

Inhalt:

Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen mit komorbidem Drogenkonsum: Kriterien für die Differenzialindikation zwischen stationärer Regelversorgung und Drogenfachklinik - <i>Andreas Krüger, Georg Romer, Michael Schulte-Markwort</i>	2
Was zusammen prallt, kann auch zusammen wirken: Vom Konflikt zum Kontrakt. - <i>Wolfgang Loth</i>	16
Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie - Anmerkungen zu den rechtlichen Grundlagen der "freiheitsentziehenden Maßnahmen" - <i>Wolfram Kinze</i>	37
Co-traumatische Prozesse in der Eltern-Kind-Beziehung - <i>Karl Heinz Pleyer</i>	48
Erhebung therapeutischer Leistungen staatlich geprüfter Motopädinnen und Motopäden - <i>Ulrich Schmidt, Lothar Biskup, Ingo Spitzcok von Brisinski, Bernd van Husen</i>	71
Fallbeschreibung einer Behandlung mit Atomoxetin bei Hyperkinetischer Störung - <i>Olaf Weiffenbach</i>	87
<i>Einrichtungen stellen sich vor:</i> Ambulanz und Tagesklinik Düren.....	97
<i>Tagungsrückblick</i> 3. Interdisziplinäre Tagung zu Sprachentwicklungsstörungen.....	98
<i>Buchbesprechungen:</i> Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.....	99
ADHS im Erwachsenenalter.....	110
Wir fühlen uns anders! Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben.....	111
Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen	113
Auffälliges Verhalten im Kindesalter.....	115
Hinweise für Autoren	117
Epilog - <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	119

Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen mit komorbidem Drogenkonsum: Kriterien für die Differenzialindikation zwischen stationärer Regelversorgung und Drogenfachklinik

*Andreas Krüger, Georg Romer,
Michael Schulte-Markwort*

Übersicht

1. Einleitung
2. Bisherige Erfahrungen bei der stationären Behandlung von jugendlichen Patienten mit komorbidem Drogenkonsum
3. Überlegungen zur Differenzialindikation zwischen Regelversorgung und Drogenfachklinik
 - a) mögliche Kontraindikationen für die Behandlung von Patienten mit komorbidem Drogenkonsum in der Regelversorgung
 - b) mögliche Kriterien für die Indikation zur Mitbehandlung von Patienten mit komorbidem Drogenkonsum in der Regelversorgung
 - c) Aspekte der Familienanamnese, die eine Behandlungsindikation in der Regelversorgung begründen können
4. Implikationen bei der integrierten Behandlung von Patienten mit komorbidem Drogenkonsum in der Regelversorgung
5. Grenzen der Behandlungsmöglichkeit
6. Schlussbemerkungen

1. Einleitung

Jugendliche in Deutschland konsumieren in zunehmendem Maße illegal Drogen, was z. B. den Zahlen des Berichtes der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) von 2001 zu entnehmen ist. Danach wurden 2001 gegenüber 1993 nun statt einem Drittel etwa der Hälfte der 12- bis 25-jährigen bereits illegale Drogen angeboten. Etwa die Hälfte der Befragten wären danach bereit, z. B. Cannabis zu probieren. Zwischen einem Viertel und einem Drittel der Befragten haben bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert. Der negative Einfluss hinsichtlich Entstehung, Verlauf und Prognose psychischer Störungen bei komorbidem Drogenkonsum ist hinreichend bekannt. Insbesondere der Konsum sogenannter „Szenedrogen“ (vor allem von Cannabis, aber auch Ecstasy und Amphetaminderivaten) nimmt nach statistischen Erhebungen der BzgA (2001) zu, das Einstiegsalter sinkt in den letzten Jahren und neue Konsummuster und wechselnde Konsumgewohnheiten erschweren die Einschätzung eines Drogenproblems. Drogen sind nicht länger nur ein Risikofaktor bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus sozial schwachem Milieu (Thomasius et al., 2000). Angesichts dieser Entwicklungen ist dem komorbidem Drogenkonsum bei psychischen Störungen und den resultierenden therapeutischen Implikationen in Zukunft klinisch und wissenschaftlich mehr Beachtung zu schenken. Von der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte ein nachhaltiger Impuls in Richtung auf öffentliche Aufklärung und Prävention von Folgen des Drogenkonsums und drogenassoziiert psychischer Störungen ausgehen. Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken müssen im Alltag bereits die Herausforderung eines zunehmenden Drogenkonsums annehmen. Im Sinne eines integrativen Behandlungskonzeptes muss Drogenkonsum als eine Dimension psychiatrischer Erkrankungen verstanden werden und kann nicht grundsätzlich zum Ausschlusskriterium für eine Behandlung innerhalb der Regelversorgung gemacht werden.

Neben den der Regelversorgung zugerechneten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Deutschland gibt es nur wenige Fachkliniken, die für minderjährige Patienten mit Drogenabhängigkeit spezielle Behandlungsangebote vorhalten. An die wenigsten Kliniken der Regelversorgung sind Abteilungen mit einer Spezialisierung für Drogenprobleme bei Minderjährigen direkt angeschlossen, was gegebenenfalls reibungslose hausinterne Verlegungen von Patienten im Bedarfsfall ermöglicht. Meist ist eine solche Verlegung mit großem Aufwand verbunden. Oftmals haben Drogenfachkliniken ein überregionales Versorgungskonzept, was u. a. die therapeutische Anbindung der Familien erschwert, wohingegen Elternarbeit, Elterngruppen und Familientherapie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Regelversorgung einen zentralen Stellenwert in der Behandlung

einnehmen. Bei Patienten mit stationär behandlungsbedürftigen psychischen Störungen mit komorbidem Drogenkonsum muss in der klinischen Situation eine Differenzialindikation zwischen Regelversorgung und spezieller Suchtbehandlung in einer Fachklinik bzw. entsprechender Spezialstation gestellt werden. In der Regel spielt hierbei die Gewichtung der Drogenproblematik innerhalb des psychopathologischen Geschehens die wichtigste Rolle, wobei differenzierte explizite Kriterien für die klinische Entscheidungsfindung im Einzelfall bislang weitgehend fehlen. Auch findet ein fachlicher Diskurs zu dieser Problematik kaum statt, so dass die klinische Problemlösung in aller Regel auf „hausgemachten“ Erfahrungen beruht. Schwierig wird die Indikationsstellung z. B. dann, wenn keine körperliche Abhängigkeit vorliegt und wechselnde Konsummuster unterschiedlicher psychotroper Substanzen das Ausmaß der Drogenproblematik verschleiern. Hierbei spielen vor allem die sogenannten „weichen“ Drogen oder „Szenedrogen“ (allen voran Cannabis, aber auch Ecstasy, Amphetaminderivate, LSD und andere Halluzinogene) eine zentrale Rolle, weil ihr Konsum die intellektuellen und psychosozialen Kompetenzen der konsumierenden Jugendlichen nicht so augenscheinlich beeinträchtigen, wie beispielsweise eine Opiat-, Kokain- oder Alkoholabhängigkeit.

Ein nicht erkannter, fortgesetzter Drogengebrauch nach einem stationären Behandlungsbeginn hat in aller Regel nachhaltige Auswirkungen für den Patienten selbst sowie erhebliche gruppenspezifische Effekte auf das Stationsleben. Hier ist neben der Infragestellung des therapeutischen Arbeitsbündnisses, der möglichen Notwendigkeit eines disziplinarischen Behandlungsabbruches auch die Herausforderung an die Professionellen in der Wahrnehmung der jugendlichen Mitpatienten zu nennen, deren Vertrauen ins therapeutische Milieu u. a. auf der wahrgenommenen Kompetenz des Teams beruht, den Rahmen inklusive seiner Regeln aufrecht zu erhalten. Auch Sympathien und Solidarisierungseffekte mit dem in die „Schusslinie“ geratenen „Drogensünder“ können eine Rolle spielen.

2. Bisherige Erfahrungen

Im folgenden werden erfahrungsgeladene Chancen und Probleme systematisiert zusammengestellt, die bei der Mitbehandlung von jugendlichen Patienten mit komorbidem Drogenkonsum auf einer regulären jugendpsychiatrischen Station entstehen können. Wir stützen uns hierbei im We-

sentlichen auf eigene klinische Erfahrungen in zwei kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken¹.

Chancen

Bei bestehendem Drogenkonsum und stationärer Behandlungsindikation liegt in seltenen Fällen der schädliche Gebrauch oder die Abhängigkeit als alleinige jugendpsychiatrische Diagnose vor. Meist handelt es sich um komplexe entwicklungspsychopathologische Störungsbilder, denen eine diagnostische Verstehensweise, die den Drogenkonsum als dimensionales Problem einer umfassenderen Problematik begreift, gerecht zu werden versucht. Besonders in der Kinder- und Jugendpsychiatrie leiten sich von deskriptiven diagnostischen Entitäten, deren alleinige Verwendung dazu führt, dass eine Vielzahl konzeptuell unsinniger Komorbiditäten diagnostiziert wird, in der Regel therapeutische Handlungsoptionen nur in sehr unbefriedigendem Maße ab. Für die Therapieplanung hat es sich bewährt, jede deskriptive Diagnostik durch eine fundierte entwicklungspsychopathologische Verstehensweise zu ergänzen. (Newcomb & Bentler, 1989). Ein solches Vorgehen lässt meist vermeintliche Komorbiditäten als Symptomkomplexe einer in sich schlüssig beschreibbaren psychopathologischen Entwicklung erscheinen. Insofern entspricht die gemeinsame stationäre Behandlung sehr verschiedener, komplexer psychopathologischer Störungsbilder der bisherigen langjährigen klinischen Tradition in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Neben der entwicklungspsychopathologischen Logik ist hierfür auch die im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie meist geringe Bettenzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Abteilungen verantwortlich, die eine diagnosegebundene Diversifizierung stationärer Behandlungseinheiten von vornherein in nur sehr geringem Maße zulässt. Für jugendliche Patienten mit einer Drogenproblematik birgt die integrierte Behandlung auf einer regulären Jugendstation die Chance, dass die möglicherweise zugrunde liegende Selbstwert- oder Identitätsproblematik bzw. damit einhergehende depressive Entwicklung mehr in den Vordergrund ihrer eigenen Selbstwahrnehmung rücken. Die Situation, als Drogenkonsument in der Minderheit der auf der Station behandelten Jugendlichen zu sein, birgt Chancen günstiger pädagogischer Effekte durch drogenabstinente Mitpatienten in sich. Insbesondere dann, wenn drogenabstinente Jugendliche innerhalb der Peer-Group ein hohes soziales Ansehen genießen, können Therapieziele wie Abstinenz, Alltagsdisziplin und alternative Freizeitgestaltung attraktiv erscheinen. Auch der Um-

¹ Es handelt sich hierbei um die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf sowie die Kinder- und jugendpsychiatrische/psychosomatische Abteilung des Kath. Kinderkrankenhauses Wilhelmstift in Hamburg-Rahlstedt.

stand, dass in der Regel die Mehrzahl der jugendlichen Mitpatienten sich wegen anderer Probleme freiwillig in stationärer Behandlung befindet, kann dazu führen, dass das Konzept der Station als „drogenfreie Zone“ nicht nur als strenge Vorgabe der Erwachsenenwelt wahrgenommen wird, sondern in authentischer Weise von der Peer-Group mitgetragen wird. Für die Gruppe der nicht-drogenkonsumierenden Mitpatienten kann die Präsenz der Drogenproblematik auf der Station ebenfalls Chancen in sich bergen. Durch informellen Austausch und gruppentherapeutische Angebote erhalten sie am Beispiel einzelner drogenkonsumierender Peers einen Einblick in die hinter einer Drogenproblematik stehende Familien- und sonstige emotionale Problematik. Dies kann eindrücklicher präventiv wirksam sein als alleinige Aufklärung durch Vertreter der Erwachsenenwelt. Auch ist die Auseinandersetzung mit Drogenkonsum als Phänomen jugendlichen Gruppenlebens automatischer Bestandteil aller psychosozialer Reintegrationsbemühungen. Die reale Präsenz dieser Probleme in der stationären Behandlung kann dazu beitragen, dass jugendpsychiatrische Patienten ihre eigene Position entwickeln, um sich zu der weitgehend allgegenwärtigen Exposition gegenüber angebotenen Drogen in Beziehung zu setzen. Wird Suchtverhalten Thema gruppentherapeutischer Arbeit, kann ein gewisser Sonderstatus einzelner Konsumenten illegaler Drogen auf einer jugendpsychiatrischen Station dazu beitragen, dass Anregungen der professionellen Helfer, das Konsumverhalten bei legalen Drogen (Nikotin und Alkohol) als „Einstiegsdrogen“ („gateway drugs“ Dusenbury & Botvin, 1990) kritisch zu hinterfragen, von den Jugendlichen eher aufgegriffen werden.

Risiken

Wenn Konsumenten illegaler Drogen in einer Patientengruppe mit ihrem Drogenproblem weitgehend alleine stehen bzw. in der deutlichen Minderheit sind, besteht die Gefahr, dass sie im selbstgezogenen Vergleich mit nicht drogenkonsumierenden Mitpatienten, insbesondere wenn diese insgesamt kompetenter erscheinen, in Insuffizienzgefühle geraten. Umgekehrt fehlt der mögliche protektive Nutzen, dem das Modell anderer Suchtpatienten, die in ihrer Entwicklung hin zur Abstinenz bereits weiter fortgeschritten sind, aber aus dem gleichen „Drogensumpf“ gekommen waren, bieten kann (Selbsthilfegruppeneffekt). Die bedeutsamsten Risiken der integrierten Behandlung in der Regelversorgung entstehen jedoch für die Mitpatienten ohne Drogenproblematik (Non-User). Insbesondere wenn ein Drogenkonsument möglicherweise gerade durch seine einschlägige Milieu-Erfahrung bei Mitpatienten sozial attraktiv erscheint, die in dessen agierter Selbstzerstörung ihre eigenen autodestruktiven Impulse gespiegelt sehen, kann es zu gefährlichen sozialen Sogwirkungen bis hin zu

Nachahmungseffekten mit erstmaligem Probierkonsum von Mitpatienten kommen. Neben der möglicherweise fatalen Auswirkung für den betroffenen Patienten, der während eines stationären Aufenthaltes erste Drogen Erfahrungen macht, sind hierbei die erheblichen Gefahren für den Ruf der Institution mit zu bedenken. Eltern geben in der Regel psychisch schwer kranke Kinder vertrauensvoll in die Hände einer therapeutischen Institution in der berechtigten Erwartung, dass diese dort vor zusätzlich schädlichen Einflüssen wirksam geschützt werden. Auch wenn es zu nachgeahmtem Konsum nicht kommt, kann das in der Regel passiv-konsumorientierte soziale Verhaltensmuster von Drogenpatienten sich in allgemein provokanten, passiv-aggressiven bzw. anspruchlich-abhängigen Verhaltensweisen zeigen („Null-Bock“). Dies kann dazu führen, dass eine entsprechende Gruppenstimmung entsteht, von der sich auch primär behandlungsmotivierte Mitpatienten „anstecken“ lassen. Kommt es auf einer jugendpsychiatrischen Station zu Regelverstößen durch Drogenkonsum und scheint ein Aufgreifen dieser Regelverletzung durch entsprechende konsequente pädagogische Maßnahmen in einem fortgesetzten Behandlungsprozess sinnvoller als beispielsweise eine sofortige disziplinarische Entlassung, so ist zu bedenken, dass die gesamte Gruppe der Patienten durch die gebotene pädagogische Strenge (Kontrollen, reflektiertes Misstrauen, etc.) mitbetroffen sind. Meist sind die Auswirkungen einer konsequenten Ahndung drogenassoziierter Regelverstöße auf das gesamte Gruppenklima erheblich. Ein weiterer Aspekt, der Gefahren in sich birgt, besteht in den Milieukontakten von drogenkonsumierenden Patienten. Diese können, auch wenn es nicht zu Regelverstößen kommt, z. B. durch Besuchskontakte oder Erzählungen von Wochenendbeurlaubungen, zu unerwünschten Berührungen zwischen psychisch sehr labilen Mitpatienten und milieu-erfahrenen Gleichaltrigen außerhalb der Station führen.

So gesehen ergeben sich durch die gemeinsame Behandlung von Patienten und Drogenkonsum auf einer regulären Jugendstation nutzbare Chancen und mögliche Gefahren. Die flexible Handhabung strukturierender Maßnahmen in Bezug auf Rahmen und Setting der Behandlung eröffnen wichtige therapeutische Möglichkeiten, die bei ambulanten Behandlungsmaßnahmen nicht gegeben sind. Zu nennen wären die engmaschige Kontrollierbarkeit möglichen Konsums und entsprechende prompte Konfrontation im therapeutischen Setting, psychoedukative Maßnahmen parallel zur Psychotherapie sowie Nutzung gruppenspezifischer Peer-Effekte in Gruppentherapie und Gruppenleben auf der Station. Den genannten Gefahren für negative Auswirkungen auf Stationsleben und Mitpatienten bei einer integrativen Behandlung muss mit einer angemessenen Begrenzung der Anzahl drogenkonsumierender Patienten sowie durch glaubwürdige und konsequent vertretende pädagogische Konzepte im Umgang mit Regelverstößen begegnet werden. Zu den Aufgaben ärztlicher Leitungsfunk-

tion gehört hierbei sicherlich, aus der Perspektive des erfahrenen Klinikers für einen jeweils verträglichen „Case-Mix“ von Patienten mit verschiedenen Störungsbildern mit und ohne Drogenkonsum zu sorgen, um positive Effekte eines integrativen Versorgungsansatzes nutzbar zu machen und Gefahren möglichst zu vermeiden. Da sich Überspannungen des therapeutischen Rahmens nicht immer vermeiden lassen, dient eine klare Zuständigkeit für die Patientenzusammensetzung (Aufnahmepolitik) bei der ärztlichen Leitung auch der Vermeidung teaminterner Konflikte auf einer Station.

3. Diagnostische Überlegungen auf dem Weg zur Differentialindikation „Regelversorgung oder Drogenfachklinik?“

„Regelversorgung oder Drogenfachklinik?“ - Die differenzierte Einschätzung der diagnostischen Aspekte bei psychischen Störungen mit begleitendem Drogenkonsum erfordern die Zusammenschau verschiedener diagnostischer und anamnestischer Gesichtspunkte hinsichtlich des psychiatrischen Bildes und der Drogenproblematik.

a. Mögliche Kontraindikationen für die Behandlung von Patienten mit komorbidem Drogenkonsum in der Regelversorgung

Trotz der möglichen Vorteile einer integrativen Behandlung sollte nicht jeder Patient mit komorbidem Drogenkonsum in einer stationären Einrichtung der Regelversorgung behandelt werden.

Es gibt einige Kriterien, die eine solche Behandlung in den Einrichtungen der Regelversorgung als kontraindiziert erscheinen lassen. In Tabelle 1 sind die wichtigsten Kriterien aufgelistet. Die dort genannten Kriterien begründen in von 1 bis 4 absteigender Gewichtung in aller Regel eine Kontraindikation für die Behandlung auf einer herkömmlichen jugendpsychiatrischen Station. Hierbei ist zu beachten, dass es in Einzelfällen unter besonderer Berücksichtigung der fallbezogenen Umstände abweichend sehr wohl zu einer reflektierten klinischen Entscheidung kommen kann, eine Behandlung zu versuchen (z. B. psychotische Krise bei einer kokainabhängigen Jugendlichen aus dem Prostituiertenmilieu). Die gegebene Kontraindikation begründet sich vorwiegend aus der nicht zu verantwortenden Gefährdung von Mitpatienten sowie aus der für eine adäquate Behandlung zu fordernden Notwendigkeit von im Suchtbereich speziell geschultem Personal (routinierter Umgang mit Entzugssymptomen, medizinisch-toxikologisches Know-How, pädagogisches Handling).

<i>Tabelle 1: Drogenassoziierte Kontraindikationskriterien</i>	
1.	körperliche Abhängigkeit von z. B. Alkohol, Benzodiazepinen, Heroin, Kokain, etc.
2.	Somatische Folgeerkrankungen des Konsums (z. B. venerische Erkrankungen, schwere Infektionen, HIV-assoziierte Erkrankungen, etc.), die aus somatischer Indikation stationär behandlungsbedürftig sind
3.	Ausgeprägte Delinquenz mit Gewaltbereitschaft im Zuge des Drogenkonsums insbesondere bei fortgeschrittener milieubezogener Sozialisation ("Beschaffungskriminalität mit Szenezugehörigkeit")
4.	Prostitution und antisoziales Verhalten mit entsprechender milieubezogener Sozialisation im Zuge des Konsums

Liegt eine behandlungsbedürftige expansiv-aggressive Verhaltensstörung, z. B. im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Drogenkonsum, vor, kann die Kontraindikation in der nicht umsetzbaren therapeutischen Anforderung begründet sein.

Die Kontraindikation bei den in Tabelle 1 genannten Patienten begründet sich vorwiegend aus der Notwendigkeit, den betreffenden Jugendlichen einen Spielraum anzubieten, innerhalb dessen sie ihr mitunter autodesstruktives Agierpotential wiederholt inszenieren und somit schrittweise modifizieren können. Dies ist nicht möglich, wenn mit dem Drogenkonsum agiert wird, da dies als im Interesse des Schutzes der Mitpatienten nicht hinnehmbarer Regelverstoß behandelt werden muss, der eine disziplinarische Entlassung zwingend nach sich zieht und somit einen therapeutischen Prozess absehbar nicht zustande kommen lässt.

Selbstverständlich sind auch bei dieser Patientengruppe im Einzelfall begründete Relativierungen dieser Kontraindikation möglich und mitunter sinnvoll. Bei Ausnahmen sind die im Folgenden aufgeführten Kriterien zu berücksichtigen, die grundsätzlich eine Behandlungsindikation auf einer

herkömmlichen jugendpsychiatrischen Station bei Patienten mit komorbidem Drogenkonsum begründen können.

b. Mögliche Kriterien für die Indikation zur Mitbehandlung von Patienten mit komorbidem Drogenkonsum in der Regelversorgung

In Tabelle 2 sind einige Kriterien aufgeführt, die eine integrierte Behandlung von Patienten mit komorbidem Drogenkonsum in einer stationären Einrichtung der Regelversorgung begründen können.

<i>Tabelle 2: Drogenassoziierte Indikationskriterien</i>
1. Konsumstatus: Kein extensiver Dauerkonsum.
2. Glaubhafte Motivation zur Abstinenz als Therapieziel.
3. Freizeit: Soziale Kontakte zu abstinenten Gleichaltrigen.
4. Prostitution als Ausdruck einer Selbstbestrafungsdynamik in Verbindung mit Drogenkonsum als „antidepressivem Selbstbehandlungsversuch“

Bei den o. g. Konstellationen kann die stationäre Psychotherapie in einem strukturierten Rahmen mit entsprechenden gruppenpsychotherapeutischen Angeboten dem Patienten dabei helfen, den eigenen Blick auf die hinter dem Drogenkonsum (und gegebenenfalls der Prostitution) liegende seelische Not zu eröffnen. Die Beziehungsangebote zu abstinenten Mitpatienten können hierbei hilfreich sein.

Akute psychotische Zustandsbilder führen in der Regel zu einer dringlichen Behandlungsindikation. Die Behandlung der psychotischen Symptomatik wird vor dem Konsum von sog. „weichen“ oder „Szenedrogen“ vorrangige klinische Bedeutung haben, eine medikamentöse Therapie sowie die Beeinträchtigung durch die führende Störung beeinflusst in aller Regel das Konsumverhalten positiv. Zum Zeitpunkt der Remission muss die Bedeutung des vor bestehenden Drogenkonsum neu bewertet werden und es kann möglicherweise nach den genannten Kriterien die Indikation zu einer Verlegung in eine Drogenfachklinik resultieren.

Drogeninduzierte Angststörungen werden von den Patienten selbst meist als derartig quälend empfunden, dass eine tragfähige, nachvollziehbare Behandlungsmotivation entsteht.

Tabelle 3: Störungssassoziierte Indikationskriterien

- | |
|--|
| 1. Akutes psychopathologisches Zustandsbild (z. B. manischer Agitiertheitszustand bei kokainabhängigem Jugendlichen) |
| 2. Drogeninduzierte Angststörungen , die primäre Behandlungsmotivation begründen. |
| 3. Verlaufsanamnese : Z. B. in Folge von Drogenkonsum auftretende Schübe bei vorbestehender psychotischer Störung, die entsprechende Behandlungsmotivation begründen. |

c. Aspekte der Familienanamnese, die eine Behandlungsindikation in der Regelversorgung begründen können

Ergänzend zu der in den vorherigen Abschnitten dargestellten Übersicht über mögliche Indikationen und Kontraindikationen für eine integrierte Behandlung von Jugendlichen mit komorbiden Drogenkonsum im Rahmen der jugendpsychiatrischen Regelversorgung gibt es eine Reihe von Aspekten aus dem familiären Kontext, die im Einzelfall bei der Entscheidung für oder gegen eine Indikation berücksichtigt werden sollten.

So kann eine Drogenanamnese bei den Eltern, je nach Verlauf, für den stationären Behandlungsprozess hilfreich oder erschwerend sein. Ist fortbestehendes Suchtverhalten in der Familie prominent, besteht die Gefahr, dass die Suchtproblematik des Jugendlichen bagatellisiert wird. Dies wirkt sich deutlich erschwerend auf ein tragfähiges Arbeitsbündnis, welches Voraussetzung für die Behandlung in der Regelversorgung wäre, aus.

Hingegen kann eine elterliche Drogenvorgeschichte, die zu gelebter Abstinenz geführt hat, ein hilfreiches korrekatives Gegengewicht zur nicht-abstinenten gleichaltrigen „Szene“ darstellen. Die in der Regelversorgung übliche, intensivere Einbeziehung der Familie in das stationäre Behandlungskonzept kann sich hier günstig auf den therapeutischen Prozess auswirken. Für eine stationäre Behandlung in der Regelversorgung ist eine wichtige Voraussetzung, dass von Seiten der Eltern die Bereitschaft besteht, bisherige eigene Haltungen kritisch zu hinterfragen und möglicherweise flexibel zu modifizieren. Ein die Entwicklung zum Drogenkonsum des Jugendlichen begünstigendes, extremes „Laissez-faire“ kann hierbei ebenso Gegenstand der kritischen Rückschau werden wie ein rigides strenges Verbot jedes Probekonsums, welches sich als letztlich völlig unwirksam erwiesen hat. In Fällen, in denen Eltern kaum flexible Bereitschaft erkennen lassen, bisherige Haltungen zu hinterfragen, scheint der „familienähere“ Behandlungsversuch auf einer herkömmlichen jugendpsychiatrischen Station weniger erfolgsversprechend zu sein. Insofern kann dies eher die Entscheidung für eine Drogenfachklinik mit von der Familie eher unabhängigen pädagogischen Prinzipien begründen.

4. Implikationen bei der integrierten Behandlung von Patienten mit komorbidem Drogenkonsum in der Regelversorgung

Vor dem Hintergrund meist bestehender Kliniktraditionen, nach denen in der Vergangenheit Drogenkonsum an sich oft als Ausschlusskriterium für eine stationäre Behandlung gehandhabt wurde, stellt eine zunehmend notwendig werdende Bereitschaft zur Behandlung dieser Patienten die Behandlungsteams vor eine Reihe von Herausforderungen. Konzeptuelle Rahmenbedingungen der betreffenden Stationen müssen für diese Patientengruppe überdacht und gegebenenfalls angepasst werden. Konzeptuell unabdingbar ist die fakultative Möglichkeit, die Station zu schließen sowie möglicherweise erforderliche restriktive pädagogische Maßnahmen zu realisieren. Auf ärztlicher ebenso wie auf pflegerisch-pädagogischer und sozialpädagogischer Seite sind besondere Qualifikationen zur Behandlung, Versorgung und Rehabilitation von Jugendlichen mit drogenbedingten Störungen erforderlich. Eine besondere Herausforderung stellt

hierbei die Notwendigkeit einer kontrollierend-konfrontativen Haltung gegenüber Patienten mit Suchtproblemen dar. Dies erfordert für vorwiegend psychotherapeutisch geschultes Personal oftmals ein Umdenken, welches mitunter zu supervisionsbedürftigen Teamkonflikten führen kann. Falls die Behandlungseinheit in eine größere Klinik eingebunden ist, sind Übereinkünfte über die „Sicherung“ der Klinikanlage bezüglich des drogenassoziierten Milieus notwendig. So sollten Wachdienste auf mögliche Dealeraktivitäten hingewiesen werden, die Beobachtung des Geländes sollte auch mit einem Augenmerk auf entsprechende Personengruppen hin durchgeführt werden.

Tabelle 4: Behandlungsimplicationen und struktureller Kontext
<p>1. räumliche Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - fakultativ geschlossen - Absprachen mit Krankenhausdiensten, Wachdiensten
<p>2. personelle Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegepersonal: Schulung und Erfahrung in der Umsetzung von Kontrolle und Konfrontation - Ärzte/Therapeuten: medizinisch-toxikologisches Fachwissen, „Misstrauen als therapeutische Haltung“ - Sozialpädagogen: Spezialkenntnisse des Milieus, Vernetzung mit ambulanter Drogenhilfe
<p>3. inhaltlich-strukturelle Implikationen für die Stationsarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - flexible pädagogische Konzepte mit der Möglichkeit von einzel-fallbezogenen Regelungen - gleichzeitig klare Strukturen hinsichtlich der „Grundfesten“ des therapeutisch-pädagogischen Rahmens

5. Grenzen der Behandlungsmöglichkeit

Die Bereitschaft einer herkömmlichen jugendpsychiatrischen Station, sich zunehmend für Behandlungsangebote an Jugendliche mit komorbidem

Drogenkonsum zu öffnen, macht eine Klärung der Grenzen eigener Behandlungsmöglichkeiten nötig. Diese Grenzen sind ebenso wie die Indikationen für eine Verlegung in eine Drogenfachklinik auch nach begonnener Behandlung fortwährend neu zu überdenken. Neben Überlegungen für eine Verlegung ist auch die Notwendigkeit zu einer disziplinarischen Entlassung bei bestimmten Regelverstößen, die den stationären Rahmen gefährden, zu bedenken. Bei der Gestaltung und Handhabung der Grenzen ist für die Altersgruppe Jugendlicher besonders zu berücksichtigen, dass Regelverstöße mit darauf folgender Neuregelung der „Spielregeln“ üblicherweise zur adoleszenten Beziehungsgestaltung gehören.

6. Schlussbemerkungen

Eine Zusammenschau der relevanten klinischen und anamnestischen Befunde sowie die abschließende Beurteilung einer Aufnahmeindikation für eine Behandlung des Patienten in einer stationären Regelversorgungseinrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ist Aufgabe eines erfahrenen Klinikers.

Eine intensive Beschäftigung mit Fragen der Drogenmedizin und Prävention angesichts eines wachsenden Drogenproblems muss in Zukunft in der Fortbildung sowie in Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine größere Bedeutung erlangen, gerade wenn ein integrativer Behandlungsansatz auch weiterhin Grundprinzip einer stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie bleiben soll (s. a. Thomasius et al., 2003).

Der in allgemeiner Zunahme begriffene Drogenkonsum bei Jugendlichen bringt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Herausforderung mit sich, weil komorbider Drogenkonsum bei Jugendlichen mit behandlungsbedürftigen psychiatrischen Störungen ein immer häufigeres Phänomen darstellt und die betreffenden Patienten nicht ausschließlich an Drogenfachkliniken verwiesen werden können. Hieraus folgt, dass ein vielleicht in der Vergangenheit praktizierter Automatismus, wonach eine Drogenproblematik ein Ausschlusskriterium für die Behandlung eines Jugendlichen auf einer herkömmlichen jugendpsychiatrischen Station darstellte, in Frage zu stellen ist. Jugendpsychiatrische Stationen kommen nicht umhin, sich der Behandlung von Patienten mit komorbidem Drogenkonsum zu öffnen. Eine einfache Regel, wonach dies möglich ist, solange „der Drogenkonsum nicht im Vordergrund steht“, ist für die Handhabung der klinischen Praxis in aller Regel nicht ausreichend. Es gibt eine Vielzahl von Kriterien zu berücksichtigen, die hier in einer Zusammenschau dargestellt

wurden. Da empirische Daten über Behandlungsverläufe in diesem Kontext fehlen, ist in nächster Zukunft zur Vorbereitung fundierter Forschungsfragestellungen insbesondere der fachliche Diskurs über verschiedeneorts gemachte klinische Erfahrungen von Nöten.

Zu den Autoren:

Dr. med. Andreas Krüger
Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, dort Leiter der regulären
Ambulanz, der Kinderstation sowie der Trauma-Ambulanz für Kinder,
Jugendliche und deren Familien

Dr. med. Georg Romer
Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, dort Leiter der Spezialambulanz
„Kinder körperlich kranker Eltern“

Prof. Dr. M Schulte-Markwort
Direktor der psychosomatischen Abteilung der Kinderklinik und Poliklinik
am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg
Internet: www.uke.uni-hamburg.de

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit* (Hrsg.) (2001) Sucht und Drogenbericht 2000.
Berlin: Eigendruck
- Dusenbury, L., Botvin, G.J.* (1990) Competence enhancement and the prevention
of adolescent problem behaviour. In: Hurrelmann K, Losel F (eds.). Health
Hazards in Adolescence. Berlin: Walter de Gruyter; 459-77
- Newcomb, M.D., Bentler, P.M.* (1989) Substance use and abuse among children
and teenagers. *Am Psychologist*; 44: 242-248
- Thomasius, R.* (Hrsg.) (2000) Psychotherapie der Suchterkrankungen,
Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und
schulenübergreifend. Stuttgart, New York: Thieme
- Thomasius, R., Jung, M., Schulte-Markwort, M.* (2003) Suchtstörungen. In:
Resch, F, Thomasius et al. (2003) Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart, New
York: Schattauer, 693-726

Vom Konflikt zum Kontrakt: Was zusammenprallt kann auch zusammen wirken

Wolfgang Loth

Leben mit Konflikten

Es könnte schon irritieren, aber BeraterInnen und TherapeutInnen leben auf eine Art wohl von Konflikten. Ein großer Teil der Fragen und Herausforderungen, mit denen wir beruflich zu tun haben, machte ohne Konflikte einfach keinen Sinn. Das Thema ist natürlich in mancherlei Hinsicht „vertrackt“. Konflikte sind sozusagen ubiquitär, ein Allerweltsthema, und irgendwie lassen sich persönliche Erfahrungen damit nicht vermeiden, auch wenn man sich noch so sehr um professionelle Distanz bemüht: da kommt einem auch persönlich manches bekannt und vertraut vor.

Es hilft jedoch nichts: Beruflich wird uns das erfolgreiche Umgehen mit Konflikten unterstellt, wenigstens erwartet wird es von uns. Da können einige Ideen nicht schaden, wie das Thema „Konflikte“ im Arbeitsalltag angepackt werden kann. Bei den hier vorgestellten Ideen lasse ich mich im weitesten Sinne von Begriffen wie Lösungsorientierung und Ressourcenorientierung leiten (Bertolino 2003, Schemmel & Schaller 2003, Loth 2003c, Hargens 2004). Die allgemeine Grundlage bilden Praxis und Theorie der Systemischen Therapie (Reiter et al. 1988, Schiepek 1991, 1999, Ludewig 1992, 2002a, von Schlippe & Schweitzer 1996, Loth 1998).

Ein Wort der Vorsicht zunächst: „Vom Konflikt zum Kontrakt“ – das klingt auf den ersten Blick sehr griffig. Allerdings lädt ein Begriff wie „Kontrakt“ durchaus zu Missverständnissen ein. Kontrakt klingt nach Machbarkeit, nach unbeeindrucktem Zähmen eines virulenten Geschehens. Es könnte etwa der Eindruck entstehen, als gehe es darum, das Herausfordernde an Konflikten zu trivialisieren. Das wäre so nicht gemeint.

