

## Inhalt:

Die Entgiftungs- und Motivationsstation für drogenabhängige Kinder und Jugendliche - 4 Jahre Erfahrung mit dem halleschen Behandlungskonzept.

*Manuela Elz, Stefan Jakob, Kathrin Köhler*..... 2

Das Hochbegabten-Zentrum Hamburg: Diagnostik – Beratung  
- Förderung. Konzeption und erste Ergebnisse

*Miriam Bachmann, Katja Weidtmann, Michael Schulte-Markwort*...15

Frühe systemische Interventionen  
für kindliche und jugendliche Gewaltopfer

*Uwe Scheffler* ..... 33

Ambulante Therapie bei Asperger-Syndrom in der  
„Autismus-Therapie-Ambulanz LiNie“

*Harald Matoni* ..... 45

*Zur Diskussion gestellt:*

Ist ADHS denn wirklich ein Hirnschaden?

*Heyo Prahm*..... 57

*Tagungsberichte:*

16. Weltkongress der IACAPAP - *Helmut Remschmidt* ..... 75

V. Europäischer Kongress für Familientherapie

und Systemische Praxis - *Alexander Trost* ..... 82

*Buchbesprechungen:*

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im

Kindes- und Jugendalter ..... 89

Auffälliges Verhalten im Jugendalter ..... 92

Kindorientierte Therapie..... 93

Glossar der Gegenwart ..... 95

Hinweise für Autoren ..... 99

Epilog - *Ingo Spitzczok von Brisinski*..... 101

# **Die Entgiftungs- und Motivationsstation für drogenabhängige Kinder und Jugendliche - 4 Jahre Erfahrung mit dem Halleschen Behandlungskonzept**

*Manuela Elz, Stefan Jakob, Kathrin Köhler*

## **1. Einleitung**

In der Stadt Halle war es nach 1989 – wie in anderen ostdeutschen Großstädten – während der letzten Jahre zu einem rasanten Anstieg des Drogenkonsums bei Kindern und Jugendlichen gekommen. Dabei stellte insbesondere das frühe Einstiegsalter der jugendlichen Konsumenten sowie die Tendenz zu einem gefährlichen Mischkonsum von Kokain/Heroin, meist als Cocktail injiziert, ein besonderes Problem dar.

Von 1991 – 1994 entstanden in Halle ambulante Versorgungsangebote für Drogenabhängige aller Altersgruppen, zunächst in Form der Drogenberatungsstellen (DROBS, AWO), später auch in Form ambulanter medizinischer Schwerpunktpraxen (Jeschke/Bertram, Gerdes/Darmochwal).

1996 kam es mit der Gründung der AG Suchtmedizin zu einer geregelten Kooperation zwischen ambulant tätigen Nervenärzten, praktischen Ärzten und Beratungsstellen. Seither existiert in der Stadt Halle ein gut koordiniertes ambulantes Versorgungsnetz für Drogenabhängigkeitserkrankungen, auch durch die intensive Arbeit des Koordinierungskreises unter der Leitung von Frau Günther, Drogenbeauftragte der Stadt Halle.

Dieses hallesche Konzept der eng verflochtenen, fachübergreifenden ambulanten Versorgung Drogenabhängiger ist im Raum Sachsen-Anhalt einmalig und besitzt nach wie vor Modell-Charakter auch für die anderen neuen Bundesländer.

Am 01.05.2000 wurde dieses ambulante Versorgungsnetz zunächst durch 5, seit 01.01.2002 durch 10 stationäre Behandlungsplätze für Jugendliche mit Suchtmittelerfahrungen in unserem Haus im Bereich der KJP erweitert.

Mit unserem Angebot der stationären Entzugsbehandlung verstehen wir uns als sinnvolle Ergänzung innerhalb des ambulanten Versorgungsnetzes der Stadt Halle. Dabei konzentrieren wir uns auf die Klientel, die einer spezifischen Berücksichtigung bedarf und zunehmend an Bedeutung gewinnt: die jüngste Altersgruppe der Drogenabhängigen. Mit unserer Station bieten wir Kindern und Jugendlichen im Alter bis zum vollendeten 21. Lebensjahr die Möglichkeit, sich aus ihrem bisherigen sozialen Umfeld (Elternhaus, Straße, Szene) für eine begrenzte Zeit herauszunehmen und neue Strukturen zu erfahren.

Die Drogenentgiftung kann entweder als Pause im Sinne einer körperlichen Regeneration (Venenerholung!) genutzt werden oder aber zur Erarbeitung einer Motivation für den Übergang zu einem drogenfreien Leben.

Der stationäre Aufenthalt bei uns soll dazu dienen, Denkanstöße zu vermitteln, mögliche Alternativen zu einem Leben mit Drogen aufzuzeigen bzw. die nachfolgende Einbindung in das ambulante Betreuungssystem zu organisieren.

## **2. Struktur der Station**

### **2.1. Aufnahmemodus**

Die stationäre Aufnahme bei uns erfolgt in der Regel als Einweisung durch den niedergelassenen Arzt oder nach Anmeldung über die Drogenberatungsstelle. Ihr geht ein ambulantes Vorgespräch voraus, in welchem der Patient und seine Angehörigen das Konzept der Station kennen lernen. Es können sich aber auch die Patienten aus eigener Motivation selbst für einen Platz anmelden.

Neben der planmäßigen stationären Aufnahme besteht auch die Möglichkeit, dass Patienten aus anderen Kliniken zu uns verlegt werden. Hierbei handelt es sich meist um Patienten, die über den Notarzt in die Klinik eingewiesen werden, z.B. wegen des Verdach-

tes auf Drogenintoxikation oder wegen anderer Krisen im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung.

## **2.2. Indikation**

Auf dieser Station können von legalen und illegalen Drogen abhängige Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 21. Lebensjahr aufgenommen werden.

Wir behandeln Patienten mit folgenden Abhängigkeitssyndromen:

- Opiatabhängigkeit
- Kokainabhängigkeit
- Cannabisabhängigkeit
- Halluzinogenabhängigkeit
- Ecstasy- und Amphetaminabhängigkeit
- Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit

Patienten mit Mehrfachabhängigkeiten sowie mit psychischen und Verhaltensstörungen infolge des Drogenkonsums werden ebenfalls behandelt.

Patienten in Vorbereitung auf eine stationäre Langzeittherapie in unserem Haus oder in anderen Einrichtungen können bei uns entgiftet werden. Ebenso besteht die Möglichkeit einer stationären Behandlung zur Krisenintervention.

Es zeigte sich zunehmend die Notwendigkeit, junge schwangere Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung zu behandeln. Als Schwerpunkt sehen wir hier die Begleitung der Jugendlichen sowohl während Schwangerschaft als auch nach der Geburt des Kindes. Hier arbeiten wir eng sowohl mit der gynäkologischen und geburts-hilflichen Abteilung unseres Hauses als auch mit der pädiatrischen Abteilung zusammen.

## **2.3 Kontraindikation**

Nicht aufgenommen werden können Patienten, deren Zustand eine intensiv-medizinische Überwachung erfordert, wie z.B. schwere somatische Erkrankung oder akute Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholintoxikation.

Dabei hat sich auch als nicht sinnvoll erwiesen, dass jugendliche Drogenabhängige, die von der Polizei aufgegriffen werden, bei uns eingewiesen werden, da bei diesen Patienten meist keine Behandlungsmotivation vorliegt.

## **2.4 Ausstattung der Stationen**

Die Station verfügt über insgesamt 10 Betten, davon 1 Dreibettzimmer und 1 Einbettzimmer, die übrigen als Zweibettzimmer. Es gibt 2 Gruppenräume mit Fernseher, eine gemeinsame Küche, auf Station besteht die Möglichkeit zum Tischtennis. Außerhalb der Station befinden sich die Räumlichkeiten für die fachspezifischen Therapieangebote (Ergotherapie, Soziales Gestalten, Maltherapie, Training sozialer Kompetenz, Sporttherapie).

Das betreuende Team besteht aus 9 Schwestern und Erziehern sowie 1,5 ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Mitarbeitern. Die Einzeltherapien finden im Zimmer des zuständigen Arztes oder Psychologen statt, die therapeutischen Gruppenstunden im jeweiligen Gruppenraum auf der Station.

Während der Entgiftungsphase ist eine stundenweise Beschulung an unserem Haus möglich; Patienten in der Phase der Psychotherapie erhalten die Möglichkeit zum Schulbesuch in angrenzenden Schulen vor Ort, soweit dies der spezifische Suchtverlauf erlaubt.

## **3. Behandlungskonzept**

### **3.1 Besondere Aspekte bei Kindern und Jugendlichen**

Bei abhängigkeitskranken Kindern und Jugendlichen finden sich häufig unzureichende Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit, emotionale Mangelzustände sowie Erfahrungen von Gewalt und Missbrauch.

Das Suchtverhalten sehr junger Menschen stellt demnach oft nur eine äußere Facette dar, vor dem Hintergrund einer schweren Grundstörung. Entsprechend häufig finden sich bei zu entgiftenden drogenabhängigen Kindern und Jugendlichen Doppel- und Mehrfachdiagnosen.

In der Suchtbehandlung von Kindern und Jugendlichen stellt die angemessene Berücksichtigung und Behandlung der bestehenden Grundstörung deshalb eine wichtige Voraussetzung dar für einen langfristigen Erfolg mit dauerhafter Drogenfreiheit. Anderenfalls sind Rückfälle in das alte Suchtverhalten unvermeidlich, und es droht eine schwere Persönlichkeitsfehlentwicklung.

Bei Kindern und Jugendlichen kommt es mit dem Einstieg in den Drogenkonsum zu einem Entwicklungsstillstand. Dieser pflüpft sich auf möglicherweise schon vorher bestehende Retardierungen auf. Im therapeutischen Kontext ist diese oftmals extreme Persönlichkeitsunreife zu berücksichtigen; sie erweist sich oft als Hindernis für Einsicht und Motivation.

Die Nachreifung der Persönlichkeit ist ein Schwerpunkt der längerfristigen Psychotherapie (Dornes 1998, Heigl-Evers & Schulze-Dierbach 1991, Wanke & Bühringer 1991).

### **3.2 Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Phase der Entgiftung**

Während der Entgiftungsphase geht es vor allem um die Vermittlung von Struktur und Halt. Alternativen zu frühen, traumatisierenden Beziehungserfahrungen werden angeboten. Die Patienten sollen Akzeptanz, Empathie und Zuverlässigkeit in der Beziehung erfahren. Von therapeutischer Seite wird das anfängliche Unvermögen der Patienten zur Selbstregulierung, zur Kontrolle ihrer narzisstischen Bedürfnisse und zur tragfähigen Bindung akzeptiert.

Der Therapeut hat in dieser Phase überwiegend eine stärkende und stützende Funktion, er bietet sich als vorübergehendes Hilfs-Ich für den Patienten an (Backmund, 1999, Kernberg 2000 Schmidbauer, Schmidt 1997).

### **3.3 Motivationsarbeit und Psychotherapie der zugrunde liegenden psychischen Störungen**

Während der Phase der Motivation und besonders im Rahmen einer längerfristigen Psychotherapie wird die therapeutische Beziehung differenzierter gestaltet. Ausgehend vom Ausbau einer tragfähigen Bindung zwischen Patient und Therapeut (während der Entgiftungsphase) löst sich der Therapeut allmählich aus seiner Rolle

des Hilfs-Ich heraus und übernimmt zunehmend die Funktion eines Moderators bzw. Trainers für den Patienten. Dieser wird parallel steigenden Anforderungen an seine Autonomie und Verantwortlichkeit ausgesetzt, so dass inneres Wachstum möglich wird. Der Therapeut fordert, kommentiert, ermutigt und gibt Halt und Stärkung bei Krisen und Rückschlägen (Schmidbauer & Schmid 1997, Kernberg 2000).

### **3.4 Therapeutische Arbeit mit den Familien und Bezugssystemen der Patienten**

Bereits während der Entgiftungsphase wird der Kontakt zum unmittelbaren Bezugssystem des Patienten gesucht. Dies geschieht zunächst im Rahmen von aufklärenden und beratenden Gesprächen. Aber auch schon in diesem Behandlungsabschnitt kann systemisch gearbeitet werden meist im Sinne von systemischer Kurzzeittherapie mit dem Ziel, den Fokus innerhalb des Beziehungssystems umzulenken bzw. sichtbare Konflikte anzusprechen oder – wenn möglich zu klären. Schon wenige Interventionen können sich hierbei als entlastend und hilfreich erweisen.

Entscheidet sich der Patient für eine längerfristige Psychotherapie, erfolgt in aller Regel parallel die systemische Arbeit mit den Bezugspersonen. Hierbei wird zum einen der Auffassung gefolgt, dass sich Störungsbilder immer im Kontext eines Beziehungssystems entwickeln und dieses auch verändern, zum anderen sind gerade in Familien mit Suchterkrankungen typische Bindungsmuster anzutreffen, die den Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt des jugendlichen Patienten unlösbar erscheinen lassen (Weber & Stierlin 1989). Ziel der systemischen Arbeit ist es, den Fokus der allgemeinen Aufmerksamkeit umzulenken (weg vom vordergründigen Symptom) und damit Anstöße zu geben zur Bewegung, Veränderung innerhalb des meist erstarrten Beziehungsgefüges. Damit erst ist Entwicklung des Einzelnen möglich.

