai 2013. Die Teilnahme am Wettbewerb ist kostenfrei.

Die Preisverleihung findet am 6. September 2013 in Berlin statt.

Rückblick: Im vergangenen Jahr ging der Medizin-Management-Preis an das Forensische Online-Konsil „Forensikon“ der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Dieses ermöglicht Ärzten, bei Verdachtsfällen von Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung fragliche Befunde zeitnah und ohne Umweg über Behörden durch Rechtsmediziner beurteilen zu lassen.

Ausführliche Informationen zum Preis, dem Bewerbungsverfahren und den prämierten Innovationen der vergangenen Jahre finden Sie unter:

**[www.medizin-management-preis.de](http://www.medizin-management-preis.de)**

Medizin-Management-Verband e.V.

Vereinigung der Führungskräfte im Gesundheitswesen (Berufsverband)

Parkallee 20, 20144 Hamburg

Telefon: 040 / 39 10 669 1, Fax: 040 / 39 10 669 9

[info@mm-verband.de](mailto:info@mm-verband.de)

[www.medizin-management-verband.de](http://www.medizin-management-verband.de)

## *Rezensionen*

Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H (Hrsg.): **Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie**. Hogrefe, Göttingen. 2 Bände, 2012, 1520 S., Euro 139,00. ISBN 978-3-8017-1871-8

Das von Gerd Lehmkuhl, Fritz Poustka, Martin Holtmann und Hans Steiner 2012 herausgegebene Lehrbuch vertritt zu Recht den Anspruch, in übersichtlicher Form neben Grundlagenwissen vor allem praxisrelevante Informationen zur Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu vermitteln.

Die Gliederung in zwei Bände (Grundlagen und Störungsbilder) erleichtert die Lesbarkeit und Handhabbarkeit. Im ersten Band werden umfassend moderne Erkenntnisse zur Pathogenese, Entwicklungspsychiatrie, Diagnostik und Klassifikation psychischer Erkrankung im Kindes- und Jugendalter dargestellt. Die einzelnen Kapitel sind dem Umfang des Lehrbuchs entsprechend knapp, aber präzise und anschaulich geschrieben. Farblich unterlegte Begriffserklärung und übersichtlich gestaltete Tabellen sind von didaktischem Wert. Im zweiten Band (Störungsbilder) ist zunächst positiv hervorzuheben, dass auch ansonsten eher am Rande behandelte Themen, bspw. Schulabsentismus, bipolare Störungen bzw. Störungen der Geschlechtsidentität, in eigenen Kapiteln dargestellt werden. Bei den einzelnen Störungsbildern werden jeweils die Ursachen, Diagnostik, Komorbiditäten und die therapeutische Strategien einschl. Pharmakotherapie und schulübergreifend Psychotherapie dargestellt. Außerdem ist es aus Sicht des Praktikers hilfreich, Leitsymptome, die häufig in der Notfallpsychiatrie relevant sind, so Suizidalität bzw. selbstverletzendes Verhalten, getrennt und ausführlich zu behandeln.

Ungeachtet der Vielzahl deutschsprachiger und amerikanischer Autoren ist es damit den Herausgebern gelungen, ein zusammenhängendes Lehrbuch aufzulegen, welches aktuelle und umfassende Informationen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie vermittelt und zugleich wichtige Perspektiven und Entwicklungstendenzen des Fachgebietes herausarbeitet.

Der Umfang des zweibändigen Lehrbuches sprengt wahrscheinlich den

Stoffrahmen, den Studierende der Medizin bzw. Psychologie im Rahmen ihrer Kurse in Kinder- und Jugendpsychiatrie bewältigen können. Es wendet sich daher eher an Ärzte in ihrer Facharztausbildung, angehende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie als ein aktuelles Nachschlagewerk für Fachärzte bzw. andere Berufsgruppen, die im Fachgebiet professionelle Erfahrung haben.

*Jochen Gehrman, Ludwigshafen*

Jürgen L. Müller, Michael Rösler, Peer Briken, Peter Fromberger, Kirsten Jordan (Hrsg.): **EFPPP Jahrbuch 2012: Empirische Forschung in der forensischen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie**. Berlin: Mvw Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2012, 152 S., Euro 39,95. ISBN 978-3941468764

Verena Klein, Martin Rettenberger und Peer Briken beschäftigten sich mit der strukturierten Erfassung von Schutz- und Risikofaktoren bei sexuell auffälligen Minderjährigen. Die 66 Kinder und Jugendlichen im Alter von 8 bis 17 Jahren mit einem Tatvorwurf gegen sexuelle Selbstbestimmung wurden im Rahmen eines Hamburger Modellprojekts untersucht mittels Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY), Screening Tool for the Assessment of Young Sexual Offenders' Risk (STAYSOR) und dem erstmals bei Minderjährigen angewandten Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF). Schutz- und Risikofaktoren waren negativ korreliert.