Gemeint ist stattdessen, sich von folgenden Fragen anregen zu lassen:

- Was kommt zusammen, damit Hilfesuchende ein Angebot zur Hilfe als für sich stimmig erleben und nützlich im Sinne ihrer Anliegen?
- Was bringt sie (wieder) näher heran an ihre Möglichkeiten, beklagte Umstände zu verändern?
- Was erlaubt es ihnen eher, ihre eigenen Möglichkeiten mit denen von HilfeanbieterInnen zu verbinden und zu verbünden?
- Was hilft ihnen dabei, sich von ihren Ressourcen im Alltag bewegen zu lassen und sie auf dem Weg zu halten?
- Wie können wir mit einer ausreichenden Wahrscheinlichkeit für Erfolg ein Miteinander anregen, das sich aus erwünschteren Quellen nährt als das beklagte Miteinander?
- Was und wie können wir dazu beisteuern, dass sich Ratsuchende sicher genug fühlen können, Alternativen zum Beklagten ernsthaft in Erwägung zu ziehen?
- Und als nächsten Schritt das in Erwägung gezogene auch ausprobieren?
- Und für sich Wege finden, mit dem Risiko umzugehen, das sie für sich vielleicht darin erblicken?

Das Thema eingrenzen: Soziale Konflikte und Kommunikation

Zunächst stelle ich einige Überlegungen zum Thema „Konflikt“ vor. Ich grenze das ein: in erster Linie geht es hier um *soziale* Konflikte. Das verringert nicht die Bedeutung individuellen Konflikterlebens oder gesellschaftlicher Konflikte. Im Zeitalter der Globalisierung wird auch unser scheinbar privates Zusammenleben immer wieder von gesellschaftlichen Verwerfungen oder kriegerischen Auseinandersetzungen in entlegenen Gebieten beeinflusst. Und das innere Oszillieren um den bekannten Annäherungs-Vermeidungs-Knotenpunkt ist ebenfalls oft genug Teil des Ganzen. Für die Zwecke dieses Beitrages und der hier vorgestellten Konzepte spielen sie die Rolle von wichtigen Rahmenbedingungen, „Umwelten“ im Sinne Luhmanns, der zum Thema Konflikte einiges Interessante zu sagen wusste.

Es scheint geradezu, als hätten die Konstruktionsregeln sozialer Konflikte etwas, womit das Bemühen um friedlichere Umstände nicht dienen kann. Sie scheinen ökonomischer zu sein, sie scheinen mit größerer Sicherheit Voraussagen zu erlauben und sie funktionieren womöglich sogar im Schlaf, also in gewisser Hinsicht „leich-

ter“. Die Kraft und die selbstorganisatorischen Flexibilität von Konflikten vermögen nachhaltig zu beeindrucken.

Was kann helfen, sich davon nicht *mehr* beeindrucken zu lassen als nötig? Mir hat dabei Luhmanns „Theorie sozialer Systeme“ (1987) ganz gute Dienste geleistet. Zentral ist hier der Begriff der Kommunikation. Soziale Konflikte, so lässt sich sagen, sind ohne Kommunikation nicht möglich. Luhmann schlägt in seiner Theorie sozialer Systeme vor, Kommunikation als diejenige Operation zu bezeichnen, durch die soziale Systeme gekennzeichnet werden können.

So ohne weiteres lässt Luhmann Kommunikation allerdings nicht stattfinden. Eine Ausgangsbedingung müsse erfüllt sein, und zwar die, dass die Hürde der „doppelten Kontingenz“ überwunden wurde. Mit Kontingenz ist gemeint, dass kein sicheres Vorauswissen darüber möglich ist, was mein Gegenüber als nächsten Schritt ausführt. Es könnte auch „alles ganz anders“ kommen als gedacht. Da dies für beide Seiten gilt, heißt es „doppelte“ Kontingenz. Aus dieser Sicht kann gelten, dass wir beim Entstehen und Fortsetzen von Kommunikation darauf angewiesen sind, uns unsere Undurchsichtigkeit gegenseitig zur Verfügung zu stellen. Wir wählen etwas aus zum Mitteilen und können uns nicht sicher sein, ob das Ausgewählte vom Gegenüber als angemessen, stimmig, passend eingeschätzt wird, ob daran angeschlossen wird und wenn ja: wie?

All dieses macht Kommunikation zu so etwas wie einem Risiko, dem wir nicht so recht entgehen können. Versuche, diesem Risiko auszuweichen, eignen sich oft genug besonders gut dazu, es zu erleben und daraus möglicherweise weitere Schritte anzuschließen, die das nicht nur erleben lässt, sondern auch gestalten. Man redet sich in Rage (und den anderen vielleicht mit), man hält den Mund und sieht sich dem Vorwurf eisigen Schweigen ausgesetzt, was man ja begründen kann mit dem Verhalten des anderen, was der wiederum nicht so stehen lassen kann oder will. Und so geht es weiter, womöglich ohne größere bewusste Anstrengung.

Aus dieser Sicht ist auch leichter verständlich, wieso ein „Nein“ für Kommunikation von größerer Bedeutung sein kann als ein „Ja“: Ein „Nein“ kann leichter als ein „Ja“ Anschlussmöglichkeiten für weitere kommunikative Schritte schaffen. Nichts ist sozusagen „tödlicher“ für kommunikative Anschlussfähigkeit als andauerndes Zustimmung. Worüber sollte man dann noch reden, oder gar streiten?

Wie Luhmann das beschreibt, machen *Konflikte* Sinn: Sie „*dienen der Fortsetzung der Kommunikation durch Benutzung einer der Möglichkeiten, die sie offen hält: durch Benutzung des Nein*“ (1987, S.530). Dies hat, es muss betont werden, nichts mit Wünschen und Erwartungen im üblichen gefühlsmäßigen Sinn zu tun. Es handelt sich hier um einen auf Theorie basierenden Beschreibungsvorschlag. Erstaunlicher Weise gelingen Luh-

mann auf der Basis sehr abstrakter Prämissen sehr lebendig erscheinende Beschreibungen. Zum Beispiel:

"Ein Konflikt kann deshalb objektiv fast anlaßlos entstehen. Es genügt, wenn auf eine wie immer vage Erwartungsannahme mit einem wie immer vorsichtigen nein reagiert wird. (...) Hat man sich einmal auf einen Konflikt eingelassen, gibt es kaum noch Schranken für den Integrationssoz dieses Systems. (...) Das System erreicht zu hohe Interdependenz: Ein Wort ergibt das andere, jede Aktivität muß und kann mit irgendwelchen anderen beantwortet werden. Die destruktive Kraft des Konflikts liegt nicht in ihm selbst und erst recht nicht in den Schäden an Reputation, Handlungspotential, Wohlstand oder Leben, die er den Beteiligten zufügt; sie liegt in dem Verhältnis zum System, in dem der Konflikt Anlaß und Ausgang gefunden hatte - etwa im Verhältnis zum Nachbarn, in der Ehe oder Familie (...)" (Luhmann, 1987, S.532f.)

Der Eindruck könnte entstehen, dass Konflikte ausschließlich negativ wirken. Dazu könnte beitragen, dass Luhmann selbst die destruktive Kraft und die Schäden unterstreicht, die aus der *Verselbständigung* des Konfliktes entstehen. In der Fortsetzung der oben zitierten Passage greift er gar auf die Analogie von Parasit und Wirtspflanze zurück: „(D)as Parasitentum (...) tendiert zur Absorption des gastgebenden Systems durch den Konflikt in dem Maße, als alle Aufmerksamkeit und alle Ressourcen für den Konflikt beansprucht werden“ (S.533). Wäre das jedoch alles, käme der Aspekt zu kurz, den Luhmann ja ebenfalls anspricht: Konflikte dienen der *Fortsetzung* von Kommunikation. Wir müssten uns also damit beschäftigen, dass Konflikte von verschiedenen Seiten betrachtet werden können, sozusagen als Mehrkämpfer, als Phänomen mit (mindestens) zwei Gesichtern.

Es kommt dabei auf den Kontext an! Mit den Worten von Efran, Lukens und Lukens: „Nimm etwas aus dem Kontext, und es wird bedeutungslos. Stelle es in einen neuen Kontext, und es wird zu etwas anderem“ (1992, S.201). Die Frage ist: in welchen Zusammenhängen wirken Konflikte eher konstruktiv? Und in welchen Zusammenhängen eher nicht?

Anders als konflikthafte Zuspitzungen, die sich nach einem „reinigenden Gewitter“ wieder abbauen, machen Konflikte, die sich verselbständigt haben, meist mehr Arbeit. Sie stellen dann einen trivialisierenden Handlungskontext dar: Ursprünglich neutrale oder in allerlei unterschiedlicher Weise deutbare Signale mutieren dann zu „immer den gleichen“ Leitplanken auf „immer der gleichen“ Konfliktautobahn, auf der dann „immer die gleichen“ Massenkarambolagen im Nebel der Beziehungen stattfinden. Wenn von der destruktiven Kraft von Konflikten die Rede ist, ist in aller Regel dies damit gemeint.

Aber auch verselbständigte Konflikte lassen sich auf ihre Möglichkeiten hin abklopfen, als Ausgangspunkte für hilfreiche Veränderungen zu dienen. Dazu ist es jedoch notwendig, zunächst einmal den Wert des jeweili-

gen Konfliktes zu respektieren. Einfach dagegen zu halten, gerät zu leicht zu einem nahtlos passenden Mehr des Gleichen.

Wie könnte der Wert eines Konfliktes aussehen? Als Ausgangspunkt bietet sich an, Dauerbrennerkonflikte als vertraute Rahmenbedingungen anzuerkennen. Je eingefahrener der Konflikt, desto vertrauter. Ein Nachdenken über sich anschließende Schritte braucht es in der Regel nicht. Diese ergeben sich eher wie von selbst. Das zuverlässige Mitmachen beim Konflikt „erspart“ so womöglich auch Investitionen in das Erlernen neuer Verhaltensweisen. Vielleicht bewahrt es auch vor den unwägbaren Irritationen, die entstehen, wenn man sich mit Erkenntnissen auseinandersetzt wie: „Vielleicht habe ich mich geirrt“ oder „Aufs falsche Pferd gesetzt“ oder gar „Ich habe jemandem Unrecht angetan“. Das ist nicht einfach. Manchmal erscheinen die Kosten für das Fortsetzen von Konflikten daher subjektiv geringer als die Kosten des Innehaltens und die Kosten davon, etwas anderes auszuprobieren.

Die Kostenfrage wäre jedoch auch eine mögliche Querverbindung zu der *Chance*, auf das Wirken einer gewissen *Ambivalenz* bauen zu können. Vielleicht wird es möglich, Konflikte als engagiertes Bemühen um etwas zu sehen. Das „*Bemühen um etwas*“ wäre eine Alternative zum „*Verhindern von etwas*“. Das „*Verhindern von etwas*“ wird ja typischerweise mit Konflikten in Verbindung gebracht: Verhindern von Fortschritt, Verhindern von Versöhnung, Verhindern von „vernünftiger Auseinandersetzung“, und Ähnliches mehr.

Was zusammenprallt kann auch zusammenwirken

Das Angebot, sich das bisherige Zusammenprallen als gemeinsames Bemühen um etwas vorzustellen, kann, wenn es denn gelingt, einen alternativen Handlungskontext aufspannen: den Handlungskontext „Kooperation“. Dann lässt sich fragen: unter welchen Bedingungen könnte es eher gelingen? Woran ließe sich das erkennen? Und für wen? Und was kann ich dazu als professioneller Helfer beisteuern, damit die Chancen dafür größer werden?

Die alternative Idee des Kooperierens kann allerdings im Vergleich zur Zuverlässigkeit des Konflikts ein subjektiv erlebtes Risiko darstellen. Immerhin war das mit dem Konflikt zuverlässig, die Rollen waren verteilt, die Aufgaben klar. Kooperieren scheint vielleicht erst einmal nicht so klar, klingt vielleicht nach Arbeit, womöglich sogar: bewusster Arbeit [nebenbei: unabhängig davon, dass natürlich auch soziale Konflikte ausschließlich als Kooperation funktionieren!]. Daher scheint es angemessen, eher vorsichtig und behutsam einen ersten Spielraum zu eröffnen, der es, zumin-

dest probeweise, erlaubt, sich ein Leben außerhalb der eingefahrenen Gleise des Konflikts vorzustellen.

Es geht darum, eine notwendige Destabilisierung abzufedern. Es geht darum, einen Rahmen zur Seite zu stellen, der strukturelle und emotionale Sicherheit erzeugt, Vertrauen ermöglicht und das Selbstwerterleben unterstützt. Beides, Destabilisieren und das Schaffen von Stabilitätsbedingungen gehört zu den sogenannten Generischen Prinzipien, Bedingungen für das Auftreten bedeutsamer Veränderungen in lebendigen Systemen (vgl. Schiepek et al. 2001, Schiepek & Haken 2004; siehe Tabelle 1). Die Generischen Prinzipien verstehe ich als eine Art Meta-Konzept für die Idee: „*Mehr Komplexität wagen*“. Auch wenn sie abstrakt klingen, lassen sich die daraus abgeleiteten Ideen gut für das Reflektieren von Praxiserfahrungen nutzen (vgl. Tsirigotis 2004).

Tabelle 1: Generische Prinzipien

Bedingungen für das Auftreten selbstorganisierter Ordnungsübergänge zwischen Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern

- Schaffen von Stabilitätsbedingungen
- Identifikation von Mustern des relevanten Systems
- Sinnbezug/ Synergitätsbewertung
- Kontrollparameter identifizieren/ Energetisierungen ermöglichen
- Destabilisierung/ Fluktuationsverstärkungen realisieren
- "Kairos" beachten/ Resonanz und Synchronisation ermöglichen
- Re-Stabilisierung

Prinzipien aus: G. Schiepek, H. Eckert, H. Honermann & S. Weihrach
2001

Das, worum es dabei praktisch geht, ist – mit den Worten von Günter Schiepek: das „*Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit selbstorganisierter Ordnungsübergänge in komplexen bio-psycho-sozialen Systemen unter professionellen Bedingungen*“ (Schiepek, 1999, S.30). Eine solche Formulieren könnte auf den ersten Blick enttäuschen, sie klingt sehr vorsichtig und vielleicht nicht so eindeutig, wie es vielleicht gewünscht wird. Dennoch ermöglicht sie zweierlei: Zum einen eröffnet sie ein Handlungsfeld: HelferInnen können etwas tun, Rahmenbedingungen schaffen, überprüfen und auswerten im Hinblick darauf, ob sie in Zusammenhang gebracht werden können mit zieldienlichen Veränderungen. Zum anderen ermöglicht Schiepeks Definition einen geradezu nahtlosen Anschluss an Ergebnisse der neueren Psychotherapieforschung.

Eine Reihe von Ergebnissen der neueren Psychotherapieforschung unterstreicht, dass die Einschätzung der KlientInnen über den Therapieprozess am besten voraussagt, was schließlich in der Therapie herauskommt. Von Michael Lambert stammt jene viel zitierte Studie, in der die herausragende Bedeutung von KlientInnenvariablen für die Varianz von Psychotherapieergebnissen beschrieben wurde (Lambert 1992, 2001a, b; Asay & Lambert 2001, Lambert & Ogles 2004). Mit „KlientInnenvariablen“ ist all das gemeint, was die KlientInnen selbst mitbringen, Reflektiertes wie Unreflektiertes: Erfahrungen, Fertigkeiten, soziale Bezüge, zufällige und nichtzufällige Konstellationen, Vorstellungen über Problem und Lösungen, und anderes mehr (vgl. Tallman & Bohart 1999). Lambert beschreibt in seiner Studie, dass KlientInnenvariablen 40% der Varianz von Therapieergebnissen erklären. Im Vergleich dazu erklärte die therapeutische Beziehung 30%, wobei hier die Präzisierung entscheidend ist: der Beziehung, wie sie sich aus Sicht der KlientInnen darstellt! Professionelle Techniken einerseits und Erwartungen/Hoffnung/Placebo andererseits kommen auf jeweils 15% (Hubble et al., 1999; Miller et al., 1997; Duncan & Miller, 2000)

Es lässt sich hier eine Querverbindung ziehen zu einem Eindruck, den Maria Kurz-Adam (1997) in einer empirischen Studie zum Alltag in der Erziehungsberatung veröffentlicht hat. Sie schreibt, Professionalität werde in der Praxis weniger durch die Ansammlung von Wissen und die Verfügbarkeit der Methoden bestimmt, „sondern *erweist sich erst in der Orientierung am Zufälligen und Unkalkulierbaren des Alltags der Klienten als wichtiges Moment der Hilfe*“ (1997, S.8). Und an späterer Stelle heißt es: „‘Psychotherapie’ in der Beratungsarbeit hat sich von einem längerfristigen Unternehmen, das die gesamte Arbeit der Beratungsstelle zeitlich blockiert, zu einer krisenorientierten, methodisch vielfältigen Vorgehensweise gewandelt, die an einer auch kurzfristigen und am situativen angesiedelten Hilfe zur Selbsthilfe interessiert ist.“ (1997, S.139).

Tabelle 2: Kontraktororientierte Leistungsbeschreibung (KOLB)

Kategorie	Tätigkeit
Basisarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • einen wertschätzenden und einladenden Rahmen bereitstellen • Anlässe ermitteln • Anliegen ermitteln • Koordinieren unterschiedlicher Anliegen • Informieren über eigene Möglichkeiten und Angebote
Entwickeln von Aufträgen	<ul style="list-style-type: none"> • Setting klären • Beziehungsform und Veränderungsbereitschaft berücksichtigen • Ziele beschreiben • Aufträge handhabbar gestalten
An Aufträgen orientiertes Arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Individuell ausgerichtetes Helfen.. • ...in verschiedenen Personen-Settings • Reflektieren des Verlaufs im Hinblick auf Kriterien für das Erreichen von Zielen • Überprüfen des Auftrags • Überprüfen des Kontrakt-Status / Beenden
Evaluation-im-Kontext/Dokumentieren	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qualitative</i> Auswertung • <i>Quantitative</i> Auswertung

Das Entwickeln Klinischer Kontrakte

Die Herausforderung für die Praxis besteht darin, die erwähnte Orientierung am Zufälligen und Unkalkulierbaren nicht mit Orientierungslosigkeit bezahlen zu müssen. Zwar scheidet aus systemischer Sicht eine Manualisierung nicht-trivialer Prozesse aus. Wie die „Generischen Prinzipien“ zeigen, lassen sich dennoch Handreichungen erarbeiten, die das Reflektieren und Offenmachen des Prozesses erlauben. Mit einer weniger allgemein gültigen, sondern eher am konkreten Alltagsgeschehen orientierten Ausrichtung habe ich ein solches Reflexionsinstrument in Form des Ent-

wickeln Klinischer Kontrakte und einer Kontraktororientierten Leistungsbeschreibung vorgestellt (Loth 1998, 1999, 2001, 2003a, b). Dreh- und Angelpunkt ist die grundsätzlich unterstellte Kundigkeit der Klientinnen, deren Wirken in einer Haltung „unerschrockenen Respektierens“ unterstützt wird (Hargens 1995, 2004).

Tabelle 2 zeigt, wie sich die einzelnen Elemente des Vorgehens in Form einer Kontraktororientierten Leistungsbeschreibung zusammenfassen und aufeinander bezogen beschreiben lassen.

Der grundlegende und erste Schritt der Basisarbeit ist das Validieren der Situation. Es ist entscheidend für den Verlauf eines therapeutischen Prozesses, ob ein guter affektiver Rahmen für selbstorganisierende Prozesse bereitgestellt werden kann (Lipchik 2002, Loth & von Schlippe 2004). Der so entstehende Rahmen ermöglicht eine *Metastabilität*, die die notwendige Sicherheit vermittelt, um sich auf die *Instabilität* einlassen zu können, ohne die signifikante Veränderungen nicht erreicht werden können.

Ein weiterer Bestandteil der Basisarbeit besteht im Unterscheiden von Anlässen und Anliegen. Anliegen können sehr unterschiedlich klingen, zunächst auch unrealistisch. Bei Anliegen gibt es zunächst keine Einschränkungen. Wichtig ist, in Anliegen deren motivierendes Potential zu erkennen und zu fördern. Als Türöffner können sie beim Entwerfen einer Zukunft helfen, in der sich die Hilfesuchende wieder mehr als Ursache erwünschter Wirkungen erleben können.

Wichtig ist es auch, in dieser Phase Anliegen nicht inhaltlich zu kommentieren oder in Frage zu stellen, sondern nur die Beschreibung darauf hin abzuklopfen, ob sie so grundsätzlich eine Chance hat oder nicht. Ein eher banales, aber recht häufiges Beispiel: Die Eltern eines einnässenden Kindes wünschen sich, dass das Kind „trocken wird“. Da Eltern sicher keine Mumie produzieren wollen, dürfte es sich als wesentlich zieldienlicher erweisen, wenn sie sich wünschen, dass ihr Kind rechtzeitig und zuverlässig eine Toilette aufsucht.

Erfahrungsgemäß stellen Klagen darüber, dass eigene Anliegen nicht mit den Anliegen anderer zusammen passen, einen großen Anteil der Anlässe zum Aufsuchen der Hilfe (Die Querverbindung zum Thema „Konflikt“ ist hier sozusagen unvermeidlich). Daher sind bereits in dieser frühen Phase 2 Aufgaben gestellt:

- aufmerksam zu sein für sich widersprechende Anliegen verschiedener Beteiligter,
- zu vermitteln, dass unterschiedliche Anliegen kein „Problem an sich“ sind, sondern der übliche Ausgangspunkt im Alltag.

In dieser Phase ist es schon sehr hilfreich, wenn es gelingt, unterschiedliche Anliegen als unterschiedliche Ausdrucksformen eines verwandten Engagements für einen ähnlichen guten Zweck andienen zu können.

Insbesondere wenn Institutionen wie Jugendämter oder Familiengerichte das Inanspruchnehmen von fachlicher Hilfe nahe legen oder zur Auflage machen, ergibt sich Klärungsbedarf hinsichtlich Anlässen und Anliegen. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass das Kontraktmodell hier hilfreiche Dienste leisten kann, allerdings keine Garantie dafür darstellt, dass das immer leicht gehe, oder dass es ausschließt, dass es zu Verwicklungen kommt. Darum geht es auch gar nicht. Das Kontraktmodell ist gedacht als eine Reflexionshilfe, die zwar auch beim Auswählen nächster Schritte dient, deren besondere Stärke aber darin liegen dürfte, sich beim Innehalten zu orientieren.

Ein **Beispiel** dafür, wie es gehen kann: Die Mutter eines 8jährigen Jungen bittet um Rat, weil ihr „die Dinge über den Kopf wachsen“, wie sie sagt. Seit einem Jahr lebt sie getrennt vom Ehemann, dem Vater ihres leiblichen Kindes. In der Ehe war es zu Tätlichkeiten des Mannes gegen die Frau gekommen. Gegen den Vater wurde des Weiteren wegen des Verdachts des sexuellen Missbrauchs ermittelt. Die Mutter war mit dem Sohn ausgezogen und bei Verwandten untergekommen. Sie lebt dort noch unter beengten Verhältnissen.

Zu diesem Zeitpunkt (telefonische Anmeldung in der Beratungsstelle) hatte die Mutter auch schon Kontakt aufgenommen zu einer Stelle, die auf Diagnostik und Therapie bei Sexueller Misshandlung spezialisiert ist. Allerdings war die Arbeit dort nach dem Erstkontakt unterbrochen worden mit der Absicht, die Arbeit wieder aufzunehmen, wenn der Kontakt des Vaters zum Kind zuverlässig unterbunden sei.

Beim ersten ausführlichen Gespräch in der Beratungsstelle berichtet die Mutter, dass mittlerweile der Familienrichter den Kontakt von Vater zu Sohn unterbunden habe. Das Familiengericht habe zwei Möglichkeiten zur Kindertherapie zur Auswahl gestellt. Das ganze ruhe nun aber noch bis der Vater seine Zustimmung dazu gegeben habe. Auf Nachfragen erfahre ich, dass der Richter offensichtlich beiden Eltern die Kompetenz zur Erziehung absprach und insofern offensichtlich keinem der Elternteile eine alleinige Sorgeverpflichtung zugestehen wollte. Die Lage wird von der Mutter mit allen Anzeichen der Resignation und Überforderung geschildert.

Insbesondere, wenn andere Institutionen bereits eingeschaltet sind, wird das Unterscheiden zwischen Anlass und Anliegen zwingend. Was spricht dafür, dass dieses zusätzliche Angebot der Beratungsstelle nun auch noch zum Tragen kommen soll, wozu soll es gut sein?

Im vorliegenden Fall ergibt sich die Richtung aus der Frage, was die Mutter wohl anders machen müsse, damit der Familienrichter sich mit ausreichend sicherem Gefühl sagen kann: „die Mutter kann's doch“. Die Mutter nennt dazu unter anderem: „ruhiger werden“, „an meiner Psyche arbeiten“ (hier erinnert sie sich an die Zeit vor ihrer Hochzeit, als sie sich selbstbe-

wußt und klar im Denken erlebte), „besser mit dem Sohn umgehen“, „den Sohn besser loslassen können“ und „auch mal ‚nein‘ sagen können“.

Das war der Ausgangspunkt vor mehr als einem Jahr. Zwischenzeitlich hat sich diese Geschichte ausgebaut zu einem Geschehen, an dem sich mehr als ein Dutzend professionell Beteiligte abarbeiten. Es ist nicht immer leicht, die widerstrebenden Interessen der unterschiedlichen Beteiligten zu erfassen, geschweige, sie zusammenzufassen. Unter anderem bestätigt sich wieder einmal die Erkenntnis, dass eine mit Verve geführte juristische Auseinandersetzung strittiger Eltern eine nur schwer zu unterbrechende Konkurrenz zu der relativ „weicheren“ Realität psychosozialer Hilfeangebote darstellt. Immerhin ermöglicht der Gebrauch des Kontraktmodells dem Team der beteiligten Beratungsstelle, die Situation immer wieder so zu reflektieren, dass eine konstruktive Abstimmung untereinander leichter möglich ist.

Settingfragen

In der Frühzeit der Familientherapie galt die Forderung, „die ganze Familie“ müsse zum Termin erscheinen. Unter Rahmenbedingungen, die das Einhalten bestimmter Standards vorschreiben können oder im Fall eines eigenen Interesses von Hilfesuchenden, ist diese Settingidee in der Regel durchführbar. Im Fall eines „am Zufälligen und Unkalkulierbaren des Alltags“ orientierten Hilfeangebots (s.o.), z.B. unter den Prämissen der Idee, die Arbeit so niederschwellig wie möglich zu gestalten, liegt das nicht immer so nahe. Mittlerweile gilt aus systemischer Sicht nicht mehr die Mehrpersonen-Konstellation als Leitkriterium, sondern die grundsätzliche Einbettung des Geschehens in ein sozial ausgerichtetes Reflexionsfeld (Ludewig 2002b). Dies geht unter geeigneten Bedingungen auch im Zweipersonen-Setting: BeraterIn und KlientIn.

Darüber hinaus erlaubt etwa de Shazers Unterscheidung von Kundschafts-, Klage und Besuchsbeziehungen (de Shazer 1989) einen differenzierteren Umgang mit der Auftragsklärung. Ebenfalls weiter helfen kann das Unterscheiden von Stadien der Veränderungsbereitschaft (Prochaska 1999). In einer neueren Arbeit schätzen Prochaska & Norcross (2002), dass sich zu Beginn einer Therapie 50-60% der KlientInnen im Stadium der Präkontemplation befinden, also im Grunde die Notwendigkeit persönlich relevanter Veränderungen negieren. 30-40% befinden sich in der Phase der Kontemplation, beschäftigen sich ernsthaft mit den Vor- und Nachteilen von Veränderung. Nur 10-20% seien bereit zur „Aktion“, unternehmen ernsthafte und konkrete Schritte.

Meine Position ist mittlerweile: „*Eingeladen sind alle, die an einer Lösung interessiert sind*“. Meist sind das Eltern oder ein Elternteil, manchmal auch Verwandte oder andere Bezugspersonen, Lehrer.

Ziele

Ziele sind ein weiteres Thema für sich. Nicht nur aus praktischen Gründen. Immerhin kann man davon ausgehen, dass das sorgfältige Übersetzen von Anliegen in Ziele das praktikable Umsetzen der Veränderungs-ideen in den Alltag erheblich befördert. Allerdings gibt es hier durchaus gewichtige Einwände, auch aus konstruktivistisch-systemischer Sicht. Ich erinnere an Heinz von Foersters Diktum: „Eine zielorientierte Therapie würde rechts und links die Entwicklungsmöglichkeiten der Familie kastrieren“ (1988, S.123). Wer auf das Erweitern von Spielräumen aus ist, so die Botschaft, sollte nicht ohne Not den Bereich eingrenzen, in dem nach Ressourcen und Entwicklungspotentialen gesucht werden kann.

Es geht jedoch nicht um eine zielorientierte Therapie oder Beratung, geschweige um eine zielabhängige. Ziele erleichtern das Vorankommen, unter Umständen, die es näher zu beleuchten gilt. Ziele dienen als Wegweiser. Man kann sich einer Richtung vergewissern, man kann dies in freudiger Erwartung tun aber auch mit einem gewissen Unbehagen. Man kann Wegweiser *umfahren* und *umfahren*. Ob etwas ein Ziel war oder nicht, lässt sich letztlich erst im Nachhinein feststellen. Das heißt nicht, dass man sich das Beschäftigen mit Zielen dann ja auch gleich schenken kann. Das heißt stattdessen: Ziele sollte man nicht verfolgen (und sie dabei vielleicht aus dem Auge verlieren), sondern nutzen, und dies immer wieder neu.

Aufträge: Entwickeln, Dran bleiben und Prüfen

Anders als Anliegen, die einseitig geäußert werden können, ist ein Auftrag etwas, das nur gemeinsam geht. Ein Auftrag ist erst dann zustande gekommen, wenn beide Seiten ihm zugestimmt haben. Idealtypisch finden in handhabbaren Aufträgen die Zielideen der Hilfesuchenden und die Möglichkeiten des Hilfeangebots zueinander. Das Beistuern der BeraterInnen besteht in dieser Phase wesentlich darin, konstruktive "Übersetzungshilfen" anzubieten. Konstruktiv bedeutet hier so gut wie wörtlich: sich auf das Herstellen einer gemeinsamen Basis konzentrieren. So kann etwa ein Paar, das bei unvereinbar erscheinenden Ausgangspositionen bleibt ("Trennen" will sich die eine, "Zusammenbleiben" der andere), dahin gelangen, das Bemühen um gute Elternschaft als die verbindende Klammer zu betrachten, aus der heraus ein gemeinsamer Auftrag entstehen kann: (z.B.) "Die Beratungsstelle soll helfen, dass wir trotz unterschiedlicher Trennungsabsichten gemeinsam gut und zuverlässig für unser Kind da sein können."

Ein etwas ausführlicheres **Beispiel** skizziert einige Erfahrungen mit den Eltern von Walli, einem 8jährigen Mädchen, dessen Eltern sich bislang nicht darüber einigen konnten, was gute Bedingungen für Walli seien, nach der Trennung ihrer Eltern mit der Situation zurecht zu kommen (vgl.

Loth & von Schlippe 2004). In einem ersten Durchgang war es zwar gelungen, eine Art Minimalgrundlage für eine gemeinsame Beratung zu entwickeln, es blieb jedoch bei dem Punkt, dass der Vater, obwohl interessiert am Wohl des Kindes, diesem nicht gemeinsam mit der Mutter dienen wollte.

Den nächsten vereinbarten Termin nehmen beide Eltern wahr. Zwar sitzen sie beide weiterhin wie „Fremde“ im Wartezimmer und der Vater sagt als erstes: „Grundsätzlich hat sich nichts verändert“. Was er dann unmittelbar anschließend berichtet, kann ich jedoch ohne größere Anstrengung als ein Beispiel für kooperatives Verhalten erkennen. Er hatte einem Wunsch der Mutter zugestimmt, den vereinbarten Besuchstermin zu verlegen, hatte dies aber – wie früher – verknüpft mit: wenn es der Tochter recht ist. Er sehe weiterhin nicht die Notwendigkeit, das mit der Mutter zu vereinbaren. Für ihn zähle, dass es der Tochter recht sei.

Dies könnte als Einladung verstanden werden, hier „große Politik“ zu verhandeln, das Erörtern von Kriegsgründen usw. Stattdessen biete ich an, das Kooperative an seinem Beitrag zu sehen, was die Mutter unterstützt, die das Verhalten des Vaters in der geschilderten Situation sehr entgegenkommend fand. Der Vater schaut erstaunt auf, lässt sich jedoch auf diese Wendung ein. Und nach einiger Zeit frage ich beide Eltern, ob ich die Situation völlig missverstehe, wenn ich den Eindruck habe, dass bei den praktischen Dingen eigentlich viel klappt, sogar mehr klappt, als man es angesichts der Ausgangslage eigentlich erwarten könnte. Beide stimmen zu, nein, so abwegig sei das nicht.

Ich kann das also aufgreifen und es lassen sich weitere Themen finden. Dazu gehören die zwischenzeitlichen Erfahrungen mit der Entscheidung für eine weiterführende Schule. Des Weiteren auch Fragen, die sich an den gesundheitlichen Zustand des Vaters anschließen, der demnächst eine Behandlung beginnen muss, deren Nebenwirkungen ihn möglicherweise eine Zeitlang schachmatt setzen. So dass wahrscheinlich mehr Abstimmungsbedarf hinsichtlich der Besuche entstehen wird. Und auch hier lassen sich beide auf das Erörtern dieses Umstands ein.

Der Vater will sich offensichtlich absichern. Es gehe ihm um die Tochter. Ja, genau, das ist unsere „Geschäftsgrundlage“. Ich werde aus Mitteln der Jugendhilfe bezahlt und alles, was in diesem Gespräch dafür spricht, dass dem Wohl des Kindes mit dem ausreichend gut gedient ist, was die Eltern tun, ist für mich im grünen Bereich. Auch hier: Abschied von der großen Politik und Konzentration auf das Mögliche.

Ich spreche davon, dass ich den Eindruck habe, dass sie vieles tun, was Walli ein ausreichend sicheres Gefühl verschaffen könnte, dass sie sich auf Mutter und Vater verlassen kann. Dass das schon eine sehr gute Grundlage ist. Die Vorstellung stelle ich in den Raum, dass dies womög-

lich noch etwas gestärkt werden könnte, wenn Walli auch erleben kann, dass sie beide Eltern gleichzeitig im Kopf haben kann „ohne einen von beiden immer wegstreichen zu müssen, weil der vielleicht traurig, frustriert oder böse wäre“, wenn Walli ihn/sie mit ins Spiel bringt. Es stellt sich heraus, dass Walli bei der Mutter vom Vater erzählt und beim Vater von Mutter und dass beide was Gutes tun: sie hören zu, bleiben aufmerksam und kommentieren, wenn sie es denn tun, zustimmend und freundlich: Ein wahrer Segen, wenn man sich vorstellt, was sie stattdessen alles tun könnten, um es dem Kind schwer zu machen! Beide scheinen meine Anerkennung nicht ungern zu hören, auch wenn der Vater deutlich Wert darauf legt, hier nicht mehr aus seiner Position heraus gelockt zu werden als ihm sinnvoll erscheint. Er scheint zu bemerken, dass er sich hier sicher genug fühlen kann. Und zur Anmeldung in der neuen Schule will er mitgehen. Dem Vorschlag zu einem weiteren gemeinsamen Gespräch stimmen beide zu.

Soweit, so gut. Und das Leben geht weiter und so ruft zwischenzeitlich die Mutter aufgelöst an, sie habe „alles vermasselt“. Als der Vater wieder einmal keine Zeitabsprache machen wollte, habe sie einfach nicht die Tür geöffnet als er klingelte, um die Tochter nach dem vereinbarten Besuch zu einer nicht vereinbarten Zeit wieder abgeben wollte. Es gab dann Verwicklungen und die Verzweiflung der Mutter ist groß. Was sie tun könne, fragt sie. In diesem Fall bewährt sich das Erinnern daran, dass das, was geschehen ist, nicht mehr geändert werden kann, dass entscheidend stattdessen ist, auf dieser Basis die Möglichkeiten zu einem nächsten guten Schritt auszuloten. Die Mutter, so ist das Ergebnis der Besprechung, übernimmt die Verantwortung für ihr Tun und überlegt sich, dem Vater die Mitteilung auf Band zu sprechen, ihr Verhalten tue ihr leid. Und: sie wünsche sich, dass sie beide gute Eltern für Walli sind. Ich schlage der Mutter vor, dies nur dann mitzuteilen, wenn sie davon fest überzeugt sei. Und diese Mitteilung kurz zu halten ohne weitere Begründungen.