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen hat sich dieser systemische Ansatz bewährt. Bei jungen Menschen mit Suchtproblematik gewinnt er besondere Bedeutung, da sich bei dieser Gruppe von Patienten häufig stark belastende familiäre Konstellationen finden (Fengler 2002).

## **4. Behandlungsziele**

### **4.1 Entgiftungsphase**

Das Behandlungsziel kann individuell sehr variieren, in erster Linie wird in jedem Falle eine vollständige körperliche Entgiftung, sichtbar in negativem Drogen-Screening, angestrebt. Mögliche Grund-, Begleit- oder Folgeerkrankungen werden mitbehandelt. Hat sich der Patient lediglich für eine Krisenbehandlung bzw. „Drogenpause“ entschieden, erfolgt die Entlassung nach einer Woche. Anderenfalls wird die Entzugsbehandlung für 3 Wochen fortgesetzt, und der Patient wird in das gesamte therapeutische Angebot integriert.

In Abhängigkeit von der Motivation des Patienten und der vereinbarten Behandlungsdauer können sich damit folgende Ziele ergeben:

- psychische und physische Stabilisierung nach Krisensituation
- Erfahrung der Drogenabstinenz für mehrere Tage bzw. Wochen
- Erarbeiten einer Krankheitseinsicht
- Diagnostik der psychiatrischen Grunderkrankung
- Bildung einer Motivation für ein drogenfreies Leben
- Suche nach ersten, realisierbaren Schritten in Richtung eines drogenfreien Lebens
- Einbeziehung der Familie des Patienten in das Behandlungskonzept nach dem systemischen Ansatz, Aufklärung und Beratung

### **4.2 Motivationsphase, Psychotherapie**

Entsprechend den spezifischen Aspekten bei Kindern und Jugendlichen ergibt sich häufig bereits in der Entgiftungsphase eine eindeutige Indikation für eine längerfristige Psychotherapie der zugrunde liegenden Störung. Ist der Patient ausreichend motiviert, kann er eine solche stationäre Psychotherapie im Anschluss an eine Entgiftung in Anspruch nehmen.

Unter gelockerteren Bedingungen (mit Freigang, Wochenendbeurlaubung) wird die begonnene Arbeit fortgesetzt, ggf. eine ausführliche hirnorganische und Leistungsdiagnostik erstellt, der Patient wird zunehmend zu mehr Autonomie und Verantwortlichkeit hingeführt;



im schützenden Rahmen der Station ist auch die Aufarbeitung traumatischer Erfahrungen möglich.

In letzter Zeit hat sich für unsere Station als Indikation für eine Psychotherapie die Begleitung schwangerer abhängigkeitskranker junger Frauen, zum Teil über die Entbindung hinaus, ergeben.

Patienten mit Begleiterkrankungen wie z. B. einer drogeninduzierten Psychose bedürfen ohnehin einer längeren stationären Behandlung.

Als Hauptziel einer stationären Psychotherapie im Anschluss an eine Entgiftung sehen wir die Nachreifung der Persönlichkeit an, wobei bei den Kindern und Jugendlichen der Schwerpunkt im Ausgleich früher defizitärer Beziehungserfahrungen liegt.

## **5. Behandlungsmethoden**

### **5.1 Somatische Therapie**

Die medikamentös gestützte Entzugsbehandlung erfolgt nach einem in der Anwendung bewährten Schema unter Einsatz einer Medikamentenkombination, die der Verringerung der Entzugssymptomatik dient. Wahl der Medikamente, Dauer und Dosierung sind abhängig vom individuellen Suchtverlauf. In der Regel handelt es sich um eine Kombination aus Neuroleptika, Antidepressiva, Analgetika und Benzodiazepinen, die meist spätestens nach Ablauf einer Woche vollständig abgesetzt werden können. Bei gegebener Indikation kann die Entzugsbehandlung auch alternativ mittels des Substitutionsmedikamentes Buprenorphin (Subutex®) erfolgen. Bei entsprechender Compliance erfolgt anschließend die Einstellung auf den Opiatantagonisten Naltrexon (Nemexin®). Nur in Ausnahmefällen erfolgt auf unserer Station eine Substitutionsbehandlung.

Zur Routinediagnostik gehören Laborwerte, Drogen-Screenings, Infektionsdiagnostik, EKG, EEG sowie Röntgen-Thorax. Weiterführende Diagnostik sowie interdisziplinäre Konsiliaruntersuchungen erfolgen bei Bedarf.

## **5.2 Psychotherapie**

Die psychotherapeutische Arbeit mit den Patienten folgt während der Entgiftung überwiegend einem verhaltenstherapeutischen Ansatz. Die Vermittlung von Struktur spielt dabei eine besondere Rolle, wozu auch der genau untergliederte Tagesablauf auf der Station dienen soll. Mit jedem Patienten werden Einzelgespräche geführt, außerdem finden regelmäßig Gruppenstunden statt. In der Einzeltherapie wird mit dem Patienten sein individueller Suchtverlauf besprochen, seine Krankheitseinsicht wird gefördert, es werden Denkprozesse induziert. Mögliche Ressourcen werden aufgedeckt und der Focus wird auf mögliche Alternativen zu einem Drogenleben gerichtet. Die Arbeit mit der Gruppe konzentriert sich auf die Festigung der Motivation und Struktureinhaltung. Während der längerfristigen Psychotherapie arbeiten wir mit unseren Patienten überwiegend nach tiefenpsychologisch fundiertem Konzept in Kombination mit einem systemischen Ansatz. Schwerpunkte sind hierbei die Arbeit an der Persönlichkeit der Patienten sowie ihrem unmittelbaren Beziehungsumfeld.

## **5.3 Weitere Fachtherapien**

Die Patienten der Station können das gesamte therapeutische Angebot unseres Hauses nutzen wie Heilpädagogik, Sozialtraining, Maltherapie, Bewegungstherapie, Sozial- und Gestalttherapie sowie Ergotherapie. Hierbei sollen die Patienten ihre eigenen kreativen Fähigkeiten entdecken bzw. wiederfinden, ihren Körper und ihre Gefühlswelt besser kennenlernen.

## **5.4 Behandlungsdauer**

Die Behandlungsdauer beträgt im Regelfall 4 Wochen. In Abhängigkeit vom individuellen Suchtverlauf kann auch eine kürzere Therapiedauer von 2 Wochen vereinbart werden. Außerdem besteht die Möglichkeit einer Krisenbehandlung für 1 Woche.

Für eine stationäre Psychotherapie ist eine Dauer von 3 bis 4 Monaten vorgesehen.

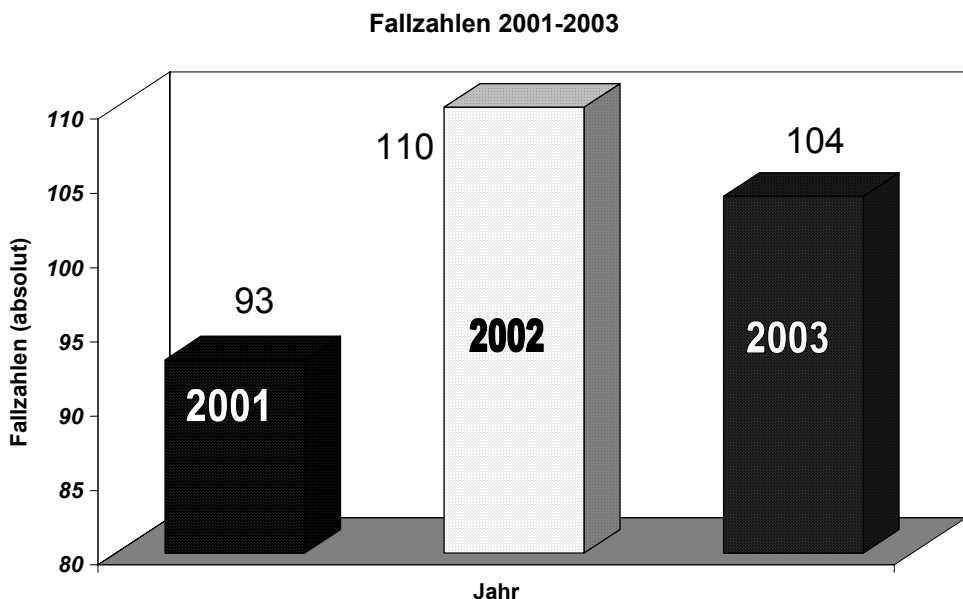
## 6. Einbindung in das ambulante Versorgungsnetz

Unsere Einrichtung ist in die Arbeit der AG Suchtmedizin Halle integriert. Es erfolgt ein regelmäßiger Austausch zwischen unserer Station, den Drogenberatungsstellen und den niedergelassenen Ärzten. Damit soll eine lückenlose Versorgungskette für die Patienten erreicht werden. Mit der Entlassung von Station wird der Patient an das ambulante Betreuungssystem vermittelt, entweder als Erstkontakt mit einer Drogenberatungsstelle oder als ambulante Wiedervorstellung beim behandelnden Arzt.

## 7. Informationsmaterial für Patienten und Angehörige

Mit Hilfe des Informationsmaterials werden die Patienten und ihre Angehörigen über Struktur und Ablauf der stationären Entzugsbehandlung aufgeklärt. Die Aufnahmebedingungen, die Rahmenbedingungen der Station sowie der Therapievertrag sind für den Patienten bindend.

## 8. Vier Jahre klinische Erfahrung - ein statistischer Überblick

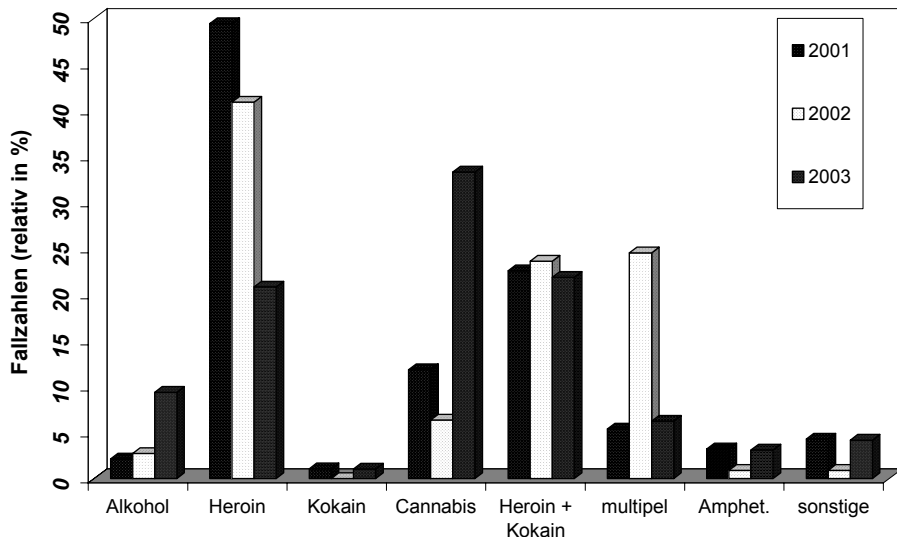


Die ersten 4 Jahre klinische Erfahrung mit unserer Entgiftungs- und Motivationsstation für abhängigkeitskranke Kinder und Jugendliche haben gezeigt, dass dieses Angebot dankbar angenommen wird, wenn auch bei wechselnder Intensität, was der spezifischen Eigendynamik von Suchterkrankungen zuzuschreiben ist. Abbildung 1 zeigt die Gesamtzahl der Patienten, die wir pro Jahr behandelt haben.

Während der letzten Jahre haben sich für unsere Patienten im stationären Behandlungs-Setting Trends abgezeichnet, welche zum Teil auch die Entwicklung im ambulanten Versorgungsnetzwerk widerspiegeln.

So gibt es einen gewissen Rückgang des Heroin-Konsums bei gleichzeitigem Anstieg des Cannabismissbrauchs. Die Zahl der problematischen Kombinationsabhängigkeit von Heroin/Kokain ist hingegen relativ konstant geblieben. Wir beobachteten einen Trend zum vermehrten Alkoholmissbrauch (Abbildung 2).