Die übrigen Beiträge befassen sich im Wesentlichen mit an erwachsenen Probanden bzw. Patienten gewonnenen Ergebnissen, bieten aber dennoch auch für mit Kindern und Jugendlichen Arbeitende teils spannende Perspektiven.

Zum Abschnitt „Neurobiologische und neuropsychologische Aspekte“ gehören „Die Wahrheit über das Lügen: Neurophysiologische Prozesse und psychopathische Persönlichkeitszüge“, „Blickbewegungen psychopathischer Patienten bei der Betrachtung emotionaler Gesichtsausdrücke“, „Veränderungen der strukturellen Integrität des Gehirns im Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit bzw. gewalttätigem Verhalten“, „Neuronale Korrelate von Frustration bei Männern mit hoher und niedriger Trait-Aggressivität“, „Aggressivität bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung“ sowie „Klinische Biomarkerforschung in der forensischen Psychiatrie“.

Unter „Indirekte Messverfahren in der Diagnostik“ finden sich „Implizite Verfahren und ihre Anwendung im forensischen Kontext“, „Emotionale Kongruenz mit der Kinderwelt als mögliches diagnostisches Merkmal von Pädophilie?“, „Augenbewegungen bei Pädophilie“ und „Hautleitfähigkeitsveränderungen als Reaktion auf visuelle sexuelle Stimuli“.

Der Abschnitt „Aktuelle Forschungserkenntnisse in der Therapie“ beschränkt sich auf einen Beitrag zur Verbreitung antiandrogener Therapieverfahren in der Sexualstraftäterbehandlung in Deutschland.

Zum Thema „Neue Ansätze in der Risiko- und Prognoseeinschätzung“ gibt es außer dem bereits o. g. Beitrag von Klein et al. noch „Risikofreude und Impulsivität: Ein IAT zur Erfassung impliziter Risiko-Einstellungen“, „Möglichkeiten und Grenzen der Verwendung von Prognoseinstrumenten bei Sexualstraftätern“ sowie „Erfassung von Ressourcen bei Sexualstraftätern“.

Im letzten Abschnitt werden Preisnamenstifter und Preisträger von Eberhard-Schorsch-Preis, Herrmann-Witter-Preis und Ludwig-Meyer-Preis kurz dargestellt.

Insgesamt sind 18 Beiträge mit durchschnittlich 8 bis 10 Seiten teils eher kurz, enthalten aber relativ umfangreiche Literaturverzeichnisse, so dass reichlich Anregungen vorhanden sind, wenn man in ein Thema tiefer einsteigen möchte.

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen*

Gerald Ulrich: **Das spontane Ruhe-EEG.** *Die psychophysiologische Basis der Psychiatrie - Vergangenheit, Gegenwart und Zukunftsperspektiven.* Würzburg: Königshausen & Neumann 2012, 136 S., Euro 24,00. ISBN 978-3826048111

Dieses Werk des Nestors der psychiatrischen Enzephalographie in Deutschland in der Nachfolge von Hans Berger und Dieter Bente umfasst sowohl ein Resümee seiner Publikationen ab den 1980er Jahren (u. a. „Zur Bedeutung intermittierender rechts-posterior betonter langsamer Wellen (IRP) im EEG psychiatrischer Patienten“, „A new quantitative approach to the assessment of stages of vigilance as defined by spatiotemporal EEG patterning“, „Changes in the topographical distribution of absolute Alpha-power in the resting EEG of schizophrenic in-patients under neuroleptic medication. A re-

sponder – non-responder comparison“, „Electroencephalographic dynamics of vigilance and drug-response in endogenous depression. A comparison of patients treated with amitriptyline or pirlindole“, „Zur Wirkung von Tergurid auf Vigilanzdynamik und mittleres Vigilanzniveau. Eine kontrollierte elektroenzephalographische Studie an Altersprobanden“, „Elektroenzephalographische ‚Herdbefunde‘ ohne strukturdiagnostisches Korrelat“, „Vigilanz – Ordnungszustand oder ordnende Kraft?“, „The importance of the concept of vigilance for psychophysiological research“, „The observing subject and psychophysiological research. An epistemological discourse“) sowie seiner bedeutenden Monografie „Psychiatrische Elektroenzephalographie“ (1994) und des Folgebuches „QUEIDA: Quantitative Electroencephalographic Ipsative Difference Assessment“ (2001) als auch die Darstellung deren Weiterentwicklung inkl. Blick in die Zukunft.