Am Anfang des vereinbarten gemeinsamen Termins wird es zunächst spannend: Die Mutter kommt eine halbe Stunde vor dem vereinbarten Termin, während der Vater auf sich warten lässt. Er kommt schließlich, 10 Minuten nach vereinbarter Zeit. Ich bedanke mich fürs Kommen, fasse aus meiner Sicht noch einmal die Grundlage zusammen, unter der wir uns hier treffen: beide Eltern dabei zu unterstützen, dafür zu sorgen, dass Walli sich sicher genug sein kann, beide Eltern zu haben, und dies möglich zu machen auf eine Weise, die es beiden Eltern erlaubt ihr „Gesicht zu wahren“. Beide stimmen zu.

Entwicklungen in der Zwischenzeit: Die Mutter hat die im Krisentelefonat besprochenen Ideen 1:1 umgesetzt. Sie hat angerufen und wollte es eigentlich auf Band sprechen. Der Vater hatte aber persönlich das Telefonat angenommen. Man kam sogar etwas ins Gespräch.

Im weiteren Reflektieren des Verlaufs lässt sich das Geschehen als konstruktives Kooperieren beschreiben. Beide Eltern stimmen dem zu. Unter anderem hatte der Vater beim letzten Sonntagsbesuch Wallis bei ihm die Mutter angerufen, es werde etwas später. Diese hatte sich eine solche Art Informiertwerden immer wieder gewünscht. Nun ist es zum ersten Mal geschehen. Die Eltern scheinen, bei all den Irritationen der letzten Zeit in der Lage, dafür zu sorgen, dass „es funktioniert“! (was von mir ausführlich ausgemalt wird). Der Vater: er habe den Eindruck, dass sich das seit etwa einem $\frac{3}{4}$ Jahr doch recht kontinuierlich entwickle. Die Mutter will mehr, vielleicht sollte es doch schneller gehen, dass Walli den Eindruck bekommt, sie könne sich auf die Eltern verlassen. Der Vater zuckt und geht wieder in Abstand. Die erreichte Situation ist noch instabil und angreifbar. Es lässt sich zu diesem Zeitpunkt nur über die Unterscheidung zwischen „*kleinstem* gemeinsamen Nenner“ und „*kleinstem gemeinsamen* Nenner“ nachdenken.

Auf dieser Basis biete ich an, dabei zu unterstützen, das zu festigen, wozu sie offensichtlich trotz stressiger Umstände in der Lage sind. Die Mutter stimmt zu, der Vater relativiert, ob das nun „großartig“ was nutze? Ich schlage vor: es gehe aus meiner Sicht nicht um „großartige“ Sachen, sondern eher um die (Disziplin fördernde) Gelegenheit zum gemeinsamen Bedenken: geht es so? Sind die Reibungsverluste erträglich? Ist der Spielraum ausgereizt? Ist noch etwas mehr drin? Auf dieser Basis vereinbaren wir einen weiteren Termin. Mittlerweile ist die Arbeit mit einem für beide Eltern als „ausreichend“ eingeschätzten Ergebnis beendet.

Auftragsorientiertes Helfen

Wenn alle Beteiligten sich auf die Aufträge einlassen können, ihnen zustimmen, dann geht es letztlich darum, alles Erdenklich zu finden und zu fördern, das in die Richtung dieser vereinbarten Aufträge voran bringen kann. Jeder Schritt, jede Aussage, jeder Beitrag kann danach befragt werden: „Wie hilft Ihnen das in Richtung Ihrer Ziele?“ Etwa zum Zurückblaffen eines Elternteils, wenn ihm oder ihr etwas nicht passt: „Wie nützt Ihnen das bei Ihrem Ziel, dass der Junge wieder mehr hört?“ Es nützt ja meist wenig, die Vergeblichkeit des Bemühens auch noch zu kommentieren. Den meisten ist diese Vergeblichkeit Ihres Bemühens schon klar, wenn sie untaugliche Mittel einsetzen. Aber diese Frage „Wie nützt das...“ lenkt die Aufmerksamkeit wieder auf den Kern, das Bemühen, die Zielrichtung. Die Erkenntnis, dass es vielleicht so nicht geht, ist dann eher ein Beiwerk der nützlichen Empirie, nicht Inhalt eines Vorwurfs.

Das angestrebte Ergebnis dieser Art Vorgehen ist mit der gemeinsamen Einschätzung erreicht, dass der Kontrakt erfüllt ist. Alternati-

ven zum erfüllten Kontrakt sind: das Einvernehmliche Beenden: Wenn etwa notwendig erscheinende Schritte besprochen aber dann doch nicht gewollt werden. Auch Abbrüche können nicht ausgeschlossen, das Ausbleiben weiterer Nachfrage bei offenen Absprachen nicht wirklich verhindert werden in der üblichen Arbeitsalltagsorganisation.

Noch einige Worte zum Verhältnis von Zufriedenheit und tatsächlichem Ergebnis. Immerhin heißt ja „Kontrakt erfüllt“, dass aus Sicht der Hilfesuchenden die gemeinsame Arbeit zu einem positiven Abschluss gekommen ist. Was das genau bedeutet, ergibt sich inhaltlich aus der Art der Absprache und kann ansonsten ein weites Feld bedeuten. Stacey et al (2002) haben sich das in einer australischen Studie etwas genauer angeschaut. Sie schreiben: *„Obwohl das Ergebnis in der Regel mit Zufriedenheit mit der Therapie in Verbindung steht, geschieht dies nicht immer in einer einfachen oder vorhersagbaren Weise“* (S.79)².

Die TeilnehmerInnen der Untersuchung setzten Zufriedenheit nicht einfach gleich mit erwünschten Ergebnissen oder mit Veränderungen, die durch standardisierte Instrumente nachgewiesen wurden. Die folgenden Faktoren spielten in Bezug auf Zufriedenheit eine Rolle (S.86):

- Sich durch die BeraterInnen respektvoll behandelt fühlen,
- Neue Perspektiven entwickeln, die neue Möglichkeiten eröffnen, die Situation zu verstehen und daher neue Ideen zum Handeln ermöglichen,
- Spezifische Strategien kennenlernen, mit den Fragestellungen umzugehen, inklusive Möglichkeiten, als Eltern(teil) zu wirken, unabhängig davon, ob das Problem damit leicht oder nicht leicht zu lösen war,
- Sich als Eltern unterstützt und gestärkt zu fühlen, oder zu wissen, dass sie zukünftigen Fragestellungen mit größerem Vertrauen entgegensehen können, nachdem das Kind jetzt diese Erfahrung gemacht hat,
- Zu wissen, dass ein Beratungsdienst erreichbar ist und ansprechbar ist für Nöte in der Zukunft.

Soweit also „vom Konflikt zum Kontrakt“. Was in der Überschrift nach einer gerichteten Bewegung aussieht, kann auch so beschrieben werden. Der Aufmerksamkeit für das was stört, kommt „irgendwie“ die Gefolgschaft abhandeln. Aufmerksamkeit und Interesse wenden sich mehr dem zu, was verbindet (auch wenn es auf eine Trennung hinausläuft, möglicherweise).

² Übersetzung: W.L.

In dieser Hinsicht beschreibt die Überschrift eine nachvollziehbare Veränderung.

Im Hinblick auf die Form dagegen handelt es sich um Variationen eines Gleichen: Konflikt und Kontrakt sind Formen des Kooperierens. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte habe ich Ihnen vorgestellt als eine Möglichkeit, sich beim Kooperieren zu orientieren.

Das Motto: Werde Dir klar darüber, dass Du kooperierst....

und wenn schon kooperieren nicht vermeidbar ist: warum dann nicht konstruktiv?!

Überarbeitete Fassung eines Vortrags auf den 12. Viersener Therapietagen am 17.Juni 2004.

Autor

Wolfgang Loth, Dipl.-Psych.

Steinbrecher Weg 52

51427 Bergisch Gladbach

e-mail: kopiloht@t-online.de

Literatur

Asay, T.P. & M. Lambert 1999. The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In: Hubble, M.A.; B.A. Duncan & S.D. Miller (Hg.), 33-55. [deutsch: 2001, 41-81].

Bertolino, B. 2003. Change-Oriented Therapy with Adolescents and Young Adults. The Next Generation of Respectful Processes and Practices. New York, London: W.W.Norton.

de Shazer, S. 1989. Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl Auer.

Duncan, B.L. & S.D. Miller 2000. The Heroic Client. Doing client-directed, outcome-informed therapy. San Francisco, Ca.: Jossey-Bass.

Efran, J.; M. Lukens & R. Lukens 1992. Sprache, Struktur und Wandel. Bedeutungsrahmen der Psychotherapie. Dortmund: modernes lernen.

Hargens, J. 1995. Kurztherapie und Lösungen – Kundigkeit und respektieren. Familiendynamik 20(1): 32-43.

Hargens, J. 2004. Aller Anfang ist ein Anfang. Gestaltungsmöglichkeiten hilfreicher systemischer Gespräche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hubble, M.A.; Duncan, B.L. & S.D. Miller (Hg.) 1999. The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy. Washington, DC: American Psychological Association [deutsch. 2001. So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: modernes lernen].

Kurz-Adam, M. 1997. Professionalität und Alltag in der Erziehungsberatung. Entwicklungslinien und empirische Befunde. Opladen: Leske + Budrich.

- Lambert, M.* 1992. Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. In: Norcross, J.C. & M.R. Goldfried [Hg.] Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic, 94-129.
- Lambert, M.J.* 2001a. Psychotherapy Outcome and Quality Improvement: Introduction to the Special Section on Patient-Focused Research. *J.Consult.Clinic.Psychol.* 69(2): 147-149.
- Lambert, M.J.* 2001b. The Status of Empirically Supported Therapies. *J.Consult.Clinic.Psychol.* 69(6): 910-913
- Lambert, M. & B.M. Ogles* 2004. The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: Lambert, M.J. (Hg.) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Fifth Edition. New York: Wiley, pp.139-193.
- Lambert, M.J.; N.B. Hansen & A.E. Finch* 2001. Patient-Focused Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects. *J.Consult.Clinic.Psychol.* 69(2): 159-172
- Lipchik, E.* 2002. Beyond Technique in Solution-Focused Therapy. Working with Emotions and The Therapeutic Relationship. New York: Guilford Press.
- Loth, W.* 1998. Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte. Dortmund: modernes lernen
- Loth, W.* 1999. Systemische Hilfen als Kooperation nachweisen – „Kontraktorientierte Leistungsbeschreibung“. *Familiendynamik*, 24(3): 298-319
- Loth, W.* 2001. „Wo soll das noch hinführen?“ – Kontraktorientiertes Arbeiten in Familien mit kleinen Kindern. In: von Schlippe, A.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. Münster: Votum, pp. 200-219
- Loth, W.* 2003a. Was zusammenprallt kann auch zusammenwirken – Vom Konflikt zum Kontrakt. In: Weber, M., Eggemann-Dann, H.-W., Schilling, H. (Eds.) Beratung bei Konflikten. Wirksame Interventionen in der Jugendhilfe. Weinheim: Juventa: 25-44.
- Loth, W.* 2003b. Kontraktorientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung. In: Praxis d. Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie 52(4): 250-265.
- Loth, W.* 2003c. Ressourcen bewegen. In: Schemmel, H. & J. Schaller (Hg.), 29-49.
- Loth, W. & von Schlippe, A.* 2004. Die therapeutische Beziehung aus systemischer Sicht. In: Psychotherapie im Dialog 5(4), in Vorb.
- Ludewig, K.* 1992. Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ludewig, K.* 2002a. Leitmotive systemischer Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ludewig, K.* 2002b. Systemische Therapie mit Paaren und Familien. In: Wirsching, M. & P. Scheib (Hg.) Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer, 59-78
- Luhmann, N.* 1987. Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Miller, S.D.; B.L. Duncan & M.A. Hubble* 1997. Escape From Babel. Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice. London, New York: W.W.Norton
- Prochaska, J.* 1999. How Do People Change, and How Can We Change to Help Many People? In: Hubble, M.; Duncan, B. & S.D. Miller (Hg), 227-255 [deutsch: 2001, 253-286].

- Prochaska, J.O. & J.C. Norcross* 2002. Stages of Change. In: Norcross, J.C. (Hg.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, 303-313.
- Reiter, L., E.J. Brunner & S. Reiter-Theil* (Hg.) 1988. *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Heidelberg: Springer (1997, 2. veränderte Auflage).
- Schemmel, H. & J. Schaller* (Hg.) 2003. *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Schiepek, G.* 1991. *Systemtheorie in der Klinischen Psychologie. Beiträge zu ausgewählten Problemstellungen*. Braunschweig: Vieweg.
- Schiepek, G.* 1999. *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G. & H. Haken* (Hg.) 2004. *Synergetik. Selbstorganisation nutzen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe (in Vorbereitung).
- Schiepek, G.; H. Eckert, H. Honermann & S. Wehrauch* 2001. Ordnungswandel in komplexen dynamischen Systemen: Das systemische Paradigma jenseits der Therapieschulen. In: *Hypnose & Kognition* 18, 89-117.
- Schlippe, A.v. & J. Schweitzer* 1996. *Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Stacey, K.; S. Allison, V. Dadds, L. Roeger, A. Wood & G. Martin* 2002. The Relationship between Change and Satisfaction: Parents' Experiences in a Child and Adolescent Mental Health Service. *Australian and New Zealand J Family Therapy* 23(2), 79-89
- Tallman, K. & A.C. Bohart* 1999. The Client as a Common Factor: Clients as Self-Healers. In Hubble, M.; Duncan, B. & S.D. Miller (Hg.), 91-131 [deutsch: 2001, 85-136].
- Tsirigotis, C.* 2004. „Sie hat mir einfach ihr Gehör geschenkt...“ Ein Beratungsprozess im Kontext von Hörschädigung und CI-Rehabilitation zwischen Intuition und Selbstorganisation. In: Hargens, J. (Hg..) *Und mir hat geholfen...* Dortmund: borgmann (in Vorbereitung)
- von Foerster, H.* (1988): *Abbau und Aufbau*. In Simon, F.B. (Hg.) *Lebende Systeme*. Berlin: Springer, 19-33

Tabelle 1

Generische Prinzipien

Bedingungen für das Auftreten selbstorganisierter Ordnungsübergänge
zwischen Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern

- Schaffen von Stabilitätsbedingungen
- Identifikation von Mustern des relevanten Systems
- Sinnbezug/ Synergitätsbewertung
- Kontrollparameter identifizieren/ Energetisierungen ermöglichen
- Destabilisierung/ Fluktuationsverstärkungen realisieren
- "Kairos" beachten/ Resonanz und Synchronisation ermöglichen
- Re-Stabilisierung

Prinzipien aus: G. Schiepek, H. Eckert, H. Honermann & S. Wehrauch 2001. Ordnungswandel in komplexen dynamischen Systemen: Das systemische Paradigma jenseits der Therapieschulen. *Hypnose & Kognition* 18, pp.89-117

Tabelle 2

Kontraktororientierte Leistungsbeschreibung (KOLB)

Übersicht:

Kategorie	Tätigkeit
Basisarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • einen wertschätzenden und einladenden <i>Rahmen</i> bereitstellen • <i>Anlässe</i> ermitteln • Anliegen ermitteln • <i>Koordinieren</i> unterschiedlicher Anliegen • <i>Informieren</i> über eigene Möglichkeiten und Angebote
Entwickeln von Aufträgen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Setting</i> klären • <i>Veränderungsbereitschaft</i> und <i>Beziehungsform</i> berücksichtigen • <i>Ziele</i> beschreiben • <i>Aufträge handhabbar</i> gestalten
An Aufträgen orientiertes Arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Individuell ausgerichtetes</i> Helfen.. • ..in verschiedenen Personen-Settings • <i>Reflektieren des Verlaufs</i> im Hinblick auf Kriterien für das Erreichen von Zielen • <i>Überprüfen des Auftrags</i> • Überprüfen des <i>Kontrakt-Status</i> / Beenden
Evaluation-im-Kontext /Dokumentieren	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qualitative</i> Auswertung • <i>Quantitative</i> Auswertung

Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie - Anmerkungen zu den rechtlichen Grundlagen der "freiheitsentziehenden Maßnahmen"

W. Kinze

1. Sozialrecht/Zivilrecht (KJHG; BGB, FGG)

Die *Jugendhilfe* hat mit dem Kinder- und Jugendhilfegesetz von 1993 ein Aufgabenfeld zugeschrieben bekommen, das ihrem Selbstverständnis entspricht: Nicht mehr die staatliche Fürsorge im Sinne von Aufsicht und Kontrolle steht im Vordergrund, sondern Beratung und Hilfe werden denen zu Teil, die sie abfordern. Die Leistungen der Jugendhilfe werden aus Steuermitteln finanziert. Die Jugendhilfe macht Angebote zu Sozialarbeit, zur individuellen Förderung (gem. § 35 a KJHG auch für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) und vermittelt ambulante und stationäre Hilfen zur Erziehung, wenn diese beantragt werden. Die Jugendhilfe hat aber auch staatliche Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen umzusetzen, wie bei der Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen (§ 42 KJHG) bzw. bei der Herausnahme ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten (§ 43 KJHG).

Im § 42 (3) KJHG ist ausgeführt: Das Jugendamt ist verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn eine dringende Gefahr zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind dabei nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden.

Wird eine Herausnahme des Kindes gegen den Willen der Eltern gem. § 43 KJHG erforderlich, ist eine familiengerichtliche Entscheidung gem. §

1666 BGB zum Entzug der elterlichen Sorge zu treffen, sowie gem. § 1909 BGB ein Ergänzungspfleger zu bestellen.

Werden Inobhutnahme bzw. Herausnahme gegen den Willen des betroffenen Kindes durchgeführt, ist damit praktisch immer die rechtliche Regelung einer "geschlossenen Unterbringung" erforderlich.

Rechtsgrundlage hierfür ist der § 1631 b BGB.

Im § 1631 BGB ist festgelegt: Die Personensorge umfasst insbesondere das Recht und die Pflicht, das Kind (bis zum 18. Lebensjahr) zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen. Im § 1631 a wird ergänzt, dass bei Angelegenheiten der Ausbildung und des Berufes auf Eignung und Neigungen des Kindes seitens der Eltern Rücksicht zu nehmen ist.

Im § 1631 b ist formuliert: Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur mit Genehmigung des Familiengerichtes zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Das Gericht hat die Genehmigung zurückzunehmen, wenn das Wohl des Kindes die Unterbringung nicht mehr erfordert.

In diesen gesetzlichen Regelungen sind keine Begründungen bzw. Rechtfertigungen für eine Unterbringung mit Freiheitsentziehung enthalten, es wird lediglich das Genehmigungsverfahren geregelt. Formaljuristisch bestehen keine eindeutigen gesetzlichen Grundlagen für die gerichtliche Anordnung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Jugendhilfe (Schlink, in Fegert u. a. 2001; Späth 2004), sondern lediglich Regelungen zum Genehmigungsverfahren.

Die Umsetzung des Verfahrens nach Paragraph 1631 b BGB ist im § 70 des Freiwilligen Gerichtsgesetzes (FGG) vorgeschrieben.

§ 70 a FGG - Ab vollendetem 14. Lebensjahr besteht volle Verfahrensfähigkeit, d. h. der Jugendliche kann einen Rechtsanwalt mit der Wahrnehmung seiner Interessen beauftragen, selbst Anträge stellen und Prozesskostenhilfe beanspruchen.

§ 70 b FGG - Das Gericht hat einen Verfahrenspfleger zu bestellen, der über sozialpädagogische und juristische Kenntnisse verfügt, während des gesamten Verfahrens dem Minderjährigen begleitend und beratend zur Verfügung steht und sich an "Kindeswillen" und "Kindeswohl" orientiert.

§ 70 c FGG - Der Minderjährige ist vom Richter persönlich anzuhören, wobei die Meinungen und Einschätzungen des Betroffenen zu berücksichtigen sind und er über den Verfahrensablauf und seine damit verbundenen Rechte aufzuklären ist.

§ 70 d FGG - Vor der Entscheidung des Gerichtes ist den Bezugspersonen, dem Jugendamt und einer Person des Vertrauens (ggf. der Verfahrenspfleger) die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen.

§ 70 e FGG - Vor der Gerichtsentscheidung muss das Gutachten eines Sachverständigen, *der über Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie verfügt*, vorliegen, das vom Betroffenen eingesehen werden kann.

§ 70 f FGG - Die Gerichtsentscheidung muss schriftlich begründet werden, wobei der Zeitraum und die Einrichtung für die geschlossene Unterbringung festzulegen sind.

§ 70 h FGG - Wenn mit dem Aufschub der Unterbringung eine erhebliche Gefahr verbunden ist, kann durch eine familiengerichtliche einstweilige Anordnung eine sofortige Unterbringung verfügt werden, allerdings maximal für 6 Wochen. Die übrigen Verfahrensregelungen des Paragraphen 70 FGG müssen grundsätzlich nachgeholt werden.

§ 70 i FGG - Es hat eine regelmäßige gerichtliche Überprüfung der fortbestehenden Notwendigkeit zu erfolgen, die auch vom Betroffenen bzw. von seinen Bezugspersonen angefordert werden kann.

§ 70 n FGG - Das Beschwerderecht steht sowohl dem Minderjährigen wie auch seinen Eltern, seiner Vertrauensperson und dem Jugendamt zu.

Diese richterliche Genehmigung schafft die Möglichkeit zur geschlossenen Unterbringung, verpflichtet jedoch hierzu nicht und legt keine Rahmenbedingungen bzw. Sicherungsvorschriften fest. Vielmehr ist eine möglichst geringfügige Freiheitsbeschränkung anzustreben. Stets ist unter Berücksichtigung von Kindeswohl, Kindeswille und Kindesrecht zu prüfen, ob "andere geeignete Maßnahmen" möglich sind.

Die Unterbringung nach Paragraph 1631 b BGB ist kein "Psychiatrie-Paragraph", sondern gilt gleichermaßen für Einrichtungen der Jugendhilfe.

In der Rechtsprechung wird als Begründung für eine Unterbringung nach § 1631 b BGB die "erhebliche Entwicklungsgefährdung" angeführt, vorrangig im Sinne von Verwahrlosung und Delinquenz. Es bleibt strittig, in-

wieweit dieser Sachverhalt der "akuten Selbst- und Fremdgefährdung" (§ 70 h FGG) gleichzusetzen ist.

2. Sozialrecht/Öffentliches Recht (SGB V/PsychKG)

Nach § 27 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Nach § 12 SGB V - Wirtschaftlichkeitsgebot - haben diese Maßnahmen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und müssen sich nach den Regeln der ärztlichen Kunst richten.

Die Leistungen des Gesundheitswesens werden im Rahmen des dualen Finanzierungssystems im stationären Bereich bezüglich der Betriebskosten aus Mitteln der Krankenversicherung und bezüglich der Investitionskosten aus Steuermitteln finanziert.

Bei psychischen Erkrankungen können Einsichts- und Steuerungsfähigkeit so stark beeinträchtigt sein, dass es ohne entsprechende Unterbringung und Behandlung zu Selbst- oder Fremdgefährdung kommen kann. Für diese Fälle sind in allen Bundesländern gesetzliche Regelungen getroffen worden, die in ihren Inhalten letztlich weitgehend übereinstimmen: Für eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gegen den Willen des Betroffenen müssen drei Kriterien erfüllt sein:

- Die Störung ist so erheblich, dass Selbst- oder Fremdgefährdung bestehen bzw. eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Sicherheit gegeben ist. (Grundgesetzlich ist eher ein "Recht auf Krankheit" als eine Pflicht zu wirksamer Behandlung gegeben - BVG-Urteil vom 23.03.1998).
- Die Gefahr besteht unmittelbar, d. h. der Eintritt des schadenstiftenden Ereignisses ist jederzeit zu erwarten (und ist nicht nur als Möglichkeit zu befürchten).
- Der Zustand ist krankheitsbedingt (also keine kriminelle Gewalttat bzw. keine reine pädagogische oder sonstige zwischenmenschliche Auseinandersetzung. Damit fallen Delinquenz und Verwahrlosung im Allgemeinen nicht unter das PsychKG, sondern allenfalls unter § 1631 b BGB).

Dieser Eingangssachverhalt wird ärztlich festgestellt, muss dann aber durch das zuständige Vormundschaftsgericht bestätigt werden. Auch hierbei ist die Möglichkeit des "sofortigen Gewahrsam" gegeben, wenn dies nicht "durch andere geeignete Maßnahmen" abgewendet werden kann.

Verfahrensgrundlage ist der § 70 FGG.

Die Möglichkeit der "offenen Unterbringung" sollte stets erwogen werden, die Einweisung nach PsychKG stellt keine Verpflichtung zur geschlossenen Unterbringung dar, sondern bildet lediglich die gesetzliche Grundlage für ärztlich erforderliche freiheitsentziehende Betreuungsmaßnahmen zur Gefahrenabwehr. Die "therapeutische Beziehung" hat letztlich Vorrang gegenüber der "Unterbringung" (BGH-Urteil vom 20.05.2000).

Eine Anforderung an den technischen Standard entweichungssichernder Maßnahmen wird gerichtlich nicht gestellt.

3. Strafrecht (JGG/StGB/StPO)

In einem Strafverfahren kann der Jugendrichter Untersuchungshaft anordnen. Er kann aber auch Maßnahmen zur U-Haft-Vermeidung einleiten.

§ 71 (2) JGG: Vorläufige Anordnungen über die Erziehung

Der Richter kann die einstweilige Unterbringung in einem geeigneten Heim der Jugendhilfe anordnen, wenn dies im Hinblick auf die zu erwartenden Maßnahmen geboten ist, um den Jugendlichen vor einer weiteren Gefährdung seiner Entwicklung, insbesondere vor der Begehung neuer Straftaten zu bewahren. ... Die Ausführung der einstweiligen Unterbringung richtet sich nach den für das Heim der Jugendhilfe geltenden Regelungen.

§ 72 (4) JGG: Untersuchungshaft

Unter den gleichen Voraussetzungen, unter denen ein Haftbefehl erlassen werden kann, kann auch die einstweilige Unterbringung in einem Heim der Jugendhilfe angeordnet werden (§ 71 Abs. 2). In diesem Fall kann der Richter den Unterbringungsbefehl nachträglich durch einen Haftbefehl ersetzen, wenn sich dies als notwendig erweist.

Im Rahmen strafrechtlicher Ermittlungen kann der Richter gem. § 81 StPO die Unterbringung zur Beobachtung in einem psychiatrischen Krankenhaus anordnen, wobei es sich um eine schwerwiegende Tat und drin-

genden Tatverdacht handeln muss und nach Anhörung des Verteidigers und eines Sachverständigen der Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht.

Gemäß § 126 a StPO kann die einstweilige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus richterlich angeordnet werden, wenn bei einer schwerwiegenden Tat dringender Verdacht auf Schuldunfähigkeit bzw. Schuldinderung besteht und daraus folgend eine Unterbringung nach §§ 63/64 StGB zu erwarten ist.

Werden im Strafverfahren die Voraussetzungen der Schuldunfähigkeit bzw. der Schuldinderung gem. §§ 20/21 StGB anerkannt und sind weitere rechtswidrige Taten zu erwarten, kann eine Einweisung in den psychiatrischen Maßregelvollzug gem. § 63 StGB (psychiatrische Erkrankungen) bzw. § 64 StGB (Sucht) erfolgen.

Diese Verfahrensweisen "zur Sicherung und Besserung" gelten auch für schulfähige Jugendliche. Sie verlangen die geschlossene Unterbringung und setzen entsprechende technische und personelle Sicherheitsstandards voraus. Auch die Einweisung nach § 126 a StPO setzt letztlich U-Haft-Bedingungen voraus, sodass sie praktisch nur in Einrichtungen des psychiatrischen Maßregelvollzuges umgesetzt werden kann.

Die *Polizei* ist grundsätzlich nicht für Unterbringungsmaßnahmen zuständig. Im Rahmen der Gewährleistung von innerer Sicherheit und Gefahrenabwehr wird sie tätig, wenn Kinder und Jugendliche vermisst werden, Opfer rechtswidriger Taten geworden sind (Misshandlung, Missbrauch); selbst rechtswidrige Taten planen bzw. begehen; sich an Orten aufhalten, wo ihnen unmittelbar Gefahr droht (Prostitution, Glückspiel, Drogen); unmittelbar für ihr körperliches oder seelisches Wohl von Vernachlässigung bedroht sind; unter Einfluss von Suchtstoffen in verwahrlostem Zustand angetroffen werden.

Die Polizei übergibt die betroffenen Kinder und Jugendlichen je nach Sachverhalt den Sorgeberechtigten, der Jugendhilfe oder dem Gesundheitswesen.

4. Anliegen und Erwartungen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Ziel aller Bemühungen ist das "Kindeswohl", das sich charakterisieren lässt mit den Begriffen körperliches Wohlbefinden durch Nahrung, Pflege und Versorgung; Sicherheit; emotionale Zuwendung in stabilen sozialen

Beziehungen; Umwelterkundung; Zugehörigkeit; Anerkennung; Orientierung; Selbstbestimmung; Selbstverwirklichung; Wissen/Bildung (nach Dettenborn 2002). Letztlich bleibt das "Kindeswohl" ein rechtlich unscharfer Begriff, was auch daraus deutlich wird, dass er nicht immer mit "Kindeswille" übereinstimmt. Denn der "Kinderschutz" kann Eingriffe erforderlich machen, wenn "selbstgefährdender Kindeswille" durch verfehlte Nutzenerwartung, verfehlte oder fehlende Schadenseinschätzungen bzw. verfehlte Realisierungseinschätzung die kindliche Entwicklung erheblich gefährden.

Hier muss unmittelbarer erzieherischer Einfluss auf die kindliche Willensbildung genommen werden. Erziehung ist immer Beeinflussung - ein Kind hat Anspruch auf Erziehung (Lempp 1983). Dazu sind erzieherische Bedingungen erforderlich, innerhalb derer sich das Kind/der Jugendliche mit den anstehenden Problemen auseinandersetzen muss und sich dieser Auseinandersetzung nicht einfach entziehen kann. Hier wird stellvertretendes "vormundschaftliches Handeln" erforderlich, ist für den Entwicklungs-, Sozialisations- und Bildungsprozess des Kindes unverzichtbar. Es geht dabei nicht um eine ordnungspolitische Sicherungsverwahrung, nicht um "Strafersatz", sondern um den Einstieg in eine pädagogische Beziehung. Eine pädagogische Beziehung kann ebenso wenig wie eine therapeutische Beziehung tragfähig werden, wenn sie allein auf Zwang besteht. Es muss aber deutlich gemacht werden, dass neben Rechten auch Pflichten umzusetzen sind.

Wenn ein umschriebenes psychiatrisches Störungsbild vorliegt, das nur mit den Mitteln des Krankenhauses zu behandeln ist und dabei - gegen den Willen des Betroffenen - das Maß an altersgemäßen Freiheitsbeschränkungen überschritten werden muss, sind rechtliche Regelungen nach PsychKG bzw. BGB erforderlich. Dies betrifft vorrangig akut suizidale Syndrome, endogene Psychosen mit Realitätsverkennungen sowie - in seltenen Fällen - dekompenzierte Essstörungen und schwerste Formen von Angst- und Zwangsstörungen. Hierbei steht die akute Selbstgefährdung im Vordergrund, die im Allgemeinen innerhalb relativ kurzer Zeit unter entsprechenden therapeutischen Maßnahmen soweit abklingt, dass einschneidende Freiheitsbeschränkungen nicht mehr erforderlich sind. Zu diesen Leistungen sind alle kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken fähig, sofern sie an der "Vollversorgung" teilhaben.

Wesentlich schwieriger umzusetzen sind therapeutische und pädagogische Maßnahmen bei den "Störungen des Sozialverhaltens", "Störungen durch Substanzmissbrauch", "Persönlichkeitsstörungen" sowie "Störungen der Sexualpräferenz". Hier bestehen oft ausgeprägte Tendenzen der Betroffenen, sich den erforderlichen Verhaltensänderungen zu entziehen, selbst wenn sie deren grundsätzliche Berechtigung durchaus anerkennen.

Eingeleitete Jugendhilfemaßnahmen werden abgebrochen, pädagogischen Anforderungen wird ausgewichen, therapeutische Angebote werden nicht wahrgenommen. Die entstandenen Konfliktsituationen werden "externalisiert" - Schuld sind die anderen, die Gesellschaft, die Umstände, selbst ist man nur Opfer der Verhältnisse. Die "Bringeschuld" liegt bei Jugendhilfe, Arbeitsamt und Krankenversicherung. Selbstwirksamkeitserwartungen bleiben gering, Selbstsicherheit ist wenig entwickelt, Selbsterkenntnis kaum verwirklicht. Freiheit wird mit Beliebigkeit gleichgesetzt, Selbstverwirklichung als Inanspruchnahme von Sozialleistungen missverstanden. Durch die Gruppe der Gleichaltrigen wird ein hoher Erwartungs- und Konsumdruck ausgeübt, vor allem im Freizeitbereich, während der Leistungsbereich eher abgewertet wird. Langwierige und weitgehend anonyme Schul- und Berufsausbildung mit unsicheren Perspektiven entmutigen, vor allem bei geringen eigenen Ressourcen. Problembelastete Familien sind "Normalität", trotz Sicherung der materiellen Grundbedürfnisse herrscht "subjektiver Stress", der durch Aktionen überwunden werden soll, die Substanzmissbrauch und Delinquenz beinhalten.

Hier liegen Handlungsfelder und Ansatzmöglichkeiten für Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei sich beide Strukturen sowohl ihrer Möglichkeiten wie auch ihrer Grenzen bewusst bleiben sollten. Auf allgemeinen psychiatrischen Stationen sind drogenbelastete und gewaltbereite Jugendliche ebenso fehlplatziert wie in einem therapeutischen Heim oder einer Wohngruppe.

Therapie soll Erziehung wieder möglich machen. Therapeutisch induzierte Verhaltensänderungen bedürfen der erzieherischen Stabilisierung, erfordern stützende Bedingungen in schulischer und beruflicher Ausbildung, in der sozialen Integration und der Freizeitgestaltung. Hierbei sind die Möglichkeiten der krankenkassenfinanzierten Jugendpsychiatrie rasch erschöpft, es bedarf der komplementären Einrichtungen von Jugendhilfe, Schule und Berufsförderung. Hierbei ist Kooperation gefragt, nicht Abgrenzung.

In die zu treffenden Entscheidungen sind die Betroffenen aktiv einzubeziehen, denn letztlich kann man niemanden gegen seinen Willen erfolgversprechend behandeln oder ausbilden. Kinder bis zum 14. Lebensjahr sind nicht einwilligungsmündig. Bei Jugendlichen in der Alterstufe zwischen 14 und 18 Jahren kommt es darauf an, ob diese die notwendige Reife und Einsichtsfähigkeit haben, das Für und Wider der beabsichtigten Behandlungsmaßnahmen verständlich gegeneinander abzuwägen. Dies festzustellen ist eine *ärztliche Entscheidung*. Ist der Jugendliche einsichtsfähig, ist er aufzuklären und muss die Einwilligung selbst erteilen (Analogie zum § 70 a FGG). Die gilt auch, wenn beispielsweise die ablehnende

Haltung des Jugendlichen im Widerspruch zum Willen der Eltern steht. Im Streitfall entscheidet das Familiengericht (Debong 2004).

Die Jugendhilfe erwartet von der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine rasche Aufnahme bei "Krisen", möchte pädagogisch umsetzbare Empfehlungen, keine Weisungen, und ist an der Kontinuität der Ansprechpartner interessiert.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie erwartet von der Jugendhilfe, nicht nur zu "Krisen-Interventionen" benutzt zu werden, die häufig das Ende des pädagogischen Optimismus signalisieren und auf wenig sachlichen nosologischen Zuschreibungen beruhen: "das ist doch nicht mehr normal, das muss doch krank sein". Sie erwartet die gemeinsame Erarbeitung von Konzepten für den längerfristigen Umgang mit aggressiven, impulsiven, delinquenten, weglaufenden, drogenmissbrauchenden, parasuizidalen Kindern und Jugendlichen. Auch sie ist dabei an der Kontinuität der verantwortlichen Ansprechpartner interessiert (Stolle, 2003).

Die therapeutischen Grundstrukturen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Rotthaus, 1990) - Klarheit und Durchschaubarkeit; Fürsorge und Kontrolle; Stützung und Anleitung; Bestätigung und Auseinandersetzung; Bestärkung und Konfrontation - können die Diskussionsgrundlage gemeinsamer Konzepte bilden.

Dabei sollte das Thema "geschlossene Unterbringung" weder tabuisiert werden noch zum ideologischen Grabenkrieg verkommen, sondern als die gesetzliche Grundlage für therapeutische und pädagogische Konzeptionen mit "haltenden Bedingungen" diskutiert werden.