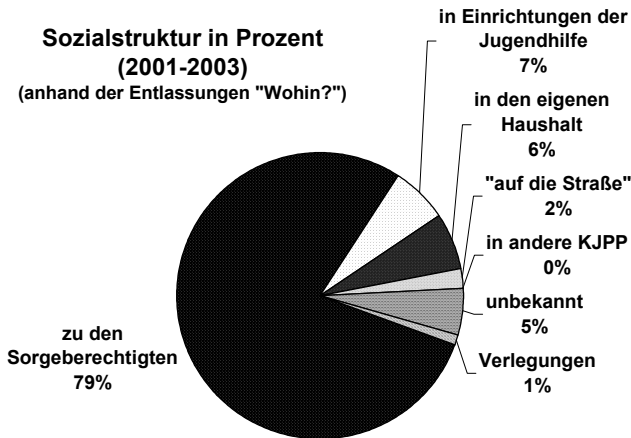
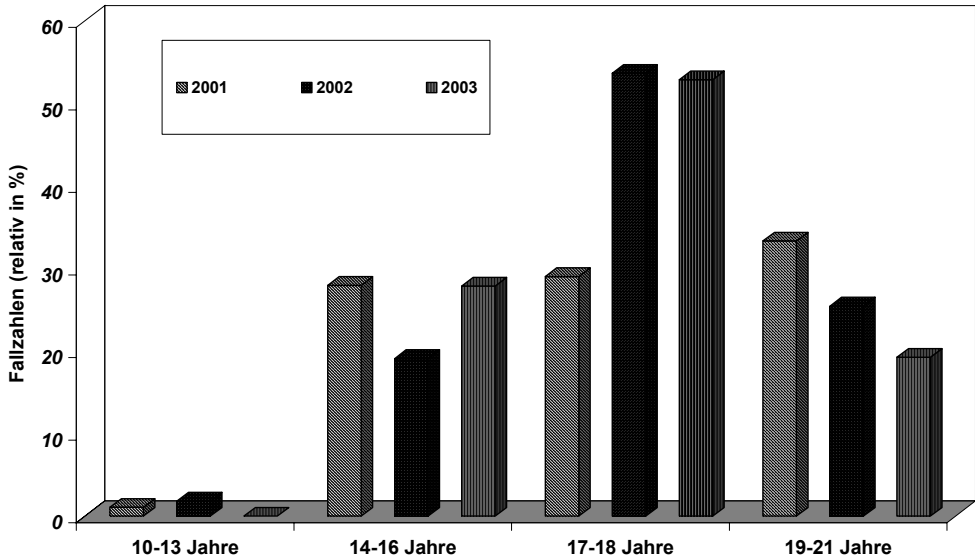
**Anteile der einzelnen Substanzgruppen in der Behandlung**



Hinsichtlich der Alters- und Geschlechterverteilung innerhalb unserer Patientengruppe sind eine Zunahme der Anzahl männlicher Pa-

tienten und ein Anwachsen der Gruppe der 17 bis 18-Jährigen zu verzeichnen (Abbildung 3).

**Geschlechter- und Altersgruppenverteilung**



In Bezug auf die Sozialstruktur weist unsere Patientengruppe eine

recht hohe Anbindung an die Herkunftsfamilien der Kinder und Jugendlichen auf (Abbildung 4).  
Dabei ist jedoch nicht berücksichtigt, wie problematisch das familiäre Umfeld im Einzelfall ist.

**Anschrift der Verfasser:**

Dipl.-Med. Manuela Elz, Oberärztin  
Kathrin Köhler, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Stefan Jakob, Assistenzarzt  
Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara  
Kinderzentrum  
Klinik für Kinder- und Jugend-  
Psychiatrie und –psychotherapie  
Barbarastraße 4  
06110 Halle

**Literatur**

- Backmund, M.* (1999) Sucht-Therapie. Grundlagen - Klinik - Standards. Leitfaden für Praxis und Fortbildung. ecomed III- 7, 1-8
- Blanck, G. und Blanck, R.* (1981) Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Ernst-Klett-Verlag
- Domes, M.* (1998) Der kompetente Säugling, 8. Aufl., Frankfurt a. Main: Fischer Taschenbuchverlag, 59-76, 79-106, 169-171
- Fengler, J.* (Hg.) (2002) Handbuch der Suchtbehandlung. *Beratung, Therapie, Prävention.* Ecomed
- Heigl-Evers, A.* (1980) Depression und Sucht. In: Sozialtherapie in der Praxis; Analytisch orientierte Suchtkrankentherapie Kassel
- Heigl-Evers; A., Schulze-Dierbach, E.* (1991) Störungen bei Abhängigkeit und Sucht aus tiefenpsychologischer Sicht. In: Wanke, K. Bühringer, G.(Hg.), Grundstörungen der Sucht. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 43,46
- Kernberg, O. F.; Dulz, B.; Sachsse, U.* (2000) Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Schmidbauer, W.; VomScheidt, J.* (1997) Handbuch der Rauschdrogen. 8. Aufl. München: Nymphenburger in der F. A. Herbig Verlagsbuchhandlung. 466, 469-70, 475, 487
- Wanke, K., Bühringer, G.* (1991) Grundstörungen der Sucht. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Weber, G., Stierlin, H.* (1989) In Liebe entzweit. Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Verlag

# Das Hochbegabten-Zentrum Hamburg Diagnostik-Beratung-Förderung

## Konzeption und erste Ergebnisse

*Miriam Bachmann<sup>1</sup>, Katja Weidtmann<sup>1</sup>,  
Michael Schulte-Markwort<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik  
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

### Zusammenfassung

Die Konzeption des seit Januar 2003 bestehenden Hochbegabten-Zentrums der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf wird vorgestellt und diskutiert. Unter Berücksichtigung erster statistischer Auswertungen wird die kinder- und jugendpsychiatrische Bedeutung des Themas „Hochbegabung“ beleuchtet, um anschließend zusammenfassend einige Thesen dazu aufzustellen.

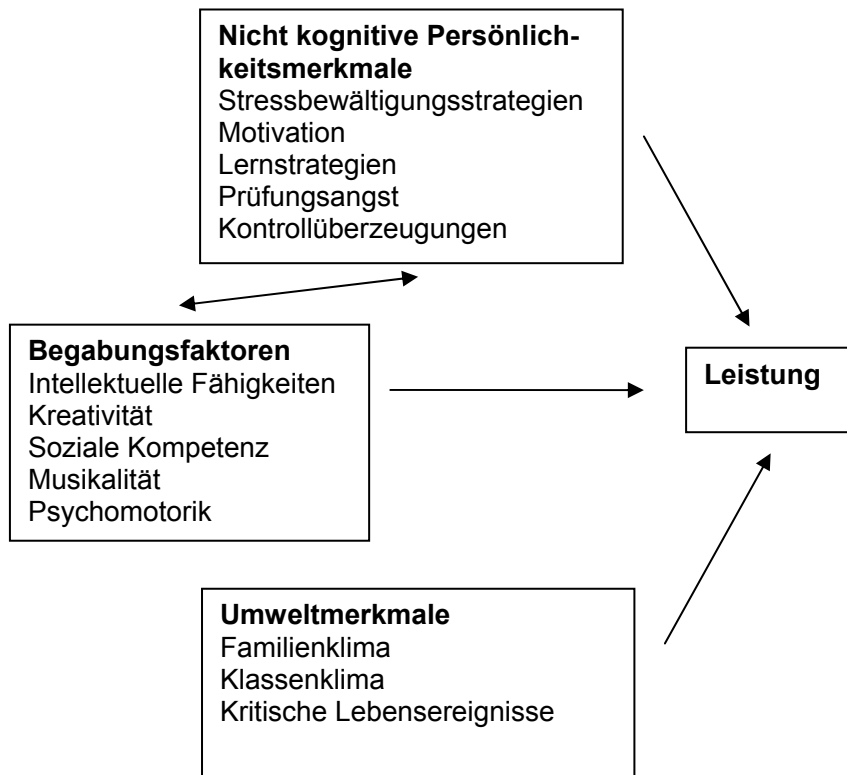
### Einführung

Hochbegabung – viel diskutiert, häufig negiert, zu wenig berücksichtigt. So in etwa könnte man die aktuelle Situation zu diesem Themenkomplex beschreiben. In den Medien „en vogue“ und immer noch häufig nicht wirklich verstanden. Um es vorweg zu nehmen: Eine genaue Diagnostik ist wichtig, eine spezifische individuelle Förderung ist sinnvoll und dann sollte auch nicht davor zurückgeschreckt werden, das Wort Hochbegabung wieder gesellschaftsfähig zu machen.

hig zu machen. Hochbegabung ist eine Ressource für das Individuum und die Gesellschaft und in erster Linie Anlass zur Freude.

Einleitend soll zur Definition, die häufig uneinheitlich ist, das etwas modifizierte Begabungsmodell von Heller et al. (1994) vorgestellt werden. Es macht deutlich, dass die tatsächliche Leistungsfähigkeit von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, wobei „Begabungsfaktoren“ und „nicht kognitive Persönlichkeitsmerkmale“ als gewisses Potential intellektueller Leistungsfähigkeit angesehen werden können.

Hochbegabung bedeutet jedoch nicht, dass zwangsläufig eine hohe Leistungsfähigkeit vorhanden sein muss. Die Disposition und das Potential zur sichtbaren Leistung sind ausschlaggebend, andernfalls würde man vielen begabten aber leistungsschwachen Menschen Unrecht tun.





Die Beurteilung einer intellektuellen Hochbegabung oder besonderen Begabung ist unter anderem ein metrisches Ergebnis. Durchschnittlich intelligente Menschen haben einen Intelligenzquotienten (= IQ) zwischen 85 und 115 Punkten, überdurchschnittliche Begabungen liegen zwischen 115 und 129 Punkten, die Hochbegabung beginnt mit einem IQ ab 130 Punkten, wobei jeweils die Vertrauensintervalle zu berücksichtigen sind.

Intelligenz ist kein physikalisches Merkmal wie z. B. Größe oder Gewicht, das mit einem Messinstrument direkt erfasst werden könnte. Intelligenz ist eine von Wissenschaftlern geprägte Konvention zur Beschreibung der Fähigkeiten, die zum Verständnis von Sachverhalten und zur Erkenntnis führt (= kognitive Fähigkeiten). Eine ausführliche Befragung der aktuellen und bisherigen Lebensereignisse und Erfahrungen aus Kindergarten oder Schule in Kombination mit Untersuchungen anhand wissenschaftlich anerkannter testpsychologischer Messverfahren geben Auskunft über das Vorliegen verschiedener Begabungen, Intelligenz und Leistungsfähigkeit.

Darüber hinaus gibt es auch Sonderbegabungen (musisch, sportlich, sozial u. a.), die sich wissenschaftlichen Messungen weitestgehend entziehen, jedoch häufig durch die umgesetzte Leistungsfähigkeit deutlich werden.

Obwohl viele hochbegabte Menschen selten durch ihre Fähigkeiten verursachte Probleme in ihrem Umfeld haben, schützt eine hohe kognitive Leistungsfähigkeit nicht unbedingt vor Misserfolgen in der Schule oder vor psychischen Störungen. Wird bei Kindern eine außergewöhnliche Begabung nicht festgestellt oder nicht entsprechend berücksichtigt, können Unterforderung, Langeweile oder mangelnde Konzentration die Folge sein. Häufig müssen solchen Kindern entsprechende Lernstrategien vermittelt werden, und auch sie brauchen wie jedes Kind ein ihrem Niveau angepasstes Angebot. Die Förderung muss dem individuellen Begabungsprofil entsprechend erfolgen. Hochbegabte Kinder haben, wie andere Kinder auch, spezifische Stärken und Schwächen, denen in den ihnen gemachten Angeboten Rechnung zu tragen ist.

Gelegentlich können hochbegabte Kinder ihr eigentliches Potential nicht zeigen und schulische Minderleistungen sind keine Seltenheit. In solchen Fällen ist von „Underachievern“ die Rede. Die Häufig-

keitsangaben schwanken zwischen 15 und 25% unter den Hochbegabten.

Unterforderte Kinder können auch mit einer Vielzahl von Verhaltensauffälligkeiten, psychosomatischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Beschwerden reagieren. Differentialdiagnostisch müssen Störungen wie ADHS, ADS, Autismus, Somatisierungsstörungen oder z. B. Depressionen abgegrenzt werden. Somit werden Hochbegabung und besondere Begabung von vielen Betroffenen und deren Eltern als „Fluch und Segen zugleich“ erlebt. Von festen innigen Freundschaften, aber auch von sozialer Ausgrenzung wird berichtet. Hochbegabte Menschen weisen keine für sie typischen Merkmale auf, vielmehr findet sich das gesamte Persönlichkeits- und Leistungsspektrum wie bei durchschnittlich begabten Personen.

Die Häufigkeit von hochbegabten Menschen anzugeben ist problematisch. Geht man z. B. von einer Häufigkeit von 2 % aus (entsprechend der Gauss'schen Verteilungskurve der intellektuellen Begabung in der Bevölkerung), so gibt es bei 9,7 Mio. Schülerinnen und Schülern an allgemein bildenden Schulen in Deutschland (Statistisches Bundesamt Deutschland, 15.01.2004) ca. 194.000 hochbegabte Schüler. Hierbei handelt es sich jedoch um die Modellvorstellung einer Idealverteilung, aktuelle Untersuchungen zur Häufigkeit fehlen und sind methodisch auch nur schwer durchführbar.

### **Rahmenbedingungen des Hochbegabten-Zentrums**

Die Stiftung zur Förderung Hochbegabter (SFH) war im Jahre 2002 auf die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie zugekommen mit der Frage, ob die Förderung hochbegabter Kinder und Jugendlicher an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf in Form einer spezialisierten Einrichtung vorstellbar sei.

Es wurde von der Stiftung die finanzielle Unterstützung als Anschubfinanzierung zugesagt, die Klinik bot entsprechende personelle und räumliche Ressourcen an. Die Eröffnung des Hochbegabten-Zentrums erfolgte im Januar 2003.

Die Resonanz innerhalb Hamburgs und über die Stadtgrenzen hinaus war beachtlich. Innerhalb von zwei Tagen nach Bekanntgabe der Eröffnung durch die regionalen Medien lagen 150 Anmeldungen vor, nach 2 Wochen waren es 200. Im Frühjahr 2003 konnten zeitweise keine Anmeldungen mehr entgegengenommen werden. Durch eine personelle Aufstockung konnten schließlich alle Familien persönlich oder telefonisch noch im Jahre 2003 beraten werden.