Das vorliegende Buch gliedert sich in Kapitel zur Vergangenheit des Spontanen Ruhe-EEG in der Psychiatrie, zum Status Quo mit Unterabschnitten zur Quantifizierung von Qualitäten, Begründung der Stationaritätsannahme des Spontanen Ruhe-EEG durch den Zentralen Grenzwertsatz, zum spontanen Ruhe-EEG als non-stationäre Verlaufsgestalt, sowie Kritik des Primären Quantifizierens der Verlaufsgestalt des Spontanen Ruhe-EEG. Es folgt ein Kapitel zu EEG und Systemphysiologie mit Unterabschnitten zur systemphysiologischen Charakterisierung der zentralnervösen Regulationsmechanismen und Biorhythmik, zum spontanen Ruhe-EEG als Makroindikator der „Zerebralen Globalfunktion“, von der allgemeinen Kybernetik I. Ordnung (N. Wiener) zur Kybernetik II. Ordnung (H. von Foerster), zur elektroenzephalographischen Vigilanzdynamik, systemischen Denken und zirkulärer Kausalität als Entwicklungsperspektiven einer biologischen Lebenswissenschaft Medizin, sowie epistemologische Entwicklungsbarrieren modularistisch konzipierter Neurowissenschaften. Es folgt ein Kapitel zu Grenzen und Möglichkeiten des EEG als psycho-physiologisches Messinstrument in der Psychiatrie mit Unterabschnitten zu allgemeine Prinzipien intraindividuelle Veränderungsmessung des Spontanen Ruhe-EEG, Quantitative Electroencephalographic Ipsative Difference Assessment (QUEIDA) und ipsative trend assessment (ITA), sowie dem theoretischen Konstrukt der Vigilance (sensu Henry Head) als Bedingung der Möglichkeit von Psychophysilogie. In einem weiteren Kapitel folgen Ausführungen zu Validität und Reliabilität von quantitativen Änderungen der EEG-Vigilanz (ITA) sowie Anwendungsbeispiele zu dementiellen Syndromen, Alkohol-Entzug, depressiven Syndromen, manischen Syndromen, schizophrenem Symptomenkomplex, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) sowie andere psychiatrischen Störungen.



gen und im letzten Kapitel ein Ausblick, in dem u. a. als Zukunftsperspektive die Beschränkung auf die quantitative Charakterisierung der Dynamik des spontanen Ruhe-EEGs (Individual Resting Dynamics Assessment, IRDA) als praktische Alternative zur ITA und eine quantitative Bestimmung der Amplitudenvariabilität „niedriger Strukturelemente“ in Aussicht gestellt.

Insgesamt ein sehr interessantes Werk, das die bisher nur durch visuelle Mustererkennung nachweisbare, regelhafte, von der Ableitezeit abhängige Abfolge definierter spatio-temporaler Muster fokussiert bzw. das spontane Ruhe-EEG als nicht-stationären, nicht-linearen Prozess und diese Sichtweise als einen vielversprechenden, bisher nicht ausreichend etablierten Weg der psychophysiologischen Forschung.

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen*

Hans Moll: **Ritalin und Liebe: Geschichte eines ADHS-Kindes und Jugendlichen.** Nordhausen: Traugott Bautz 2012, 149 S., Euro 19,90.  
ISBN: 978-3883097756

Der Autor schildert authentisch, offen und liebevoll aus der Ich-Perspektive eines Großvaters seine persönliche Geschichte mit seinem Enkel Tom, der unter einer massiv ausgeprägten ADHS leidet. Während das Syndrom bei seiner 1975 geborenen Tochter, der Mutter von Tom, nicht erkannt worden war, wurde bei Tom ADHS in der Vorschulklasse diagnostiziert und mit Methylphenidat und Ergotherapie behandelt. Tom wuchs bei den Großeltern auf und der Autor erzählt von anhaltender Unruhe, Einschlafschwierigkeiten und Wutanfällen Toms sowie von sich mit gutgemeinten Ratschlägen ‚verabschiedendem‘ Freundeskreis der in Vertretung erziehenden Großeltern, wie man es als Kinderpsychiater schon oft von Eltern eines Kindes mit ADHS geschildert bekommen hat. Hinzu kamen fein- und grobmotorische Entwicklungsstörung sowie eine Störung des Sozialverhaltens, später auch eine Ticstörung, eine Angststörung und Mobbing. Teilweise stellt sich dem Rezensenten die Frage, ob nicht zusätzlich noch eine Autismusspektrumstörung vorliegt, da beschrieben wird, dass Tom nur zu zwei Schulkameraden Kontakt hat, es in den Beziehungen immer wieder zu Brüchen kommt, altersgerechtes Spiel nicht gelingt und Tom „sich gerne

jüngeren Kindern“ zuwandte, die „weniger anspruchsvoll“ waren und „sich von ihm führen“ ließen.