Autor:

Dr. med. habil. W. Kinze
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Luckauer Straße 17
15907 Lübben

Literaturhinweise

Debong, B.: Der schwierige Patient und seine Angehörigen.
ArztRecht 4 (2004) 90 - 94

Dettenborn, H. u. Walter, E.: Familienrechtspsychologie.

E. Reinhardt/UTB, München/Basel 2002

Ernst, K.: Freiwilligkeit und Zwang in der psychiatrischen Behandlung,
Dtsch. Ärzteblatt 1995 (1998) 2110 - 2113

Fegert/Späth/Salgo (Hg.): Freiheitsentziehende Maßnahme in Jugendhilfe und
Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster 2001

Gefahrbegriff bei vorläufiger betreuungsrechtlicher Unterbringung - Beschluss des
Bundesverfassungsgerichtes vom 23.03.1998.
Recht & Psychiatrie 16 (1998) 19 - 103

Günter, M.: Begutachtung im Familienrecht; in Venzlaff/Foerster: Psychiatrische
Begutachtung. Urban & Fischer, 4. Aufl., München/Jena 2004, 540 - 575

Gernert, W.: Jugendhilfe.
Reinhardt/UTB, 4. Aufl., München/Basel 1993

Hummel, P., Jaencke, B., Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung
von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie - Ärztliche Ent-
scheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen?
Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 52 (2003) 719 - 735

Jungmann, J. (Hg.): Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende
Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie. Krankenhauspsychiatrie 11 (2000) 70 - 73

Ottermann, B.: Leitlinien zur Einleitung von freiheitsbeschränkenden Zwangs-
maßnahmen in bayerischen Bezirkskrankenhäusern.
Krankenhauspsychiatrie 14 (2003) 73 - 75

Rotthaus, W.: Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie.
modernes lernen, Dortmund 1990

Rüth, U.: § 1631 b BGB - Die geschlossene Unterbringung Minderjähriger.
Spektrum 3 (1998) 68 - 69

Rüth, U.: Das jugendpsychiatrische Gutachten zur geschlossenen Unterbringung
Minderjähriger in der Jugendhilfe (§ 1631 b BGB) - Prozessdiagnostik und Ver-
mittlung von Hilfen.
Spektrum 5 (1999) 122 - 128

Sicherung von Patienten in einer psychiatrischen Klinik. Urteil des Bundesge-
richtshofes VsZR 377/99 vom 20.05.2000.
Recht & Psychiatrie 19 (2001) 42 - 43

Späth, K.: Internationales Kinderrecht und deutsche Wirklichkeit - Genehmigung
und Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Jugendhilfe.
Jugendhilfe 42 (2004) 30 - 39

Stolle, D.: Dissoziale Jugendliche zwischen Strafe, Hilfe und Justiz.
Iskopress, Salzhausen 2003

Trede, E.: Geschlossene Unterbringung in Heimen der Jugendhilfe.
Recht & Psychiatrie 21 (2003) 120 - 124

Zur Diskussion gestellt:

Co-traumatische Prozesse in der Eltern- Kind- Beziehung

Karl Heinz Pleyer

1. 0. Einleitung

Die Anregung, uns verstärkt mit neueren Erkenntnissen der Psychotraumatologie auseinander zu setzen, verdanken wir dem 10-jährigen Stephan, der uns Mitte der 90er Jahre zur Therapie³ überwiesen wurde. Die Schilderungen der Überweiser über seine Verhaltensauffälligkeiten und über die erzieherische Inkompetenz seiner Eltern erschienen für unseren Kontext zunächst keineswegs außergewöhnlich. Das Besondere an diesem Fall war lediglich, dass mir der Vater des Jungen und seine Geschichte noch gut in Erinnerung waren. Ich hatte ihn in den Anfangsjahren meiner Berufstätigkeit kennen gelernt. Damals hatte dieser, etwa im selben Alter, in dem jetzt sein Sohn war, viele Monate in einer kinderpsychiatrischen Langzeitstation verbringen müssen. Aufgrund von Misshandlungen und Vernachlässigung war er zwangsweise aus seiner Familie herausgeholt worden. Und wegen seiner extrem aggressiven Verhaltensauffälligkeiten konnte man ihn lange Zeit nicht in die Jugendhilfe vermitteln. Jetzt erfuhren wir, dass er nach verschiedenen Heimaufenthalten und einer Kette von Schwierigkeiten in Schule und Berufsanbahnung eine junge Frau mit ähnlich belastenden Kindheitserfahrungen geheiratet hat.

Am Ende der Behandlung ließen sich durchaus positive Verhaltensänderungen bei Stephan beobachten. Es gab jedoch einige Zweifel, ob die Wirkung der familientherapeutischen Interventionen bei den Eltern des Jungen eine hinreichende Stabilität des Erreichten gewährleisten würde. Jedenfalls blieben wir mit Skepsis zurück und spekulierten über Chancen und Risiken für die nächste Generation, wenn der Junge selbst in wenigen Jahren vielleicht Vater sein würde.

In diesem Fall war nicht etwa der Zusammenhang zwischen Stephans Symptomatik und seinen Beziehungserfahrungen sonderlich auffällig. Was in der Arbeit mit dieser Familie viel mehr beeindruckt hat, war der offen

³ Hier vorgetragene Erfahrungen sind im speziellen Arbeitskontext der "Tagesklinik für Kinder" der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Viersen gewonnen.

erkennbare katastrophale Zusammenhang zwischen eigenen Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen der Eltern und ihrer aktuell beobachtbaren Unfähigkeit, im Erziehungsalltag auf die eigene „gesunde“ Intuition zurückgreifen zu können, um die Bedürfnisse ihres Kindes angemessen wahrzunehmen und zu verstehen. Wir sahen uns deshalb in der Folgezeit veranlasst, den frühen Belastungserfahrungen von inkompetent erscheinenden Eltern viel mehr Beachtung zu schenken als zuvor. Und je intensiver wir uns mit den Erzählungen der Eltern über ihre Kindheitsgeschichten befassten und je mehr wir von ihren vorangegangenen Belastungen erfuhren, desto deutlicher wurden hinter erzieherischer Inkompetenz und scheinbaren Persönlichkeitsstörungen spezifische Merkmale einer Traumaverarbeitung erkennbar.

2. 1. Traumakonzepte in einem systemischen Denkrahmen?

Angesichts der aktuellen Flut von Veröffentlichungen und Tagungen über das Trauma fällt das Ergebnis einer Literaturrecherche in den Fachzeitschriften der systemischen Therapie und Familientherapie eher dürftig aus. Traumakonzepte werden von Systemikern immer noch mit Zurückhaltung zur Kenntnis genommen. In der Tradition tiefenpsychologischer Therapiekonzepte war das Trauma vor allem in seinen individuellen Auswirkungen von Interesse und ist überwiegend als Störungskonzept mit Krankheitswert beschrieben worden. Solche Beschreibungen und Deutungen traumatischer Phänomene erschienen eher sperrig in einem Denkrahmen, in dem „Probleme“ als Realitätskonstruktionen verstanden worden sind, die zwischen Individuen in Kommunikation entstehen. Aus der Perspektive unseres Arbeitskontextes erscheint es jedoch durchaus nahe liegend, das Traumageschehen als kommunikativen Prozess zu begreifen, der in der Regel im menschlichen Miteinander generiert wird und dann als (veränderte) individuelle Realitätsgestaltung Beziehungen konstituiert. Die Therapie traumatisierter Menschen kann dementsprechend auch als kooperatives Geschehen aufgefasst werden, in dem die Betroffenen neue Sichtweisen und eine neue Geschichte ihrer Erfahrungen entwickeln, um eine förderliche Weiterentwicklung und Beziehungsgestaltung zu ermöglichen.

Ludewig (2002, 67ff) hat für die Nutzung von „Störungswissen“ in der systemischen Therapie plädiert und die akademische Debatten über das Expertentum des Therapeuten für obsolet erklärt. Stattdessen fordert er Offenheit gegenüber den Bedürfnissen von Klienten (auch mit traumatischen Erfahrungen). Im Rahmen seines stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsangebotes hat er von der Therapie einer traumatisierten Jugendlichen berichtet (ders. 190ff) und hat zeigen können, wie sich Erkenntnisse der Psychotraumatologie respektvoll, ästhetisch und

zum Nutzen der Klienten in therapeutisches Handeln umsetzen lassen, ohne etwa den systemischen Konzeptrahmen zu stören. So lässt beispielsweise auch Korittko (2000), der über seine Erfahrungen aus der Mitarbeit in der Betreuung der Opfer der Bahnkatastrophe in Eschede berichtet hat, keinen Zweifel an der Notwendigkeit eines systemischen Ansatzes in der therapeutischen Betreuung der Opfer und ihrer Angehörigen.

Auf Seiten der noch jungen Disziplin der Psychotraumatologie ist eine Öffnung gegenüber systemischen Betrachtungsweisen unverkennbar. Die Darstellung von Traumaphänomenen beschränkt sich nicht mehr ausschließlich auf beeindruckende Beschreibungen irreparabel anmutender Schäden. Im Hinblick auf die hohe Plastizität psychobiologischer Anpassungsleistungen haben Fischer u. a. (1999) vorgeschlagen, das Trauma als komplexes Geschehen zu begreifen, welches nicht auf den Moment der Schädigung beschränkt bleibt, sondern seine Bewältigung mit einschließt. Eine solche Sicht steht einem ressourcenorientierten Umgang mit traumatisierten Klienten nicht im Wege. Symptombildungen als Folgen einer Traumatisierung werden als psychobiologische Schutzreaktionen betrachtet, die nicht nur Einschränkungen darstellen, sondern Immunisierungsprozesse in Gang setzen, eine Stärkung der Abwehr gegen weitere Belastungen zur Folge haben und unter Umständen auch die Entwicklung von Resilienz begünstigen können.

Neurobiologen betonen die Nutzungsabhängigkeit des Gehirns, seine Fähigkeit zur lebenslang andauernden Anpassung an die Herausforderungen der Umgebung und seine Bereitschaft zur permanenten Reorganisation (Hüther 2001, 97). Jede (noch so schwache) Erfahrung führt zu einer neuen neuronalen Verschaltung mit der Tendenz, sich im Wiederholungsfall strukturell zu verfestigen (Spitzer 2002). Insofern muss es keineswegs überraschen, wenn starke (traumatische) Erfahrungen zu signifikanten strukturellen Veränderungen führen. Dass schwere traumatische Belastungen zum Absterben von Zellsystemen führen und die Morphologie des Gehirns z. B. im Sinne einer Volumenverringerungen des Hippocampus, der Amygdala und des corpus callosum, (van der Kolk 1999, 57ff), beeinflussen können, ist mehrfach repliziert worden. Es werden jedoch auch die damit verbundenen protektiven Funktionen betont. So schützt z. B. ein mangelhaft arbeitender Hippocampus das Individuum vor den nicht verkraftbaren Erinnerungen an Schrecken, Angst und Hilflosigkeit (van der Kolk, 1999, 73) und ermöglicht so eine stressreduzierte Alltagsbewältigung. Demnach stehen uns zweierlei Betrachtungsweisen zur Verfügung: Traumata sind in ihrer zerstörenden Wirkung ernst zu nehmen. Sie können aber auch als „Ver-„ Störungen bestehender Verschaltungen verstanden werden, die eine schadensregulierende Sofortmaßnahme des Gehirns im Sinne einer Notfallreaktion hervorrufen. Diese fordern eine

Neuorganisation heraus. „Die Aneignung neuer Bewertungs- und Bewältigungsstrategien, grundlegende Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln werden durch die vorangehende Destabilisierung und Auslöschung unbrauchbar gewordener Muster erst ermöglicht“ (Hüther 2002, S. 99).

Auch in der Bindungs- und der Säuglingsforschung, die vieles zum Wissen über frühe Traumatisierungen beigetragen haben, treffen wir zunehmend interaktionelle und systemorientierte Betrachtungsweisen an. Das Interesse an den Auswirkungen traumatischer Vernachlässigung auf die Kindesentwicklung geht längst über einseitige Ursache- Wirkungs- Beschreibungen hinaus. Da liegt der Fokus nicht mehr ausschließlich auf den Kindern in der Rolle der Opfer. Mütter und Väter sind nicht mehr allein auf die Verursacher- bzw. Täterrolle festgeschrieben.

2. 2. Kritische Anmerkungen zur Definitionspraxis des Traumas

Im Kern wird gegenwärtig das Trauma als seelische Verletzung definiert, die entsteht, wenn das Individuum sich als überfordert erlebt, einer existenziellen Bedrohung durch Flucht auszuweichen oder sie durch Kampf abwenden zu können und so nachhaltige Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und schutzlosem Ausgeliefertsein erlebt werden. Die Folgeerscheinungen bestehen je nach Intensität des Stresserlebens, Konstitution, Resilienz und verfügbarem Ressourcenkontext in einer mehr oder weniger tief greifenden Schädigung des Selbstschutzsystems auf der biologischen, psychologischen und sozialen Ebene. Die Symptome werden vier Hauptkategorien zugeordnet: (1.) eine übersteigerte Wachsamkeit gegenüber einer möglicherweise wiederkehrenden Gefahr (Übererregbarkeit), (2.) unauslöschliche Erinnerungsspuren, die sich aufdrängen und ungewollt wiederkehren (Intrusionen), (3.) ein Mechanismus, der affektive und kognitive Elemente der Traumaerfahrung getrennt voneinander aufbewahrt bzw. fragmentiert, um den Organismus vor Reizüberflutung zu schützen (Dissoziation) und (4.) eine allgemeine Tendenz zu vermeiden, zu ignorieren und aus dem Bewusstsein zu verbannen, um dem schmerzhaft Erlebten keinesfalls wieder zu begegnen (Konstriktion).

Der Konsensprozess über nosologische Abgrenzungen im Bereich der Traumaphänomene scheint keineswegs abgeschlossen. Wir finden einerseits Befürworter einer eingeschränkten Verwendung des Traumabegriffs als Störung. Sie ziehen es vor, z. B. Todesfälle, chronische Krankheiten oder Ehekonflikte nicht als traumatische Ereignisse im Sinne der Definition aufzufassen und deshalb bei solchen Phänomenen nicht von einer „Störung“ sondern von „Belastungsreaktionen“ zu sprechen, weil sie zu den

normalen Erfahrungen des Menschen zählen (z. B. Herbert 1999, 12). Eine solche Argumentation vernachlässigt die Tatsache, dass weniger die Auslöser das Trauma und seine Bewältigung beeinflussen als das Erleben des Betroffenen. Andererseits ignoriert sie die Wirkungen „sequentieller“ (Keilson 2002, 44ff) und „kumulativer“ Traumata (Khan 1963), die hinter den so genannten Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen erkennbar werden (Bürgin 1999, 128, Herman 2003, 164). Yule (1994) z. B. sieht keine Anhaltspunkte dafür, dass Traumata, die durch krisenhafte Beziehungsphänomene wie Paarkonflikte, Trennungen oder fortgesetzte Unterdrückung hervorgerufen sind, sich in ihrer psychologischen Auswirkung, im Ausmaß und in der Art von Belastungsreaktionen von anderen Traumata unterscheiden lassen. Judith Herman beschreibt als Konsequenzen solcher Eingrenzungen, dass viele Missbrauchsoffer als solche unerkannt durch die Institutionen des Gesundheitswesens wandern und nicht selten in der Psychiatrie landen. In Fehldiagnosen sieht sie die Gefahr einer weiteren Traumatisierung von Opfern durch Fachleute (Herman 2003, 164f). Eingengegte Definitionen mögen den Bedürfnissen von Kostenträgern und deren Gutachtern entgegenkommen. Ob sie den Verstehensprozess bei Therapeuten und Klienten begünstigen, bleibt fraglich.

Es entspricht auch den eigenen Beobachtungen, dass sich hinter vielen Phänomenen des Verhaltens und Erlebens, die mit den gängigen kinderpsychiatrischen Diagnosen belegt werden, traumatische Verarbeitungsprozesse verbergen, die als solche nicht zur Kenntnis genommen werden. So tauchen z. B. bei Durchsicht der Überweisungsdiagnosen der zu uns überwiesenen Kinder in den letzten Jahren keine einzige der in der ICD10 vorgesehenen Kodierungen für Belastungsreaktionen auf. Explizit formulierte Hinweise auf eine Traumasymptomatik fehlten ebenso. Stattdessen finden wir in ca. 90% der Fälle als Überweisungsdiagnosen ein ADS, ADHS oder HKS⁴. Offenbar tendieren die überweisenden Fachleute dazu, bei kindlichem Symptomverhalten eher an das Vorliegen von Entwicklungsbehinderungen, organisch bedingten Erkrankungen, Persönlichkeitsmerkmalen oder an Erziehungsfehler zu glauben, als an post-traumatische Bewältigungsmechanismen. Dies steht möglicherweise auch damit im Zusammenhang, dass die ICD10 keine Spezifizierungen für Kinder und Jugendliche vorsieht. Jugendliche mögen in einigen ihrer typischen Verarbeitungsmuster noch mit Erwachsenen vergleichbar sein. Kinder zeigen natürlich auch post-traumatische Reaktionen, jedoch, weil sie in Entwicklung begriffen sind, mit einer weit diskreteren Symptomatik, als sie bei Erwachsenen beschrieben werden (s. z. B. auch Terr 1995).

⁴ Aufmerksamkeitsdefizit- Syndrom (ADS), Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts- Syndrom (ADHS) Hyperkinetisches Syndrom (HKS)

2. 3. Traumaphänomene sind in unserem Arbeitskontext eher die Regel als die Ausnahme

Gegenüber Modeerscheinungen in Fachdiskursen ist naturgemäß eine gewisse skeptische Vorsicht geboten. Wenn Themen sich so beeindruckender „Einschaltquoten“ erfreuen, wie zurzeit das Trauma, werden leicht auch Übertreibungen transportiert und unangemessene Heilungserwartungen geweckt. Es kann nicht sinnvoll sein, alle psychischen Belastungen als traumatisch einzustufen, hinter jeder Verhaltensauffälligkeit ein Trauma zu suchen und jeden schwierigen Klienten als Traumapatienten zu etikettieren. Andererseits muss man nicht ausschließlich mit Opfern von Krieg, Gewaltverbrechen oder Naturkatastrophen beschäftigt sein, um dem Trauma und seinen Bewältigungsmechanismen zu begegnen. In den Anamnesen unserer Familien finden wir eine weit überproportionale statistische Häufung schwerwiegender prä-, peri- und postpartaler Belastungen und früher Vernachlässigungs- Misshandlungs- und Trennungserfahrungen mit traumatischem Charakter. Deshalb scheint die Vermutung berechtigt, dass bei Familien, die ihre Kinder bei Therapeuten oder in der Jugendhilfe vorstellen, das Vorliegen traumatischer (Vor)- Erfahrungen sowohl bei Eltern wie auch bei Kindern eher die Regel darstellt als die Ausnahme.

„Schocktraumata“, von Leonore Terr (1995) als Traumatyp I klassifiziert, bei denen Individuen einem einzelnen dramatischen Ereignis zum Opfer gefallen sind, tauchen in unserem Arbeitskontext eher selten auf. Sehr häufig sind wir allerdings mit Traumaprozessen konfrontiert, die durch ein komplexes Geschehen in einer traumatischen Beziehungskonstellation (Typ II) zustande gekommen sind. Typisch für unsere Fälle ist eher das Zusammenwirken mehrerer Belastungsfaktoren. Häufig erfahren wir von „sequenziellen“ Traumata (Keilson 1979), die sich in den Lebensgeschichten von Eltern und Kindern aneinander reihen, sodass jeweils alten Schäden neue hinzugefügt worden sind. Keilson hat Kinder jüdischer Eltern in der Nachkriegszeit untersucht und beschrieben, dass die erlebten Traumasequenzen im Verlauf des Lebens einerseits zusammenwirkten, andererseits in der Verarbeitung unterschiedliche Auswirkungen hatten, je nach dem, in welchen Phasen sie erfolgt waren. Er konnte zeigen: je früher die Belastung, desto nachhaltiger die Auswirkung im Erwachsenenalter. Ein weiteres sehr bedeutsames Phänomen, dem wir bei unseren Kindern und ihren Eltern begegnen, besteht in der Kumulation traumatischer Erfahrungen. Nach Kahn (1963) sind „kumulative Traumata“ dann gegeben, wenn Dauerbelastungen sich zu einem traumaäquivalenten Gesamtergebnis summieren, obwohl jedes Einzelereignis für sich unterhalb der Traumaschwelle liegt.

3. 1. Ein für unseren Kontext alltäglicher Fall

Um einen für unseren Arbeitskontext typischen Fall darzustellen, sei die Geschichte des 13-jährigen Sven beschrieben.

Sven wurde anlässlich seines drohenden Rauswurfs aus der Realschule zu uns geschickt. Dort sei er Außenseiter und falle durch umfassende Leistungsverweigerung, Unruhe, Unaufmerksamkeit, aggressives Stören, mangelnde Lenkbarkeit und Tics auf.

Die Mutter berichtet, dass das Kind von klein auf schwierig gewesen sei. Der Junge höre nicht auf sie, nehme sie nicht ernst und mache was er wolle. Sie wisse schon lange nicht mehr, wie sie mit ihm umgehen solle. Sie habe Angst, dass Sven auf die schiefe Bahn geraten könne, wenn es so weiterginge. Sie listet eine ganze Reihe von Hilfs- Förder- und Therapiemaßnahmen auf, die sie seit Kleinkindzeiten für Sven in Anspruch genommen habe. U. a. sei eine etwa drei Jahre dauernde Einzelpsychotherapie über 280 Sitzungen wegen einer primären Enkopresis durchgeführt worden, die mit dem Aufhören des Symptoms beendet wurde, als Sven 12 Jahre alt war.

Sven sei zweites Kind und Wunschkind gewesen mit einem regelgerechten Schwangerschaftsverlauf. Nach einer sehr schwierigen Geburt sei er wegen einer Infektion sofort in ein Kinderkrankenhaus verlegt worden. Die Mutter habe den Säugling erst gar nicht zu Gesicht bekommen. Wegen hohen Blutverlustes habe ihr eigenes Überleben auf dem Spiel gestanden. Der Vater habe das Kind auf der Intensivstation regelmäßig besucht. Erst nach zwei Wochen habe die Mutter ihr Kind sehen können. Weil es an viele Schläuche angeschlossen gewesen sei und so zerbrechlich ausgesehen habe, habe sie Angst gehabt, es anzufassen und sich nicht getraut, es auf den Arm zu nehmen. Das habe ihr Mann übernehmen müssen. Zu Hause habe der Säugling dann nur geschrieen. Sie sei verzweifelt gewesen, weil es ihr durch nichts gelungen sei, das Kind zu beruhigen. Es habe auch von ihr keine Nahrung angenommen. Sie habe es ihrem Mann und ihrer Mutter überlassen, das Kind zu füttern. Auch mit der Sauberkeitsentwicklung sei es ein Kampf gewesen, den sie irgendwann aufgegeben habe. Eigentlich habe man bei Sven immer alles erzwingen müssen. Das sei bis heute so.

Betrachten wir zunächst die Auswirkungen auf das Kind, lässt sich heute nicht mehr differenzieren, welchen Einfluss die Infektion selbst, die Trennung des Kindes von seiner Mutter, die Hospitalisierung mit den medizinischen Eingriffen und zuletzt die inkonsistente Beziehungsgestaltung durch unterschiedliche Bezugspersonen in der Primärversorgung (Säuglingschwestern, Vater, Oma und Mutter) im Einzelnen hatten. Auf dem Hintergrund neurobiologischer Erkenntnisse besteht kein Zweifel, dass in so frühem Alter jeder dieser Faktoren als potentiell traumatisch in Betracht gezogen werden muss. In der Kumulation jedenfalls kann eine folgenreiche Beeinträchtigung der Hirnentwicklung des Säuglings mit unauslöschlichen Erinnerungsspuren an Schmerzen, Verlassenheitsangst und existenzielles Panikerleben nicht ausgeschlossen werden.

Betrachten wir die weitere Entwicklung des Jungen, so sind zusätzlich erhebliche Belastungsfaktoren zu berücksichtigen, die sich über die Jahre kumulierend aneinander gereiht und sein Selbstwertgefühl geschwächt haben: permanente Frustrationen durch sensumotorische Ungeschicklichkeit und dysfunktionalem Körpererleben, eine permanent angespannte, durch Ambivalenz gekennzeichnete Beziehungsgestaltung innerhalb seiner Familie verbunden mit der Zuweisung einer Sündenbockrolle, soziale Zurückweisungen außerhalb der Familie seit der Kindergartenzeit mit Episoden von Mobbing durch Gleichaltrige, Leistungsversagen in der Schule und eine generalisierte, immer intensiver werdende Erfahrung von Ausweglosigkeit.

Aktuell waren bei Sven Symptome beobachten, die als typisch für traumatische Verarbeitungsprozesse beschrieben werden. Eine „Übererregung“ im Sinne von ständiger innerer Unruhe und Getriebenheit, von Hyperaktivität, einer ständig erhöhten Anspannung und einer Unfähigkeit, motorisch und psychisch in Entspannung zu kommen. „Intrusionen“ waren unserer Beobachtung nur indirekt zugänglich. Sven berichtete von periodisch auftauchenden für ihn nicht erklärlichen Angstträumen mit nächtlichem Einnässen. Unerwartet auftauchende Affektschwankungen im Alltag ließen sich hypothetisch als Angsteinbrüche deuten. Und auffällig war seine Neigung, im Spiel Horrorphantasien auszuleben und sich häufig angeberisch in Mutproben zu stürzen. Phänomene der „Konstriktion“ waren augenfällig in Leistungssituationen und im Wettbewerb mit Gleichaltrigen zu beobachten. Sven neigte dazu, Unterlegenheits- und Hilflosigkeitsgefühle präventiv zu vermeiden. Er brach Spiele ab, um nicht zu verlieren, konnte keine Fehler eingestehen und zeigte eine Tendenz, seine Leistungsmöglichkeiten zu überschätzen und seine Grenzen zu leugnen.

Die hier aufgezeigten Zusammenhänge zwischen Belastungserfahrungen und Symptomentwicklung gehören zur vertrauten Perspektive von Kinder-

therapeuten. Der in dieser Arbeit gewählte Fokus liegt vor allem auch auf den Auswirkungen auf Seiten der Eltern. Um diese näher zu beleuchten, sei zunächst ein Exkurs gestattet über die Elternrolle und ihre Vulnerabilität.

3. 2. Eltern- Kind- Beziehung, ein intuitiver koevolutionärer Prozess

Säuglingsforscher haben zeigen können, wie Kinder bereits in der Phase der vorsprachlichen Kommunikation in eine „geregelter Interaktion“ mit der Mutter bzw. einer Pflegeperson eintreten. Aus ihren Beobachtungen resultiert die Annahme von psychobiologisch und kulturell determinierten, regelmäßig ablaufenden und hoch koordinierten Verhaltensprogrammen, nach denen sich stabile Kommunikationsmuster in der Triade zwischen Säugling, Mutter und Vater ausbilden (Papoušek u. a. 1979, 201). Im Prozess des sog. „intuitive parenting“ greifen Eltern auf ein „genuines know-how der nonverbalen Verständigung mit dem Baby als implizites Kommunikationswissen“ zurück (Papoušek u. a. 2003, S.141). Sie gewinnen ihre parentale Kompetenz auf dem Hintergrund eines genetisch verankerten Programms im reflexiven Dialog mit ihrem Kind. Und der „kompetente Säugling“ (Dornes 1993), ausgestattet mit biologisch vorgegebenen selbstregulatorischen Fähigkeiten, kann in dem komplexen Lern- und Entwicklungsprozess der wechselseitigen Koordination durchaus auch in einer aktiven Rolle als Lehrer seiner Eltern gesehen werden. Für die Entschlüsselung der sich weiter entwickelnden kindlichen Bedürfnisse gibt es weder Lexika noch Bedienungsanleitungen. Eltern bleiben in der Verständigung und in der Wahrnehmung ihrer parentalen Funktion einerseits auf ihre eigene Intuition, andererseits auf die Kooperation ihres Kindes angewiesen. So gesehen gibt es keinen Grund, den Prozess des „Intuitive Parenting“ nach dem Säuglings- oder Kleinkindalter für abgeschlossen zu halten. Es gehört zur Alltagserfahrung in Familien, dass sich der interaktive Lernprozess zwischen Eltern und Kind mit entwicklungspezifisch veränderten Anforderungen permanent fortsetzt. Es erscheint nützlich, in der therapeutischen Zusammenarbeit mit Eltern von Kindern aller Altersstufen davon auszugehen, dass sie sich in einem fortlaufenden Prozess befinden, in dem das „Parenting“ als Aufgabe und Herausforderung (vor allem im Erleben der Eltern) mehr oder weniger gut gelingt bzw. auch scheitern kann.

3. 3. Erlebtes Scheitern der Elternschaft als Bedingung für ein „parentales“ Trauma

Unter den Hauptbelastungsquellen für Mütter werden Herausforderungen durch die prä-, peri- und postpartalen Anpassungsprozesse und der Ku-

mulation von psychosozialen Risikobelastungen die negativen Rückkopplungssignale aus den Interaktionserfahrungen mit dem schwierigen Kind als wichtigste Stressfaktoren herausgestellt (vergl. Stern 1998(2)). Seine Einschätzung scheint in Befunden der empirischen Forschung zur Stressbelastung von Müttern Bestätigung zu finden. Z. B. wurde eine Analyse der widersprüchlichen Untersuchungsergebnisse über die Stressbelastung von Müttern chronisch kranker Kinder so interpretiert, dass Erkrankungen oder Behinderungen des Kindes nur dann von Müttern als unkontrollierbare Stressbelastung (also traumatisch) erlebt werden, wenn beim Kind gleichzeitig auch Verhaltensstörungen wahrgenommen werden (vergl. Tröster, 1999, 53f). Auf dem Hintergrund klinischer Erfahrung ergibt sich hypothetisch eine plausible Erklärung: Eine Krankheit oder die Behinderung eines Kindes ist für eine Mutter nicht zwangsläufig eine traumatische Belastung. Kommt jedoch eine erlebte Beziehungsstörung hinzu, wird es wahrscheinlicher, dass die Belastung als nicht mehr bewältigbar erlebt und so traumatisch wird.

Stern (1998(2), 209ff) schreibt der Mutter eine „elementare Verantwortung“ zu, die in einer erhöhten Wachsamkeit und Angstbereitschaft zum Ausdruck kommt, da ihr bewusst ist, dass das Leben eines anderen Menschen allein von ihr abhängt. Ihre mentale Struktur erfahre in der „Mutterchaftskonstellation“ eine radikale Neuorganisation ihrer Einstellungen, Wahrnehmungen, Gefühle und Phantasien, durch die sie biologisch und psychologisch für ihre Rolle disponiert wird, um die Überlebenseicherung des Säuglings gewährleisten zu können. U. a. wende sich ihre Aufmerksamkeit weg von Männern hin zu Frauen, insbesondere zur eigenen Mutter bzw. zu erfahrenen Frauen aus der Herkunftsfamilie. Ihre Interessen verlagern sich und verengen sich auf Themen wie Gesundheit und Ernährung. An ihrem Mann interessiert sie weniger, wie er als Mann und als Partner ist, sondern mehr, in welcher Weise er Vater ihres Kindes ist. Die psychische Befindlichkeit, der zentrale Selbstwert einer jungen Mutter ist nach Sterns Überzeugung von ihrer Einschätzung bestimmt, wieweit es ihr gelingt, im Sinne der Evolution kompetent zu sein. „Die Vorstellung einer Mutter, kein kompetentes Tier zu sein, ist katastrophal und damit ist große Angst verbunden.“ (1998 (1), S.107).

Als Grundkriterien der traumatischen Konstellation werden u. a. die Berührung eines vitalen Bedürfnisses, die Unentrinnbarkeit der Situation und die Unmöglichkeit genannt, zwischen Flucht und Angriff zu wählen. Dies trifft prinzipiell für belastete Eltern- Kind- Beziehungen zu. Die biologisch verankerte existentielle Verantwortung als wesentlicher Bestandteil des mütterlichen Selbstwerterlebens ist zugleich mit dem intuitiven Bewusstsein der Unentrinnbarkeit verbunden. Insbesondere junge Mütter beschreiben gelegentlich eine hieraus resultierende Dauerbelastung, die sich über die

ersten Lebensjahre des Kindes erstreckt, auch dann, wenn keine außergewöhnlichen Probleme hinzukommen. Wenn Mütter jedoch glauben, das Ziel einer gedeihlichen Entwicklung ihres Kindes zu verfehlen und wenn sie in der konkreten Erziehungspraxis trotz aller Lösungsbemühungen permanent erfolglos zwischen Flucht und Angriff stecken bleiben, sind zentrale Ausgangskriterien für eine traumatische Situation erfüllt. Die Folgen einer solchen Situation sind je nach Vulnerabilität, vorhandenem Ressourcenkontext, verfügbaren Bewältigungsmechanismen und Resilienz-faktoren etc. sicher unterschiedlich. Werden die Bewältigungsmöglichkeiten nachhaltig überfordert, ist prinzipiell mit denselben Folgen zu rechnen, wie sie auch im Falle einmaliger katastrophaler Traumaerfahrungen beschrieben werden: das Erleben von extremer Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein in existentieller Bedrohung mit den Symptomen Übererregung, Intrusionen und Konstriktion. In der Beziehungsgestaltung mit den Kindern beobachten wir Verzerrungen in der Wahrnehmung, Anpassungs- und Unterwerfungsstrategien etc. (Herman, 2003) und dauerhafte Veränderungen im Selbst- und Weltverständnis (Fischer et al. 1999, 85).

In der klinischen Arbeit offenbart sich letztlich immer die eine grundlegende Angst der Eltern, nämlich ihr Kind zu verlieren. Eine solche Angst kann begründet sein in einer vitalen Bedrohung des Kindes oder in einer Verlust Erfahrung mit einem verstorbenen älteren Kind, die als Verlustangst auf das jüngere Kind übertragen wird. Andere Angstvorstellungen können darin bestehen, die Trennung vom Kind als unausweichlich letzte Lösung zu sehen, weil die Beziehung zu ihm als unerträglich aversiv und nicht reparabel erlebt wird. Die am häufigsten vorkommende Variante sehen wir in einem nachhaltigen Versagenserleben in einem wichtigen Erziehungsziel, sodass die Sorge besteht, das Kind könnte (später) im Leben nicht zurechtkommen (und auf diese Weise verloren gehen). Nach unseren Beobachtungen können ein erlebter Verlust der Beziehung zum Kind oder das Scheitern in der elterlichen Funktion gleichermaßen schwerwiegend und belastend erlebt werden wie eine vitale Bedrohung bzw. der physische Verlust eines Kindes. Wenn ein so schwerwiegendes Erleben von Verlust oder Scheitern in der Elternrolle die Bewältigungsmöglichkeiten von Eltern überfordert, scheint es angemessen, von einem „parentalen Trauma“ zu sprechen.

3. 4. Die Bewältigung des „parentalen Traumas“

Zunächst möchte ich zum Fall des 13-jährigen Sven zurückkehren, um die Auswirkungen auf der Elternseite zu beleuchten. Bei Svens Mutter waren ebenso wie bei ihrem Kind verschiedene Stressoren zu identifizieren, deren Auswirkungen im Einzelnen nicht genau einschätzbar sind: Die eigene

Todesangst aufgrund des hohen Blutverlustes, das biologische Scheitern als Mutter, der es nicht gelungen ist, ihr Kind gesund zur Welt zu bringen, das Verlusterleben bei der Wegnahme ihres Kindes, die Angst um dessen Überleben, die Enttäuschung, ihr Kind nicht auf den Arm nehmen und es nicht „stillen“ zu können und generell mit dem „Wunschkind“ kein beglückendes Miteinander erleben zu können.