Die personelle Situation hat sich heute deutlich verändert. Mittlerweile arbeitet ein Team von 5 wissenschaftlichen Mitarbeitern im Hochbegabten-Zentrum, eine ärztliche Leitung und 4 Diplom-Psychologinnen, die teils in Festanstellung, teils als Honorarkraft tätig sind. Insgesamt ist das Zentrum mit ca. 3,0 Stellenanteilen besetzt.

Die wissenschaftliche Begleitung der praktischen Beratungsarbeit erfolgt aktuell im Rahmen einer psychologischen Doktor- sowie einer sozialpädagogischen Diplomarbeit.

Bei den Rezipienten der Beratung wird sehr strikt auf die Trennung zwischen „Patienten“ und „Klienten“ geachtet. Naturgemäß wenden sich viele Familien mit der Bitte um Beratung oder Diagnostik bei vermuteter hoher Begabung und psychischen Auffälligkeiten oder anderen Problemen an das Hochbegabten-Zentrum. Wenn aus unserer Sicht kinder- und jugendpsychiatrischer Handlungsbedarf auch im Sinne der Differentialdiagnostik oder Ausschlussdiagnostik besteht, so erfolgt eine Behandlung des vorgestellten Kindes als Patient, Kostenträger sind in diesem Fall die Krankenkassen. Viele Familien wünschen jedoch auch eine umfassende Diagnostik und Beratung unter Berücksichtigung der psychischen Befindlichkeit des Kindes, ohne dass Verhaltensauffälligkeiten, Schulprobleme oder Ähnliches bestehen. In diesem Fall nennen wir die Kinder und Jugendlichen Klienten, die Eltern dieser Kinder bezahlen die Beratung und Diagnostik selbst.

Neben der klinischen Tätigkeit ist es ein wichtiges Anliegen des Hochbegabten-Zentrums, die Vernetzung der bereits bestehenden Institutionen in Hamburg und dem Umland zu fördern. Aus diesem Grunde hat das Hochbegabten-Zentrum im März 2003 zu einer ersten „kick off“ Veranstaltung geladen, woraus sich der „Hamburger Gesprächskreis Hochbegabung / besondere Begabung“ entwickelt

hat. Daraus konstituierten sich zwei Arbeitskreise (Diagnostik und Beratung sowie Förderung), deren Anliegen es ist, gemeinsam für den Raum Hamburg eine Broschüre mit dem Titel „Besonders und hoch begabte Kinder und Jugendliche – Hamburger Wegweiser“ zu veröffentlichen. Neben inhaltlichen Informationen zum Thema soll die Vorstellung und Differenzierung der verschiedenen Institutionen im Raum Hamburg erfolgen. Zielgruppen sind betroffene Familien aber auch Institutionen und Fachleute aus den Bereichen Pädagogik, Psychologie und Medizin.

Seit Oktober 2003 ist das Hochbegabten-Zentrum Mitglied des „Netzwerkes Begabtenförderung Hamburg“.

## **Klinischer Ablauf und Behandlungsangebote**

### *Zuweisung*

Aufgrund der großen Resonanz auf verschiedene regionale und überregionale Pressemitteilungen seit Januar 2003 wenden sich viele Betroffene direkt an das Hochbegabten-Zentrum. Neben den Pressemitteilungen sind vor allem Empfehlungen von Schulen ein Grund zur Vorstellung im Zentrum. Zum Teil stellen Lehrkräfte fest, dass Schüler/-innen möglicherweise unterfordert sein könnten, zum Teil imponiert „störendes Verhalten“ mit der Notwendigkeit einer differentialdiagnostischen Abklärung. Kinderärzte, Logopäden, Ergotherapeuten, Psychotherapeuten oder andere Institutionen, die sich mit dem Thema besondere Begabungen beschäftigen, sind ebenfalls häufig Zuweiser. Da es keine regionale Begrenzung unseres Angebots gibt, kommt es ebenso zu Vorstellungen aus dem gesamten Bundesgebiet wie zu Anfragen aus dem deutschsprachigen Ausland.

### *Auftragsklärung, Vorstellungsanlass*

Seit Oktober 2003 ist zweimal wöchentlich für zwei Stunden eine telefonische Sprechzeit eingerichtet. Dort findet neben der Beratung auch die Anmeldung zu einem persönlichen Vorstellungstermin statt. Bereits am Telefon wird der konkrete Auftrag geklärt, meist entscheidet sich an dieser Stelle, welches vorzustellende Kind Patient oder Klient ist.

Die Frage nach einer differenzierten Diagnostik bei vermuteter Hochbegabung ist ein häufiger Vorstellungsanlass, wenn schulische oder fördernde Konsequenzen die Folge sein sollen. Viele Eltern kommen, weil sie ihr Kind auch vor unangemessenen Forderungen schützen wollen, da sie die Grenzen der Belastbarkeit ihres Kindes nur schwer einschätzen können. Eine Testung ohne eigentliches Anliegen und ohne weitere Konsequenz, die nur der Befriedigung der Neugierde dient, wird nicht angeboten.

Die differentialdiagnostische Abklärung in den Bereichen Teilleistungsstörungen (Lese-Rechtschreib-Schwäche, Konzentrationsstörung, Störung der Wahrnehmungsorganisation oder andere) ist ebenfalls ein häufiger Vorstellungsgrund.

Bei psychiatrischen Störungsbildern geht es um die Frage, ob eine (unerkannte) Hochbegabung die Ursache der Symptome ist, ob die Auffälligkeiten begleitend oder unabhängig voneinander bestehen. Die genaue psychische Befindlichkeit, familiendynamische Aspekte, (un-)ausgesprochene Erwartungen an die Kinder, Geschwisterrivalitäten, aktuelle Belastungssituationen (Tod, Trennung, Migration) und andere Punkte müssen geklärt werden. In Abhängigkeit einer eventuell zu stellenden kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnose erfolgt dann die Behandlung bzw. Beratung im Hochbegabten-Zentrum.

Ein häufiger Vorstellungsanlass ist außerdem der Wunsch engagierter Eltern nach Beratung bei bereits bekannter Hochbegabung. Häufig gibt es Entwicklungsabschnitte, die immer wieder zu neuen Fragen Anlass geben.

Obwohl es keine typischen Persönlichkeitsmerkmale oder Probleme hochbegabter Kinder gibt, haben einige der Betroffenen Schwierigkeiten in der sozialen Kompetenz. Die Fähigkeit, übergeordnete Prinzipien sprachlich und kognitiv rasch zu erfassen, sich selbst jedoch als Mitglied einer Gruppe zu erleben, in der diese Fähigkeiten nicht geteilt werden, führt gelegentlich dazu, dass Kinder sich immer stärker zurückziehen bzw. aggressiv und unangemessen ihrem Gefühl nicht verstanden zu werden Ausdruck verleihen.

Da es zum Teil über lange Zeiträume zu einem Gruppenausschluss kommt, können diese Kinder soziale Erfahrungen von Ursache- und

Wirkungszusammenhängen nicht machen. Defizite in der sozialen Kompetenz sind dann die Folgen, die wiederum ein Außenseitertum begünstigen.

## **Diagnostik**

In der Diagnostik der im Hochbegabten-Zentrum vorgestellten Kinder und Jugendlichen sind wir im klassischen Sinne kinder- und jugendpsychiatrisch tätig, das heißt, wir erheben Befunde der aktuellen Situation, klären Eigen-, Familien- und Fremdanamnese und beurteilen den psychischen Befund. Bei der wenigstens grob orientierenden neurologischen Untersuchung sehen wir viele Kinder mit einer Entwicklungsdyspraxie. Vor dem Hintergrund einer tiefenpsychologisch fundierten Ausrichtung und Kompetenzen im Paar- und Familientherapeutischen Arbeiten ist es für uns besonders bedeutsam, das Bedingungsgefüge von z. B. Minderleistungen oder neurotischen Störungen zu erkennen. Natürlich ist die Genese vieler Störungsbilder multifaktoriell bedingt, wobei die etwaige kognitive Unterforderung im Besonderen berücksichtigt werden muss. Wir sehen jedoch häufig auch sekundäre Neurotisierungen, die vor allem vor dem Hintergrund einer Hochbegabung betrachtet werden müssen, entsprechend sind die Empfehlungen sehr unterschiedlich.

### *Testdiagnostik*

Für eine zuverlässige und valide Messung der kognitiven Leistungsfähigkeit eines Kindes ist eine differenzierte Intelligenzdiagnostik notwendig. Diese Verfahren ermitteln ein Leistungsprofil und können so Aufschluss über mögliche intraindividuelle Stärken (z. B. Sonderbegabungen) und Schwächen (z. B. Teilleistungsschwächen, Wahrnehmungsstörungen, visumotorische Störungen und andere) geben.

Zur Feststellung einer Hochbegabung stehen bisher keine speziellen Testverfahren zur Verfügung, so dass die gängigen Verfahren, die den Vorteil langjähriger und internationaler Erfahrung haben, zum Einsatz kommen.

Im Hochbegabten-Zentrum werden v. a. der HAWIK-III, der AID-II und die K-ABC verwandt. Der letztgenannte Test kommt vor allem

bei Vorschulkindern zum Einsatz, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Feststellung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und die Prognose der Leistungsentwicklung in sehr jungen Jahren schwierig sind. Den alleinigen Einsatz sprachfreier und kulturunabhängiger Testverfahren (CFT, CPM u. a.) halten wir für nicht ausreichend.

Für die Diagnostik einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS / ADHS), die auch bei hochbegabten Kindern vorkommen kann, oder von Teilleistungsstörungen wie z. B. einer Lese-Rechtschreibschwäche (Legasthenie) oder einer isolierten Rechenschwäche (Dyskalkulie), werden spezielle zusätzliche Testverfahren oder entsprechende Fragebogenverfahren eingesetzt.

Die Ergebnisse solcher Untersuchungen werden im Zentrum immer und ausschließlich im Gesamtzusammenhang aller erhobenen Befunde, Gespräche und Informationen interpretiert.

## **Beratung**

Einen Großteil der klinischen Tätigkeit im Hochbegabten-Zentrum umfasst die Beratung. Nach der konkreten Auftragsklärung kann gelegentlich sofort die Beratung erfolgen, sofern die Diagnostik bereits ausreichend andernorts erfolgt ist. Wenn keine schulischen, persönlichen oder familiären Konflikte bestehen, so bedeutet Beratung häufig Beruhigung. Eltern haben gelegentlich die Befürchtung, ihre Kinder zu überfordern. Dies ist selten der Fall: auch durchschnittlich oder überdurchschnittlich begabte Kinder sind wissensdurstig und haben in der Regel Spaß an Neuem. Diese Lust sollte nicht gebremst werden, allerdings sind spezifische Angebote für hochbegabte Kinder ungeeignet, da sie bei durchschnittlich begabten Kindern schnell zur Frustration führen können.

Da intellektuelle Leistungsfähigkeit fast immer mit schulischen Belangen zu tun hat, ist diesbezüglich häufig eine Beratung erforderlich.

Wann immer möglich, sollte das Gespräch mit den Lehrkräften gesucht werden. Neben konkreten Hinweisen und Hilfestellungen für den Unterricht erfolgen im Rahmen der Beratung auch die Weiterempfehlung an andere Institutionen zur konkreten Schullaufbahnbe-

ratung wie z. B. schulpsychologische Beratungsstellen oder die jeweils zuständige Schulbehörde.

Außerschulische Förderung und Enrichment-Programme sind eine tragende Säule der Förderung für hochbegabte Kinder. Bearbeitung von Themen, die nicht mit schulischen Belangen konkurrieren, kann die Lust am Wissenserwerb, am Experimentieren und an der Neugierde unterstützen. Die Eltern selbst, aber auch entsprechende Fördereinrichtungen oder Universitäten können entsprechende Angebote machen.

Kluge Kinder sind für ihre Eltern häufig sehr anstrengend. Sie stellen viel in Frage, beharren auf Begründungen, sind nicht bereit, Maßnahmen, Regeln oder Grenzen ohne weiteres zu akzeptieren. Die natürliche Autorität der Eltern wird lebensgeschichtlich oft früher und intensiver in Frage gestellt als bei durchschnittlich begabten Kindern. Die Eltern wiederum sehen sich unterschiedlichsten Empfehlungen von verschiedenen Seiten ausgesetzt. Sie müssen im Extremfall entscheiden, ob z. B. die Klasse wiederholt werden soll oder ob ein spezielles Hochbegabteninternat das Richtige ist. Geschwisterrivalitäten sind bei sehr unterschiedlichen Leistungsmerkmalen um den Aspekt der Eifersucht und Scham erweitert. Oder aber die Ansprüche potenzieren sich bei mehreren hochbegabten Kindern, was aufgrund der genetischen Komponente der Begabung häufig anzutreffen ist. Erziehungsberatung, Selbsthilfegruppen, Erziehungsbeistandschaft bis hin zur Kinder- und Jugendhilfemaßnahme nach dem KJHG können in diesen Fällen Unterstützung und Hilfe bieten. Bei psychotherapeutischem Handlungsbedarf erfolgen im Hochbegabten-Zentrum familiendiagnostische Gespräche und Familien- oder aber Einzeltherapien (siehe auch Behandlung bei psychischen Auffälligkeiten).

Da es trotz (oder wegen) bekannter Hochbegabung zu Defiziten in einzelnen Bereichen kommen kann, ist eine gezielte Förderung nötig. Neben einem Sozialkompetenztraining, das im Hochbegabten-Zentrum angeboten wird, können u. a. folgende Maßnahmen sinnvoll sein: Motivationstraining, Coaching, Lerntaining und Arbeitstechniktraining u. a.