Der Autor beschaffte sich einschlägige Bücher und berichtet über seine Erfahrungen beim Besuch einer ADHS-Angehörigengruppe, aber auch die Verwirrung bei der Lektüre von Texten auf ADHS-kritischen Webseiten, die Interpretation des Umfelds, dass es sich um eine sozial/erzieherisch verursachte Problematik handle, das Hinterfragen der Rechtmäßigkeit der medikamentösen Behandlung. Im Kapitel ‚Ausflug in die Welt der Botenstoffe‘ schlägt sich der Autor als Laie überwiegend wacker, übernimmt aber auch simplifizierende Darstellungen scheinbar monokausal wirkender Neurotransmitter sowie falsche Darstellungen wie „Die Tatsache, dass in den letzten zwanzig Jahren der Einsatz von Ritalin in Deutschland um 6.000% gestiegen ist, ohne dass es bis heute Langzeitstudien über mögliche Spätfolgen gibt, fordert eine kritische Betrachtung geradezu heraus“ (S. 63). Hier wäre es für den Fall einer (wünschenswerten!) Neuauflage ratsam und für die angestrebten Ziele sicher nützlich, wenn sich der Autor von seriösen, ausgewiesenen ADHS-Experten wissenschaftlich beraten lässt hinsichtlich der Darstellung und Aussagekraft existierender seriöser wissenschaftlicher Studien.

Die Stärken des Buchs liegen eindeutig in den zahlreichen Schilderungen von Problemen, mit denen sich Kinder mit ADHS und ihre Angehörigen herumschlagen müssen, so beispielsweise mit Lehrkräften, die „der Existenz einer ADHS grundsätzlich skeptisch gegenüber“ stehen, den nervenden Kommentaren und Belehrungen „der Neunmalklugen“ in der Verwandtschaft und Nachbarschaft zur ‚richtigen‘ bzw. ‚besseren‘ Erziehung des Kindes, „versagte Liebe und Geborgenheit“ als Ursachenerklärung, Spannungsfeld von „Nachsicht“ und „Strenge“, im Schulranzen „regelmäßig zerknitterte Schulhefte, zerknautschte einzelne Blätter, Reste des Frühstücks, verklebte Gummibärchen und auseinandergefallene Schreibgeräte“, „ermüdende Debatten mit dem Kind“, aber auch mit der Frage, ob das Kind während der medikamentösen Wirkung seinem Wesen nach nicht völlig fremd ist und daher das Medikament eigentlich abgesetzt werden sollte.

Immer wieder gibt es auch erhellende, hilf- und trostreiche Passagen aus dem ADHS-Alltag wie z. B. „Wie sehr Tom auf klare Regeln angewiesen war und sich nur innerhalb dieses klaren Regelgebäudes wohlfühlte, zeigt eine kleine Begebenheit. Irgendwann am Ende eines mühevollen Tages mit Tom war ich am Ende meiner Kräfte, während der Junge immer neue Forderungen formulierte, Wünsche äußerte und mich unendlich nervte. Nach einem entschiedenen Verbot, welches ich aussprach, schrie Tom in einem Anfall von Wut: ‚Das

mach ich doch, ich mach das, wie ich will!’ Erschöpft vom Dauerstress, gab ich ihm den Hinweis, dass er ab sofort alles alleine entscheiden dürfte und ich ihm sofort alles erlauben würde. Tom erstarrte und je näher diese Botschaft in sein Bewusstsein drang, umso hilfloser und ängstlicher wurde sein Blick. Mit einer solchen Freiheit konnte er nichts anfangen. Sie machte ihm nur Angst. Langsam trat er auf mich zu und sprach ganz leise zu mir: ‚Nein, Opa, so was will ich nicht’ und entschuldigend fügte er hinzu, ‚ich hab das nicht ernst gemeint, als ich sagte, das mach ich doch, wie ich es will’. Toms Hilflosigkeit, die in diesem Moment offenbar wurde und die seine Angst davor zeigte, aus einem festen, ihm vertrauten Regelwerk entlassen zu werden, hat mich nachdrücklich beeindruckt“ (S. 106), „Seit Tom sein eigenes Zimmer im Dachgeschoss bewohnte, zogen sich seine Chaos-Spuren durch das ganze Haus. Seine Kleidungsstücke waren verteilt auf zwei Etagen, wobei sich z.B. ein Strumpf im Dachgeschoss befand und der andere in irgendeinem Zimmer des Erdgeschosses. Schubladen standen ebenso offen wie die Schranktüren, an denen Tom interessiert nach etwas gesucht hatte. Wenn er sich z.B. ein T-Shirt aus dem Stapel seiner Kleidungsstücke entnahm, tat er dies nicht etwa mit Sorgfalt, sondern er riss das begehrte Teil einfach aus dem Stapel heraus und stopfte den großen Rest der zuvor sorgfältig gefalteten Kleidungsstücke wie einen Bündel Lumpen zurück in den Schrank. Ihm fehlte die Zeit, denn wie immer tobten tausend Gedanken durch seinen Kopf. Und wenn er mit der einen Aktion begann, dann waren seine Gedanken schon lange mit der zweiten, dritten oder vierten Aktion beschäftigt.