Als Sven erstmalig von seiner Mutter vorgestellt wurde, war sie offensichtlich in einem Zustand von größter Verzweiflung, Angst und Scham. Die Art, wie sie nach 13 Jahren die Geburtsergebnisse beschrieben hat, machte für die Interviewer die Schrecken spürbar, die mit dem Erlebten verbunden sein mussten. Unübersehbar waren aber bei ihrer Schilderung die Merkmale der traumatischen Verarbeitung: Die Erzählweise der ansonsten redegewandten Frau erschien uns inkohärent. Die latent widerwillig beschriebenen Bruchstücke mussten durch mühsames Nachfragen zusammen gepuzzelt werden. Die konstruktiven Mechanismen im Umgang mit den Erinnerungen wurden deutlich in der Art, wie Trauer und Schmerz „heruntergespielt“ bzw. verleugnet wurden in einer Weise, dass es den Zuhörern affektiv unangemessen und irritierend erschien. In der Beschreibung der Symptomatik des Jungen erschien die Mutter ambivalent. Einerseits versuchte sie, in ihrer Verzweiflung gegenüber Svens unerwünschten Verhaltensauffälligkeiten verstanden zu werden. Sie wollte zum Ausdruck bringen und verdeutlichen, wie sehr sie einzelne Verhaltensweisen des Jungen ablehnt. Andererseits nahm sie ihren Jungen in Schutz und versuchte für alles eine entlastende Erklärung zu finden, insbesondere da, wo Lehrer sein Fehlverhalten beklagten. Insgesamt wirkte diese Mutter in Bezug auf ihr Kind hilflos gefangen im Widerspruch zwischen Annahme und Ablehnung, zwischen Sehnsucht nach Nähe und Abneigung. Verborgene Schuldgefühle mischten sich mit einer akuten Angst vor den Folgen einer fortschreitenden Fehlentwicklung des Jungen und seinem schulischen Scheitern, dem Schmerz über die permanenten wechselseitigen Verletzungen und die Furcht, sich möglicherweise in letzter Konsequenz von dem Jungen trennen zu müssen. Die Art ihrer Selbstdarstellung konnte bei Helfern durchaus Impulse von Zurückweisung und Abwertung auslösen, Reaktionen, die in höchstem Maße geeignet sein konnten, in ihrer aktuellen Ausweglosigkeit zu einer erneuten traumatischen Erfahrung zu werden.

Svens Vater sei der Vollständigkeit halber hier erwähnt. Er schilderte ein seit der Geburt eher nahes und unkompliziertes Beziehungserleben gegenüber seinem Sohn. Aus dem Erziehungsalltag hat er sich in den letzten Jahren weitgehend zurückgezogen. Er kritisierte die Erziehungspraxis seiner Frau, hat ihr seine Unterstützung entzogen und war ihr gegenüber diesbezüglich resigniert und ablehnend eingestellt. Er beschrieb sich im

Kern deshalb als hilflos, weil er seine Frau nicht ändern könne. Bei ihr sah er die Ursache für die Schwierigkeiten des Jungen.

„Parentale Hilflosigkeit“ als Merkmal traumatischer Verarbeitung

Hilflosigkeit wird in allen Traumadefinitionen als eine dominante Erlebensqualität beschrieben. Fischer (1999, 84) verweist bzgl. der Phänomenologie des Traumas auf Seligmans Konstrukt der „erlernten Hilflosigkeit“ (1972) und findet darin eine zutreffende phänomenale Beschreibung des Traumas auf der psychologischen Ebene. In begrifflicher Anlehnung an Seligman wurde das Konstrukt der „parentalen Hilflosigkeit (PH)“ vorgeschlagen (Pleyer 2003, 467ff). Es stellt den Versuch dar, das in unserem Kontext beobachtete typische Erleben und Verhalten von Eltern im Umgang mit dem beklagten Symptomverhalten ihres Kindes in vier zentralen Merkmalen zu erfassen. Die PH geht deutlich über eine vorübergehende Ratlosigkeit in schwierigen Erziehungssituationen hinaus. Sie ist nicht gleichzusetzen mit einer generellen Erziehungs- bzw. Beziehungsunfähigkeit oder gar Lebensuntüchtigkeit der Eltern. Hilflosigkeit begegnen wir in den Selbstbeschreibungen unserer Eltern auf den Ebenen der Kognitionen (u. a. als Verlust der parentalen Wirksamkeitsüberzeugungen), der Affekte (emotionale Verflachung, Energieverlust und resignative Kapitulation) und im konkret beobachtbaren Lösungs- und Erziehungsverhalten (untauglich erscheinende Lösungsversuche, die nach dem Muster „Mehr desselben“ oft über lange Zeit nutzlos wiederholt werden). PH ist nicht als Defizitfestschreibung im Sinne eines stabilen Persönlichkeitsmerkmals oder einer stabilen Eigenschaft gemeint, eher als spezifisches Merkmal des Erlebens und Verhaltens in einem vielschichtigen fließenden Prozess individueller Lösungsversuche und Bewältigungsbemühungen. PH stellt sich im Sinne einer Folge- bzw. Begleiterscheinung eines nachhaltig erlebten Scheiterns in dem Versuch, erwünschte Erziehungsziele bzw. (Verhaltens-) Änderungen beim Kind zu bewirken, vielfach als ein typisches Merkmal traumatischer Erfahrung dar.

In unserem Beobachtungskontext ließen sich vier zentrale Merkmale der PH unterscheiden:

1. eine verengte oder verzerrte Art von Eltern, ihre Kinder wahrzunehmen,
2. eine Konfliktvermeidung im Umgang mit dem Symptomverhalten und Vermeidung von Präsenz,
3. eine Tendenz, die Erziehungsverantwortung zu umgehen oder sie an andere zu delegieren und
4. die Tendenz, sich (in der Erziehung) zu isolieren und Kooperation mit Erziehungspartnern zu vermeiden.

Die Hilflosigkeit von Eltern und die dazugehörigen Bewältigungsmechanismen beschränken sich in ihrer Wirkung keinesfalls allein auf ihr eigenes individuelles Erleben. Sie haben immer auch eine Auswirkung auf das Erleben des Kindes mit einer entsprechenden Rückwirkung. Kinder erleben parentale Hilflosigkeit als Kompetenzverlust ihrer Eltern und gegebenenfalls als Beschneidung in ihren vitalen Bedürfnissen. Dies kann ihre Bewältigungsmöglichkeiten je nach Intensität, verfügbaren Kompensationsmöglichkeiten etc. übersteigen und traumatisch verarbeitet werden.

Zur rekursiven Bezogenheit von Hilflosigkeit und Symptombildung

Im Zustand anhaltender Hilflosigkeit büßen Eltern ihre stärksten parentalen Ressourcen ein: ihre Wirksamkeitsüberzeugung, das Vertrauen in ihre Intuition und ihre Sicherheit, als Eltern vom Kind angenommen zu sein. Dies führt über die Zeit zu einer Tendenz, ihre erzieherische und versorgende Aufgabe abzugeben, sie Anderen zu überlassen oder zu übertragen. Wenn ihre Hoffnung schwindet, die Beziehung zum Kind aus eigener Kraft zufrieden stellend gestalten zu können, geben sie nicht selten Signale an andere Menschen, die bereit zu sein scheinen, in die entstehende Verantwortungslücke einzuspringen. Sie vermeiden es (im Sinne eines „konstriktiven“ Mechanismus) zunehmend, sich mit dem Problemverhalten ihres Kindes auseinander zu setzen. Sie umgehen oder ignorieren das Problemverhalten, gehen auf Distanz und sind für das Kind nicht mehr präsent. Dem Kind gehen orientierende Vorgaben und Grenzsetzungen verloren.

Das Kind antwortet auf die elterlichen Bewältigungsreaktionen mit Übererregung, i. S. einer erhöhten Wachsamkeit gegenüber weiteren Verletzungen bzw. mit Reaktanz, einer erhöhten (kreativen) Aktionsbereitschaft, die das Ziel verfolgt, Handeln und Entscheiden auf Seiten der Eltern herauszufordern und sie präsent zu machen. Verfestigen sich solche Verhaltensbereitschaften zu gelernten Mustern, so werden sie von Eltern und Lehrern als unerwünschtes Verhalten beschrieben und von Fachleuten als „Symptome“ etikettiert und kodiert.

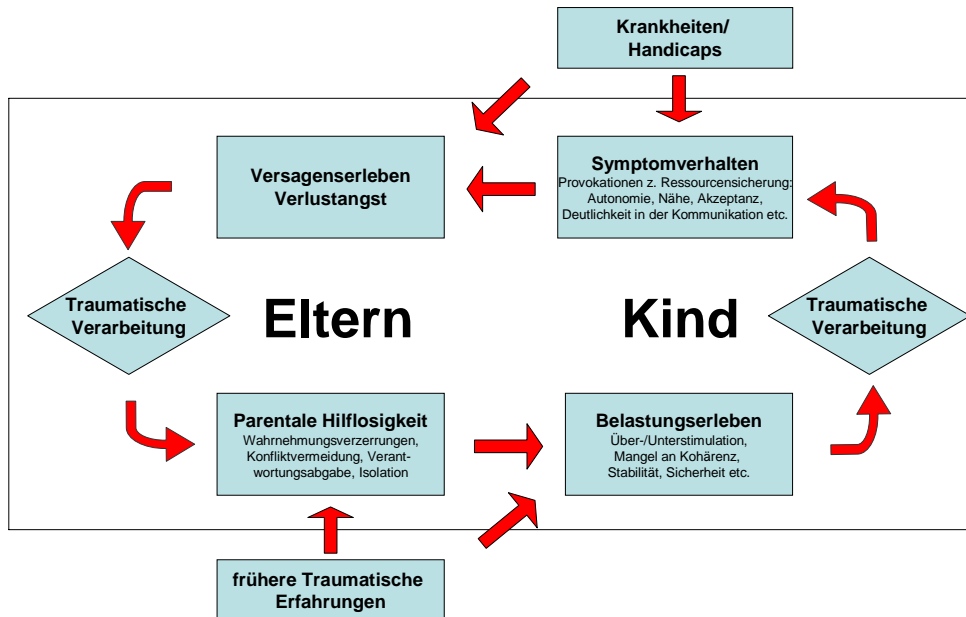


Abb.: Co- traumatische Prozesse in der Eltern- Kind- Beziehung

Auf Seiten der Eltern wiederum führt dies oft zu noch stärkeren oder neuen Versuchen, ihre Distanzierung aufrecht zu erhalten. Es erzeugt vermehrten Stress beim Elternteil und wird, sofern es seine Bewältigungsmöglichkeiten überfordert, traumatisch erlebt. So verknüpfen sich elterliche Bewältigungsversuche in rekursiven Ursache- Wirkungs- Schleifen mit dem so genannten kindlichen (Symptom-) Verhalten, um in stabile Teufelskreise einzumünden (s. Abb.). Diese neigen zur Chronifizierung, weil auf Grund ihrer wechselseitigen biologischen und psychologischen Abhängigkeit weder die Eltern noch das Kind der Beziehung entfliehen können. So kommt es über die Zeit auf beiden Seiten zu einer Überlagerung von chronisch belastendem und kumulierendem Traumaerleben mit den entsprechenden dissoziativen und konstriktiven Bewältigungsversuchen. Wachsende Immunisierung gegen Verletzungen, Nichtwahrnehmen von Verletzungen, Demütigungen und Entwürdigungen und Abstumpfen der Emotionalität in der Beziehung sind beiderseits Rettungsversuche, um in der Unentrinnbarkeit irgendwie überlebensfähig zu bleiben.

Säuglingsforscher konnten eindrucksvoll zeigen, wie sich solche reflexiven Interaktionsschleifen bereits zwischen Säuglingen und ihren depressiven Müttern aufbauen, indem die Säuglinge durch kreatives Entwickeln immer neuer Signale versuchen „ihre Mutter lebendig zu machen“ (siehe Stern,

1998, 129). Weitere Beschreibungen über die Entstehung co-traumatischer Prozesse zwischen Mutter und Kind finden wir in Berichten aus der Arbeit in Kleinkindambulanzen. Mechthild Papoušek (2003, 148f) beschreibt detailliert, wie frühere und akute Belastungsfaktoren zu ernsthaften Beeinträchtigungen der intuitiven kommunikativen Kompetenzen der Mütter im Umgang mit ihrem Säugling führen: Es komme zu Einschränkungen in den elterlichen Ressourcen, zu Hemmungen, Blockaden und Verzerrungen der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, emotionalen Verfügbarkeit und intuitiven Verhaltensbereitschaft. Sie beschreibt die Entstehung von Interaktionsmustern, in denen das Baby die protektiven Zuwendungen seiner Mutter teilweise einbüßt und auf Grund der ihm zur Verfügung stehenden Bewältigungsmuster, sozusagen zu seinem Schutz zwangsläufig geeignete Verhaltensweisen ausprägt, die wiederum zur Frustration der Mutter beitragen. So können an die Stelle einer positiven Gegenseitigkeit zwischen Mutter und Kind Teufelskreise dysfunktionaler Interaktionen treten, die Mutter und Kind gleichermaßen mühevoll Anpassungsleistungen abverlangen und zu wechselseitiger Überforderung mit potentiell traumatischem Charakter beitragen. Im Folgenden soll abschließend verdeutlicht werden, wie sich die Übertragung „mitgebrachter“ elterlicher Traumata auf ihre Kinder darstellt.

Die transgenerationale Perspektive der Traumabewältigung

Die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Holocaust in den 90er Jahren, möglicherweise auch der Film „Schindlers Liste“ von Spielberg und Berichte über sein Holocaust- Archiv dürften dazu beigetragen haben, die intergenerationale Bewältigung von Traumaerfahrungen vermehrt in das Blickfeld der Fachleute zu rücken. Beschreibungen über das Betroffensein der Nachkommen von KZ-Opfern (z. B. Kogan 1998) und nicht zuletzt über die Arbeit mit Kindern von Kriegsopfern aus dem Balkankrieg verdanken wir eine intensivere Hinwendung zu der Frage, wie Kinder die Bewältigungsprozesse ihrer Eltern erleben und verarbeiten und wie Traumata der Eltern an ihre Kinder (und Kindeskinde) weiter gegeben werden.

Im Rahmen der Säuglings- und der Bindungsforschung sind eine Vielzahl von Studien vorgelegt worden, die die Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen von Müttern auf die Kommunikation mit ihren Säuglingen beschreiben. Dies konnte für „desorganisierte Bindungsmuster“, für Vernachlässigungserfahrungen, für emotionale und physische Misshandlung ebenso gezeigt werden wie für manifeste psychopathologische Störungen, z. B. Depressionen (u. a. Dornes 2000; Möhler u. Resch 2000, 550ff; Papoušek u. a. 2003, 137). Neurobiologen konnten wiederholt bestätigen, dass trennungsbedingte Stresserlebnisse in den ersten Lebenswochen zu

langfristigen Veränderungen in der Reifungsentwicklung des zentralen Nervensystems und der für die Stressregulierung verantwortlichen hormonellen Regulationsmechanismen führen. Erstaunlich erscheint jedoch, dass diese Effekte auch in der nächsten Generation nachgewiesen werden konnten, obwohl die entsprechende Kindergeneration solche Trennungserfahrungen selbst nicht gemacht hatte. Dies wird als Beleg für eine nicht- genetische „Vererbung“ traumatischer Erfahrungen gewertet (Spitzer 2000).

Der in der Einleitung angedeutete Fall hatte uns veranlasst, in unseren Fallgeschichten die Schilderungen über Belastungen der Eltern unserer Kinder zu recherchieren (Pleyer 2003, 476f). Wir fanden eine bemerkenswerte Häufung traumatischer Trennungs- und Vernachlässigungserfahrungen in den Geschichten der Eltern, die einen direkten Zusammenhang vermuten lassen mit jenen Auffälligkeiten, derentwegen die Kinder jetzt in Behandlung sind. Dies soll am Beispiel der 11jährigen Nina verdeutlicht werden.

Nina kam mit der Diagnose „Schulphobie“. Die Eltern erklärten uns, dass sie von der Existenz einer solchen Krankheit erst durch den Kinderarzt erfahren hätten. Es gebe jedoch keine Erklärung dafür, wie sie entstanden sein könne. Nina hatte sich seit ca. 6 Monaten erfolgreich geweigert, die Schule zu betreten. Die engagierten elterlichen Bemühungen, das Kind „im Guten wie im Bösen“ zum Schulbesuch zu bewegen, sind gescheitert. Am Ende standen jeweils panikartige Erregungszustände des Kindes, die sich allmählich eskalierend in aggressive Wutausbrüche gesteigert haben. Die Mutter hat ihre Lösungsversuche regelmäßig aufgeben müssen, weil sie es nicht ausgehalten habe, das Kind so leiden zu sehen. Anfangs hätten sich Mutter und Kind nach gescheiterten Versuchen weinend umarmt. Später habe sich die Mutter selbst weinend zurückgezogen, so dass das Kind auf sie zugeht, um sie zu trösten. Die Mutter sei nach diesen Episoden stundenlang völlig fertig gewesen, sodass sie für sich selbst beruhigende Medikamente gebraucht habe. Der Vater glaubte, dass er es alleine durchaus geschafft hätte, das Kind zum Schulbesuch zu bewegen. Er habe aber das Gefühl gehabt, sich gegen den Zusammenschluss von Mutter und Kind nicht durchsetzen zu können.

Das Vorhandensein einer eigenen (Trennungs-) Angst war der Mutter anfangs nicht bewusst. Zumindest hat sie einen Zusammenhang mit der Schulverweigerung des Kindes auf das Entschiedenste gelehnet. Erst die ausführliche narrative Bearbeitung der Vorgeschichte konnte einen neuen Verstehens- und Deutungspro-

zess in Gang setzen: Nina ist als Frühgeburt zur Welt gekommen. Die Mutter erinnerte sich (nach 11 Jahren!) unter Tränen: „Als sie mir dann mein Kind weggenommen haben, um es in den Brutkasten zu legen, hatte ich ein Gefühl, als würde mir das Herz herausgerissen. Es war ganz furchtbar für mich und ich weiß nicht, wie ich das durchgestanden habe. Ich war tagelang wie gelähmt in Panik, dieses Kind zu verlieren.“ Im Verlauf des Erzählens dieser Umstände wurde ihr allmählich deutlich, wie lebendig die damalige Angst heute immer noch ist. Und sie begann, die Bedeutung dieser Angst für die alltägliche Beziehungsgestaltung zu ihrer Tochter neu zu entdecken. Darüber hinaus erinnerte sie sich, selbst als Frühgeburt zur Welt gekommen zu sein. Und ihr fielen immer mehr Beispiele dafür ein, dass ihre eigene Mutter ihr gegenüber überängstlich gewesen ist. „Immer wenn ich von zu Hause weg wollte, dann hat sich meine Mutter so komisch benommen. Ich habe früher nie verstanden, warum die immer solche Angst hatte und mich nie weglassen wollte. Das ist eigentlich heute noch so.“ Später haben wir die Oma eingeladen und mit ihr und ihrer Tochter gemeinsam über Auswirkungen von Frühgeburten auf die Mutter- Kind- Beziehung gesprochen. Kommentar der Oma: „Mein Gott, und das hat man all die Jahre ja nicht gewusst. Wir hätten vielleicht manches anders machen können.“ Die beiden Frauen berieten daraufhin, wie sie sich selbst helfen könnten, alte Ängste der Vergangenheit zuzuordnen und wie sie Nina unterstützen könnten, die eigene Angst von der Angst der Mutter zu unterscheiden und in Zukunft offener und mutiger mit tatsächlich erlebter Angst umzugehen. Die Mutter hat unsere Anregung aufgegriffen, sich wiederholt Zeit zu nehmen, um Nina ausführlich die Geschichten um die Geburt herum, die eigenen Kindheitserfahrungen mit Angst und mit der Angst der Oma so zu erzählen, wie sie es intuitiv für angemessen hielt. Und Nina nahm diese Geschichten mit außerordentlichem Interesse auf.

Wir sehen eine Vielzahl von Fällen bei durchaus unterschiedlicher kindlicher Symptomatik, bei denen eine alte traumatische Angst- und Hilflosigkeitserfahrung von Eltern in ähnlicher Weise dissoziativ und konstruktiv verarbeitet wird. Das affektive Erleben scheint vom kognitiv Erinnerbaren abgekoppelt. Angst hat sich, unbemerkt vom Bewusstsein, generell an alle Distanzierungs- und Verselbständigungstendenzen des Kindes geheftet. Das Kind spürt die eingrenzende Angst der Mutter, die aber als solche nicht benannt werden kann. Es reagiert mit eigener Angst aber auch mit (zunehmender) Aggression. Die ursprünglich erlebte Angst der Mutter lässt die biologisch verankerte Schutzreaktion gegenüber ihrem Kind immer mehr „einfrieren“, die sich so allmählich zu einem schemati-

schen Mechanismus verfestigt hat. Weil Affekt und Kognition der früheren traumatischen Erfahrung sich voneinander getrennt hatten, sind neue Erfahrungen als solche für sie nicht einzuordnen. Gemeinsame Angst und ihre Vermeidungsreaktionen haben begonnen, die Nähe- Distanz- Regulierung zwischen Mutter und Kind zu dominieren. So schließt sich ein Teufelskreis mit eskalierender Tendenz.

5. 0. Einige Konsequenzen für eine traumabezogene systemische Therapie

Unser systemisches Konzept der „Stärkung der elterlichen Kompetenz“ (Pleyer 1983, Rotthaus 1984, 1990) ist durch das Konstrukt der parentalen Hilflosigkeit und die Perspektive co-traumatischer Prozesse weiter fundiert worden. Wir sind noch sicherer geworden, dass eine therapeutische Behandlung kindlicher Symptomatik ohne intensive Einbeziehung der Eltern nur eingeschränkt erfolgreich und mit Blick auf die Familie als Ganzes nicht sinnvoll sein kann. Wenn ein Scheitern des parenting- Prozesses post- traumatische Belastungsreaktionen zur Folge hat, brauchen Eltern zu allererst einen Wiederaufbau ihres parentalen Wirksamkeitsbewusstseins. Sie benötigen Hilfe, um das Gefühl für die eigene Intuition, ein Wertbewusstsein für die eigenen Erziehungsziele und nicht zuletzt ihre parentale Selbstachtung wieder herzustellen. Eine Einzeltherapie exklusiv für das Kind birgt prinzipiell die Gefahr einer Retraumatisierung der Eltern, wenn dadurch ihre kognitive Überzeugung bestätigt wird, selbst nichts tun zu können.

Weil das Selbst- und Weltbild (man-made-) traumatisierter Menschen oft tief erschüttert ist und auf Grund ihrer restriktiven und dissoziativen Kommunikationsmuster eine Tendenz zu sozialer Isolierung besteht, brauchen sie in ganz besonderer Weise das Angebot eines sicheren Ortes, wo sie Akzeptanz ihrer (post-traumatischen) Problemsicht vorfinden und Schutz erhalten gegen bestehende soziale Abwertungen und Ausgrenzungen. Hier sind offene Bündnisse und eine deutliche Positionierungen an der Seite der post- traumatischen Bewältigungsmuster erforderlich. Hilflose Eltern brauchen zuverlässige Partner, wenn sie von Lehrern, Nachbarn, Helfern moralisch disqualifiziert und gelegentlich sogar mit Zwangsinterventionen bedroht werden. Dies ist vor allem auch im Interesse der Kinder. Transparenz und persönliche Verbindlichkeit in den professionellen Beziehungen, das Herstellen von Nähe zu Eltern im Sinne einer „emotionalen Rahmung“ (Welter- Enderlin u. a. 1996), die Vertrauen ermöglicht aber auch das Gewähren von Zeit (für Gespräche) sehen wir als notwendige kontextuelle Voraussetzungen.

Judith Herman formuliert lapidar: „Die endgültige Auflösung des Traumas ist ebenso wenig möglich wie eine vollständige Genesung.“ (2003, 303). Eine Therapie, die dies berücksichtigt, konzentriert sich auf die Nutzung vorhandener Stärken. Sie versucht mehr, Neues zu schaffen, anstatt Altes zu restaurieren. Bezogen auf eine Mutter- Kind- Beziehung könnte man sagen: Es kann nie zu spät sein, schöne Seiten in dieser besonderen, durch nichts zu ersetzenden Zweierbeziehung zu entfalten. Deshalb sind Interventionen sinnvoll, die darauf abzielen, elterliche Präsenz (s. Omer u. von Schlippe 2002) wieder herzustellen und ein neues kooperatives Miteinander zwischen Eltern und Kind konkret erlebbar zu machen. Methodische Hinweise dazu sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben worden (Pleyer 2002, 125ff).

Eine Therapie, die die schnelle Beseitigung des kindlichen Symptomverhaltens beabsichtigt, transportiert u. U. implizit pathologisierende und abwertende Etikettierungen und bereitet auf subtile Weise den Boden, auf dem Retraumatisierungen möglich werden. Neubewertungen, positive Umdeutungen und neue Beschreibungen kindlicher Verhaltensmuster, die sie als sinnhafte Rettungsversuche plausibel machen, schaffen Entlastung von unangemessener Schuldübernahme und stärken das Selbstwernerleben des Kindes. Die spezifischen Bewältigungsmuster zu respektieren, sie in ihrer heilenden Qualität zu untersuchen und zu unterstützen, ist ein sinnvollerer Ziel, als sie so schnell wie möglich eliminieren zu wollen. Anstatt beispielsweise kindliche Unruhe- oder Angstsymptome medikamentös zu unterdrücken, ist es im Hinblick auf die Auflösung einer co- traumatischen Verkettung meist bedeutend effektiver, ihre heilsame Potenz in der Beziehungsregulierung therapeutisch zu nutzen. Indem wir die Botschaften der kindlichen Symptomatik ungefiltert an die Eltern transportieren und zugleich dafür sorgen, dass durch sofort zurückgespielte Antworten die elterliche Präsenz wahrnehmbar herbeigeführt wird, unterstützen wir, was durch post-traumatische Verarbeitung oft jahrelang restriktiv vermieden worden ist. Wir fördern in einem durch uns bewachten und geschützten Rahmen Konflikte zwischen Eltern und Kind, die die dissoziierten und verdrängten Affekte in der aktuellen Beziehungssituation wieder neu erfahrbar machen. So werden Energien frei, die geeignet sind, das Beziehungserleben auf beiden Seiten neu zu organisieren.

Traumatische Erfahrungen werden primär als somatische Empfindungen und Affektzustände abgespeichert, während die für Sprache zuständigen Hirnregionen weitgehend abgeschaltet bleiben. Deshalb zielen traumabezogene Therapieansätze darauf ab, eine Integration der kognitiven und affektiven Elemente der traumatischen Erfahrung herbei zu führen. Tatsächlich beobachten wir täglich, wie sehr Eltern und Kinder vermeiden, genau auszudrücken, wie sie gemeinsam erfahrene belastende Beziehungssitua-

tionen affektiv erleben. Und wir sehen ihre Unfähigkeit, eigene affektive Zustände beschreiben können. Van der Kolk (1999, 78) betont die Notwendigkeit, den Betroffenen zu helfen, eine Sprache zu finden, die das Unaussprechliche mitteilbar und nicht zuletzt ihnen selbst verständlich macht. Eltern und Kinder profitieren nach unseren Beobachtungen sehr davon, wenn sie allenthalben dazu aufgefordert werden, sprachlich zu formulieren, wie sie sich in gegebenen Situationen fühlen, und dies alltäglich gemeinsam zu üben. Eine therapeutisch wenig aufwendige, aber effektive Methode. Die unbefangene Neugier der Kinder, ihre Kreativität und schnelle Lernfähigkeit stehen hier in der Regel als unterstützende Ressourcen zur Verfügung.

Im Falle einer jahrelangen co-traumatischen Beziehungsentwicklung kann man oft nicht mehr herausfinden, ob eine Erinnerung an das Ursprungstrauma für die Auflösung der aktuellen Symptomatik überhaupt noch von Bedeutung ist. Der Teufelskreis der Co-Traumatisierung hat meist vor vielen Jahren in einer Ereigniskonstellation begonnen, die wir heute nur noch erraten können. Die post-traumatischen Symptome jedoch erzeugen die aktuelle Realität. Akut wirksam sind die verfestigten Bewältigungs- und Interaktionsmuster und die damit verbundenen Beziehungsbilder in den Köpfen der Betroffenen. Diese Muster zu beenden sind Eltern und Kind gleichermaßen interessiert. Dementsprechend haben sie das Bedürfnis, die Mechanismen ihrer Beziehungsregulierung zu entschlüsseln und zu verstehen. Schuldgefühle, die an beidseitig leidvolle Beziehungserfahrungen geknüpft waren, konnten sich im o. geschilderten Fall von Nina erst dann wirklich auflösen, als eine passende Antwort auf die Frage gefunden war, „wieso sich alles auf diese Weise entwickeln konnte“. Als die abgespaltenen Angstgefühle den „alten Geschichten“ zugeordnet werden konnten, wurde das aktuelle Geschehen verständlich. Erst dann hatten wir Sicherheit, dass die begonnenen Veränderungsprozesse nicht so bald in alte Muster zurück fallen würden.

Abschließend bleibt zu betonen, dass das Hantieren mit Traumakonzep-ten in der therapeutischen Praxis nicht wirklich hilfreich sein kann, wenn damit pathologisierende Festschreibungen des Klienten intendiert sind. Sofern mit einer Traumadiagnose eine „Krankschreibung“ als vordergründig entlastende Etikettierung beabsichtigt ist, ohne eine Weiterentwicklung anzustreben, steht nicht die Effizienz des Traumakonzep-tes in Frage, sondern seine spezifische Benutzung. Auch eine traumabezogene systemische Therapie bleibt in der ethischen Verpflichtung, die Wahlmöglichkeiten und Handlungsoptionen ihrer Klienten zu erweitern.

Erweiterte Version eines gleichnamigen Artikels in Systema 18(2), 2004, S.132-149 mit freundlicher Genehmigung von Herausgeber und Redaktion.

Autor:

Karl Heinz Pleyer, Dipl. Psych., Psychol. Psychotherapeut, Systemischer Therapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Systemische Therapie
Bieth 29, 41334 Nettetal, email: kh.pleyer@t-online.de

Literatur:

- Brisch, K.H. u. Hellbrügge, T. (2003):* Bindung und Trauma. Stuttgart (Clett-Cotta)
- Bürgin, D. (1999):* Adoleszenz und Trauma. Grundsätzliche und spezifische Aspekte der Behandlung von Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen. In: Streeck- Fischer, A. (Hsg.) Adoleszenz und Trauma. Göttingen (Vandenhoeck & Rupprecht)
- Dornes, M. (1993):* Der kompetente Säugling. Frankfurt (Fischer)
- Fischer, G. u. Riedesser, P. (1999):* Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel (Reinhardt)
- Herbert, M. (1999):* Posttraumatische Belastung. Bern (Huber)
- Herman, J.L. (2003):* Die Narben der Gewalt. Paderborn (Junfermann)
- Hüther, G. (2001):* Die neurobiologischen Auswirkungen von Angst und Stress und die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. In: Streeck- Fischer, A., U. Sachsse und I. Özkan (Hrsg.) Körper, Seele und Trauma. Biologie, Klinik, Praxis. Göttingen Vandenhoeck & Rupprecht), S. 94-114
- Hüther, G. (2003):* Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. In Brisch, K.H. u. Hellbrügge T. (Hrsg.) Bindung und Trauma, Stuttgart (Klett-Cotta) S.94-104
- Khan, M. M.R. (1974):* The concept of cumulative trauma. In: Khan, M. M.R. (Ed.): The privacy of the self. London (Hogarth, dt. 1977 bei Kindler)
- Keilson, H. (2002):* Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern durch man-made disasters. In: Endres, M. ; Biermann, G. (Hrsg.) Traumatisierung in Kindheit und Jugend, Reinhardt, S.44ff
- Keilson, H. (1979):* Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Kogan, I. (1998):* Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust- Opfer. Frankfurt a. M. (Fischer)
- Kolk, B.A. van der, Burbridge, J.A. u. Suzuki, J. (1999):* Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. In: Streeck- Fischer, A., (Hrsg.) Adoleszenz und Trauma. Göttingen (Vandenhoeck & Rupprecht), S. 57-78
- Korittko, A. (2000):* Trauma und Verlust – Vom Zwang des Vergessens zum heilsamen Erinnern. Kontext 31 (2) 171-178
- Ludewig, K. (2002):* Leit motive systemischer Therapie. Stuttgart (Klett- Cotta), S. 190ff

- Möhler, E. u. Resch, F.* (2000): Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter- Säuglings-Interaktion, *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49, 550-562
- Omer, H., u. von Schlippe, A.* (2002): *Autorität ohne Gewalt.* Göttingen (Vandenhoeck & Rupprecht)
- Papoušek, H. u. Papoušek, M.* (1979): Lernen im ersten Lebensjahr. In Montada L., (Hrsg.) *Brennpunkte der Entwicklungspsychologie.* Stuttgart (Kohlhammer) 194-212
- Papoušek, M. u. Wollwerth de Chuquisengo, R.* (2003): Auswirkungen mütterlicher Traumatisierungen auf die Kommunikation und Beziehung in der frühen Kindheit. In Brisch, K.H. u. Hellbrügge T. (Hrsg.) *Bindung und Trauma,* Stuttgart (Klett-Cotta) 136-159
- Pleyer, K.H.* (1983): Die Frage der Verantwortlichkeit als zentrales Problem in der stationären Therapie. In: Rotthaus, W. (Hrsg.) *Systemische Familientherapie im ambulanten und stationären Kontext.* Dortmund (verlag modernes lernen) 126 -142
- Pleyer, K.H.* (2001): Systemische Spieltherapie – Kooperationswerkstatt für Eltern und Kind. In: Rotthaus, W. (Hrsg.) *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.* Heidelberg (Carl Auer Systeme) 125-161
- Pleyer, K.H.* (2003): Parentale Hilflosigkeit, ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern. *Familiendynamik.* 28(4), 467-491
- Riedesser, P.* (2003): Entwicklungspathologie von Kindern und Jugendlichen. In Brisch, K.H. u. Hellbrügge T. (Hrsg.) *Bindung und Trauma,* Klett-Cotta, Stuttgart, S. 161
- Rotthaus, W.* (1984): Stärkung der elterlichen Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen, *Prax. Kinderpsychol.* 33 (3)
- Rotthaus, W.* (1990): *Stationäre Kinder- u- Jugendpsychiatrie.* Dortmund (Verlag modernes lernen)
- Seligman, M.E.P.* (1979): *Erlernte Hilflosigkeit.* München (Urban & Schwarzenberg)
- Spitzer, M.* (2000): Das hast Du von der Mutter – aber nicht geerbt. Nichtgenetische Weitergabe von Charaktereigenschaften über mehrere Generationen im Tierexperiment. *Nervenheilkunde,* 19, 48-87
- Spitzer, M.* (2002): *Lernen, Gehirnforschung und die Schule des Lebens.* Spektrum Akademischer Verlag. Berlin
- Stern, D.* (1998(1)): Die Mütterlichkeitskonstellation: Mutter, Säugling und Großmutter rund um die Geburt. In: Welter- Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.) *Gefühle und Systeme.* Heidelberg (Carl-Auer-Systeme) 102-118
- Stern, D.* (1998(2)): Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Terr, L.C.* (1995): Childhood traumas: An outline and overview. In: Everly, G. S. und J. M. Lating (Hrsg.) *Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Post- traumatic Stress.* New York, 301– 319.
- Tröster, H.* (1999): Anforderungen und Belastungen von Müttern mit anfallskranken Kindern, *Z. Med. Psychol.* (2), 53-64
- Welter- Enderlin, R. u. Hildenbrand, B. (1996): *Systemische Therapie als Begegnung.* Stuttgart (Klett- Cotta).
- Yule, W.* (1994): Post-traumatic stress disorder. In Rutter, M.; Taylor, E.Hersov, L. (Eds.) : *Child and Adolescent Psychiatry.* Oxford (Blackwell Scientific Publications)

Erhebung von therapeutischen Leistungen staatlich geprüfter Motopädinnen und Motopäden

*Ulrich Schmidt, Lothar Biskup,
Ingo Spitzcok von Brisinski, Bernd van Husen*

Historische Entwicklung

Mitte der fünfziger Jahre entwickelten der Sportpädagoge Ernst J. Kiphard zusammen mit den Kinder- und Jugendpsychiatern Dr. Elisabeth Hecker und Dr. Helmut Hünnekens ein Konzept zur Behandlung psychomotorischer Leistungs- und Verhaltensauffälligkeiten. Dieses Konzept geht aus von der funktionellen Einheit psychischer und motorischer Vorgänge, wie sie in dem international geläufigen Begriff der „Psychomotorik“ zum Ausdruck kommt.

Die von Kiphard, Hecker und Hünnekens entwickelte „psychomotorische Übungsbehandlung“ führte erstmals Erkenntnisse und Methoden der Bewegungstherapie und der Bewegungserziehung in einem therapeutischen Ansatz zusammen.