Gruppentrainingsangebote zum Erlernen Sozialer Kompetenz unter Gleichgesinnten (besonders und hochbegabte Kinder) sind deshalb ein wichtiger Bestandteil der individuellen Unterstützung, da ansonsten eine Reduktion des Selbstwertgefühls und depressive Verstimmungen keine Seltenheit sind. Seit Januar 2004 gibt es hierzu ein regelmäßiges Angebot für Kinder und Jugendliche. In 10 Sitzungen, begleitet von Elternabenden, wird in Anlehnung an die Arbeitsgruppe um Schlottko nach verhaltenstherapeutischen Richtlinien ein Angebot für eine Gruppe von 8-10 Kindern oder Jugendlichen gemacht. In Erweiterung der bisherigen Konzepte wird versucht, störungsspezifisch zu arbeiten. Störungsspezifisch heißt in diesem Fall, besonders begabt und sozial wenig kompetent. Ziel der Behandlung ist es, empathisches Einfühlungsvermögen zu verbessern und das eigene, Selbstbewusstsein zu steigern, um besser mit Mitmenschen umgehen zu können.

### **Die Inanspruchnahmepopulation**

Mittlerweile (Stand Mitte Juli 2004) liegen ausgewertete Daten von 203 Familien vor, die persönlich im Hochbegabten-Zentrum beraten wurden. Die Geschlechterverteilung liegt sehr eindeutig zu Gunsten der Knaben, die mit 73,9% überrepräsentiert waren. Dies ist alarmierend, da selbstverständlich genauso viel Mädchen wie Knaben hochbegabt sind und einer entsprechenden Förderung bedürfen. Die hohe Anpassungsfähigkeit, die oft hohe soziale Kompetenz, das Bedürfnis danach, nicht auffallen zu wollen, und die häufigeren intrinsischen Störungen (falls psychische Auffälligkeiten vorliegen) wie z. B. depressive Reaktionen, Essstörungen und somatische Beschwerden führen tendenziell zu einer Nichtbeachtung der Bedürftigkeit hochbegabter Mädchen.

14,3 % der Kinder waren bereits früher in ambulanter oder stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, zusätzlich 12,8 % in nicht-medizinischen Beratungseinrichtungen.

Bei 51,2 % unserer Klienten und Patienten handelte es sich um Grundschul Kinder, 23,6 % waren Gymnasiasten. Nur 1,5 % waren Vorschul- oder Kindergarten Kinder. Auch hier wird deutlich, dass die

Sensibilität für dieses Thema bei Erzieherinnen und Eltern gesteigert werden sollte, da eine frühe Einschulung und zum Beispiel Instrumentalunterricht geeignete Maßnahmen zur Förderung begabter Kinder im Vorschulalter darstellen. Nicht selten erleben wir, dass Kinder eher zurückgestellt werden, mit dem Hinweis nicht genügend soziale Kompetenzen mitzubringen, die jedoch erfahrungsgemäß im Kindergarten nicht stärker gefördert werden als in der Schule.

62,6 % der Kinder waren mindestens überdurchschnittlich begabt, 27,9 % hochbegabt. Dies entspricht in etwa den Zahlen, wie sie aus anderen Beratungsstellen bekannt sind. Auch dort sind meist ca. 25 % der vorgestellten Kinder tatsächlich hochbegabt. Allerdings ist festzuhalten, dass die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei unserer Klientel deutlich höher ist und dass auch aus diesem Grund einige der Kinder zum aktuellen Vorstellungszeitpunkt ihr tatsächliches Potential nicht zeigen konnten.

Auffälligkeiten im Verhalten in der Schule wurden häufig beklagt: Leistungsstörungen traten bei 18,5 % der Schüler auf, schlechtes Betragen und Aggressionen sowie Kontaktstörungen bei 25 %. 25,9% der Kinder litten unter Konzentrationsstörungen, unabhängig von einer Unter- oder Überforderung bzw. anderen Ursachen. Motorische Unruhe wurde bei 13 % der Kinder, meist männlichen Geschlechts, beklagt.

Bei mindestens 34,3 % wurden pädagogische Maßnahmen im Sinne eines Enrichments („Anreicherung“, z. B. Zusatzangebote im Rahmen des Schulangebots oder außerhalb der Schule durch entsprechende Institutionen) empfohlen. Vermutlich ist diese Zahl höher, da unsere Basisdokumentation erst im Verlauf des ersten Jahres an diese Anforderung der Dokumentation angepasst wurde. Andererseits gab es durchaus hochbegabte Kinder, deren psychische Situation einer zusätzlichen Förderung widersprach. Bei über 7,3 % wurde eine Akzeleration („Beschleunigung“, d. h. beschleunigte Schullaufbahn durch z.B. Überspringen einer Klasse) empfohlen, bei über 8,1 % spezielle Schulen für Hochbegabte.

65,5 % aller Kinder hatten relevante kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen, wobei hier auf die Dringlichkeit der Behandlungsbedürftigkeit kein Rückschluss gezogen werden kann. Am häufigs-

ten lagen neurotische, somatoforme und emotionale Störungsbilder vor. Bei 4,4 % der Kinder wurde eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung diagnostiziert oder verifiziert, eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens lag bei 3,4 % der Kinder vor. Interessant ist die Korrelation zwischen Hochbegabung und ADS: Bei unserer Klientel zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang ( $p=.963$ ). Von den  $n=56$  hochbegabten Kindern und Jugendlichen hatten 7 ein ADS. Das entspricht einer Häufigkeit von 12,5%, also ca. drei- bis viermal so häufig wie in der Normalbevölkerung. Die Häufigkeit einer ADS unserer Gesamtpopulation liegt jedoch bei 12,8%, so dass davon ausgegangen werden kann, dass nicht die Höhe des intellektuellen Potenzials Einfluss auf diese Häufigkeit hat, sondern die Tatsache, dass sich Familien mit dieser Fragestellung an eine spezialisierte kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung wenden. Da die Differentialdiagnose zwischen ADS und Hochbegabung nicht einfach ist, werden hier überdurchschnittlich viele Kinder mit dieser Problematik vorgestellt. Diese Zahlen unserer Inanspruchnahmepopulation sind selbstverständlich nicht auf die Allgemeinheit übertragbar.

Alarmierend ist die hohe Anzahl der depressiven Störungen bei hochbegabten Kindern: 19,2 % der hochbegabten Kinder und Jugendlichen der Inanspruchnahmepopulation wies eine Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen auf. Berücksichtigt werden muss, dass sich die verglichenen Gruppen auch hinsichtlich anderer Merkmale wie z. B. Geschlecht unterscheiden, so dass der bei uns festgestellte signifikante Unterschied ( $p=.007$ ,  $C=.20$ ) nicht gesichert ist.

Selbstverständlich leitet sich aus diesem Ergebnis nicht ab, dass bei hochbegabten Kindern generell ein höheres Risiko dafür besteht, an einer Depression zu erkranken. Aber es zeigt, dass es zahlreiche Patienten gibt, die trotz ihrer hoher intellektuellen Begabung psychisch krank werden und dass die Notwendigkeit einer spezialisierten Einrichtung gegeben ist.

Bei insgesamt 54,3 % der bei uns vorgestellten Kinder wurde eine Weiterbehandlung empfohlen, meist psychotherapeutische Maßnahmen wie Einzeltherapie, Familientherapie oder Gruppentherapie. Bei fast 14,2 % waren ergotherapeutische Maßnahmen aufgrund von Wahrnehmungsstörungen oder Störungen der motorischen Funktionen erforderlich.

## **Kinder- und jugendpsychiatrische Bedeutung im Kontext Hochbegabung**

Die Häufigkeit der Anfragen und der gestellten kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen in unserer Population machen deutlich, wie groß der Beratungs- und Behandlungsbedarf ist. Unsere Stichprobe ist nicht repräsentativ und keinesfalls darf die Schlussfolgerung lauten, hochbegabte Kinder und Jugendliche hätten deutlich höhere Prävalenzen an psychischen Auffälligkeiten. Auch auf die Frage, ob Hochbegabung einen protektiven Faktor darstellt, kann hier nicht beantwortet werden. Bisherige Untersuchungen zeigen diesbezüglich widersprüchliche Ergebnisse (Freeman, 1997; Chae et al., 2003; Reis und McCoach, 2002).

Klinisch entscheidend in Bezug auf das Beratungskonzept ist die Frage, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Begabung und etwaigen Auffälligkeiten besteht.

Unserer Beratungsarbeit vorangestellt ist die Haltung, psychische Auffälligkeiten im Gesamtzusammenhang der individuellen und der familiären Situation zu betrachten. Vor dem Hintergrund einer psychodynamischen Denkweise wird der Versuch unternommen zu verstehen, welche Faktoren Einfluss auf z. B. Verhaltensstörungen oder Schulleistungsminderungen haben. Dabei ist die intellektuelle Begabung zu berücksichtigen, aber nicht ausschließlicher Leitgedanke.

Daneben bleibt zu bedenken, dass die Diagnostik einer Hochbegabung nicht immer ohne weiteres erfolgen kann. Testpsychologische Untersuchungsergebnisse sind vor dem Hintergrund der psychischen Befindlichkeit zu interpretieren, und anamnestische Angaben, Motivation oder individuelle Interessenslage des Kindes müssen ebenfalls mit einbezogen werden. Ein hochbegabtes Kind mit einer deutlich depressiven Entwicklung ist auch dann hochbegabt, wenn es bei der testpsychologischen Untersuchung keinen IQ von 130 erreicht. Gelegentlich ist es nicht sinnvoll, die Diagnostik der Begabung zu einem bestimmten Zeitpunkt zu forcieren, sondern das Angebot eines schützenden und stabilisierenden therapeutischen Rahmens zu suchen.

Es werden im Hochbegabten-Zentrum auch Grundschul Kinder vorgestellt, die eine längere depressive Reaktion mit deutlichen Schlafstörungen, hoher affektiver Beteiligung und Antriebsarmut zeigen. Auch nach gründlicher projektiver und psychodynamischer Diagnostik wurde bei vielen Kindern als maßgeblich auslösender Faktor eine deutliche kognitive Unterforderung deutlich. Vor allem die rasche und in allen Lebensbereichen deutliche Entlastung nach entsprechenden inner- und außerschulischen Maßnahmen bestätigten diese Diagnosen. Bei solchen Kindern wäre es geradezu fatal, die Unterforderung in der Beratung bzw. Behandlung außer Acht zu lassen.

Anders ist die Situation, wenn sich sekundäre Neurotisierungen so verfestigt haben, dass psychotherapeutische Behandlungen mindestens begleitend notwendig sind. Häufig leiden die Kinder und Jugendlichen unter einer Minderung des Selbstwertgefühls. Die erlebte Andersartigkeit, die möglicherweise vorhandene soziale Randständigkeit und zum Teil aggressives Verhalten und Mobbing von Mitschülern werden von unserer Klientel nicht selten beklagt. Oft sind auch geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen zu überwinden, die gerade in der Pubertät psychotherapeutische Unterstützung nötig machen können

Auf der Ebene der Eltern-Kind-Interaktion sind große intellektuelle Begabungsunterschiede mitunter problematisch. Fragen der Kinder können den Eltern Angst machen, diese fühlen sich überfordert und hilflos. Ist die eigene Kränkbarkeit gering, lässt sich durch Beratung einiges kompensieren. Gelegentlich kann es zu sehr parteilichem Verhalten zum Beispiel Geschwistern gegenüber kommen. Die Kinder mit einer stärkeren Ähnlichkeit, diejenigen die weniger bedrohlich sind, vielleicht auch die durchsetzungsstärkeren werden bevorzugt und stärker unterstützt.

Sehr häufig wird eine Paarproblematik bei den Eltern erstmalig oder erneut entfacht, die seit langem schwelt: beruflich erfolgreiche Väter und ebenso begabte Mütter, die ihre Ausbildung aufgrund der Familienversorgung nicht weiter vorangetrieben haben. Oder Elternteile, die sich ihrerseits von den Eltern stets zu wenig unterstützt gefühlt haben.

Mehrere hochbegabte Geschwisterkinder, oder auch Geschwister, die über ein sehr unterschiedliches Begabungsprofil verfügen, bringen unterschiedlichste Themen in die Familien.

Paar- und familientherapeutische Kompetenzen haben sich bei der Arbeit in der Beratung und Behandlung von den vorgestellten Familien als sehr hilfreich erwiesen.

Familiäre Unterstützung, inner- und außerschulisch angemessene Angebote und die Akzeptanz der vielleicht auch manchmal befremdlich anmutenden Ziele der Begabten sind für eine gesunde kindliche Entwicklung erforderlich.

## **Zusammenfassung**

Erste empirische Ergebnisse von 203 vorgestellten Familien des seit 2003 bestehenden Hochbegabten-Zentrums der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf zeigen, wie hoch der Bedarf an Beratung und Behandlung in dem Spannungsfeld „Hochbegabung – kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeiten“ ist. Über 65% der bei uns vorgestellten Kinder und Jugendlichen hatten eine Diagnose nach ICD-10, in 30,6 % der Fälle sprachen wir uns für eine psychotherapeutische Behandlung aus. 27,9 % der Untersuchten waren sicher hochbegabt, bei ihnen zeigten sich zu 76,9 % kinder- und jugendpsychiatrisch relevante Diagnosen.