Natürlich spielte dazu auch die von ihm bevorzugte Musik, laut und für alle vernehmbar. Auf die Idee, seine Zimmertüre zu schließen, kam Tom nicht, denn was ihm gefiel, musste auch allen anderen gefallen. Dazu gehörte auch die von ihm gewählte Lautstärke, die geeignet war, das Haus vom Dachgeschoss bis in die letzten Kellerräume mit lauter Musik zu füllen, so dass man sich oftmals auf einem Jahrmarkt wähnte“ (S. 109), „Tom war inzwischen 14 Jahre alt geworden und hatte an Körperlänge erheblich zugenommen. Die erfolgte Neu-Dosierung mit Medikinet retard schien überhaupt keine Wirkung mehr auszulösen, denn seine Hyperaktivität erhielt einen neuen Schub. Besonders seine Großmutter Doris hatte Probleme damit, Tom als widersprechenden, respektlos auftretenden Jugendlichen anzunehmen und ihn mit neuem, angemessenem Verhalten zu führen. Ich fühlte mich dabei nicht gut, denn ich hatte ihr eine Aufgabe zugewiesen, die sie nicht übernehmen wollte. Die Voraussetzungen dafür, die kommenden schwierigen Jahre mit Tom zu überstehen, ohne dass die Familie insgesamt Schaden nahm, waren denkbar schlecht. Ganz gleich, was wir auch immer unternahmen, Tom fand immer

einen Weg, eines der übrigen Familienmitglieder zu provozieren. Wenn er in den Pool sprang, dann musste entweder eine große Portion des Wassers auf der Terrasse landen oder er versuchte einen seiner Brüder zu treffen. Sein Bedürfnis, herumzukaspern, unflätige Schimpfwörter an seine Brüder zu verteilen und zu provozieren, schien unersättlich. Er kommunizierte nur noch laut schreiend und schien im wahrsten Sinne von allen guten Geistern verlassen. Oftmals blieb mir keine andere Wahl, als Tom einfach aus dem Verkehr zu ziehen und ihn aus dem Kreis der übrigen Familienmitglieder auszusperrten. Meine Versuche, auf ihn einzuwirken blieben erfolglos. Ebenso mein Bemühen, ihn mit Fahrradtouren abzulenken und seinen unermüdlichen Bewegungsdrang ein wenig zu dämpfen. Der Versuch, während der Urlaubstage auf eine Medikation zu verzichten, schlug regelmäßig fehl. So verbrachte Tom stets einen Teil der Urlaubstage auf seinem Zimmer, dort wo er sich ungestört seiner Lieblingsmusik widmen konnte. Der Geräuschpegel, den unsere Familie bis abends spät auf der Terrasse unseres Ferienhauses verursachte, verschreckte selbst unsere kinderlieben spanischen Nachbarn. Sie, die regelmäßig gegen 22.00 Uhr ihren Tisch auf der Terrasse deckten, um wie in Spanien üblich, ausgiebig zu Abend zu essen, räumten jetzt regelmäßig das Feld“ (S. 115), „Sein Kinderzimmer konnte man mitunter nur in Gummistiefeln durchwaten. Neben Kleidungsstücken fanden sich Schulbücher, lose aus Heften ausgerissene Blätter, Werkzeuge, Chips, leere Plastikflaschen und Gehäuseteile des PCs auf dem Fußboden. Wenn Tom einen guten Tag hatte, dann legte er seine zurückgebrachten Schulbrote wenigstens auf ein Regal seines Schrankes. Ansonsten fanden sich die teils verschimmelten Frühstücksbrote ebenfalls auf dem Fußboden wieder.

Freiwillig räumte Tom niemals auf. Es bedurfte immer eines besonderen Drucks oder einer in Aussicht gestellten Sanktion, die ihn zu Aufräumarbeiten ermunterte. Wenn dieses erschreckende Durcheinander des Zimmers das Chaos in Toms Kopf widerspiegelte, dann konnte man von diesem Kind kein strukturiertes Handeln und keine Selbstorganisation erwarten. Es machte keinen Sinn, ihm schon am frühen Morgen eine Liste seiner Aufgaben für den Tag um die Ohren zu schlagen. Schon bei Punkt 2 der Aufgabenliste hatte er den Punkt 1 wieder vergessen. Wie andere von ADHS Betroffene auch musste Tom lernen, eine Aufgabenliste Punkt für Punkt abzuarbeiten. Sich zunächst auf eine Aufgabe zu konzentrieren, diese zu erledigen und dann die nächste Aufgabe anzugehen. Mehrere Aufgaben gleichzeitig in seinen Kopf zu hämmern, war völlig sinnlos. Denn diese vielen Informationen gingen in seiner Erinnerungswelt schon bald verloren“ (S. 117). Teils unverständlich und unklar erscheinen die Ausführungen von S. 133 bis