Im Rahmen psychomotorischer Forschung sind motorisch-funktionelle Behandlung, sensomotorisch-perzeptive Behandlung und psychisch-funktionelle Behandlung entwickelt bzw. weiter entwickelt worden und gehören zum Grundbestand der Motologie/Psychomotorik (Kiphard, 1983).

Zur wissenschaftlichen Systematisierung und Fundierung dieses in der Praxis erfolgreichen Konzepts wurde im Jahre 1983 an der Philipps-Universität in Marburg das Lehr- und Forschungsgebiet „Motologie“ mit einem eigenen Lehrstuhl eingerichtet. Im Zusammenhang mit der Konzeption dieses Fachgebietes wurde die „Motologie“ als „Lehre von der Motorik als Grundlage der Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit des Menschen, ihrer Entwicklung, ihrer Störungen und deren Behandlung“ definiert (Zimmer, 1999, S. 19). Motologie entspricht der inzwischen im europäischen und angloamerikanischen Raum vertretenen Wissenschaftsdisziplin „Psychomotorik“.

Berufsbild und Ausbildung

Motologie/Psychomotorik verknüpft psychologische, sport- und erziehungswissenschaftliche mit medizinischen Erkenntnissen und Methoden. Im Wissenschaftsbereich der Motologie ist Bewegung als Medium non-verbaler Kommunikation, als wesentlicher Bestandteil von Persönlichkeitsentwicklung in den Auseinandersetzungen des Menschen mit seinem Körper, mit sich selbst sowie mit dem materialen und sozialen Umfeld zentraler Gegenstand. In diesem Sinne beschäftigt sich Motologie in ihren Anwendungen mit psychischen und psychosomatischen Problemen und Störungen. Dabei stützt sich Motologie/Psychomotorik sowohl in der Diagnostik (Neuhäuser, 2002) als auch in den therapeutischen Interventionen ausdrücklich auf die Gesamtheit der Bewegungs-, Ausdrucks- und Handlungsvielfalt des Menschen (Vgl. Schilling, 2002, S.135).

Die daraus entwickelten Therapieverfahren (Vgl. Kiphard, 2002, S. 103 ff.) dienen der Behandlung von manifesten Störungen oder Erkrankungen mit dem Ziel, diese abzubauen oder zumindest deren Verschlimmerung zu verhindern. Sie sind insbesondere dann angezeigt, wenn Bewegungsstörungen zusammen mit Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen ein kritisches Ausmaß erreicht haben, wenn sie weder mit pädagogischen Mitteln allein noch mit herkömmlicher funktionaler Therapie zu regulieren oder zu korrigieren sind.

Über die funktionellen Aspekte hinaus spielen auch sozioemotionale Aspekte und gruppendynamische Interaktionen eine wichtige Rolle, so dass je nach Indikation und Therapiefortschritt Einzelbehandlungen oder Gruppenbehandlungen indiziert sind.

Ausgehend von ihren Stärken werden die Patienten im Therapieverlauf zur eigen-aktiven Aufarbeitung ihrer Störungen und Beeinträchtigungen angeleitet. Durch gezielte körper- und bewegungsbezogene Interaktionen, durch Variation der Bewegungs-, Material- und Raumangebote wird erreicht, dass die Patienten im Rahmen der Therapie Kompetenzen neu erlernen, reaktivieren und ggf. im Schutze der therapeutischen Gruppe auf neue Situationen übertragen. Die Orientierung in raum-zeitlichen Zusammenhängen, die Erarbeitung von situationsbezogenen und personenspezifischen Interaktionsregeln und die Übertragung von motorischen Handlungen auf kognitive und soziale Strukturen sind wesentliche Aspekte (DBM, 1999).

Die im Forschungs- und Lehrgebiet der Motologie/Psychomotorik entwickelten und beschriebenen sensomotorischen und psychomotorischen Therapieverfahren sind inzwischen auch in den Katalog verordnungsfähig-

ger Heilmittel (Heilmittel-Richtlinien und Heilmittelkatalog vom 06.02.2001, S. 23 f./ 128 ff.) aufgenommen worden.

Staatlich geprüfte MotopädInnen arbeiten in Beratungs- und Förderstellen, Kliniken (Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Geriatrie) und in sozialpädiatrischen Zentren.

Die Ausbildung der Staatlich geprüften MotopädInnen basiert auf den grundlegenden Erkenntnissen der Motologie/Psychomotorik. Entsprechend sind die in diesem Zusammenhang entwickelten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zentrale Bestandteile der Curricula der Fachschulen für Motopädie, die die Staatlich geprüften MotopädInnen im Schlussabschnitt ihrer - insgesamt 5- bis 6-jährigen - Ausbildung erfolgreich durchlaufen müssen.

Die abschließende (in Vollzeitform) einjährige oder (berufsbegleitende) zweijährige Weiterbildung erfolgt an Fachschulen für Motopädie. Die Aufnahme in eine Fachschule für Motopädie setzt nicht nur eine abgeschlossene Ausbildung als Sport- und GymnastiklehrerIn, PhysiotherapeutIn, ErgotherapeutIn oder eine abgeschlossene Ausbildung in einem sozialpädagogischen Fachberuf voraus, sondern auch eine mindestens einjährige Tätigkeit in den entsprechenden Berufen. Die Ausbildung schließt mit einer staatlichen Abschlussprüfung.

Die Ausbildung in den Fachschulen für Motopädie umfasst mindestens 1200 Unterrichtsstunden mit besonderem Schwerpunkt in den Ausbildungsbereichen

- Medizinische Grundlagen – Anatomie, Physiologie, Gesundheitslehre - /Motodiagnostik/Motopathologie (280 Unterrichtsstunden),
- Motopädie - Psychomotorik, Sensomotorik, Soziomotorik, Rhythmik, Entspannungstechniken (480 Unterrichtsstunden),
- Psychologie/Pädagogik/Sonderpädagogik (200 Unterrichtsstunden).

Bestandteil der Ausbildung sind zudem Praktika und Hospitationen in Kliniken, Praxen und Beratungs- bzw. Frühförderstellen. Dazu kommen aus der grundständigen Erstausbildung z.B. an einer 3-jährigen Berufsfachschule für Gymnastik erhebliche Ausbildungsanteile aus den Bereichen

- Biologie/ Sportmedizin (320 Unterrichtsstunden),
- Psychologie/ Pädagogik (320 Unterrichtsstunden),
- Körper- und Bewegungsbildung (720 Unterrichtsstunden) oder
- Gymnastik in Prävention und Rehabilitation (800 Unterrichtsstunden).

Wirksamkeit

Angesichts dieser Ausbildungsgrundlagen reklamierte der Deutsche Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen (DBM) Anfang der 90er Jahre für Staatlich geprüfte MotopädInnen eine spezielle therapeutische Kompetenz für bestimmte Verhaltens-, Funktions- und Fähigkeitsstörungen (Vgl. DBM, 1994, S. 18 f.), die nicht ausschließlich körperlich-organische Ursachen haben, sondern zugleich auch durch psychosoziale Störungen oder traumatische Erfahrungen verursacht werden:

Wahrnehmungsstörungen

- Entwicklungsstörungen oder Störungen im kinästhetischen, taktilen, vestibulären, visuellen, akustischen und viszeralen Bereich
- beeinträchtigt Empfinden und Erleben der eigenen Körperlichkeit sowie begrenzte oder gestörte Bewusstheit des eigenen Körperschemas
- Störungen in der Handlungsplanung und -durchführung sowie in der Raum- und Zeitorientierung

Bewegungsstörungen

- Entwicklungsstörungen und Störungen in der grob- und feinmotorischen Koordination mit evtl.auftretenden Seitendifferenzen
- Störungen der Bewegungskontrolle, Kraftdosierung, Gleichgewichtskontrolle und Tonusregulation
- Störungen in der Visuo- und Graphomotorik, Hand- und Fußgeschicklichkeit
- Störungen in der Lateralitäts- und Dominanzentwicklung
- Störungen in der Sprach- und Sprechentwicklung bei gleichzeitigen senso- und psychomotorischen Störungen

Lern- und Verhaltensstörungen in Verbindung mit Wahrnehmungs- und Bewegungsstörungen

- Hyperaktivität / Hypoaktivität
- aggressive, auto-aggressive und regressive Verhaltensweisen
- Konzentrationsstörungen

- Leistungsverweigerung und sozialer Rückzug
- Beeinträchtigungen in der Kontaktaufnahme, in der Kommunikation und im Ausdrucksverhalten

Diese Verhaltens-, Funktions- und Fähigkeitsstörungen bzw. die entsprechenden Behandlungsmethoden wurden 2001 z.T. neu in die „Heilmittel-Richtlinien“ (HMR) aufgenommen (Vgl. Heilmittel-Richtlinien und Heilmittelkatalog 2001, S. 23 ff., S.128 ff.), dort jedoch der Ergotherapie zugeordnet.

Bis heute wurde Mototherapie in Deutschland nicht in die Liste der verordnungsfähigen Heilmittel aufgenommen, im Gegensatz zu anderen EU-Ländern (wie beispielsweise Frankreich), in denen „Psychomotorik“ – gleichbedeutend mit „Mototherapie“ - ausdrücklich als eigenständige therapeutische Maßnahme anerkannt und finanziert wird.

Die Wirksamkeit zahlreicher in der Praxis täglich verordneter Therapien, insbesondere auch im Heil- und Hilfsmittelbereich, ist kaum ausreichend in Studien belegt. Zudem scheint es so, dass mit zunehmendem Anspruch im Studiendesign von Wirksamkeitsstudien der Nachweis von Wirkung abnimmt (z. B. bei Krankengymnastik für Risikofrüh- und –neugeborene mit Bewegungsstörungen, vgl. Kupferschmid,2004; Piper et al. 1986). In der Logopädie ist die Situationen für phonologische Störungen etwas besser, ob sie jedoch bei rezeptiven Sprachstörungen und Dysgrammatismus hilft, bleibt fraglich (Law et al., 2003).

Hinsichtlich motopädischer Therapie verweisen Erfahrungs- und Fallberichte (Kesselmann, 1990; DBM, 1994 und 1999, Balgo 1998, Köckenberger, 2001) auf die Wirksamkeit bei den oben genannten Indikationen, auch wenn manche kausalen Verknüpfungen kritisch zu sehen sind (Spitzcok von Brisinski, 2004). Die vorliegende Erhebung kann aufgrund ihres Designs nicht kontrollierte Wirksamkeitsstudien ersetzen, sondern lediglich einen ersten Schritt darstellen, mototherapeutische Interventionen nicht nur im Rahmen von Fallbeispielen und Erfahrungsberichten einzelner Personen zu betrachten, sondern auch bezüglich größerer Gruppen und kontextübergreifend.

Methode

2001 wurde eine Befragung von Ärzten durchgeführt, die eng mit MotopädInnen zusammen arbeiten. In diesem Zusammenhang wurden vor allem Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Fachärzte für Allgemeinmedizin angesprochen, die

- a) in Kliniken oder Praxen die Arbeit von MotopädInnen unmittelbar beaufsichtigen,
- b) die therapeutischen Leistungen von MotopädInnen verordnen, die Behandlung begleiten und ihre Ergebnisse feststellen oder
- c) als Gesundheitsärzte auf Grund eigener Prüfung die Kostenübernahme (gem. BSHG) für eine Behandlung durch MotopädInnen genehmigen und die Behandlungsergebnisse abschließend feststellen.

Die Befragung erfolgte hinsichtlich Patienten, deren Behandlung in den letzten 18 Monaten abgeschlossen werden konnte oder zu denen den befragten Ärzten zumindest Zwischenberichte vorlagen.

Die Ärzte sind an Hand von Patientenlisten darauf hin befragt worden, welche Indikation(en) im Einzelfall vorlag(en) und wie die Behandlungsergebnisse in jedem Einzelfall bewertet werden (Anlage 1). Die Rückmeldung erfolgte in anonymisierter Form an die Geschäftsstelle des DBM.

Bei diesem Verfahren wird davon ausgegangen, dass in den Patientenlisten, die den Fachärzten vorgelegt wurden jeweils alle in Frage kommenden Patienten aufgeführt sind. Um eine Verfälschung der Ergebnisse zu vermeiden erfolgte keine Vorauswahl der Patienten in Abhängigkeit vom Behandlungserfolg.

Indikationen

Die befragten Ärzte wurden gebeten, in jedem Einzelfall die Indikation(en) anzugeben, die zur Verordnung bzw. Genehmigung der Behandlung geführt hatte(n). Die in einem dem Fragebogen beigefügten Glossar angeführten Indikationen stimmten mit dem Indikationskatalog des DBM (1994) überein. Jeder Einzelfall wurde den folgenden Indikationen, Therapiezielen und Behandlungsmaßnahmen zugeordnet:

<i>Indikation</i>	<i>Therapieziel</i>	<i>Behandlungsmaßnahme</i>
<p>a) Erkrankungen des ZNS: Hirnschädigungen und Entwicklungsstörungen mit Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Körperhaltung, Körperbewegung u. Koordination • der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung • der kognitionsstützenden Funktionen (z.B. Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer) 	<p>Verbesserung</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Grob- und Feinmotorik, der Geschicklichkeit und Koordination von Bewegungen • des Körperschemas bzw. der Körperwahrnehmung • des sozial-emotionalen Verhaltens • der psychischen Belastbarkeit, Konzentrationsfähigkeit, Eigeninitiative und Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> • sensomotorisch perzeptive Behandlung, • motorisch-funktionelle Behandlung, • neuropsychologisch orientierte und/oder psychisch-funktionelle Behandlung
<p>b) Schädigung des Rückenmarks und der peripheren Nerven mit Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Grob- und Feinmotorik • der Körper- und Bewegungskoordination • der Sensibilität und Körperwahrnehmung 	<p>Verbesserung</p> <ul style="list-style-type: none"> • des Körperschemas / der Körperwahrnehmung • der Grob- und Feinmotorik • der Koordination von Bewegungsabläufen • des sozialemotionalen Verhaltens 	<ul style="list-style-type: none"> • sensomotorisch perzeptive Behandlung, • motorisch-funktionelle Behandlung • psychisch-funktionelle Behandlung
<p>c) Psychische Störungen: Geistige und psychische Störungen mit Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Beweglichkeit und Geschicklichkeit • der Körper- und Selbstwahrnehmung • des Sozialverhaltens • der Ausdauer und Konzentration 	<p>Verbesserung</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Körper- und Selbstwahrnehmung • der Beweglichkeit und Bewegungskoordination • der Beziehungsfähigkeit und des situationsbezogenen Verhaltens • der Ausdauer und Konzentration 	<ul style="list-style-type: none"> • psychisch-funktionelle Behandlung, • sensomotorisch perzeptive Behandlung, • motorisch-funktionelle Behandlung

Es konnten 7 unterschiedliche Fallgestaltungen angegeben werden:

- (1) Indikation a) Hirnschädigungen und Entwicklungsstörungen,
- (2) Indikation a) Hirnschädigungen und Entwicklungsstörungen in Verbindung mit Indikation b) Schädigung des Rückenmarks und der peripheren Nerven
- (3) Indikation a) Hirnschädigungen und Entwicklungsstörungen in Verbindung mit Indikation c) geistige, psychische und neurotische Störungen,
- (4) Indikation a) Hirnschädigungen und Entwicklungsstörungen in Verbindung mit Indikation b) Schädigung des Rückenmarks und der peripheren Nerven und Indikation c) geistige, psychische und neurotische Störungen
- (5) Indikation b) Schädigung des Rückenmarks und der peripheren Nerven
- (6) Indikation b) Schädigung des Rückenmarks und der peripheren Nerven in Verbindung mit Indikation c) geistige, psychische und neurotische Störungen
- (7) Indikation c) geistige, psychische und neurotische Störungen

Bei der Bewertung der Behandlungsergebnisse konnten die befragten Ärzte zwischen 4 Stufen unterscheiden:

1	2	3	4
mit sehr gutem Erfolg	mit gutem Erfolg	mit zufriedenstellendem Erfolg	Erfolg nicht zufriedenstellend

Ergebnisse

Gesamtstichprobe

An der Befragung beteiligten sich 84 Ärzte bzw. 9 Fachkliniken (mit zusammen mindestens 19 Fachärzten) aus 9 Bundesländern. Von diesen Ärzten sind 54% Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, 27 % Fachärzte für

Kinder- und Jugendpsychiatrie und 19 % Fachärzte für Allgemeinmedizin bzw. Ärzte in Gesundheitsbehörden.

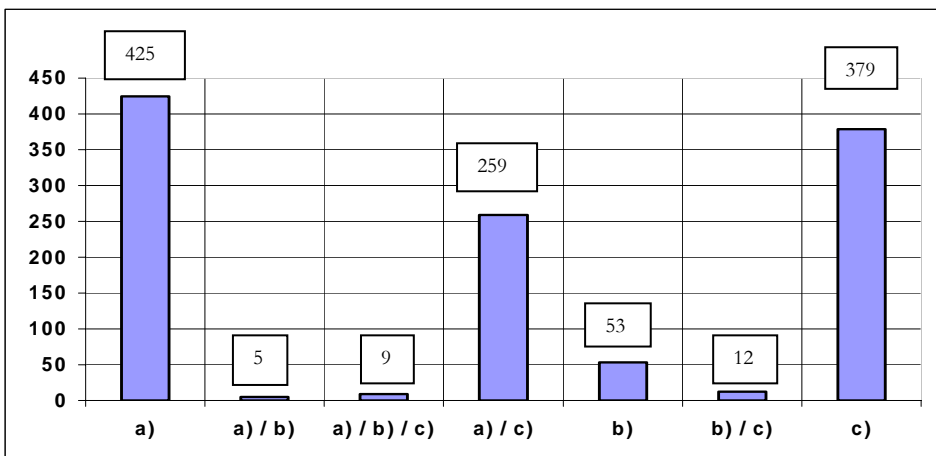
Insgesamt konnten 1.142 Fälle in die Auswertung einbezogen werden, deren Behandlungsergebnisse zu 56 % von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, zu 29 % von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und zu 15 % von Fachärzten für Allgemeinmedizin bzw. Ärzten in Gesundheitsbehörden eingeschätzt wurden (Tabelle 2).

Tabelle 2

Befragte	dokumentierte Fälle	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	613	53,7%
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	313	27,4 %
Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst / Fachärzte für Allgemeinmedizin	216	18,9 %
Insgesamt:	1142	100,0 %

Eine deutliche Schwerpunktbildung ist im Bereich der Indikationen gegeben, die bei den ausgewerteten Fällen vorliegen (Abb. 1):

Abbildung 1



a) Erkrankungen des ZNS: Hirnschädigungen und Entwicklungsstörungen mit Störungen

- der Körperhaltung, Körperbewegung u. Koordination
- der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung
- der kognitionsstützenden Funktionen wie z.B. Aufmerksamkeit, Konzentration und/oder Ausdauer

b) Schädigung des Rückenmarks und der peripheren Nerven mit Störungen

- der Grob- und Feinmotorik
- der Körper- und Bewegungskoordination
- der Sensibilität und Körperwahrnehmung

c) Psychische Störungen: Geistige, psychische und neurotische Störungen mit Störungen

- der Beweglichkeit und Geschicklichkeit
- der Körper- und Selbstwahrnehmung
- des Sozialverhaltens, der Ausdauer und Konzentration

Der Schwerpunkt der behandelten Störungen liegt im Bereich

• Indikation a)	Hirnschädigungen und Entwicklungsstörungen
• Indikation a) in Verbindung mit c)	Hirnschädigungen und Entwicklungsstörungen i.V. mit geistigen, psychischen und neurotischen Störungen
• Indikation c)	geistige, psychische und neurotische Störungen

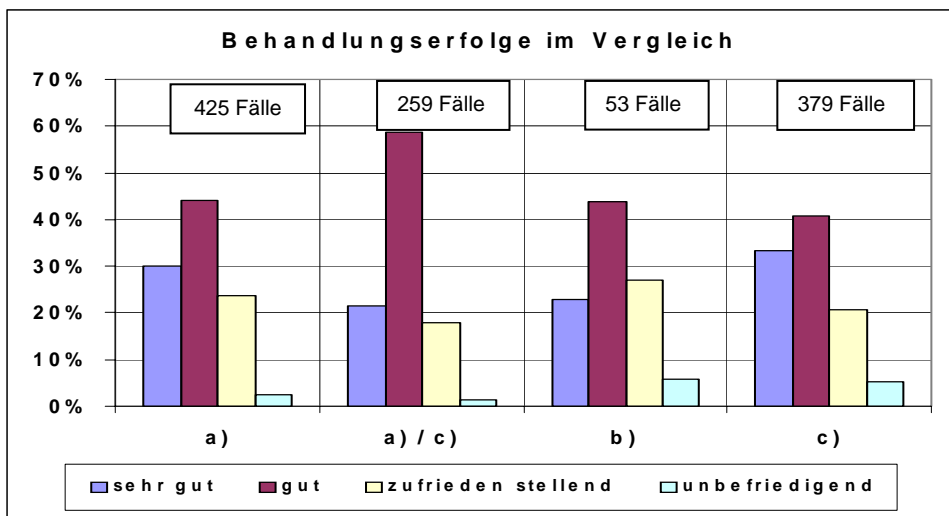
In über 96 % aller dokumentierten Fälle wird die Behandlung als erfolgreich bewertet. In über 75 % aller Fälle wird der Behandlungserfolg als „gut“ (46,4 %) oder „sehr gut“ (28,6 %) eingestuft. Nur in 3,5 % aller Fälle wird das Behandlungsergebnis mit unbefriedigend bewertet.

Ordnet man die erfassten Fälle nach Indikation und Bewertung, so ergibt sich folgendes Ergebnis (Tabelle 4):

Tabelle 4

Indikationen	Fallzahl	Behandlungserfolg			
		sehr gut	gut	zufrieden stellend	unbefriedigend
a	425	121	192	101	11
a in Verbindung mit b	5	3	1	1	0
a in Verbindung mit b u. c	9	1	5	1	2
a in Verbindung mit c	259	55	151	48	5
b	53	11	24	15	3
b in Verbindung mit c	12	4	7	1	0
c	379	123	157	80	19
Insgesamt	1142	318	537	247	40

Ein Vergleich der Erfolgswerte bei den von MotopädInnen am häufigsten behandelten Störungen zeigt insgesamt nur geringe Unterschiede (Vgl. Abb. 2):
Abb. 2



Der Anteil der mit „sehr gut“ und „gut“ bewerteten Behandlungserfolge bewegt sich zwischen 68 % und 80 %. Die besten Erfolge werden im Bereich der Indikation „a) / c)“ mit 80 % guten und sehr guten Erfolgen erzielt, gefolgt von „c)“ und „a)“ mit 75 % bzw. 74 % und b) mit 66 %.

Tabelle 5: Wirkung im Bereich der „Leitindikationen“

Indikation	N	Behandlungserfolg			
		sehr gut	gut	zufrieden stellend	nicht zufrieden stellend
a) <i>Hirnschädigungen und Entwicklungsstörungen</i> allein oder zusammen mit anderen Indikationen	686	25,8 %	50,0 %	21,6%	2,6%
b) <i>Schädigung des Rückenmarks und der peripheren Nerven</i> allein oder zusammen mit anderen Indikationen	79	24,1 %	46,8 %	22,8%	6,3%
c) <i>geistige, psychische und neurotische Störungen</i> allein oder zusammen mit anderen Indikationen	652	27,8 %	46,8 %	19,7%	3,9%

Auch hier zeigt sich, dass die mit „sehr gut“ und „gut“ bewerteten Behandlungsergebnisse sich beim Zusammentreffen von zwei oder drei Indikationen im Bereich von 70 bis 80% bewegen. Ebenso wird deutlich, dass der Anteil unbefriedigender Behandlungsergebnisse bei maximal 6,3 % liegt.

Schließlich zeigt eine Auswertung der Befragungsergebnisse nach den verschiedenen an der Befragung beteiligten Ärztgruppen zwar Unterschiede in der Bewertung der Arbeit von MotopädInnen; bemerkenswert bleibt aber, dass der Anteil unbefriedigender Arbeitsergebnisse 5 % in keiner Gruppe übersteigt, während der Anteil guter und sehr guter Behandlungsergebnisse bei 70 % oder höher liegt (Tabelle 6).

Tabelle 6

Fachärzte für	Behandlungserfolg							
	sehr gut		gut		zufriedenstellend		unbefriedigend	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	127	40,6 %	142	45,4 %	42	13,4 %	2	0,6 %
Kinder- und Jugendmedizin	136	22,0 %	288	46,6 %	159	25,7 %	30	4,9 %
Allgemeinmedizin u.a.	55	26,1 %	107	50,7 %	46	21,8 %	8	3,8 %
alle befragten Ärzte zusammen:	318	27,8 %	537	47,0 %	247	21,6 %	40	3,5 %

Gruppiert man die beurteilenden Ärzte nach Verordnungs- bzw. Arbeitskontexten, ergibt sich kein signifikanter Unterschied in der Einschätzung der Behandlungsergebnisse (Tabelle 7).

Tabelle 7: Verordnungs- bzw. Arbeitskontext

	Mittelwerte			
	sehr gute Erfolge	gute Erfolge	zufriedenstellende Erfolge	Erfolg nicht zufriedenstellend
Bewertungen insgesamt	27,8%	47,6%	22,2%	3,5%
Fachärzte in Kliniken	32,0%	41,6%	21,8%	4,6%
Fachärzte in Praxen	27,1%	50,7%	21,2%	2,6%
Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst	17,3%	52,8%	26,0%	3,9%

Diskussion

In der vorliegenden Erhebung wurden Ärzte, die motopädische Behandlungen verordnen bzw. genehmigen, nach ihrer Einschätzung des Behandlungserfolges bzgl. mittels Glossar kategorisierter Behandlungsziele befragt. Die Befragung erfolgte hinsichtlich Patienten, deren Behandlung in den letzten 18 Monaten abgeschlossen werden konnte oder zu denen den befragten Ärzten zumindest Zwischenberichte vorlagen.

Es lies auf einer breiten Datenbasis von insgesamt 1142 Patienten nachweisen, dass im Urteil der verordnenden bzw. genehmigenden Ärzte unter motopädischer Behandlung sehr gute bzw. gute Behandlungserfolge in 68 % bis 80 % erreicht werden. Das Urteil über den Behandlungserfolg variierte dabei weniger über das Spektrum der Indikationen, sondern war stärker abhängig vom Fachgebiet des beurteilenden Arztes: Kinder- und Jugendpsychiater kamen häufiger zu einem besonders positiven Urteil als Kinder- und Jugendärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin. Aufgrund der verwendeten Methode lässt sich nicht auseinander halten, welcher Anteil des Behandlungserfolges spezifisch auf die motopädische Behandlung zurück zu führen ist, welcher Anteil auf ggf. zeitgleich durchgeführte Behandlungen bzw. das Zusammenwirken aller angewandten Interventionen und welcher Anteil auf Spontanremission. Das positivere Abschneiden im Urteil der Kinder- und Jugendpsychiater könnte durch ein generell positiveres Beurteilungsverhalten dieser Berufsgruppe gegenüber Ärzten anderer Fachgebiete zustande gekommen sein, z. B. aufgrund ihrer psychotherapeutischen Ausbildung, die oftmals auch eine besondere Schulung in der Erfassung und Entwicklung von Ressourcen der Patienten besteht. Denkbar ist auch eine stärkere Einbeziehung zusätzlicher Interventionen, die auf psychische Faktoren fokussieren und darüber in einem höheren Prozentsatz ein positives Ergebnis erzielen. Nicht auszuschließen sind zudem Effekte, die durch die Zusammensetzung der unterschiedlichen Inanspruchnahmepopulationen zustande kommen. Weitere Untersuchungen unter Einbeziehung von Kontrollgruppen sind erforderlich.

Erweiterte und überarbeitete Fassung eines Artikels in Kinder- und Jugendarzt 2004, 35(9), 170 – 172 mit freundlicher Genehmigung des Verlags und der Herausgeber.

Anschrift

Ulrich Schmidt
Hohenheide 42
58730 Fröndenberg

Literatur

- Balgo, R.* (1998) Bewegung und Wahrnehmung als System. Systemisch-konstruktivistische Position in der Psychomotorik. Hofmann, Schorndorf
- DBM* (Hrsg.): Dokumentation Mototherapie – Das Behandlungskonzept der Staatlich geprüften Motopädinnen und Motopäden in Praxis und Theorie, Bissendorf, 1994
- DBM* (1999) Das mototherapeutische Behandlungskonzept. Dortmund
- Heilmittel-Richtlinien und Heilmittelkatalog* (2001) buchnerPRESS, Raisdorf
- Kesselmann, G.* (1990) Konzeption und Wirksamkeit in der Mototherapie, Kassel
- Kiphard, E.J.* (1983) Mototherapie – Teil I, Dortmund
- Köckenberger, H.* (2001) Hyperaktiv mit Leib und Seele. Mit neuen Perspektiven verstehen, bewegen und entspannen. 2., Aufl. borgmann, Dortmund
- Kupferschmid, Ch.* (2004) Kommentar der Redaktion. Kinder- und Jugendarzt 35(5), 323
- Law J, Garrett Z, Nye C.* (2003) Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Database Syst Rev. 3:CD004110
- Mertens, K.* (Hrsg.): Psychomotorik – Grundlagen und Wege der Förderung, Dortmund 2002
- Neuhäuser, G.* (2002) Motodiagnostik als Indikation für Mototherapie. In: Mertens, Krista (Hrsg.): Psychomotorik – Grundlagen und Wege der Förderung, Dortmund, S. 112 ff.
- Piper MC, Kunos VI, Willis DM et al.* (1986) Early physical therapy effects on the high-risk infant: a randomized controlled trial. Pediatrics; 78:216-224.
- Schilling, F.* (2002) Von den Anfängen des KTK zu einem umfassenden motodiagnostischen Konzept, in: Mertens, Krista (Hrsg.): Psychomotorik – Grundlagen und Wege der Förderung, Dortmund, S. 131 ff.
- Spitczok von Brisinski, I* (2004) Diagnostik und Therapie von AD(H)S unter besonderer Berücksichtigung systemischer Zusammenhänge und motopädischer Behandlung. Tagungsband zur Fachtagung des Deutschen Berufsverbandes der MotopädInnen/MototherapeutInnen 7.3.2004 in Borken
- Zimmer, R.* (1999) Handbuch der Psychomotorik – Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern, Freiburg

Fallbeschreibung einer Behandlung mit Atomoxetin bei Hyperkinetischer Störung

Olaf Weiffenbach

Im folgenden wird ein männlicher Patient beschrieben, der bei der Erstvorstellung 11 Jahre alt war. Es war eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10:F90.1); eine Zwangsstörung (F42.2); eine motorische Entwicklungsstörung (F82); eine intermittierende Tic-Störung (F95.0) und eine emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0) diagnostiziert worden.

Vorgeschichte

Der Junge kam in Begleitung seiner Eltern im Sommer 2002 in die Sprechstunde. Es wurden Konzentrationsprobleme berichtet. In der Schule träume er, er folge zumeist nicht dem Unterricht. Die Stimmung sei schwankend, oft sei er gereizt und habe Ausraster. Manchmal schlage und trete er sowohl Eltern als auch andere Kinder oder werfe mit Dingen um sich. Er könne sich kaum „steuern“. Er habe Schwierigkeiten, Kontakte zu anderen Kindern aufzubauen und zu halten. Er sei unbeholfen und besonders beim Schreiben ungeschickt. Die motorische Schwäche fiel beim Gangbild auf, als er ins Sprechzimmer kam und die Hand gab. Eine Schreibprobe machte die feinmotorischen Defizite deutlich.

Der Junge könne nicht altersgemäß für eine kurze Zeit tagsüber alleine zu Hause zu bleiben. Er schlafe bei den Eltern, weil er Angst vor der Dunkelheit habe. Der Junge zuckte mit den Schultern, blinzele mit den Augen oder führe andere unwillkürliche Bewegungen aus, berichteten die Eltern. Weiter erzählten die Eltern, dass er bestimmte Angewohnheiten immer wieder ausführen müsse, wie z. B. wiederholtes Händewaschen. Von festen Absprachen lasse er sich nicht abbringen. Könne ein Versprechen nicht eingehalten werden, so raste ihr Sohn aus.

Zur früheren Vorgeschichte ist bekannt, dass die Geburt nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf eingeleitet werden musste, aber spontan erfolgte. Postpartal war der Verlauf unauffällig. Schon im Säuglingsalter fielen motorische Schwächen auf, die krankengymnastisch behandelt wurden. Die Meilensteine der kindlichen Entwicklung wurden norm- und zeitgerecht erreicht.

Den Kindergarten besuchte der Junge vom dritten Lebensjahr an bis zur zeitgerechten Einschulung. Schon im Kindergarten hatte er Probleme, Freundschaften zu schließen. Der Schulbesuch verlief bis zur Erstvorstellung regelrecht. Immer wieder wurde von den Lehrern ab der ersten Klasse sein Sozial- und Arbeitsverhalten kritisiert.

Trennungssituationen von engen Bezugspersonen waren stets schwierig oder unmöglich. Kinderkrankheiten, Operationen oder Krankenhausaufenthalte wurden verneint.

Psychopathologischer Befund

Der Patient war bei der Erstvorstellung wach, ansprechbar und zu allen Qualitäten altersgerecht orientiert. Die Kontaktaufnahme war spontan möglich, allerdings war der Kontakt durch seine Impulsivität und gereizte Stimmung erschwert. Der Junge nahm kaum Blickkontakt auf. Die Stimmung wechselte plötzlich von ausgeglichener Stimmung zu dysphorisch-gereizter Stimmungslage. Es bestanden Trennungsängste und Ängste im Dunkeln. Zwangshandlungen und –gedanken wurden berichtet (Waschzwang, Angst vor Ansteckung). Die sozialen Interaktionen gestalteten sich schwierig, es existierten nur wenige soziale Kontakte außerhalb der Familie. Eine akute Suizidalität bestand zu keinem Zeitpunkt. In den Untersuchungen und fremdanamnestic wurden motorische Unruhe, Sitzunruhe und motorische Defizite beobachtet. Der Junge war ablenkbar, und er hatte nur eine geringe Konzentrationsspanne. Vom Vegetativum her wurde der Appetit als unauffällig beschrieben. Das Einschlafen sei wegen der Ängste vor der Dunkelheit schwierig. Er könne aber gut durchschlafen.

Testpsychologischer Befund

Im Sommer 2002 wurde der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest in der Dritten Fassung (HAWIK-III) durchgeführt. Im HAWIK-III erzielte der 11jährige einen Gesamt-IQ im Grenzbereich zum überdurchschnittlichen Bereich (95%-Vertrauensintervall: 104-115). Allerdings zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Verbal-IQ (95%-Vertrauensintervall: 120-133) und Handlungs-IQ (95%-Vertrauensintervall: 82-98) mit einer Differenz von über 30 IQ-Punktwerten. Das Profil der Ergebnisse für die einzelnen Unteraufgaben schwankte sehr von unterdurchschnittlichen Werten für Aufgaben im Handlungsteil bis zu überdurchschnittlichen im Verbalteil. Besondere Schwächen zeigten sich im optischen Differenzieren und in der visuomotorischen Koordination. Die testpsychologischen Befunde waren deutlich auf Konzentrations- und feinmotorische Defizite sowie langsames Arbeitstempo zurückzuführen. Stärken zeigte sich in den nichtzeitgebundenen Aufgaben und in allen sprachlichen Unteraufgaben.

Während der Untersuchung war der Junge zeitweise unkonzentriert. Sein Arbeitsstil war impulsiv, oberflächlich und unüberlegt, seine Grundhaltung wurde als lustig bis aggressiv beschrieben. Er hatte eine geringe Frustrationstoleranz. Oft verweigerte er plötzlich Anforderungen ohne erkennbaren Grund, dann wurde er verbal aggressiv. Er redete unaufhörlich und kommentierte sein Tun. Er war ständig in Bewegung und hatte erhebliche Probleme in der motorischen Umsetzung. So war es für ihn schwierig,

beim Untertest „Mosaiktest“ die Würfel richtig zu drehen oder beim Untertest „Bilderordnen“ die Bildkarten anzufassen und hinzulegen.

Somatische Befunde

Es wurden im Sommer 2002 zur organischen Abklärung Laborparameter untersucht: Das differenzielle Blutbild, die Lebertransaminasen (GOT,GPT, gGT) und Schilddrüsenwerte (TSH, fT3, fT4) lagen allesamt im Normbereich.