Die Zahlen machen Folgendes deutlich:

Die Spezialisierung in diesem Bereich ist sinnvoll, da sowohl kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische und psychologische Kompetenzen als auch das Knowhow zum Thema Hochbegabung notwendig sind, wenn der Vorstellungsanlass in dem beschriebenen Spannungsfeld angesiedelt ist. Das Konzept des Hochbegabten-Zentrums hat sich bewährt, eine erste Durchsicht in die Daten der Evaluation bestätigt dies (Veröffentlichen hierzu werden folgen).

Spezielle paar- und familientherapeutische Kompetenzen sind in der Behandlung häufig hilfreich, familiendynamische Aspekte sind unbedingt zu berücksichtigen.

Interdisziplinäre Arbeit zwischen Pädagogen, Psychologen und Kinder- und Jugendpsychiatern ist notwendig, Eltern und ältere Kinder müssen gut aufgeklärt und in entsprechende Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden.

Die differentialdiagnostische Abklärung von Verhaltensauffälligkeiten, Schulstörungen und emotionalen Störungen sollte eine kognitive Beurteilung nach Möglichkeit mit beinhalten. Dies ist eine primär kinder- und jugendpsychiatrische und psychologische Tätigkeit, die entsprechend anderer diagnostischer Verfahren von den Kostenträgern übernommen werden soll.

Die Abklärung der kognitiven Leistungsfähigkeit ohne Notwendigkeit einer medizinisch-psychiatrischen Beurteilung stellt eine Dienstleistung dar. Die Kosten hierfür dürfen den Krankenkassen nicht aufgebürdet werden.

Für die Zukunft ist zu fordern, dass es im Sinne der hochbegabten Kinder und Jugendlichen zu einer vorurteilsfreien Auseinandersetzung zwischen den Beteiligten und zu einer Anerkennung besonderer Begabung als Ressource kommt, um auch diesen Kindern auf verschiedenen Ebenen angemessene Angebote zukommen zu lassen.

### **Anschrift der Verfasserin**

Dr. Miriam Bachmann

Ärztliche Leiterin des Hochbegabten-Zentrum

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Martinstraße 52

20246 Hamburg

Email: [bachmann@uke.uni-hamburg.de](mailto:bachmann@uke.uni-hamburg.de)

*Anmeldemöglichkeit beim Hochbegabten-Zentrum:*

Telefonische Sprechzeiten

Dienstag 10:00 – 11:30 und Donnerstag 16:30 – 18:30

Tel.: 040 / 42803 - 7237

## **Literatur**

*Freeman, J.* (1997) The emotional development of the highly able. *European Journal of Psychology of Education*, Vol. XII, 4, 479-493

*Chae, P., Kim, J., Noh, K.* (2003) Diagnosis of ADHD among gifted children in relation to KEDI-WISC and T.O.V.A. performance. *Gifted Child Quarterly*, Vol. 47(3), 192-201

*Reis S., McCoach, D.* (2002) Underachievement in gifted and talented students with special needs. *Exceptionality*, Vol 10(2), 113-125

*Heller, K.A., Perleth, Ch. & Hany* (1994) Hochbegabung – ein lange Zeit vernachlässigtes Forschungsthema. *Einsichten – Forschung an der Ludwig-Maximilians-Universität München*, Vol. 1, 18-22

## **Weiterführende Literatur**

*Stapf, A.* (2003) Hochbegabte Kinder. München: Verlag C.H. Beck

*Feger, B., Prado, T.* (1998) Hochbegabung. Die normalste Sache der Welt. Darmstadt: Primus Verlag

*Holling, H., Kanning, U.P.* (2002) Hochbegabung. Forschungsergebnisse und Fördermöglichkeiten. Göttingen: Hogrefe-Verlag

*Preckel, F.* (2002) Internetguide für begabte Kinder und Jugendliche. Münster: LIT Verlag

*Heller, K.A., Mönks, F.J., Passow, A.H.* (Eds.). *International Handbook of Research and Development of Giftedness and Talent*. Oxford: Pergamon



# Frühe systemische Interventionen für kindliche und jugendliche Gewaltopfer

*Uwe Scheffler*

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Vestischen Kinder- und Jugendklinik gibt es seit einigen Jahren eine Station zur Traumatherapie.

Vor gut zwei Jahren wurde in Kooperation mit den Versorgungsämtern eine Task-Force gebildet um kindlichen und jugendlichen Gewaltopfern akut vor Ort helfen zu können. Möglichst früh sollte Kindern geholfen werden, die sonst oft erst nach Jahren zur Begutachtung oder zur Traumatherapie in die Klinik kamen.

„Trauma“ ist mittlerweile ein vielbenutzter Begriff, so dass auf eine sprachlich vereinfachte Definition entsprechend der von Fischer & Riedesser (1998) zurückgegriffen wird:

Ein **Trauma** ist eine besondere, bedrohliche Situation, bei der sich ein Kind hilflos ausgesetzt fühlt und die es mit den bisherigen Erfahrungen nicht bewältigen kann. Das Selbst- und Weltbild wird dauerhaft erschüttert.

Im Rahmen der Task-Force Arbeit wird diese Grenze der Traumadefinition noch enger gezogen, da die Finanzierung der Arbeit über das Opferentschädigungsgesetz (OEG) läuft:

Kinder und Jugendliche müssen Opfer von Gewalttaten sein, entweder unmittelbar oder mittelbar, dazu gehören Missbrauch, Misshandlung, Mord, Raub. Eine Einschränkung für das Tätigwerden der Task-Force ist, die Notwendigkeit der Mithilfe der Opfer bei der Aufklärung z.B. durch eine Strafanzeige. Ausgeschlossen sind „Taten“ mit Beteiligung von Kraftfahrzeugen.

## **Was sind die besonderen Auswirkungen von Traumatisierungen?**

In der EMDR-Arbeit gibt es dazu den Begriff der Kognitionen. Durch das Trauma gibt es eine Erschütterung „positiver Kognitionen“.

Jeder Mensch gewinnt im Laufe seiner Entwicklung innere Überzeugungen, auf die er sein Leben aufbaut. Durch eine Traumatisierung werden diese Kognitionen zerstört, bzw. ausgesetzt. Das Erleben schrecklicher Naturgewalten (z. B. die Zerstörung durch die Tornados in Amerika) führt seltener zu einer PTBS (Posttraumatischen Belastungsstörung), als die angstvoll erlebte Bedrohung und Gewaltanwendung durch einen anderen Menschen. Viele dieser inneren Kognitionen sind beziehungsbezogen, so dass das zerstörte Vertrauen in sichere Bindungen ein Faktor für die Entwicklung einer PTBS zu sein scheint (vergl. Hüther, 2002).

Im folgenden seien exemplarisch einige der zentralen positiven Kognitionen genannt, die durch ein Trauma ins Wanken geraten können:

- Ich bin sicher
- Ich werde geliebt
- Ich kann Menschen vertrauen
- Ich bin in Ordnung
- Die Welt ist kontrollierbar
- Ich kann meinem Urteil trauen

Gerade wenn wir akut oder kurz nach einer „Traumatisierung“ zu einer Familie gerufen werden, sind folgende Pole allgemeiner **Trauma-Themen** von zentraler Bedeutung:

- **Angst und Sicherheit**

Für alle gut nachvollziehbar ist Angst akut oft das vorherrschende Gefühl. Doch woher kann Sicherheit kommen? Ist der Täter z. B. noch präsent, hat er Zugriff zur Familie?

Was kann man machen, wenn der Vergewaltiger flüchtig ist? Oder in der Nachbarschaft wohnt, der Polizei bekannt ist und vom Gericht eine Sicherungsverwahrung nicht für notwendig erachtet wird?

Was kann man als Helfer gegen die Angst machen, die aktualisiert wird, wenn, wie es öfters passiert der Täter dem Opfer weiter vor der Haustüre auflauert? Was hilft da die Polizei, die erst in einer halben Stunde da ist?

- **Hilflosigkeit und Kontrolle**

Ein zentrales Element von traumatischen Situationen ist, dass man dieser Situation hilflos ausgeliefert war. Wehren war nicht möglich oder zwecklos. Wie kann die innere Sicherheit wiedererlangt werden andere Situationen wieder beeinflussen zu können oder kontrollieren zu können? Muss ich den Helfer kontrollieren, oder kann ihm vertrauen?

- **Schuld und Verantwortung**

Insbesondere bei Taten mit einem bekannten Täter (z. B. der Vater) sind schnell eigene Schuldgefühle da. Wenn ich selber das Gefühl habe, etwas falsch gemacht zu haben, selber schuld zu sein, gewinne ich die innere Sicherheit, beim nächsten mal verantwortlicher handeln zu können und werde so nicht mehr Opfer. Schuld fühlt sich aber auch oft z. B. die Mutter, die ihr Kind nicht ausreichend schützen konnte.

- **Opfer und (aktiv) Überlebender**

Bei schweren Verbrechen mit Todesfolge leiden viele Opfer an der subjektiven Schuld „überlebt zu haben“. Für andere Opfer dagegen ist es wichtig sich als „aktiv Überlebende“ zu sehen. Sie haben „selber dafür gesorgt“ die gefährliche Situation zu bestehen und setzen so dem inneren Gefühl der Hilflosigkeit etwas Aktives entgegen.

Gerade für systemisch orientierte Helfer ist es manchmal schwierig die Opferseite anzuerkennen. Diese konfrontiert uns auch immer mit unserer eigenen Hilflosigkeit. Da sind uns die „aktiv Zukunft konstruierenden“ Opfer oft lieber, die Veränderungen anpacken.

Es wird deutlich, dass diese Trauma-Themen miteinander verwoben sind, wodurch es in der Akutsituation schwierig ist zu entscheiden, in welche Richtung Interventionen sinnvoll sind, um in dieser einzigartigen Situation hilfreich zu sein.

### **Neurophysiologie (oder die Erschwernisse)**

Die Hirnforschung beschäftigt sich sehr intensiv mit den Auswirkungen, die Traumata auf die Hirnfunktion haben können (Hüther, 2002):

- Das rechte Gehirn ist aktiv, damit ist die Sprache „blockiert“. Dadurch ist es für betroffene Kinder schwierig über das Erlebte zu reden. Nicht nur, weil ihnen manchmal die Worte fehlen, das zu beschreiben, sondern auch, weil die vielfältigen sensorischen Inputs keine Verknüpfungen zum Sprachzentrum bekommen.
- Es erfolgt eine Desintegration der sensorischen Inputs, mit der Folge einer fragmentarischen Speicherung von Affekten und körperlichen Empfindungen. Einzelne mit dem Trauma verbundene Reize können dann oft bewusst mit dem traumatischen Erlebnis nicht in Verbindung gebracht werden. Oftmals sind diese Reize dann Trigger, die diffuse Panikgefühle oder Körpersensationen auslösen. Auch von außen sind manchmal kaum Zusammenhänge dieser „Symptome“ mit einem erlebten Trauma erkennbar.
- Mittlerweile gibt es auch gute Erkenntnisse über die Veränderung der Hormone und Transmitter, z.B. Kortisolspiegel, Adrenalin, Opiate (Ehlert, 1999).  
Diese Veränderungen sind zum Teil länger anhaltend bzw. chronisch. Das heißt, der ganze Körper ist beteiligt und kann langfristig in seinen Funktionen verändert reagieren.  
Eine psychosomatische Veränderung ist notwendig.

### **Wie sieht eine typische Trauma-Verarbeitung aus?**

Als erstes erfolgt ein *Aufschrei*. Angst, Wut, Trauer und Erregung sind zu beobachten

Danach erfolgt meist eine Phase der *Abwehr* mit Vermeidung der Erinnerungen, Verleugnung und emotionaler Abstumpfung.

Oft tauchen im weiteren *Intrusionen* (ungebetene Gedanken) & *Flash-Backs* („Wiedererleben der Situation“) auf. Danach erfolgt ein Durcharbeiten, d.h. die Realität der Erfahrungen muss anerkannt werden, eine *Integration* von Erinnerung und dazugehörigem Affekt erfolgen.

Der Abschluss ist erfolgt, wenn es die Perspektive gibt „gut“ weiterleben zu können mit den Erinnerungen und Erfahrungen und die dazugewonnenen „Kompetenzen“ akzeptiert werden (Reddemann, 1997).

### **Die Symptomvielfalt bei Kindern**

lässt sich zum Teil aus dem Vorherigen ableiten. Sie beinhaltet die ganze Vielfalt der bekannten kinderpsychiatrischen Symptome. Kinder können

- depressiv, teilnahmslos, stumpf, vermeidend sein,
- hyperaktiv, tyrannisch sein, haben ein „hyperarousal“
- kontrollierend, kommandierend sein
- aggressiv, wütend sein
- misstrauisch, verunsichert sein
- (Wasch-)Zwänge, Essstörungen zeigen, z.B. bei Missbrauch der Wunsch sich zu duschen
- Selbstverletzungen, viele „Unfälle“ (erst im Verlauf) zeigen
- Regeln verletzen (sich bestrafen lassen, um zu „sühnen“)
- dissoziative Symptome (Abspaltung von Affekten) zeigen
- seltener Flash-Backs und Intrusionen als klassische Symptome zeigen

Immer wieder gibt es Ansätze die klassischen Kriterien nach DSM-IV für Kinder zu erweitern (Scheering, 2003).