138: „Der große Traum dieses früher so antriebslosen Kindes bzw. Jugendlichen war eine berufliche Karriere bei der Bundespolizei. Dass Tom in einem Beruf erfolgreich sein könnte, der seine Urinstinkte als aufmerksamer Jäger bediente, daran hatte ich zu keinem Zeitpunkt gezweifelt. Schon als Kind hatte ihn die außergewöhnliche Fähigkeit ausgezeichnet, seine ganze Aufmerksamkeit sekundenschnell zu bündeln, wenn eine Situation oder ein Thema sein Interesse weckte“ (S. 134): Eigentlich dürfte klar sein, dass Jägerinstinkte und auf interessante Themen beschränkte sekundenschnelle Aufmerksamkeit für den Beruf des Polizisten, der ein besonders ausgeprägtes Maß an Impulskontrolle sowie teils stundenlange Aufmerksamkeit auch für weniger interessante Themen erfordert, nicht ausreichen. Obwohl der wörtlich abgedruckten Stellungnahme eines Medizinaldirektors bzgl. Einstellung im Polizeidienst zu entnehmen ist, dass die Vorlage fachpsychiatrischer Befundberichte erforderlich ist zur Entscheidung bzgl. Eignung für den Polizeidienst und lediglich auf die üblicherweise hohe Persistenz der ADHS ins Adoleszenzalter verwiesen wird, konstruiert der Autor daraus eine negativistische Botschaft und schreibt plötzlich von Fehldiagnosen, obwohl doch offenbar gar kein Zweifel an Diagnose und Notwendigkeit der Medikation in der Vergangenheit bestand. Warum die Aussage der Wehrbehörde, dass vorbestehende ADHS-Diagnose und Medikation keinen Ausschlussgrund für eine *Bewerbung* als Soldat in der Bundeswehr darstellen, als Gegensatz zum Brief der o. g. Medizinaldirektors bzgl. Einstellung bei der Bundespolizei hochstilisiert wird, bleibt unklar. Bekannterweise stellt ADHS zwar kein Hindernis dar, sich bei der Bundeswehr zu *bewerben*, eine *Einstellung* ist in der Vergangenheit aber durchaus auch aufgrund von ADHS im Einzelfall verwehrt worden. Schließlich muss auch geprüft werden, ob die Einnahme von Medikamenten tatsächlich nicht mehr erforderlich war, sondern stattdessen einfach nicht mehr erfolgte. Denn der Gebrauch von Waffen macht es sowohl bei der Polizei als auch bei der Bundeswehr erforderlich, dass ein hohes Maß an Impulskontrolle und Daueraufmerksamkeit gegeben ist.

Das Verzeichnis mit „Kontakt-Adressen & Beratungsstationen“ ist etwas kurz und willkürlich geraten, die Erläuterungen im Kapitel „Begriffserklärungen“ sind nicht immer ganz korrekt, das Literaturverzeichnis lässt mehrere Zitate aus dem Text (u. a. von Heiko Ernst, Mark Leary, Geraldine Downey, Rainer Spanagel, Karen Ersche, Peter Holzer) vermissen. Das Buch erhebt jedoch nicht den Anspruch, ein Handbuch für Eltern oder Erzieher von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu sein. Es „soll dazu beitragen, Vorurteile über ADHS abzubauen und den Umgang mit der Störung zu erleichtern“, ... „Hoffnung machen, dass Liebe, Zuwendung, Geduld und Nachsicht zu

einem guten Ergebnis führen können“, ... „Eltern, Geschwistern und Pädagogen in Momenten der Verzweiflung und Mutlosigkeit einen Funken Hoffnung schenken“. Dass tut es!

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen*

**Rainer Hirschberg: Systemisch-lösungsorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen: Das AFoG-Konzept.** Dortmund: Borgmann 2012, 128 S. Euro 19,95. ISBN: 978-3861453376