Ein zum selben Zeitpunkt durchgeführtes EKG zeigte bei einem Steiltyp einen regelrechten Kurvenverlauf. Der Blutdruck war 117/ 80 mm Hg, der Puls 104/ min.

Ein EEG wurde ebenfalls im Sommer 2002 durchgeführt. Die Grundaktivität war eine α -Grundaktivität von 10 Hz. Es gab keine Seitenunterschiede und keinen Hinweis auf Normvarianten oder einen Focus epilepticus. Insgesamt lag ein altersgerechter unauffälliger EEG-Befund vor.

Verlauf

Nach der diagnostischen Abklärung und Vorgesprächen mit dem Patienten und den Eltern wurden eine medikamentöse Behandlung mit einem Stimulanz (Methylphenidat) sowie eine adjuvante Verhaltenstherapie vereinbart. Die Medikation wurde sukzessive auf eine Dosis von 2-3x 10 mg/Tag eingestellt, d. h. eine Gabe morgens nach dem Frühstück, dann vormittags in der Schule und eine dritte Einnahme am frühen Nachmittag. Verhaltenstherapeutische Sitzungen unter Einbeziehung der Eltern fanden einmal wöchentlich statt. Regelmäßig stellte sich der Junge mit den Eltern zur Kontrolle der Behandlung und der erzielten Erfolge vor. Es veränderte sich sein Verhalten in der Lern- und Schulsituation. Er konnte konzentrierter arbeiten und die Schulleistungen besserten sich. Die Ausdauer bei verschiedenen Tätigkeiten, z. B. beim Lesen eines Buches, konnte gesteigert werden. In den ersten Tagen traten Kopfschmerzen auf, die wieder verschwanden. Der Appetit wurde nur geringfügig beeinträchtigt. Ab dem späteren Nachmittag kam es zu einem verstärkten Rebound, nachdem die Wirkung der letzten Dosis am frühen Nachmittag nachließ. Der Junge wurde extrem reizbar und zeigte deutliche Stimmungsschwankungen. Selbst in den Arzt-Patient-Kontakten war seine Stimmung fast durchweg instabil und kippte plötzlich ins gereizt-dysphorische mit verbalen und fremdaggressiven Attacken. Wegen der durchgängigen Stimmungslabilität und ausgeprägten Impulsivität in sämtlichen Anforderungssituationen wurde es für die Familie besonders schwierig, so dass eine alternative Behandlungsmöglichkeit gesucht werden musste. Die verhaltenstherapeutischen Interventionen konnte der Junge bezüglich seiner Ängste und Zwänge in dieser Zeit nur begrenzt annehmen. Das impulsive Verhalten und die Stimmungsschwankungen konnten nicht beeinflusst werden.

Im Frühjahr 2003 wurde mit der Familie eingehend die Umstellung auf ein neues BTM-freies Medikament (Atomoxetin) besprochen und ab April begonnen. Vor der Umstellung wurde Methylphenidat abgesetzt und für zwei Wochen eine Medikamentenpause eingehalten, in der die Symptomatik ähnlich wie vor Behandlungsbeginn auftrat: Besonders das impulsive Verhalten und die Bewegungsunruhe verstärkten sich deutlich. Atomoxetin wurde bei einem Körpergewicht von ungefähr 50 kg auf eine Dosis von 2x25mg morgens und abends eingestellt. Die Einstellung erfolgte mit einer Anfangsdosis von 25 mg abends für eine Woche, dann wurde auf die Erhaltungsdosis gesteigert. Der Junge wurde unter Atomoxetin ruhiger und wesentlich zugänglicher. Er selbst beschrieb sich als lockerer und konnte sich besser konzentrieren. Die Erregungsausbrüche nahmen mit der Länge der Behandlung in der Intensität und Dauer ab. Die anfänglich bestehende Müdigkeit und Kopfschmerzen hörten nach einer Woche auf. Nach vier Wochen erfolgte die Weiterbehandlung mit einer morgendlichen Einmalgabe von 50 mg Atomoxetin. Auch nachmittags wurde er manchmal so müde, dass er sich hinlegen musste. Die Schulleistungen blieben im oberen Leistungsbereich. Das Körpergewicht ist konstant geblieben. Die Laborwerte und der EKG-Befund vor der Gabe von Atomoxetin und vier Wochen nach Beginn der Behandlung mit Atomoxetin waren unauffällig und altersgerecht.

Bis zum jetzigen Zeitpunkt, d. h. Frühjahr 2004 stellte sich der Patient regelmäßig vor. Er konnte seine schulische Laufbahn auf dem Gymnasium ohne Schwierigkeiten fortsetzen. Die Konzentrationsfähigkeit zeigt sich in seinen schulischen Leistungen, die im guten Mittelfeld liegen. Die Lehrer haben sein Sozial- und Arbeitsverhalten mit der Note „gut“ bewertet. Sein Sozialverhalten zu anderen Gleichaltrigen ist nicht mehr von aggressiven Handlungen gekennzeichnet. Er hat weiterhin generell Schwierigkeiten, Kontakte herzustellen und zieht sich lieber zurück. Tics sind seit über einem Jahr nicht mehr aufgetreten. Auch wurden Zwangshandlungen nicht mehr berichtet. Der Junge war bis Sommer 2003 in verhaltenstherapeutischer Behandlung, die regelrecht beendet werden konnte.

Beurteilung/ Fazit

In dem hier geschilderten Fall wurde bei einem 11jährigen Patienten die Diagnose einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F90.1) mit ausgeprägter Impulsivität und aggressiven Erregungszuständen gestellt. Differentialdiagnostisch ist wegen der Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion, der motorischen Entwicklungsverzögerung und des testpsychologischen Befundes ein Asperger-Syndrom (ICD-10: F84.5) in Betracht zu ziehen. Das Zusammentreffen einer hyperkinetischen Symptomatik und eines Asperger-Syndroms ist nicht selten.

Gerade die Symptome Impulsivität, Stimmungslabilität und Erregungszustände mit aggressivem Verhalten stellen immer wieder Herausforderungen an den Kinder- und Jugendpsychiater dar, welche die medikamentöse Behandlung unumgänglich machen. Die herkömmlichen pharmakotherapeutischen Behandlungskonzepte sind jedoch oft unzureichend, gerade wenn eine aggressiv-impulsive Komponente vorliegt. Die bei diesem Patienten diagnostizierten komorbiden kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen sind nicht ungewöhnlich in dieser Konstellation: zwanghafte Störung (F42.2); motorische Entwicklungsstörung (F82.1), Tic-Störung (F95.0), Angststörung (F93.0). Sie erschweren oft die Behandlung und beeinflussen sich gegenseitig. Eine psychotherapeutische Intervention wird oft erst durch die pharmakotherapeutische Behandlung ermöglicht oder erleichtert.

Mit dem im Herbst 2002 von der Food and Drug Association in den USA, ab Juni 2004 in Großbritannien zugelassenen Wirkstoff Atomoxetin für die Behandlung der Hyperkinetischen Störung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bietet sich damit eine neue wirkungsvolle medikamentöse Therapieoption. Eine Zulassung in Deutschland ist möglicherweise im Frühjahr 2005 zu erwarten. Die Verordnung erfolgte in dem hier berichteten Fall über ein Privatrezept, bezogen wurde das Medikament über eine Apotheke und einen Importeur.

Die Behandlung mit Atomoxetin hat in diesem Fall Vorteile gebracht, indem die Stimmung stabilisiert werden konnte. Stimmungsschwankungen nahmen in ihrer Häufigkeit und Intensität ab und die soziale Interaktion in Familie, Schule und im Kontakt mit gleichaltrigen verbesserte sich. Der Junge war weniger ablenkbar bei seinen Aufgaben und in Gesprächen. Die Konzentrationsspanne und seine Ausdauer wurden ebenfalls günstig beeinflusst, so dass auch eine verbesserte Umsetzung, der in der Verhaltenstherapie erarbeiteten Inhalte möglich wurde. Das Verhältnis zur Therapeuten besserte sich, sie fand leichter Zugang zu dem Jungen als vorher ohne Medikation. Er war zunehmend in der Lage, sein Verhalten zu reflektieren. Bedeutend ist die Tatsache, daß die erreichten therapeutischen Effekte bis heute anhalten.

Gute Verträglichkeit und Einmalgabe führten zu einer guten Compliance. Insgesamt hat die medikamentöse Umstellung auf Atomoxetin sowohl positive Effekte auf die Symptomatik der Hyperkinetischen Störung als auch auf die vorhandenen komorbiden Störungen gezeigt.

Verfasser:

Dr. med. Olaf Weiffenbach, Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. – psychotherapie, Haingasse 22, 61348 Bad Homburg v. d. H.

Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen
stellen sich vor:

Neue Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am St. Marien-Hospital in Düren

Bodo Müller

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des St. Marien-Hospitals in Düren-Birkesdorf öffnete am 19.01.2004 ihre Pforten und besteht aus einem tagesklinischen Bereich mit zehn Behandlungsplätzen sowie einer Institutsambulanz, die ihren Betrieb in vollem Umfang am 01.06.2004 aufgenommen hat.

Die neue Abteilung arbeitet in enger Kooperation mit der ca. 30 km entfernten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie des Universitätsklinikums der RWTH Aachen. Patienten, die einer vollstationären Behandlung bedürfen, werden an das Universitätsklinikum in Aachen überwiesen. Mit Eröffnung der neuen Abteilung ist die Regelversorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten für Stadt und Kreis Düren an die Aachener Klinik übertragen worden.

Das St. Marien-Hospital in Düren-Birkesdorf ist ein Krankenhaus der Regelversorgung mit 378 Betten in 8 Hauptabteilungen, darunter eine Abteilung für Kinder und Jugendliche mit 68 Betten sowie ein großes sozialpädiatrischen Zentrum. Zwischen den Abteilungen besteht ein enger interdisziplinärer Austausch über Konsultativitäten und gemeinsame Fortbildungen.

Behandlungskonzept

Diagnostik und Behandlung erfolgen leitlinienorientiert nach einem multimodalen störungsspezifischen Behandlungskonzept mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Dies beinhaltet zunächst eine psychiatrische und psychopathologische Diagnostik, die Sichtung von Vorbefunden, die ausführliche Erhebung der Eigen-, Fremd- und Familienanamnese, Verhaltensbeobachtung und -analyse sowie Gespräche mit relevanten Erziehungs- und Kontaktpersonen. Danach wird individuell und in enger Zusammenarbeit mit den Eltern ein Therapieplan erstellt. Die Therapien finden sowohl im Einzel- wie auch im Gruppensetting statt.

In der Tagesklinik werden Kinder und Jugendliche im Alter zwischen dem fünften und dem vollendeten 18. Lebensjahr, in der Institutsambulanz ab dem dritten Lebensjahr behandelt.

Grundsätzlich werden alle kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder behandelt. Schwerpunkte bilden dabei Diagnostik und Therapie der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, umschriebene Entwicklungsstörungen, emotionale Störungen (Angsterkrankungen, Depressionen), Essstörungen, Somatisierungs- und Zwangsstörungen sowie die Behandlung von akuten und posttraumatischen Belastungsreaktionen.

Tagesklinik

Multiprofessionelles Team

Die personelle Ausstattung wurde anhand der Psychiatrie-Personalverordnung vom 18.12.1990 ermittelt. Das therapeutische Team der Tagesklinik besteht aus einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, einer Psychologin, einer Kinderkrankenschwester, einem Krankenpfleger, einer Erzieherin, einer Ergotherapeutin, einer Sozialarbeiterin und Lehrern. Das Pflegepersonal arbeitet nach dem Bezugspflegesystem.

Störungsspezifische Therapie

Die kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Patienten erfolgt störungsspezifisch nach einem multimodalen Konzept. Fester Bestandteil der Therapie sind verschiedene psychotherapeutische Methoden wie Einzeltherapie, Gruppentherapie, Familientherapie, Spieltherapie, Ergotherapie, soziales Kompetenztraining, spezifische Förderung von umschriebenen Entwicklungsstörungen und Pharmakotherapie. Die Anmeldung erfolgt nach einer Vorstellung in unserer Institutsambulanz oder durch Einweisung eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters, die Aufnahmen nach Dringlichkeit entweder direkt in die Tagesklinik oder als Anschlussbehandlung nach einer stationären Behandlung. Eine ambulante Weiterbetreuung in unserer Institutsambulanz wird in der Regel angeboten.

Räumlichkeiten der Tagesklinik

Die Tagesklinik ist in einem ehemaligen Schülerinnenwohnheim in direkter Nähe zur Kinderklinik, einem Sozialpädiatrischen Zentrum und der Schule für Kranke untergebracht. Sie verfügt über einen Gruppenraum, in dem sich die Patienten in ihrer freien Zeit aufhalten können. Auch die Hausaufgabenbetreuung wird in diesem Raum durchgeführt. Sollten die Patienten sich zurückziehen wollen, so steht ein Ruheraum zur Verfügung. In einer großen Küche finden die gemeinsamen Essen statt. Dort können auch Kochgruppen veranstaltet werden. Zusätzlich wird ein Physiotherapieraum zu diagnostischen Zwecken und für Entspannungsübungen genutzt. In dem großen Ergotherapieraum der Station stehen u.a. Werkbänke, Holz-

und andere Werkzeuge zur Verfügung. Im Stationszimmer finden die Patienten jederzeit einen Betreuer vor. Zusätzlich haben die Therapeuten eigene Behandlungszimmer. In das großzügig gestaltete Bad mit behindertengerechter Ausstattung ist eine Badewanne sowie eine Dusche integriert.

Tagesklinischer Ablauf

Die tagesklinische Behandlung erfolgt Montag bis Freitag von 8.00 bis 16.30 Uhr. Frühstück und Mittagessen sowie einige Zwischenmahlzeiten nehmen die Patienten gemeinsam ein. Im Anschluss an das Frühstück beginnt der Schulunterricht. Die Patienten besuchen in der Regel die an die Klinik angebundene Schule für Kranke (Rurkreisschule) oder ihre Heimatschule. Nach Beendigung des Unterrichtes erfolgt ein gemeinsames Mittagessen. Danach steht für jeden Patienten eine Ruhepause von 30 Minuten zur freien Verfügung. Nach dieser Pause finden Aktivgruppe (sportliche Betätigung) und Hausaufgabenbetreuung statt. Nachmittags folgen therapeutische Angebote und Freizeitaktivitäten, wie Ergotherapie, soziales Kompetenztraining, Expositionsübungen, Kreativgruppe und Freizeitangebote. Die therapeutischen Gespräche finden nach Terminabsprache mit dem Patienten statt. Einmal in der Woche erfolgt eine gemeinsame Chefvisite. Den Wochenabschluss bildet ein gemeinsames Gruppengespräch in dem die vergangene Woche reflektiert wird und Ziele der einzelnen Patienten für die kommende Woche erörtert werden. Der Tag wird mit einer gemeinsamen Zwischenmahlzeit beendet. Neben den zu der Behandlung gehörenden Elterngesprächen findet über „Informationsmappen“ ein täglicher Austausch zwischen dem Behandlungsteam der Tagesklinik und den Eltern statt.

Institutsambulanz

Das Team der Institutsambulanz besteht aus einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, einem Assistenzarzt, einem Psychologen, einer Ergotherapeutin, einer Physiotherapeutin, einer Kinderkrankenschwester, einer Arzthelferin und einer Sekretärin. Im Rahmen der Vorstellung eines Kindes oder eines Jugendlichen in der Institutsambulanz erfolgt eine ausführliche Diagnostik und bei Bedarf die ambulante therapeutische Behandlung. Gemäß §118 SGB V werden in der Ambulanz vor allem Patienten mit schweren, meist chronifizierten psychiatrischen Störungsbildern versorgt. Vormittags erfolgt in der Regel die Diagnostik:

- In einem ca. 90 Minuten dauernden Erstgespräch werden die wichtigsten Informationen über das Krankheitsbild, die Entwicklung der

Symptomatik und die daraus resultierende Belastung des Kindes und seiner Familie erfasst. Weiter werden ausführlich die soziale, biographische und Familienanamnese sowie aktuelle psychosoziale Belastungen erhoben. Sollte dieser Zeitrahmen nicht ausreichen (zum Beispiel bei Traumapatienten) werden weitere Untersuchungstermine vereinbart.

- Die testpsychologische Untersuchung beinhaltet regelhaft eine Leistungsdiagnostik sowie eine ausführliche Erhebung der Psychopathologie anhand ausgewählter standardisierter Verfahren. Entsprechend der anamnestischen Angaben finden zusätzlich Verfahren zur Überprüfung von Teilleistungen (Rechenfertigkeiten, Lesen/Rechtschreibung) Anwendung. Weiter besteht die Möglichkeit einer computergestützten neuropsychologischen Untersuchung insbesondere der Aufmerksamkeits- und exekutiven Funktionen.
- Von einem Arzt wird eine ausführliche körperlich-neurologische Untersuchung durchgeführt. Bei Bedarf werden individuell konsiliarische Untersuchungen mit den anderen Abteilungen des Hauses vereinbart (humangenetische und neuropädiatrische Untersuchungen und bildgebende Verfahren u.a.).
- Ein abschließendes, ausführliches Beratungsgespräch beinhaltet die Erörterung der Befunde sowie die Besprechung des weiteren Procedere (z.B. Initiierung von Jugendhilfemaßnahmen, ambulante Psychotherapie, teil- oder vollstationäre Behandlung, Eltern- und Kindertrainings, Familientherapie, Pharmakotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.). Eine Verlaufsbeobachtung findet abhängig von Art und Schwere des Krankheitsbildes in regelmäßigen Abständen statt.
- Die relevanten Informationen und Diagnosen werden in Form eines Briefes an den Hausarzt und auf Wunsch und nach Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht an weitere beteiligte Stellen (z.B. Jugendamt, behandelnde Therapeuten, etc.) weitergegeben.

Des Weiteren erfolgt in einer *Medikamentensprechstunde* die ambulante Betreuung von Patienten, die regelmäßig Psychopharmaka erhalten. Ebenfalls im vormittäglichen Ablauf erfolgen eine Vorschulsprechstunde und die Vorstellung von Traumapatienten.

Nachmittags findet die ambulante psychotherapeutische Behandlung statt. Diese beinhaltet Einzeltherapie sowie gruppentherapeutische Interventionen. In Vorbereitung sind u.a. Aufmerksamkeitstrainings für Kinder mit

entsprechenden Defiziten, Gruppentherapien für Patienten mit Angst- oder Essstörungen, Soziales Kompetenz-Training und Entspannungstraining. Für die Eltern werden Psychoedukationsgruppen (Elterntraining für Eltern hyperaktiver oder aggressiver Kinder und für Eltern von essgestörten Patienten) angeboten. Ergänzt wird das Angebot durch ergo- und physiotherapeutische Therapiegruppen sowie die spezifische Förderung von Lese- und Rechtschreibstörungen.

Mit der neuen Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine bedeutende medizinische Versorgungslücke im Bereich zwischen Aachen und Köln geschlossen worden. Somit wird eine wohnortnahe Behandlung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten auf hohem fachlichen Niveau, orientiert an den Behandlungsstandards der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, durch die neue Einrichtung ermöglicht.

Autor:

Dr. med. Bodo Müller

Chefarzt

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

St. Marien-Hospital

Hospitalstraße 44

52353 Düren

Tel.: 02421/805-6711

FAX: 02421/805-6725

E-mail: bmueller.smh-dn@ct-west.de

Internet: www.marien-hospital-dueren.de

Tagungsrückblick

3. Interdisziplinäre Tagung zu Sprachentwicklungsstörungen – ISES 3

vom 1. bis 3. Juli 2004 in Wien

Diese dritte interdisziplinäre Tagung zu Sprachstörungen im Kindesalter wurde von Frau Prof. Schaner-Wolles (Institut für Sprachwissenschaften), Frau Prof. Eisenwort (Institut für Medizinische Psychologie) und Frau Prof. Willinger (Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten) – alle an der Wiener Universität tätig – ausgerichtet. So interdisziplinär wie das Organisationsteam war auch das thematisch breit angelegte Programm.

In Vorträgen, Workshops und Fortbildungsveranstaltungen wurde Fragen der regelhaften und gestörten Entwicklung von Syntax, Morphologie und Semantik, der Verbindung zwischen kognitiver und Sprachentwicklung sowie der Frühdiagnostik und Frühförderung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen nachgegangen. Empirische Untersuchungen zur Zufriedenheit der Eltern mit einer logopädischen Therapie, zu den Möglichkeiten und Grenzen des ELFRA-1 und -2 und zur psychischen Entwicklung von Kindern mit Sprachstörungen wurden vorgestellt.

Eine Sitzung war den besonderen sprachlichen Fähigkeiten von Patienten mit einem Williams-Beuren-Syndrom gewidmet und ausführlich wurde auf Probleme der Diagnostik und Therapie bei sprachauffälligen, mehrsprachig aufwachsenden Kindern eingegangen.

Determinanten der Sprachentwicklung bei Kindern mit einem Cochlear implant wurden insbesondere von österreichischen Arbeitsgruppen herausgearbeitet. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die psychische Entwicklung dieser Kinder, auf deren Schulerfolg sowie auf Fragen der Lebensqualität eingegangen. Mit der Entwicklung und den Möglichkeiten einer Frühförderung hörgestörter Kinder befassten sich zwei von vier Fortbildungsveranstaltungen.

Der interdisziplinäre Gedankenaustausch fand aber nicht nur während der wissenschaftlichen Sitzungen, die in drei Parallelveranstaltungen durchgeführt wurden, statt. Ein Abend in einer typischen Wiener Heurigen-Schenke und ein festlicher Empfang im Wiener Rathaus gaben reichlich Gelegenheit zur Diskussion und zum Kennenlernen. Insgesamt war es den Veranstaltern gelungen, eine anregende Tagung zu organisieren, in der die Sichtweise der unterschiedlichen, an Fragen der Sprachentwicklung interessierten Fachgebiete deutlich wurde. Problemstellungen in For-

schung und Praxis wurden in sinnvoller Weise aufeinander in Bezug gesetzt. In Anbetracht des erfolgreichen Verlaufs der bisherigen ISES-Tagungen wurde eine Fortsetzung dieser Reihe beschlossen. Die ISES 4 ist für 2006 geplant.

Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz
Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Ludwig-
Maximilians-Universität Abteilung für Entwicklungsfragen Waltherstr. 23,
D-80337 München
Postanschrift: Nussbaumstr. 7, D-80336 München
Tel.: 089/5160-3427, Fax: 089/5160-4756
E-Mail: Suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de
Internet: www.kjp.med.uni-muenchen.de

Buchbesprechung

Michael J. Lambert (Ed.) **Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change**. Fifth Edition, 2004. New York: John Wiley & Sons. 854 S., 130,- Euro

„Especially in this age of accountability, the ability of behavioral health professionals to demonstrate that their interventions are not just statistically satisfactory is key.“

Lambert & Ogles, 2004, S.150

Auf ein Neues

Eine neue, aktualisierte Ausgabe des Standardwerks der Psychotherapieforschung ist auf dem Markt. Nach vier Ausgaben seit 1971 haben Allen Bergin und Sol Garfield nun die Verantwortung für eine weitere Ausgabe des renommierten Handbuchs in die Hände eines Nachfolgers gelegt. Mit der Wahl Michael Lamberts für diese Aufgabe haben sie wohl auch ein Signal gesetzt: Michael Lambert hat sich seit Anfang der 1990er Jahre einen Namen gemacht mit seinen Forschungen zu allgemeinen Therapiefaktoren.

Seine Arbeiten erwiesen sich als von erheblichem Nährwert für die Praxis und wurden zur tragenden Säule neuerer Versuche, der babylonischen Sprachverwirrung im Bereich der Psychotherapie eine allgemein verständliche Alternative entgegen zu setzen (Miller et al. 1997, Hubble et al. 1999). Von besonderem Interesse erwiesen sich dabei Lamberts Studien zur Bedeutung von KlientInnenvariablen für Veränderungsprozesse (vgl. Asay & Lambert 1999, Lambert 2001, Lambert et al. 2001).

In seinem Vorwort macht Lambert nun deutlich, dass dies die erste Ausgabe des Handbuchs sei, die unter den Vorzeichen eines Klimas der Verantwortlichkeit herausgegeben werde. Dies ist natürlich missverständlich. Verantwortlichkeit dürfte vermutlich schon immer unterstellt worden sein. Was neu ist, ist die radikale Gegenrechnung in Begriffen der Kostenkalkulation. In diesem Zusammenhang macht es schon neugierig, wenn Lambert im Vorwort zwar weiterhin den Schwerpunkt auf empirische Studien setzt, jedoch darauf hinweist, dass in dieser Ausgabe zum ersten mal ein Kapitel hinzugefügt sei, dass die Schwächen bisheriger quantitativer Forschung ins Visier nehme und den Wert qualitativer Forschung diskutiere.

Vom Fortschreiten der Dinge

Traditionell geben die Herausgeber im ersten Kapitel einen die bisherige Entwicklung würdigenden Überblick. Dem fügen sie am Ende einen weite-

ren Überblick hinzu, der Trends und zukünftige Aufgaben umreißt. Im vorliegenden Fall stellt sich Lambert zusammen mit den beiden Gründungsherausgebern dieser Aufgabe.

In der Einleitung sprechen die Autoren von der fortgesetzten Dominanz einer integrativen/eklektizistischen Praxis. Dies wird durchaus als tauglich gewürdigt: „Eklektizistische und integrationistische Bewegungen reflektieren die Anstrengungen vieler PraktikerInnen, in ihrer Arbeit mit den KlientInnen flexibel zu sein“ (S.7)⁵.

Von Beginn an sei die Ausrichtung des Handbuchs eklektizistisch gewesen, heißt es: „Offen für Forschungsergebnisse aus allen Richtungen zu sein, sowohl für positive wie für negative, ist die zentrale Botschaft des Handbuchs. Dieser Fokus stimmt überein mit den Idealzielen des Eklektizismus – das zu fördern, was in der Arbeit für die PatientInnen funktioniert“ (S.7).

Die Autoren gehen auf die Diskussion zur *evidence based practice* ein. Sie unterstreichen die vorläufige Natur jeglicher Forschungsergebnisse. Deren Sinn bestehe im wesentlichen darin, Ausgangspunkt für weitere Forschung zu sein. Es ist die Qualität der Diskussion, die zählt, während die Qualität der Ergebnisse stets in Frage zu stellen ist, konstruktiv und neugierig, nicht festlegend. Aufzählungen von „empirisch unterstützten Behandlungsformen“, so die Autoren, „sind statisch und scheinen eine falsche Garantie von Effektivität anzubieten“ (S.9). Lamberts eigene Forschungsagenda klingt an, wenn der *evidence based practice* das Konzept einer *patientbased research* entgegengesetzt wird, ein Ansatz, bei dem die Bewertung des Verlaufs durch die KlientInnen als Richtschnur gilt. Solche *outcome management research strategies* zielen darauf, den PraktikerInnen formale Hilfsmittel zum systematischen Erfassen der Verlaufsbewertungen von PatientInnen/KlientInnen zur Verfügung zu stellen⁶. Die Autoren konstatieren: „Im Unterschied zu anderen Forschungsstrategien wird beim Ergebnismanagement das Orientieren an der Empirie zu einem viablen Teil der Praxisroutine, und nicht zu einer abgehobenen Abstraktion, mit der die PraktikerInnen Mühe haben, sie in ihre Praxis zu integrieren“ (S.9).

Insgesamt, so Lambert, Bergin & Garfield, sei Veränderung ein dermaßen komplexes Geschehen, dass es schwierig sei, die volle Bedeutung der Veränderungen, die im Verlauf einer Behandlung eintreten, zu erfassen. Den damit zusammenhängenden methodologischen Fragen widmen sich, wie in der 1994er-Ausgabe, Clara Hill und Michael Lambert und kommen nach einer detaillierten Diskussion des bislang erreichten Standes in ihrer abschließenden Zusammenfassung zum exakt gleichen Schluss wie 1994: Das Messen von Ergebnissen befinde sich in einem Stadium des

⁵ Alle Übersetzungen: W.L.

⁶ vgl. Loth 2000, S. 330ff.

Chaos, mit wenig Übereinstimmung zwischen den ForscherInnen darüber, welche spezifischen Messungen benutzt werden sollten (vgl. S.124)⁷. Was es nicht gerade leichter mache, sei die Feststellung, dass der Stand der Forschung zu individualisierten Veränderungsmessungen dürftig sei (S.111).

Übersicht

Eine Synopse der Inhaltsübersichten der vierten Ausgabe (1994) und der aktuellen Ausgabe vermittelt einen Eindruck, wie sich in den letzten Jahren Akzente verschoben haben (siehe Tabelle 1 am Ende). Akzentverschiebungen zeigen sich zum einen im teilweise drastisch veränderten Umfang einzelner thematischer Beiträge, zum anderen – teilweise subtil – in Veränderungen der Überschriften. Einige Beiträge sind völlig gestrichen: der 1994er Bericht über den Fortgang und Ergebnisse der Studie des *National Institute of Mental Health* zur Behandlung von Depression, sowie der Beitrag über psychodynamische Ansätze und der über Forschung zu kurztherapeutischen Ansätzen. Akzentverschiebungen ergeben sich manchmal auch dadurch, dass ein Thema von anderen AutorInnen als in der vorigen Ausgabe bearbeitet wurde. In der Tabelle sind Veränderungen, die mir Akzentverschiebungen anzudeuten scheinen, kursiv gesetzt.

Ein Beispiel für eine Akzentverschiebung in der Überschrift ist etwa das Hinzufügen von „Effizienz“ zu „Wirksamkeit“ in Kapitel 5 (Lambert & Ogles), oder auch, wenn es im Kapitel über KlientInnen-Variablen in der Überschrift nicht mehr allgemein um Forschung geht, sondern direkt um den „Einfluss“ der KlientInnen-Variablen.

Das frühere Kapitel über Ehe- und Familientherapie wird nun zu einem über Familien- und Paartherapie.

Wenigstens im Hinblick auf das Herausnehmen des Beitrags zur Kurztherapie kann gesagt werden, dass es sich nicht um einen Hinauswurf handelt, nicht um eine Abwertung, sondern um das Ergebnis der Einschätzung, dass ein gesondertes Kapitel über Kurztherapie nur Redundanz erzeuge: Fast alle der untersuchten Therapien seien kurz, mit einer Dauer von im Schnitt weniger als 20 Sitzungen. Dass in der inhaltlichen Beschreibung Kurztherapie sensu *Mental Research Institute (MRI)* oder *Brief Family Therapy Center (BFTC)* nicht vorkommt, dürfte für die weiterhin wirksame Schwierigkeit sprechen, Praxiserfahrungen und Forschungswelt in einen erkennbaren Austausch zu bringen. Die alte konstruktivistische Frage bleibt lebendig:

Wenn in den Weiten der Wälder ein Baum umfällt und keiner ist da, der das sieht: Ist der Baum dann umgefallen oder nicht?

⁷ Im Unterschied zu 1994 heißt es aktuell „outcome“, während es 1994 hieß „change following therapy“

Unabhängig davon bleibt festzuhalten, dass im US-amerikanischen Raum der Trend eindeutig erscheint: Versicherungen zahlen so gut wie nicht mehr für Langzeittherapien.

Die Autoren des Überblicks kommen zu einer differenzierten Einschätzung:

Der Trend zur Kurztherapie sei zwar empirisch gerechtfertigt, aber etwa 50% der PatientInnen/KlientInnen könnten von Therapie bei einer willkürliche Beschränkung auf weniger als 20 Sitzungen nicht ausreichend profitieren. In ihrem Beitrag über Effizienz und Effektivität von Psychotherapie greifen Lambert & Ogles die Frage noch einmal explizit auf, wieviel Therapie notwendig sei (S.154ff.). Die Autoren zitieren eine neuere Arbeit, die nahe legt, dass bei der Hälfte der KlientInnen eine klinisch signifikante Veränderung zum Besseren ab der 21. Sitzung erwartet werden kann. Es müsse jedoch schon von der doppelten Anzahl von Sitzungen ausgegangen werden, damit die Erwartung dieser Veränderung für 75% der KlientInnen vernünftig sei. Auch hier komme es jedoch auf die Wahl des Kriteriums an. Die Erwartungswerte änderten sich, wenn etwa nicht „klinisch signifikante“⁸, sondern nur „reliable Veränderungen“ als Kriterium gewählt werden, ebenso, wenn in die jeweilige Untersuchung KlientInnen mit einbezogen werden, deren Ausgangslage sich noch nicht im dysfunktionalen Bereich bewege.

Ein Blick auf einige ausgewählte Kapitel

Neu in diesem Band ist ein Beitrag von Brent D. Slife über die Zwänge des Naturalismus. Es ist der im Vorwort angekündigte Aufsatz, ein Beitrag, in dem der Autor in klaren Worten eine Art Unterwerfung der Psychotherapie unter die Vorgaben naturwissenschaftlicher Engführungen konstatiert: Psychotherapie habe sich von einer achtsamen und freien Befragung zu einer Art „Grundlinienmentalität“ entwickelt.

Ökonomische, medizinische und wissenschaftliche Kräfte hätten die psychosozialen HelferInnen entmutigt, so frei und kritisch zu denken, wie sie das früher einmal taten.

Auf den Punkt gebracht: „Das Problem ist, dass der ökonomische und medizinische Schwanz mit dem therapeutischen Hund wedelt“ (S.44). Man weiß gar nicht, ob man erfreut tief durchatmen oder sich lieber schämen sollte, wenn man solche klaren Worte liest. Immerhin: Slife arbeitet an der gleichen Universität wie Lambert und vielleicht bekommen wir gerade mit, wie sich die Truppen für eine neue, gestärkte Auseinandersetzung sammeln. Wir werden sehen.

⁸ als „klinisch signifikant“ gilt eine Veränderung dann, wenn sich KlientInnen in Bezug auf eine objektivierende Normgröße aus einem Bereich von dysfunktionalen Beschwerden herausbewegt haben.

Zum Thema Naturalismus skizziert Slife dessen fünf Grundannahmen: Objektivismus, Materialismus, Hedonismus, Atomismus und Universalismus, diskutiert damit zusammenhängende Probleme und schlägt Alternativen vor. Dabei kommen so prägnante Sätze vor wie (zum Thema Universalismus): „Das Veränderbare ist wenigstens genauso fundamental wie das nicht Veränderbare.“ (S.48). Insgesamt unterstreicht der Autor die Notwendigkeit, sich seiner Vorannahmen bewusst zu sein, selbst Pragmatismus könne seinen Vorannahmen nicht entkommen. Worum es Slife geht ist eine Art Reflexiver Pragmatismus. Dies beinhaltet die aktive Suche nach Alternativen.

Eine im guten Sinne beunruhigende Grundhaltung.

Ein Kernstück des Handbuchs ist sicherlich Lambert und Ogles' Kapitel über Effizienz und Effektivität von Psychotherapie. Hier werden viele der in späteren Kapiteln noch einmal unter spezifischen Gesichtspunkten aufgerollten Ergebnisse zusammengeführt.

Die Grundbotschaft ist: Psychotherapie wirkt! Sie wirkt in der Regel auch nachhaltig, allerdings nur dann, wenn sie nicht willkürlich begrenzt wird (s.o.). *Managed Care* erhält hier manchen Seitenhieb. Die Autoren gehen ein auf die unterschiedliche Relevanz von Effektivitäts- und Effizienzkriterien für die allgemeine Praxis. Forschungen zur Manualtreue von bestimmten Vorgehensweisen werden dabei in ihrer Fragwürdigkeit für die Praxis kenntlich. Die „große Psychotherapiedebatte“ um Dodo-Bird und Effektstärken kommt zur Sprache. Die Zusammenfassung der – so kann man wohl sagen – bisherigen Schlacht, erscheint so simpel wie nachvollziehbar: „Es gibt einen starken Trend dahin, keine Unterschiede zwischen Techniken oder Schulen in Bezug auf herbeigeführte Veränderungen anzunehmen, ein Trend, der sich jedoch mit Hinweisen auseinandersetzen muss, dass unter bestimmten Umständen einige Methoden (in der Regel kognitiv-behaviorale) oder Ansätze (Familientherapie) überlegen sind“ (S.164). Der Ergebnisse sind es viele, viele sind auch interessant, doch aus Sicht eines Praktikers bleibt manchmal die Frage, um was da gelärmt werde. Das Ergebnis geht zwar in Ordnung, doch bedarf es wirklich einer Landung auf dem Mars, um festzustellen: „Es ist möglich, dass zu viel Energie auf Technikstudien verwendet wurde auf Kosten von Untersuchungen zur Person der TherapeutInnen und zu deren Wechselwirkung mit Techniken und mit Merkmalen der PatientInnen“ (S.169)?