Die klassischen **Therapiephasen** im Rahmen einer Traumatherapie sehen folgendermaßen aus:

Als erstes erfolgt eine **Stabilisierung**. Dies ist der erste und wichtigste Schritt. Dazu gehören ein stabiles, Sicherheit gebendes Beziehungsangebot und die Möglichkeit zur Kontrolle der Abläufe. Notwendig sind Übungen zur Distanzierung vom Geschehenen und den Affekten, insbesondere um Abstand zu bekommen von Intrusionen und Flash-backs.

Anschließend sollte, muss aber nicht sofort, eine **Traumabarbeitung** stattfinden.

Folgende Verfahren werden dazu angewendet:

- EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing, Shapiro, 2001)
- Verhaltenstherapie
- MPTT (Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie, Fischer, 2000)
- Imaginative Verfahren,
- Hypnotherapie

Zum Abschluss sollten die „schlechten“ **Erfahrungen integriert** sein. Für das Kind sollte sich eine „abgeschlossene Geschichte“ ergeben.

Nach dieser kurzen Einführung in die Begrifflichkeiten und Therapieansätze soll eine **Erstsituation** im Rahmen der Task-Force beleuchtet werden:

Das systemische Akut-Feld besteht meist aus Eltern, Kind & Therapeut, hier zusätzlich mit Polizei.

Die Informationen im Vorfeld eines Einsatzes sind z. B. über die Polizei recht knapp gehalten: „Wir haben hier ein missbrauchtes Mädchen, mit der kann man nicht mehr richtig reden, können sie da weiterhelfen?!“

In der Situation auf der Polizeiwache findet sich eine Jugendliche, ängstlich angespannt, verstummt, schluchzend.

Daneben starr eine Frau, wie sich herausstellt, die Mutter. Wie kann sie für ihre Tochter hilfreich werden?

Zuständig sind wir für die Jugendliche, doch oft stellt sich die Frage wer am meisten Hilfe braucht.

Wie lässt sich am ehesten Ruhe und Entspannung in die Situation bringen?

Der Therapeut ist alleine, kennt die Räumlichkeiten und Beteiligten nicht. Der Anspruch ist da, er soll „aktiv werden“ und nützlich sein.

Aber wofür bzw. für wen?

Die Polizistin macht deutlich, dass sie schon Überstunden macht, und „alles nichts mehr bringt“. Sprich: Feierabend.

Das Mädchen schluchzt weiter.

Der Therapeut nimmt Kontakt mit dem Mädchen auf, es gelingt sie aktiv zu beruhigen und sie entscheidet sich, alles „loswerden zu

wollen“, damit der Täter, der sie am Nachmittag missbrauchte und bedrohte von der Polizei gefasst werden kann.

Diese Situation ist nicht ganz typisch, zeigt aber die Unterschiede auf zu der uns bekannten Situation im Therapiezimmer.

Da betreten die Kinder und Jugendlichen mit den Eltern den Therapieraum und es ist genug Zeit Anliegen und insbesondere Aufträge zu klären.

In diesem Beispiel wurde deutlich, dass es in diesen Akutsituationen oftmals schwierig ist eine gewinnbringende systemische Balance zu erreichen bei der die vorhandenen Ressourcen der Jugendlichen und Kinder und auch der Familie ausreichend genutzt werden. Traumasymptome sind Bewältigungs- und Schutzmechanismen. Sie sollen sich auflösen und sind doch zur Stabilisierung so wichtig.

Wo ist eine Unterstützung der Kinder und Jugendlichen möglich und wo müssen erst einmal basale Schutzmaßnahmen ergriffen werden?

Im Folgenden werden die therapeutischen Möglichkeiten zur Stabilisierung unter den drei Gesichtspunkten Ressourcen, spezifische Hilfen und Schutzmaßnahmen erläutert (vergl. Reddemann, 1997; Seidler, 2002).

### **Stabilisierung der Ressourcen**

- *Präsenz der Eltern:* (Primär ist auch an eine notwendige Stabilisierung der Eltern zu denken.) Insbesondere bei kleineren Kindern ist die Anwesenheit der Eltern ein wichtiger Faktor, sofern diese nicht gleichzeitig Täter sind. Wie im Beispiel schon deutlich wurde, kommt es nicht selten vor, dass die Eltern ebenso traumatisiert sind und so den Kindern oft emotional nur eingeschränkt zur Verfügung stehen. Ressourcenorientierte Maßnahmen helfen sowohl den Kindern, als auch den Eltern ihre Selbstwirksamkeit neu zu erfahren.
- *Riten und Gewohnheiten:* Gewohntes ist bekannt und gibt dadurch meist Sicherheit. In Riten (z.B. Essens-/ Schlafgehritualen) wird gehandelt, was die Erstarrung in der Familie lösen kann. „Das Leben geht weiter“ ist gar kein so unnützer Spruch in einer

solchen Situation. Eltern können für ihre Kinder wieder eine aktive Position einnehmen.

- *“Points of power”*: D.h. anknüpfen an positive Erfahrungen und Erfolge. Dann, wenn wieder etwas Ruhe eingekehrt ist, ist es sinnvoll der Familie zu helfen sich an die eigenen Erfolge zu erinnern, an Situationen, die schon gemeinsam bewältigt wurden, positive Eigenschaften eines Familienmitgliedes, oder des betroffenen Kindes, die zur Bewältigung der jetzigen Situation hilfreich erscheinen. Ein Anknüpfungspunkt an die Zeit vor dem Trauma wird so geschaffen und damit können aktuelle sprachliche Blockaden umgangen und z. T. aufgelöst werden.
- *Ablenkung hilft in der Akutsituation*. Vielfältige Beschäftigungen sind dabei möglich. Solange der Kopf beschäftigt ist, ist er frei von den Erinnerungen an die erfolgten Gewalttaten. Man kann sich auch z. B. bewusst Rechenaufgaben stellen, um den Kopf frei zu bekommen.
- *Aktivität (Bewegung, Sport, Wandern, Laufen)*: „Frische Luft tut jedem gut“ gilt in einem solchen Fall sehr oft. Frau Shapiro, die „Erfinderin“ von EMDR entwickelte ihre Methode beim spazieren gehen in einem Park. Ein Element ihrer Methode sind bilaterale Stimulationen, die auch dem wechselseitigen Berühren des Bodens mit den Füßen entsprechen können.

Im weiteren werden **Stabilisierungstechniken** vorgestellt, die ein **spezifisches** therapeutisches Wissen benötigen (vergl. Reddemann, 1997):

- *Tresor, sicherer Ort*  
Dies sind zwei mittlerweile sehr verbreitete basale Methoden. In einem Tresor kann man imaginativ belastende Erinnerungen für eine Zeit wegschließen. Gerade kleinere Kinder haben Spaß an der spielerischen Umsetzung und kommen dabei in Bewegung.  
Der sichere Ort ist ein imaginativer Ort mit möglichst vielfältigen positiven Attributen auf unterschiedlichen Sinneskanälen. Manche Kinder scheinen größere Probleme zu haben sich einen sol-



chen vorzustellen. Da hilft es diesen Ort aufzumalen. Z.B. eine ruhige, dunkle Höhle im Garten, mit duftendem Tannengrün und weicher Decke.

- *Aktive Entspannung*. Autogenes Training ist gerade bei Kindern in einer solchen Situation oft schwierig. Der Wechsel von Anspannung zur Entspannung, wie er in der progressiven Muskelrelaxation nach Jakobson ausgeübt wird, dagegen fokussiert zusätzlich auf die eigene Mitwirkungskraft.
- „*Grounding*“. Darunter lassen sich die Methoden zusammenfassen, die helfen zurück in die Gegenwart/Realität zu kommen, insbesondere wenn eine Tendenz zur Dissoziation besteht. Sie sind auch z. T. geeignet, dissoziative Zustände zu durchbrechen. Hierzu gehören die Methoden, die die Realität mit allen Sinnen erfahren lässt, z. B. sich selber kneifen. Die „5-4-3-2-1“-Methode ist eine besondere Methode, welche die Aufmerksamkeitsspaltung auf das innere Zählen und die äußeren Sinnesreize nutzt (Dolan, 1991).
- Um die *inneren Ressourcen* „aufzuladen“ gibt es Übungen zur imaginativen Stärkung, z.B. die Übung „Der Baum“. Ein Baum hat starke Wurzeln, reckt die Äste in den Wind und hält Unwettern stand. Skeptischen Kindern kann man erklären, dass diese imaginäre Kraft in den Alltag hineinwirkt. Diese Wirkung kann man mit Talismännern oder Amuletten verstärken
- Nicht zu vergessen ist das große Gebiet der *Psychoedukation*. Selbst- und Schuldvorwürfe müssen geklärt werden. Die vielfältigen traumaspezifischen Symptome sollten in einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Trauma gebracht werden, um der Idee „verrückt zu sein“ oder zu werden entgegenzutreten. Wie schon erwähnt ist es für uns Therapeuten oft schwierig mit der Passivität der Opferrolle zurechtzukommen. Für die Kinder ist es dagegen oft wichtig zu hören, dass sie nicht anders konnten, dass sie ein Opfer eines „machtvollen“ Erwachsenen geworden sind.
- *EMDR* nutzen wir in unserer Klinik nicht nur zur direkten Traumabearbeitung, sondern *auch in der Stabilisierungsphase*. (Vergl. Shapiro, 2001; Tinker & Wilson, 2000)

Der dritte Aspekt in der Phase der **Stabilisierung** ist der **Schutz**.

- Die Polizei hat seit einigen Jahren die Möglichkeit einen Täter vor die Türe zu setzen und einen kleinen Schutzraum um die Wohnung festzulegen, in dem er sich nicht aufhalten darf („Bannmeile“). Dies führt seltener dazu, dass sich die Angst der Opfer direkt reduziert, hilft aber dabei mögliche Konfrontationen mit dem Täter zu vermeiden. Doch gibt es auch Täter, die diese Absprachen nicht einhalten.
- Das Jugendamt. Für geschlagene Frauen gibt es das Frauenhaus (auch dort werden traumatisierte Kinder mit aufgenommen). Für Jugendliche gibt es die Jugendschutzstellen oder andere Hilfsangebote des Jugendamtes. Manchmal ist die Inobhutnahme durch das Jugendamt bei Kindern notwendig.
- Das Familiengericht ist eine weitere rechtliche Instanz. Z.B. kann es bei familiärer Belastung die Besuchsrechte bei getrennt lebenden Eltern klären.
- Der Weiße Ring wird oft schon über die Opferschutzbeauftragten der Polizei eingeschaltet. Hier finden sich oft engagierte Menschen, die auch schon einmal unkonventionelle Lösungen zur Entlastung schaffen.

**Zusammenfassend** sollen zentralen Punkte der psychotherapeutischen Frühintervention im Rahmen der Task-Force noch einmal benannt werden:

- Sie bietet *akute* Hilfe für kindliche Opfer *vor* Ort. Dabei ist die Zugangsschwelle relativ gering. Es werden Familien erreicht, die manchmal nur selten den Weg in eine Klinik finden würden.
- Seelische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen werden durch die Profession der Mitarbeiter effizient wahrgenommen.
- Die Grundlagen der Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich nicht so wesentlich von denen im

Erwachsenenalter, doch sind *spezifische* Kenntnisse immens wichtig, um die psychosozialen Verhältnisse und den altersbezogenen Entwicklungsstand mit einbeziehen zu können für eine bestmögliche Hilfestellung.

- Die Arbeit wird gemeinsam *mit* anderen Fachleuten vor Ort geleistet, was auch bedeutet, dass Verantwortung *für* die Kinder übernommen wird und Hilfsangebote koordiniert werden müssen.
- Kinder *und* ihre Bezugspersonen stehen im Focus. Und es ist nicht immer leicht beiden gerecht zu werden.

Diese aufsuchende Arbeit ist erfolgreich und auch für die Therapeuten zufriedenstellend, trotz der oftmals belastenden Erfahrungen. Es sollte vermehrt darüber nachgedacht werden wie aufsuchende Früh-Hilfe insbesondere Kindern und Jugendlichen mit ihren Familien angeboten werden kann.