AFoG (Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie) räumt der Auftragsklärung und auftragsorientierten Arbeit einen bemerkenswert prominenten Platz in der Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen ein. Da den Kindern und Jugendlichen eine Wahlfreiheit bezüglich ihrer Teilnahme an der Gruppentherapie ausdrücklich eingeräumt wird und sie die Inhalte ihrer Lerninhalte selbst bestimmen können, treten laut Autor Abbrüche während der Therapie nur selten auf und so genannte Widerstände von Kindern und Jugendlichen während der Gruppentherapie werden zunächst als Therapeutenfehler während der Auftragsklärung verstanden. Das Konzept ist daher nicht diagnosespezifisch. AFoG als Metakonzept bildet den Rahmen für fünf unterschiedliche Gruppenformate: a) „Stärken-stärken-Gruppe“ für Kinder von 6 bis 8 Jahren; b) „Die Reisenden“ für Kinder von 8 bis 12 Jahren; c) „Die Zauberlehrlinge“ für Kinder von 8 bis 12 Jahren; d) „Schatzgruppe“ für Kinder von 10 bis 12 Jahren; und e) „O.K. Gruppe“ für Kinder von 13 bis 16 Jahren. Die Gruppen 2 bis 5 umfassen 10 Gruppentreffen mit jeweils nach der 5. und 10. Sitzung stattfindenden Elterntreffen. Nach Abschluss der Kerngruppenzeit findet ein 1. Bilanztreffen mit den Kindern und ihren Eltern statt, um bisherige Veränderungen zu besprechen und mittels einer erneuten Auftragsklärung das weitere Procedere abzustimmen. Drei Monate nach Abschluss der Kerngruppenzeit treffen sich Eltern und Kinder zu einem 2. Bilanztreffen, um die Gruppentherapie gemeinsam zu beenden. Für die Stärken-stärken-Gruppe werden 3 Elterngespräche zusätzlich angeboten aufgrund des stärker ausgeprägten pädagogischen Anteils bei der Arbeit mit Kindern in dieser Altersgruppe. AFoG kann sowohl als Baukastensystem oder Komplettpaket verwendet werden. Das Buch stellt Theorie und Praxis verständlich dar, wobei nicht eine Manualisierung angestrebt wird, sondern eine ständige Anpassung an die Klienten.

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen*

Martin Böhm, Andreas Romberg, Peter Sinapius (Hrsg.): **Bildstörung: Künstlerische Projektarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**. Köln: Claus Richter 2012, 135 S. Euro . ISBN: 978-3924533625

2009 wurde zwischen der Fachhochschule Ottersberg und der Clemens-August-Jugendklinik eine Kooperation vereinbart mit dem Ziel, Studierende der Kunsttherapie und psychisch erkrankte Jugendliche gemeinsame neue Erfahrungen in künstlerischen Prozessen machen zu lassen. Seit Anfang 2010 wurden fünf Projektstage durchgeführt zu den Themen „Ästhetische Prozesse in unterschiedlichen künstlerischen Gattungen, Malerei, Plastik, Performance“, „Malerei“ (mit anschließender öffentlicher Ausstellung im Schaufenster), „Land-Art“, „Theater“ und „Musik, Rhythmus, Klang und Melodie“.

Das Innovative des Projektes besteht darin, dass Jugendliche ungefähr gleichen Alters, die an unterschiedlichen Stellen ihrer individuellen Entwicklung stehen, mit ästhetischen Mitteln in den Austausch treten. Die ästhetischen Prozesse werden dabei so initiiert, dass eine „intermodale Dezentrierung“ stattfinden kann. Ein Thema, eine gemeinsame Idee dient als Ausgangspunkt, die ästhetischen Mittel und Prozesse dienen als „Möglichkeitsraum“, in dem sich Neues in kreativen Prozessen entwickeln kann. Dabei wirkt sich das künstlerische Studium der Studierenden als Modell aus, an dem sich die psychisch erkrankten Jugendlichen ohne Bevormundungsgefühl orientieren und stabilisieren können. Das gemeinsame bildnerische Gestalten soll neue Perspektiven außerhalb gewohnter Strukturen eröffnen und in vielfacher Hinsicht eingefahrene Sichtweisen, Ansichten und Handlungsmuster stören und erweitern.

Ziele sind ko-kreative, gemeinsame künstlerische Arbeit unter dem Aspekt, eingefahrene Sicht und Sehweisen zu verlassen und neue Möglichkeiten der Kommunikation zu entdecken, modell- und prozesshaftes Lernen im sozialen und ästhetischen Kontext, Stärkung von Selbstwahrnehmung und Selbstausdruck, Autonomiestärkung, Identitätsfindung, Auflösung hermetischer, sozialer und kultureller Strukturen sowie Entdeckung der Möglichkeiten non-direktiver ästhetischer und sozialer Arbeit.

Qualitätssicherung erfolgt durch Darstellung und Diskussion in den therapeutischen und pädagogischen Gremien der Jugendklinik, durch fachliche Begleitung der Studierenden seitens der Fachhochschule sowie durch wissenschaftliche Begleitung des Projektes durch das „Institut für Kunsttherapie und Forschung“.