Eine Fülle von Material kommt in den drei Kapiteln zu KlientInnenvariablen, TherapeutInnenvariablen und zur Prozessforschung zur Sprache. Clarkin und Levy unterstreichen eindeutig ihre Position, dass es keine zwei gleichen Patienten gebe, selbst dann nicht, wenn sie die gleiche Diagnose teilen. Als Beispiele für bedeutsame KlientInnen-Variablen werden u.a. skizziert die Ausprägung der Bereitschaft zur Veränderung und unterschiedliche Bindungsmuster. Insgesamt scheinen solche KlientInnen-Variablen von besonderem Einfluss zu sein, die sich in Form interpersona-

ler Erfahrungen beschreiben lassen. So verweisen die Autoren auf das Dilemma, dass unter den Personen, die eine Behandlung benötigen, ein großer Prozentsatz derjenigen sei, die mit Beziehungen schlechte Erfahrungen gemacht haben und daher eher dazu neigen könnten, eine therapeutische Beziehung abzubrechen. Auch in diesem Kapitel kommen *empirically based treatments* schlecht weg: Es seien genau diese Übereinfachungen, die zu den Übersetzungsschwierigkeiten zwischen ForscherInnen und PraktikerInnen beitragen.

Larry Beutler et al. diskutieren TherapeutInnen-Variablen geradezu stoisch. Sie arbeiten ein Vierfelderschema ab, gebildet durch die Unterscheidungen *traits/states*, sowie beobachtbar/erschlossen. Auch das Fazit dieser AutorInnen klingt so nüchtern wie nachvollziehbar: „Wir schließen, dass die Tendenz, Beziehungsfaktoren gegen technische auszuspielen, oder gemeinsame Faktoren gegen spezifische, oder den *dodo bird* gegen *empirically supported treatments* ersetzt werden muss durch eine mehr integrative und synergistische Perspektive“ (S.292). Es gehe darum, PatientInnen-, TherapeutInnen-, Vorgehens- und Beziehungsfaktoren zu integrieren.

50 Jahre Psychotherapie-Prozess-Forschung lassen Orlinsky et al. Revue passieren.

Das generische Modell der Psychotherapie erweist sich dabei weiterhin als guter und verständlicher Rahmen, dessen Vielzahl von Einzelfaktoren sich auf diese Weise natürlich leichter abarbeiten lassen (in Bezug auf Forschungsergebnisse) als sie im tatsächlichen Praxiserleben gleichzeitig zu beachten. Letzteres ist allerdings auch nicht der Sinn des Ganzen. Der Sinn ergibt sich aus seiner erkennbaren Hilfe beim Reflektieren. So lässt sich Komplexität gewinnen ohne sich darin zu verheddern, wenn es denn gut geht. Die AutorInnen fassen noch einmal kurz den Stand bis zur letzten Ausgabe des Handbuchs zusammen und berichten dann über die Forschung des letzten Jahrzehnts. Das liest sich im Detail für PraktikerInnen in der Regel mühsam. Dafür entschädigt aber möglicherweise das Resümee am Ende: „Effektive Psychotherapie ist eindeutig mehr als ein Set von Techniken, aber sie ist auch mehr als eine warme, unterstützende Beziehung. (...) Psychotherapie ist mehr als das, was PsychotherapeutInnen tun, mit Absicht oder sonstwie; alles in allem ist sie (die Psychotherapie) die Erfahrung der PatientInnen. Aber was die TherapeutInnen in der Therapie tun, macht eindeutig einen Unterschied in dem, was die PatientInnen erfahren und lernen. Das Ergebnis scheint am besten zu verstehen zu sein als ein synergistisches Resultat der Probleme und Ressourcen der PatientInnen, in Verbindung mit den Fertigkeiten und Begrenzungen der TherapeutInnen“ (S.363).

Für Systemische und FamilientherapeutInnen dürfte noch das Kapitel über Familien- und Paartherapie interessant sein (Sexton et al.). Auch hier gibt es eine gründliche und ausführliche Darstellung der immens ausgeweite-

teten Forschung der letzten 10 Jahre. Auch hier sprechen die Ergebnisse dafür, dass Familientherapie im weitesten Sinn bei einer Vielzahl klinischer Probleme hilfreich wirkt. Das mag für's erste genügen, insbesondere, wenn in der Skizze zum Multisystemischen Ansatz von Henggeler sowohl der herausfordernde Bewährungsrahmen aufblitzt, wie auch die an Stärken orientierte Grundhaltung. Wer in diesem Kapitel allerdings so etwas sucht wie „Nachrichten von zuhause“ (sagen wir: als Familientherapeut), dem könnte es so gehen, wie (wiederum beispielsweise) einem Sozialdemokraten, der sich mit Notwendigkeiten und Grammatik einer Agenda 2010 auseinandersetzt. *Life ain't easy all the time.*

Ausblick und Hoffnung

„Patients don't appreciate techniques and they don't regard them as necessary. They hardly ever mention a specific technical intervention the therapist made. I'd encourage therapists to realize their phenomenological world regarding the experience of therapy is quite different from that of patients. The nontechnical aspects are the ones patients mention. Also, when objective judges listen to tapes of therapy, the nontechnical aspects are the things that correlate with outcome more than any technical intervention.“

Michael Lambert 1993⁹

Dieses Zitat von Michael Lambert ist nun auch schon mehr als 10 Jahre alt. Dennoch erscheint es mir aktuell wie zuvor. Es ist nicht so, dass im Handbuch ernsthaft etwas anderes behauptet würde, es findet sich allerdings nur an wenigen Stellen eine Sprache, die das so ausdrückt. Dieses Handbuch muss sicherlich auch verstanden werden als ein Dokument der Legitimation im Kampf um gesellschaftliche, ökonomische und wissenschaftliche Anerkennung (noch einmal der Hinweis auf den wedelnden Hundeschwanz, s.o.). So klingt es an mancher Stelle sogar etwas bedauernd und verständnisvoll, wenn dargelegt wird, es könne in diesem Handbuch nur berücksichtigt werden, was dem Stand der Kunst an wissenschaftlicher Erforschung der beschriebenen Phänomene Genüge tue. Das ist in der Beschreibung der Vorgehensweisen in der Praxis durch PraktikerInnen in der Regel nicht der Fall. Das ist es auch nicht in anderen Bereichen, siehe das lobenswerte (und dennoch aus vermutlich opportunistischen Gründen namensverhunzte) Projekt einer Positiven Psychologie (Snyder & Lopez 2002, deutsche Übersicht: Loth 2003). Es ist m.E. schon ein ermutigendes Zeichen, wenn in der abschließenden Zusammenschau von Lambert, Garfield und Bergin noch einmal die Bedeutung von Mikroperspektiven unterstrichen wird. Was hilft wie für wen in

⁹ Diese persönliche Mitteilung Michael Lamberts wird von Hubble et al. (1998, S.191) berichtet.

dieser Situation, so oder ähnlich lautet die zunehmend entscheidende Frage. Die Antwort lässt sich nicht per Dekret vorgeben, sondern fokussiert auf die Bereitschaft, genau hinzusehen und genau hinzuhören, gemeinsam mit den KlientInnen entsteht die weiter führende Antwort. Lambert selbst bietet einen möglichen Beitrag aus der Forschung dafür an, indem er auf *real time monitoring* verweist, was die Möglichkeit eröffnet, miteinander am zeitnahen Feedback zu lernen. Im europäischen Raum wird dieser Ansatz in besonderer Weise von Günter Schiepek voran getrieben (Schiepek 2002, Schiepek & Haken 2004).

„Viele PatientInnen erfahren wenig Nutzen durch Routinepraxis“, heißt es gegen Ende (S.818) und so könnte dieses Handbuch denn auch als ein Angebot der Forschung verstanden werden, sich hinter ihrem (in diesem Fall) breiten Rücken zu versammeln und sich miteinander zu besinnen auf die Möglichkeiten, gemeinsam mit den KlientInnen etwas ausrichten zu können angesichts der sicher nicht nachlassenden Fülle von Herausforderungen. Für PraktikerInnen ist das Buch wohl in der Regel kein Lesevergnügen, wenn auch ein lohnenswerter Blick über den Tellerrand.

Für ForscherInnen ist das Buch jedoch ein Muss, besonders für solche, die wünschen, dass PraktikerInnen nicht auf sie verzichten wollen als ernsthafte und hilfreiche Mitglieder ihres Reflecting Teams.

*„History is not destiny – if you’ve come to make sense of your life.“
„At the core of effective therapy of many forms may be the manner
in which patient and therapist are able to engage in contingent communication“*

(D.J. Siegel, 2003, S.16, S.45)

Wolfgang Loth

Literatur:

In der Diskussion ausführlicher erwähnte Beiträge des Handbuchs:

Beutler, L.; M. Malik, S. Alimohamed, T.M. Harwood, H. Talebi, S. Noble & E.

Wong: „*Therapist Variables*“, S.227-306.

Clarkin, J.F. & K.N. Levy: „*The Influence of Client Variables on Psychotherapy*“, S.194-226.

Hill, C. & M. Lambert: „*Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes*“, S.84-135.

Lambert, M. & B.M. Ogles: „*The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy*“, S.139-193.

Lambert, M.; A.E. Bergin & S.L. Garfield: „*Introduction and Historical Overview*“, S.3-15.

Lambert, M.; S.L. Garfield & A.E. Bergin: „*Overview, Trends, and Future Issues*“, S.805-821.

Orlinsky, D.E.; M.H. Rønnestad & U. Willutzki: „*Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change*“, S.307-389.

Sexton, T.L.; J.F. Alexander & A.L. Mease: „*Levels of Evidence for the Models and Mechanisms of Therapeutic Change in Family and Couple Therapy*“, S.590-646.

Slife, B.D.: „*Theoretical Challenges to Therapy Practice and Research: The Constraint of Naturalism*“, S.44-83.

weitere Literaturangaben:

Asay, T.P. & Lambert, M. 1999. The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In: Hubble, M.A.; B.A. Duncan & S.D. Miller (eds.), pp. 33-55. [deutsch: 2001, pp. 41-81].

Bergin, A.E. & S.L. Garfield (eds.) 1994. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th ed. New York: John Wiley & Sons.

Hubble, M.A.; B.A. Duncan & S.D. Miller (eds.) 1999. The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy? Washington, DC: American Psychological Association [deutsch: 2001 .So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: verlag modernes lernen].

Hubble, M.A.; S.D. Miller & B.L. Duncan 1998. S.W.A.T.: "Special" Words and Tactics for Critical Situations. Crisis Intervention 4(2-3), pp.179-195.

Lambert, M.J. (2001a): Psychotherapy Outcome and Quality Improvement: Introduction to the Special Section on „Patient-Focused Research“.

J.Consult.Clinic.Psychol. 69(2):147-149

Lambert, M.J.; N.B. Hansen; A.E. Finch (2001): Patient-Focused Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects. J.Consult.Clinic.Psychol. 69(2): 159-172

Loth, W. 2000. „Wem gehört die Veränderung?“ - Was ein Psychotherapeutengesetz nicht berücksichtigt: Die KlientInnen geben den Ton an. In: Systema 14(3), pp.327-334.

Loth, W. 2003. Ein Blick auf: „Positive Psychologie“. Systema 17(3): 264-276.

Miller, S.D.; B.L. Duncan & M.A. Hubble 1997. Escape from Babel. Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice. London, New York: W.W.Norton [deutsch 1998: Jenseits von Babel. Stuttgart: Klett-Cotta].

Schiepek, G. (2002). Qualitäts- und Prozessdokumentation, Patientenkooperation und Prozessgestaltung in Psychotherapie, Psychosomatik und in der medizinischen/ psychosozialen Rehabilitation. Projektbeschreibung: München: Forschungsinstitut für Komplexe Systeme in den Humanwissenschaften e.V.

Schiepek, G. & Haken, H. (Hg.) (2004). Synergetik. Selbstorganisation nutzen und gestalten. Göttingen: Hogrefe (in Vorbereitung)

Siegel, D.J. 2003. An Interpersonal Neurobiology of Psychotherapy: The Developing Mind and the Resolution of Trauma. In: M.F. Solomon & D.J. Siegel (eds.) Healing Trauma: attachment, mind, body, and brain. New York, London: W.W. Norton, pp. 1-56.

Snyder, C.R. & S.J. Lopez (eds.) 2003. Handbook of Positive Psychology. New York: Oxford University Press.

Tabelle 1: Synopse: 4th ed. und 5th ed. des “Handbook of Psychotherapy and Behavior Change”:

A.E. BERGIN & S.L. GARFIELD: 4TH ED., 1994, 864 S.	M. LAMBERT: 5TH ED., 2004, 854 S.
Part I Historical, Methodological, Ethical, and Conceptual Foundations	Section 1 Historical, Methodological, Ethical, and Conceptual Foundations
1. Garfield & Bergin: Introduction and Historical Overview (16 S.)	1. <i>Lambert, Bergin & Garfield: Introduction and Historical Overview (13 S.)</i>
2. Kazdin: Methodology, Design; and Evaluation in Psychotherapy Research (53 S.)	2. <i>Kendall, Holmbeck & Verduin: Methodology, Design; and Evaluation in Psychotherapy Research (28 S.)</i>
3. Lambert & Hill: Assessing Psychotherapy Outcomes and Processes (42 S.)	3. <i>Slife: Theoretical Challenges to Therapy Practice and Research: The Constraint of Naturalism (40 S.)</i> NEU
4. Elkin: The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are (25 S.) <i>In 5th ed. nicht mehr enthalten</i>	4. Hill & Lambert: <i>Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes (50 S.)</i>
Part II Evaluating the Ingredients of Therapeutic Efficacy	Section 2 Evaluating the Ingredients of Therapeutic Efficacy
5. Lambert & Bergin: The Effectiveness of Psychotherapy (47 S.)	5. Lambert & Ogles: <i>The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy (55 S.)</i>
6. Garfield: Research on Client Variables in Psychotherapy (39 S.)	6. <i>Clarkin & Levy: The Influence of Client Variables on Psychotherapy (33 S.)</i>
7. Beutler, Machado, Allstetter Neufeldt: Therapist Variables (41 S.)	7. Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble & Wong: <i>Therapist Variables (80 S.)</i>
8. Orlinsky, Grawe & Parks: Process and Outcome in Psychotherapy – Noch einmal (106 S.)	8. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki: <i>Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change (81 S.)</i>
Part III Major Approaches	Section 3 Major Approaches
9. Emmelkamp: Behavior Therapy with Adults (49 S.)	9. Emmelkamp: Behavior Therapy with Adults (54 S.)
10. Hollon & Beck: Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapies (39 S.)	10. Hollon & Beck: Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapies (46 S.)
11. Henry, Strupp, Schacht & Gaston: Psychodynamic Approaches (41 S.)	<i>nicht mehr enthalten</i>
12. Greenberg, Elliot & Lietaer: Research on Experiential Psychotherapies (31 S.)	11. Elliott, Greenberg & Lietaer: Research on Experiential Psychotherapies (45 S.)

Part IV Research on Applications in Special Groups and Settings	Section 4 Research on Applications in Special Groups and Settings
13. Kazdin: Psychotherapy for Children and Adolescents (51 S.)	12. Kazdin: Psychotherapy for Children and Adolescents (47 S.)
14. Alexander, Holtzworth-Munroe & Jameson: The Process and Outcome of Marital and Family Therapy: Research Review and Evaluation (36 S.)	13. Sexton, Alexander, Mease: <i>Levels of Evidence for the Models and Mechanisms of Therapeutic Change in Family and Couple Therapy</i> (57 S.)
15. Bednar & Kaul: Experiential Group Research (33 S.)	14. Burlingame, MacKenzie & Strauss: <i>Small-Group Treatments: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change</i> (50 S.)
16. Koss & Shiang: Research on Brief Psychotherapy (36 S.)	<i>nicht mehr enthalten</i>
17. Blanchard: Behavioral Medicine and Health Psychology (33 S.)	15. Creer, Holroyd, Glasgow & Smith: <i>Health Psychology</i> (45 S.)
18. Klermann, Weissman, Markowitz, Glick, Wilner, Mason & Shear: Medication and Psychotherapy (49 S.)	16. Thase & Jindal: <i>Combining Psychotherapy and Psychopharmacology for Treatment of Mental Disorders</i> (23 S.)
19. Sue, Zane & Young: Research on Psychotherapy with Culturally Diverse Populations (37 S.)	17. Zane, Nagayama Hall, Sue, Young & Nunez: Research on Psychotherapy with Culturally Diverse Populations (37 S.)
Part V Summation	-----
20. Bergin & Garfield: Overview, Trends, and Future Issues (10 S.)	18. Lambert, Garfield & Bergin: Overview, Trends, and Future Issues (18 S.)
Name Index: 19 S.	Name Index: 24 S.
Subject Index: 13 S.	Subject Index: 8 S.

Überarbeitete und erweiterte Fassung des Erstabdrucks in Systema (2004, 206-214) mit freundlicher Genehmigung von Herausgeber und Redaktion.

Buchrezensionen

Johanna Krause, Klaus-Henning Krause: **ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen.** Schattauer Verlag: Stuttgart, New York. 2003. 144 Seiten. 29,95 €

Es überrascht nicht, dass dieses Buch nicht von einem Klinikteam, sondern aus dem Behandlungskontext einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis entstanden ist. Seit den neunziger Jahren ist die zunächst nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bekannte Störung zunehmend auch bei Erwachsenen diagnostiziert worden. Sie geht häufig mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen, motorischer Unruhe, Impulsivität, Selbstwertproblematik, emotionalen Störungen sowie Stressintoleranz einher. Die zunächst in den USA auch bei Erwachsenen diagnostizierte ADHS wurde dort von Psychiatern mit Erfolg auch mit Stimulanzien behandelt. Noch gibt es in Deutschland und in Europa zu wenige Erwachsenenpsychiater, die sich mit diesem Störungsbild auseinandergesetzt haben. Die Diagnosestellung einer adulten Form der ADHS ist nicht einfach und häufig von komorbiden Störungen begleitet. Zu den häufigsten gehören Depressionen, bipolare Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörung, oppositionelles Verhalten, Borderlinestörung, Substanzmissbrauch, Tourette-Syndrom sowie Teilleistungsstörungen. Die Prävalenzrate liegt bei Erwachsenen zw. 1 und 6%. Wegen der oft diffusen Angaben der Patienten wurden in der Vergangenheit von den Psychiatern häufig Diagnosen aus dem Bereich einer Persönlichkeitsstörung gewählt. Die meisten Patienten fühlen sich auch nicht so krank, dass sie in einer Klinik behandelt werden müssen. Vor einer Therapie wird eine sorgfältige Diagnostik empfohlen. Eine sorgfältige Anamnese sollte die aktuellen Beschwerden sowie die Kindheit und Familie berücksichtigen und eine Fremdanamnese mit Befragung z.B. der Eltern umfassen. Selbstbeurteilungsskalen (z.B. ADSA und CAARS) sowie testpsychologische Verfahren ergänzen den diagnostischen Prozess. Differenzialdiagnostisch müssen bei Erwachsenen häufig affektive Störungen, Angststörungen sowie Störungen des Sozialverhaltens u.Ä. ausgeschlossen werden. Die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung bei einer persistierenden ADHS wird von den Autoren oft als eine wichtige Hilfe angesehen um den häufig massiven Leidensdruck abzubauen zu helfen. Neurochemische und neuroanatomische Grundlagen werden beleuchtet sowie neuere Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet referiert. Obwohl die Ursachen für die ADHS am ehesten in einer sehr komplexen und überwiegend genetischen Störung vermutet werden, rechnen die Autoren nicht mit einer baldigen Identifizierung aller für die Störung re-

levanten Gene. Vermehrte Reizoffenheit, Kreativität und die Fähigkeit zum assoziativen Denken, die mit der ADHS einhergehen können, könnten sich manchmal als Qualitäten herausstellen, die zu großen Leistungen befähigen. Manche Betroffene entwickeln die Fähigkeit, sich besonders interessierenden Problemstellungen äußerst intensiv und anhaltend zu widmen. Diese sog. „Hyperfokussierung“ kann sich manchmal als Mittel und Schlüssel zum Erfolg herausstellen. Zu diesen Personenkreis würden z.B. Wolfgang Amadeus Mozart, Albert Einstein, Edgar Allan Poe, Thomas Edison und andere zählen.

Nach der durchgeführten Diagnostik werden die Betroffenen in der Regel über die Störung eingehend informiert. Wegen der häufig auftretenden Selbstwertproblematik wird eine Psychotherapie im Sinne von Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie empfohlen. Die medikamentöse Behandlung erfolgt in erster Linie mit Stimulanzien (Methylphenidat, Amphetamin). Manchmal wird der Einsatz weiterer Medikamente wie MAO-Hemmer, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Clonidin u.a. sowie von Kombinationsbehandlungen erwogen. Sportliche Aktivitäten und Coaching finden ihre Würdigung als unterstützende Aktivitäten. Auch alternative Behandlungsmethoden wie z.B. Diäten, Phytotherapie, Biofeedbackbehandlungen, Entspannungsübungen, Meditation und autogenes Training werden erwähnt. Die von den Autoren psychoanalytisch-interaktionelle Methode schließt familientherapeutische und verhaltenstherapeutische Elemente mit ein. Das Buch liefert insgesamt einen guten Überblick über den Stand der aktuellen medizinischen Forschung. Der heute dominante biologische Forschungsansatz wird in einer gut verständlichen Weise dargestellt. Im Gegensatz zu den Leitlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ein wichtiger Stellenwert in der Behandlung zuerkannt.

Dr.med. Bodo Christian Pisarsky, Berlin

Ryffel-Rawak, Doris: **Wir fühlen uns anders! Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben.**

Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. 2003. 146 Seiten. 16,95 €

Nach ihrem ersten Buch „ADS bei Erwachsenen“ nun eine weitere Publikation der aus der Schweiz stammenden Autorin zu diesem Thema. Den wichtigsten Teil des Buches stellen Berichte der Betroffenen sowie ano-

nymisierte Auszüge aus den Krankengeschichten dar, die für Authentizität stehen und einen Einblick in deren Erlebniswelt geben. Neben diesen Berichten gibt es immer wieder übersichtlich zusammengefasste Fakten, die sowohl einen geschichtlichen Überblick, den aktuellen Stand der Dinge bei der Behandlung als auch Zukunftsperspektiven umfassen. Die Kreativität der Betroffenen wird in den Berichten immer wieder deutlich. Ein weiteres Kapitel ist Konflikten in der Familie und Partnerschaft gewidmet. Der Text wird durch Bilder der Autorin ergänzt, die sich bereits seit 1995 mit ADS bei Erwachsenen beschäftigt. Die Autorin arbeitet als niedergelassene Kollegin und es ist ihr mit diesem Buch gelungen mit spürbarer Empathie sowohl Laien als auch Fachkollegen für die Problematik dieser Menschen zu interessieren. Ryffel-Rawak hebt die Notwendigkeit einer sorgfältigen Diagnostik hervor, die auch die häufigen Begleitstörungen erfassen sollte. Als Therapie der Wahl befürwortet sie einen multimodalen Ansatz, zu dem oft eine medikamentöse Therapie, Coaching sowie Psychotherapie gehören können. Bezüglich des therapeutischen Vorgehens gibt es viel Übereinstimmungen mit den Vorschlägen von J. Krause und K.-H. Krause(s.o.). Eine analytische Psychotherapie im klassischen Sinne wird jedoch wegen der Förderung des regressiven Verhaltens als eher kontraindiziert angesehen. Dagegen werden kognitive Verhaltenstherapie und bei Partnerschaftskonflikten eher eine Paartherapie empfohlen. Insgesamt ein lesenswertes und kurzweilig geschriebenes Buch. Die authentischen Kurzberichte erleichtern bei dem Leser eine schnelle Identifizierung. Die Symptome der Begleitprobleme stehen oft im Vordergrund, so dass der Eindruck - zumindest für den psychiatrisch geschulten Leser - entstehen könnte, dass affektive Störungen, Essstörung, Abhängigkeit oder andere vorliegen müssten. Deshalb ist es beim Lesen wichtig, sich klarzumachen, dass jeder zu Wort Kommende zuvor sorgfältig diagnostiziert wurde.

Dr.med. Bodo Christian Pisarsky, Berlin

Buchrezensionen

Hellmuth Braun-Scharm [Hg.]: **Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen.** Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart. 2002. 260 S., 59.00 Euro.

Ungefähr 5 % aller Kinder und bis zu 20 % aller Jugendlichen sind im Laufe ihrer Entwicklung von mindestens einer ernsthaften depressiven Episode betroffen. Das Buch fokussiert auf den Aspekt der Komorbidität mit diagnostischem und jugendpsychiatrischem Schwerpunkt. Es soll dazu dienen, spezifische depressive Störungen und depressive Aspekte anderer Störungen besser zu erkennen, zu differenzieren und zu therapieren.

Im Kapitel zu Symptomatik und Klassifikation von Fritz Poustka werden die Definitionen von ICD und DSM ausführlich referiert. Darüber hinaus wird ein Fragebogen nach Birluson abgedruckt und die Erfassung der Symptomatik einer Depression anhand des Diagnostischen Interviews K-SADS. In der Liste der Selbstbeurteilungsinstrumente sind DTK und DIKJ nicht aufgeführt.

Ulrike Lehmkuhl referiert in Ihren Ausführungen zu Epidemiologie und Verlauf nicht nur Statistiken, sondern schildert in mehreren Fallbeispielen, die teilweise durch von den Patienten erstellte Bilder eindrucksvoll illustriert sind, wie sich verschiedene Varianten depressiver Störungen konkret im Alltag betroffener Kinder und Jugendlicher darstellen.

Ulrich Hegerl beschreibt somatische Ätiologie-Modelle der Depression. Genetische, neuroendokrinologische und neuroanatomische Aspekte werden nur kurz dargestellt, neurochemische etwas ausführlicher. Leider bleiben die bekannten interessanten und klinisch wichtigen neurophysiologische Befunde, eigentlich Hauptdomäne von Hegerl, weitestgehend außen vor. Im Abschnitt über den Zusammenhang von körperlichen Erkrankungen und Depressionen wird das Parkinson-Syndrom als Beispiel ausgewählt - in einem Buch über Störungen bei Kindern und Jugendlichen!

Cecilia Essau, Gunter Groen und Franz Petermann referieren neuere Studien zur Rolle belastender Lebensereignisse. Interessant sind u. a. die Ergebnisse einer Untersuchung von 146 Jugendlichen, bei denen es sich um Freunde von 26 Jugendlichen handelte, die sich vor kurzem das Leben genommen hatten: In einem Zeitraum von 7 Monaten nach dem Selbstmord des Freundes zeigte sich gegenüber einer Kontrollgruppe ein um mehr als sechsfach erhöhtes Auftreten neuer Fälle von Major Depression. In einer anderen Studie zeigten sich bei 40 % der Kinder eines kürzlich verstorbenen Elternteils eine klinisch relevante Depression. Bemerkenswert sind auch Hinweise einer prospektiven Längsschnittstudie, dass depressive Kinder und Jugendliche dazu neigen, bestimmte Ereignisse und Schwierigkeiten im sozialen Umfeld selbst zu generieren, wie Streitig-

keiten mit Eltern, Lehrern und Freunden. Diese Probleme, die dann eher Folge und nicht Ursache einer erstmaligen Depression darstellen, können dann aber wiederum zum Andauern der Störung oder zum Ausbruch weiterer depressiver Episoden beitragen.

Hellmuth Braun-Scharm selbst beschreibt in einem Kapitel zu Suizidalität, affektiven Psychosen und Depression Aspekte suizidaler und parasuizidaler Handlungen in diagnostischer, therapeutischer und präventiver Hinsicht.

Hiltrud Lugt, Petra Kriependorf und Marina Zulauf-Logoz schildern neben den normalen Ängsten und den Unterformen behandlungsbedürftiger Ängste Erklärungsmodelle und Behandlungsmöglichkeiten für Angststörungen. Des Weiteren gehen sie auf das überzufällig häufige gemeinsame Auftreten von Angststörungen und Depression ein. Angststörungen scheinen depressiven Störungen weitaus häufiger voraus zu gehen als dies umgekehrt der Fall ist.

Beate Herpertz-Dahlmann erläutert die Zusammenhänge zwischen Essstörungen und Depression. Bei der Mehrzahl magersüchtiger und bulimischer Patienten ist die depressive Symptomatik Folge der Essstörung (Folge von Hungerzuständen und Reaktion auf die sozialen Auswirkungen der Essstörung). Allerdings hat sich gezeigt, dass ein Teil der essgestörten Patienten bereits vor der Erkrankung an depressiven Symptomen leidet.

Manfred Döpfner Zwangsstörungen und Depression. Depressive Störungen können Zwangsstörungen vorhergehen und zur Entwicklung von Zwängen beitragen, sie können aber auch Folge der Zwangssymptomatik sein. Zudem haben Kinder und Jugendliche mit einer Zwangsstörung gehäuft Eltern, die ebenfalls an einer Zwangsstörung leiden, aber noch häufiger leiden Eltern an depressiven Störungen.

Eberhard Schulz, Christian Fleischhaker und Klaus Hennighausen referieren zu depressiven Syndromen im Rahmen und Verlauf schizophrener Störungen, Bernd Blanz im Rahmen schizoaffektiver Psychosen. Nach heutigem Wissensstand werden depressive Syndrome im Rahmen der Schizophrenie im Gegensatz zu früheren psychoanalytisch geprägten Auffassungen nicht als prognostisch günstiges Zeichen betrachtet, da sie mit erheblich verminderter sozialer Adaptation sowie erhöhtem Rezidiv- und Suizidrisiko eingehen.

Ronnie Gundelfinger berichtet über saisonal abhängige Depression bei Kindern und Jugendlichen. Nach zwei epidemiologischen Studien liegt die Häufigkeit etwa bei 3-4%. Wie bei Erwachsenen kommt auch bei Kindern und Jugendlichen Lichttherapie zur Anwendung, allerdings werden schwächere Lampen empfohlen.

Mechthild Papoušek schreibt über Wochenbettdepression und ihre Auswirkung auf die kindliche Entwicklung sowie über Chancen früher Therapie und Prävention. Die Punkt- und Periodenprävalenzraten der Wochen-

bettdepression, die überwiegend innerhalb der ersten 3-5 Wochen nach der Geburt beginnt und in der Regel mehrere Monate dauert, liegen bei 8-15%: Die Kinder tragen ein mehrfach erhöhtes Risiko, bis zum beginnenden Erwachsenenalter an einer psychiatrischen Störung zu erkranken, wobei die Störungen mit dem Alter zunehmen und unerwartet heterogen sind.

Fritz Mattejat stellt Risiken, protektive Faktoren und präventive Ansätze bei Kindern depressiver Eltern dar. Das Risiko, dass Kinder von depressiv bzw. affektiv erkrankten Eltern selbst auch eine affektive Störung entwickeln ist etwa um das 2 bis 4fache erhöht. Darüber hinaus tragen Kinder depressiver Eltern auch ein erhöhtes Risiko für andere psychiatrische Störungen.

Insgesamt ist dem Herausgeber eine lesenswerte, sehr informative und nützliche Zusammenstellung von Beiträgen zum im Buchtitel angekündigten Thema gelungen.

Dr. med. Ingo Spitzzok von Brisinski, Viersen

Hilde Trapmann & Wilhelm Rotthaus: **Auffälliges Verhalten im Kindesalter**. *Handbuch für Eltern und Erzieher - Band 1*. verlag modernes lernen Borgmann KG, Dortmund. 10., vollst. überarb. Aufl. 2003 352 S. 17.50 Euro.

Dieser „Dauerbrenner“ erschien 1970 das erste Mal und nun liegt die 10. Auflage in einer völlig neu bearbeiteten Fassung vor. Genauer gesagt wurde das Buch nicht überarbeitet, sondern neu geschrieben.

Aspekte der Erziehung stehen im Vordergrund – daher erfolgt die Gliederung nach Symptomen und nicht nach Syndromen oder Diagnosen. In alphabetischer Reihenfolge werden Verhaltensauffälligkeiten von A wie „Aggressivität“ bis U wie „Unordentlichkeit“ abgehandelt. Dabei ist jedes der 37 Kapitel in die drei Abschnitte „Wahrnehmen und bewerten“, „Zuordnen und verstehen“ und „Lösungen anregen und möglich machen“ gegliedert. Am Ende jedes Kapitels werden Hinweise auf weiterführende Literatur gegeben sowie auf Kapitel, die an das Thema anschließen.

Das systemisch, verhaltenstherapeutisch und lösungsorientierte Werk fordert stets auf zur differenzierten Betrachtung nicht nur des auffälligen Verhaltens des Kindes, sondern auch des Kontextes bzw. der situativen Bedingtheit und vor allem zur Würdigung problemfreier Lebensbereiche. Denn Nutzung und Ausbau von Fähigkeiten und Stärken zählen zu den wichtigsten Faktoren des Erfolgs im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten.

Jedes Kapitel enthält eine Fülle von Vorschlägen für geeignete Erziehungsmaßnahmen sowie Informationen zu therapeutischen und schulischen Möglichkeiten.

Das moderne, übersichtlich gegliederte und allgemeinverständlich abgefasste Buch ist nicht nur Eltern und Erziehern zu empfehlen, sondern auch Sozialarbeitern, Psychotherapeuten und allen in der Behandlung und Beratung von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten und ihren Eltern Tätigen, die ihren Standpunkt ergänzen oder überprüfen wollen oder ganz einfach Anregungen suchen, wie man komplexe Beziehungsmuster rund um das Thema Verhaltensauffälligkeiten allgemeinverständlich vermitteln kann.

Band 2 – „Auffälliges Verhalten im Kindesalter“ – soll noch in diesem Jahr erscheinen.

Dr. med. 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 Heften pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/9631, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.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:
 - a. 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;
 - b. 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;
 - c. 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;
 - d. 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;
 - e. 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 (auf Diskette oder per E-Mail) und als Ausdruck auf Papier eingereicht werden. Schrifttyp: Arial. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschreiben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ 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 Leitfadens für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss gleichzeitig mit der Rücksendung der Fahnenkorrekturen erfolgen.

Epilog

Liebe Leserinnen und Leser,

ich möchte Ihnen an dieser Stelle diesmal nicht eine Art Speisekarte zu den Beiträgen dieses Heftes kredenzen, sondern ein amüsanteres Büchlein vorstellen, das sich mit Kochen, aber auch vielen Problemen des alltäglichen (?) Lebens beschäftigt, die auch unser Fachgebiet berühren: Cookys von Werner Köhler, KiWi, 9,90 Euro.

Cookys ist ein Roman über das Erwachsenwerden, über Freundschaft, Verlust und die Verwirrung der Gefühle. Cookys erzählt die Geschichte einer Leidenschaft - Kochen. Seine Jugend in den 70er Jahren verbringt der Ich-Erzähler Gerd Krüger, genannt Cooky, überwiegend schweigend und verliebt. Meist spricht er kaum mit den Mädchen, aber er kocht für sie. Bald ist er auf jeder Party aufgrund seiner Kochkünste hochgeschätzt. Der junge Hobbykoch mausert sich zum ambitionierten Laien und schließlich zum erfolgreichen Leiter des Spitzenrestaurants Cookys. (Vor allem männliche) Jugend in den 70ern wird lebendig und unterhaltend erzählt. Auch wenn die Figuren teilweise etwas oberflächlich gezeichnet werden und ziemlich viel über Sex, Drogen- und Alkoholkonsum geschrieben wird – Leidenschaft für Musik und Kochen kommt rüber. Die zahlreichen verkorksten Charaktere sind liebenswürdig skizziert und man staunt als Leser, wie Freundschaften mit Beginn in der frühesten Pubertät offenbar anhalten bis in das reife Alter eines Endzwanzigers – die Clique scheint fast dieselbe geblieben zu sein. So ziemlich zu allen Themen in diesem Heft findet sich etwas in diesem Roman: Drogenmissbrauch, Alkoholabhängigkeit, Psychose, Konflikte, freiheitsentziehende Maßnahmen, Bewegungsunruhe, Pillen, Klinik, sprachliche Auffälligkeiten, etc.. Dennoch ein leicht zu lesendes Buch, das Spaß macht und dazu anregt, mal wieder darüber nachzudenken, wie man die eigene Jugend erlebt hat und wie es jetzt aussieht.

Ihr

Ingo Spitzcok von Brisinski