Jeweils 6 Studierende trafen 6 Jugendliche in den Räumen der Jugendklinik. Die Arbeit erfolgte ko-kreativ, d. h. als gleichberechtigte Partner. Die Begegnung auf Augenhöhe wurde durch gemeinsame Themenfindung, Gestaltung und Präsentation möglich. Es nahmen jeweils wechselnde Studierende und Jugendliche an den Projekten teil. Resonanzen, Eindrücke und Assoziationen wurden in den folgenden Tagen erhoben. Die Studierenden schrieben Berichte, mit den Jugendlichen wurden Interviews geführt. Ein Austausch fand außerdem durch E-Mails statt.

Jugendliche und Studierende konnten eingefahrene Sichtweisen und Verhaltensmuster verlassen und entwickelten in ihrer Zusammenarbeit ein erstaunlich kreatives Potential. Die sich entwickelnden ästhetischen Prozesse stärkten Autonomiegefühl, Selbstwahrnehmung und Selbstbewusstsein. Diese Beobachtungen wurden durch die Interviews und Berichte evaluiert und verifiziert.

Die Kooperation soll fortgeführt und die bildende Kunst soll durch Elemente des Theaters, der Musik, des Tanzes und der Poesie ergänzt werden.

Der Bildband umfasst zahlreiche Fotografien, die die kreative Atmosphäre der Projektstage hervorragend widerspiegeln und von ansprechender Ästhetik geprägt sind, sowie umfassende, aussagekräftige Texte. Diese Buch regt an, in ähnlicher Weise in der eigenen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis bzw. Klinik tätig zu werden.

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen*



## 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](mailto:redaktion-forum@bkjpp.de)

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

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

### 3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf-zeile 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.

## Mediadaten 2013

### Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Offizielles Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

#### Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Anzeigenschaltung im „Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen betreffend Anzeigenaufträgen, Anzeigenbuchungen, Platzierungen und Rechnungen direkt an Meta Druck, Herrn Thomas Didier.

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 300 Kliniken.

**Auflage 1.300 Ex.** (Der Preis des Einzelheftes beträgt ab. Jan. 2013 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.) Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. 12. des aktuellen Jahres.  
**Format:** 170 x 240 mm, Klebebindung (96 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei [didier@metadruck.de](mailto:didier@metadruck.de) anfragen.

Bei mehrfacher Veröffentlichungen der gleichen Anzeige sind folgende Rabatte vorgesehen:

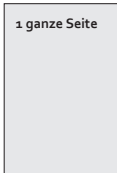


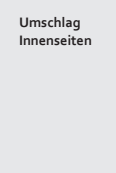
Bei **zweimaliger Veröffentlichung 5%**, ab **viermaliger Veröffentlichung 10% Rabatt**.

Bitte senden Sie mir Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an [didier@metadruck.de](mailto:didier@metadruck.de) Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat. Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei. Als Service sind Layouthilfen und Korrekturen möglich.

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

Alle Preise zuzüglich 19% Mehrwertsteuer. Zusammen mit der Rechnung erhalten Sie ein Belegexemplar.

**Ab 2013 gibt es erstmalig einen Agenturrabatt von 15%.**

 <p>1 ganze Seite</p>	<p><b>130 x 195 mm, einfarbig Graustufen</b></p> <p>Firmenanzeigen 1.800,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc, Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 600,- Euro Mitglieder 290,- Euro Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro</p> <p>auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt</p>	 <p>halbe Seite</p>	<p><b>130 x 95 mm, einfarbig Graustufen</b></p> <p>Firmenanzeigen 980,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc, Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 350,- Euro Mitglieder 200,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro</p>
 <p>drittel Seite</p>	<p><b>130 x 62 mm, einfarbig Graustufen</b></p> <p>Firmenanzeigen 800,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc, Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 220,- Euro Mitglieder 150,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 320,- Euro</p>	 <p>Umschlag Innenseiten</p>	<p><b>Sonderseiten Umschlag</b> <b>170 x 240 mm, nur 4c Farbe</b></p> <p>Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro</p> <p><b>Achtung:</b> wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.</p>

#### Termine 2013:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2013	1. März 2013	13. KW 2013
2-2013	1. Juni 2013	26. KW 2013
3-2013	1. September 2013	39. KW 2013
4-2013	1. Dezember 2013	52. KW 2013

\* Änderungen vorbehalten

## Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

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

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

E-Mail: [redaktion-forum@bkjpp.de](mailto:redaktion-forum@bkjpp.de)

Verantwortliche Redaktion „Gelbe Seiten“

*Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Ute Müller*

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP

Von-der-Leyen-Str. 21, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 16 91 84 23, Fax: 02 21 / 16 91 84 22, E-Mail: [mail@bkjpp.de](mailto:mail@bkjpp.de)

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte, BLZ: 422 600 01, Kto.-Nr.: 164 164 300

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

e-mail: [didier@metadruck.de](mailto: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. 12. 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.