*Der Artikel basiert auf einem Vortrag, der im September 2004 im Rahmen des EFTA-Kongresses in Berlin gehalten wurde.*

### **Anschrift des Verfassers**

Dr. med. Uwe Scheffler  
Oberarzt, Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Vestische Kinder- und Jugendklinik  
Dr-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln  
e-mail: [u.scheffler@kinderklinik-datteln.de](mailto:u.scheffler@kinderklinik-datteln.de)

### **Literatur**

- Dolan, Y.* (1991) Resolving Sexual Abuse. New York, Norton. (Deutsche Version von Steffen Bambach <http://www.traumatherapie.de/users/bambach/bambach>)
- Ehlert, U.* (1999) Posttraumatische Belastungsstörung: Zum Stand der Forschung, psychomed 11, 4-9

- Fischer, G.* (2000) MPTT, Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie, Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen, Heidelberg, Asanger-Verlag
- Fischer, G., Riedesser, P.* (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie, München: Reinhard, UTB Verlag
- Hüther, G.*, (2002) Und nichts wird fortan so sein wie bisher. Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. In: Hopp, H., Lambeck, S., Hüther, G., Siefert, St., (2003) Traumatisierte Kinder in Pflegefamilien und Adoptivfamilien Ratingen, Hg. von PAN Pflege- und Adoptivfamilien NRW e.V., Eigenverlag
- Reddemann, L., Sachsse, U.* (1997): Stabilisierung, Persönlichkeitsstörungen, 3:113-147
- Seidler, G.* (2002) Aktuelle Therapieansätze in der Psychotraumatologie, Z. psychosom. Med. Psychother, 48, 6-27
- Shapiro, F.* ( 2001) EMDR - Grundlagen und Praxis, Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen, 2. Aufl., Paderborn, Junfermann Verlag
- Scheering, M., Zeanah, Ch., Myers, L., Putnam, F.* (2003) New Findings an Alternative Criteria for PTSD in Preschool Children, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 42(5):561-570
- Tinker, R. & Wilson, S.* (2000) EMDR mit Kindern, Ein Handbuch, 1. Aufl., Paderborn, Junfermann Verlag

# **Ambulante Therapie bei Asperger-Syndrom in der „Autismus-Therapie-Ambulanz LiNie“**

*Harald Matoni*

Das Asperger-Syndrom - eine Tiefgreifende Entwicklungsstörung wie der Frühkindliche Autismus ohne oder mit geringer kognitiver Beeinträchtigung und ohne deutliche Sprachentwicklungsverzögerung (Übersicht bei Remschmidt u. Hebebrand, 2001) - ist eine Störung, die fälschlicherweise häufig als die „leichtere“ oder „weniger gravierende“ Form des Autismus beschrieben wird.

Zwar unterscheidet sich das Asperger-Syndrom (ICD-10: F84.5 (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, 2004)) von den anderen Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wie z. B. Frühkindlicher Autismus (ICD-10: F84.0) in Ausprägung und Intensität, die vorhandenen Symptome können aber für Betroffene und deren Bezugspersonen erhebliche Auswirkungen für die schulische und berufliche Entwicklung und die soziale Integration haben.

## **Einschätzung des Asperger-Syndroms**

Die Einschätzung des Asperger-Syndroms als „leichte“ oder „weniger gravierende“ Form der Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen kann sich im Alltag als problematisch erweisen.

Für die betroffenen Menschen kann die „leichtere“ Variante des Autismus, nämlich das Asperger-Syndrom, durchaus die „schwerere“ sein, weil

- das Asperger-Syndrom häufig zu spät erkannt bzw. diagnostiziert wird,
- Betroffene mit Asperger-Syndrom vielfach falsch verstanden werden,
- sie vom Umfeld meist nicht so akzeptiert werden wie sie sind,
- ihre Bedürfnisse regelmäßig nicht erkannt werden,

- ihr Verhalten im Alltag immer wieder falsch gedeutet wird,
- ihre Fähigkeiten in der Regel falsch eingeschätzt werden,
- ihre Grenzen häufig nicht gesehen werden und
- ihnen selten adäquat geholfen wird.

Für die „schwerere“ Variante (Frühkindlicher Autismus) existieren spezielle Angebote und Institutionen, die helfen können; die Erwartungen an sie sind begrenzter.

Beim Asperger-Syndrom

- gibt es wenige spezielle Einrichtungen,
- existieren kaum spezifische Angebote,
- werden adäquate Unterstützungsmaßnahmen fast immer zu spät begonnen,
- sollen Betroffene in der „normalen“ Welt zurechtkommen,
- erwartet man sogar, dass sie „es“ endlich lernen, schließlich sind sie ja intelligent.

Die „Intelligenz“ der Betroffenen erweist sich in der Einschätzung durch die Bezugspersonen meist als Problem. Es ist für Nicht-Betroffene kaum vorstellbar, dass man einerseits über normale oder sogar in einigen Bereichen hervorragende Fähigkeiten verfügen kann, andererseits sich aber ungeschickt anstellt, einfachste Aufgaben nicht erledigen kann, heute Gelerntes morgen nicht wieder reproduzieren und soziale (gesellschaftliche) Situationen nicht bewältigen kann.

Besonders schwer verständlich für Nicht-Betroffene ist die eingeschränkte Fähigkeit von Menschen mit Asperger-Syndrom, sich in andere Personen hinein versetzen zu können. Dadurch kommt es immer wieder zu Missverständnissen, die gerade im Alltag sehr belastend sein können.

Oben beschriebene Einschätzungen und/oder fehlendes Wissen über die Tiefgreifende Entwicklungsstörung Asperger-Syndrom und deren Behandlungsmöglichkeiten führen immer wieder dazu, dass Menschen mit Asperger-Syndrom erst sehr spät oder gar keine therapeutische Unterstützung erhalten, obwohl sie und ihr Umfeld diese dringend benötigen.

Das Asperger-Syndrom ist keine „leichte“ Störung; ihre Auswirkungen können mindestens so gravierend sein wie die des Frühkindlichen Autismus.

### **Ambulante Therapie des Asperger-Syndroms**

Hier setzt ambulante autismusspezifische Therapie bei Menschen mit Asperger-Syndrom jeglichen Alters ein, wie sie z. B. in der Autismus-Therapie-Ambulanz LiNie („LiNie“ steht für linker Nieder-rhein) durchgeführt wird.

Das Personal (Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Pädagogen, Psychologen) hat sich fachspezifisch für die Arbeit mit autistischen Menschen qualifiziert. Teilweise verfügt es über die Approbation zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder zum Psychologischen Psychotherapeuten.

Nach dem heutigen Wissensstand kann keine Förder- oder Therapiemethode eine autistische Störung heilen (Remschmidt, 2003). Einzelne Symptome können aber erfolgreich therapiert werden. Poustka (2004, S. 810) weist darauf hin, dass die Behandlung eine langfristige Ausrichtung der Therapie erfordert. Er führt weiter an, dass sich die Therapie an den individuellen Ausprägungen und den komorbiden Störungen orientieren muss.

Die ambulante autismusspezifische Therapie bei Asperger-Syndrom in der Autismus-Therapie-Ambulanz LiNie orientiert sich u. a. an den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2003) und beinhaltet in der Regel folgende Bereiche:

- die eigentliche autismusspezifische Förderung und Therapie der betroffenen Person,
- die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen (Eltern, Geschwister, andere Verwandte und Bekannte) einschließlich Beratung und Informationen über die Störung,

- die Zusammenarbeit mit Institutionen (Kindergarten, Schule, andere Therapeuten, usw.) einschließlich Beratung und Informationen über die Störung.

Die intensive Einbeziehung von Bezugspersonen und Institutionen ist in den meisten Fällen notwendig, da das Umfeld häufig (insbesondere bei jüngeren Menschen mit Asperger-Syndrom) auf den ersten Blick mehr Probleme mit der Störung hat als der Betroffene selbst.

So können Informationen über das Asperger-Syndrom und gezielte pädagogische bzw. therapeutische Hilfen die Situation für den betroffenen Menschen und sein Umfeld in der Regel schon zu Beginn einer autismusspezifischen Therapie deutlich verbessern.

Sinnvollerweise werden die Maßnahmen teilweise oder ganz „vor Ort“ durchgeführt, also dort, wo der betroffene Mensch lebt, zur Schule geht usw., bzw. dort, wo Probleme auftreten.

## **Elemente einer Therapie bei Asperger-Syndrom**

Im Folgenden werden Elemente vorgestellt, die eine ambulante Therapie bei Menschen mit Asperger-Syndrom in der Autismus-Therapie-Ambulanz LiNie beinhalten kann:

### **1. Therapiebegleitende Eingangs- und Verlaufsdagnostik**

Voraussetzung zur Durchführung der Therapie ist eine extern durchgeführte fachmedizinische Diagnose mit Therapieempfehlung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Neurologen, Sozialpädiatrische Zentren, Kinder und Jugendpsychiatrien, Psychiatrien usw.

Die Therapie beginnt mit einer „Startphase“, in der sich Klient, Bezugspersonen und Therapeut kennen lernen. In dieser „Startphase“ wird auch eine umfassende Eingangsdiagnostik durchgeführt, soweit sie nicht durch andere Institutionen erfolgt ist. Eine Übersicht zu einigen diagnostischen Verfahren findet sich bei Poustka et al., 2004 und Attwood, 2000. Neben den dort beschriebenen Verfahren werden u. a. auch methodenspezifische Verfahren eingesetzt.



Schließlich werden gemeinsam kurz-, mittel- und langfristige Therapieziele erarbeitet.

Regelmäßig wird eine Verlaufsdiagnostik zur Überprüfung der Therapieziele und Therapieerfolge durchgeführt. Die Klienten werden in größeren zeitlichen Abständen der diagnostizierenden Institution wieder vorgestellt.

## **2. Zusammenarbeit mit Bezugspersonen (Eltern, Geschwister, usw.)**

Zu Beginn der Therapie werden die Bezugspersonen allgemein über Autismus und das Asperger-Syndrom informiert, in Form von Einzelgesprächen, Fortbildungsangeboten und gezielten Literaturempfehlungen (z. B. „Das Asperger-Syndrom“ von Attwood, 2000). Wenn erforderlich, können spezielle „Informationspakete“ - z. B. für Geschwisterkinder - angeboten werden.

Im Verlauf der Therapie werden die allgemeinen Informationen durch spezielle Information über die individuellen Besonderheiten und Bedürfnisse des betroffenen Menschen ergänzt.

Vornehmlich für die Eltern werden Themen wie Beschäftigung mit Erwartungen, Problemen der äußeren Normalität, Ursachen der Störung usw. angeboten.

Im Einzelfall können Hilfen bei Verarbeitungsschwierigkeiten, die durch die Diagnosestellung und die Auswirkungen der Störung entstehen können, angeboten bzw. vermittelt und Unterstützung gegeben werden, den betroffenen Menschen so anzunehmen, wie er ist. Elementar sind die Beratung zu Fragen des Umgangs mit der betroffenen Person im Alltag und die gemeinsame Entwicklung unterstützender Hilfen, Materialien, Strukturen und Umgebungen.

Bei Bedarf werden die Bezugspersonen aktiv mit in Förderung und Therapie einbezogen.

## **3. Zusammenarbeit mit Institutionen (z. B. Betreuer, Erzieher, Lehrer)**

Die Zusammenarbeit mit Institutionen ähnelt der mit den Bezugspersonen. Es entfallen die oben beschriebenen speziellen Angebote für Eltern.

Die Unterstützung orientiert sich an den spezifischen Bedürfnissen der einzelnen Institutionen. Bei Bedarf können spezielle „Informationspakete“ - z. B. für Mitschüler/Schulklassen - angeboten werden.

#### **4. Individuelle autismusspezifische Förderung und Therapie**

Zu Beginn der autismusspezifischen Förderung und Therapie stehen der Aufbau einer Beziehung und die Entwicklung gegenseitigen Vertrauens.

An folgenden Förder- und Therapiebereichen kann u. a. gearbeitet bzw. folgende Förder- und Therapieziele können angestrebt werden:

- Auseinandersetzung mit der Diagnose „Asperger-Syndrom“ (Störungsmodell, Arbeitsmaterialien bei Vermeulen, 2002) und Anregung von Lernprozessen zur eigenen Lebensperspektive
- Anregung zur Analyse und Organisation der eigenen Denkprozesse (Entwicklung individueller kognitiver Strategien), Entwicklung von Regeln
- Emotionen erkennen, benennen, verstehen und ausdrücken lernen
- Förderung der sozialen Interaktion
- Herausarbeitung von Zusammenhängen von Ereignissen
- Entwicklung unterstützender Hilfen, Materialien, Strukturen und Umgebungen
- Entwicklung von Techniken zur Bewältigung von Alltagsproblemen
- Förderung der Selbständigkeit
- Lernen, für sich selbst zu sorgen
- Auseinandersetzung mit individuellen kommunikativen Besonderheiten
- Entwicklung von Strategien bei Aufmerksamkeitsproblemen
- Entwicklung von Strategien bei Lernproblemen
- Entwicklung von Strategien bei kognitiven Problemen
- Entwicklung von Strategien bei motorischer Unbeholfenheit
- Entwicklung von Strategien bei Wahrnehmungsproblemen
- Entwicklung von Strategien bei Problemen mit Spezialinteressen
- Entwicklung von Strategien bei stereotypem und ritualisiertem Verhalten

- Entwicklung von Strategien bei Ängsten und Zwängen
- Entwicklung von Strategien bei Verhaltensauffälligkeiten / Verhaltensproblemen

## **5. Gruppentherapie mit anderen Betroffenen**

Neben der individuellen autismusspezifischen Förderung und Therapie werden zeitlich begrenzt Maßnahmen in kleinen Gruppen angeboten. Dieses Angebot soll in Zukunft erweitert werden.

In der Gruppentherapie mit anderen Betroffenen kann an folgenden Förder- und Therapiebereichen u. a. gearbeitet bzw. folgende Förder- und Therapieziele können angestrebt werden:

- Erleben des „Nicht-Allein-Betroffen-Seins“
- Förderung des Interesses an sozialen Interaktionen
- Förderung des Verständnisses sozialer Regeln
- Einübung sozialer Fertigkeiten in einer Gruppensituation
- Vermittlung sozialer Erfahrungen
- Vermittlung von Freizeiterfahrungen

## **6. Soziales Training in Alltagssituationen**

Menschen mit Asperger-Syndrom haben häufig Schwierigkeiten, Erarbeitetes in soziale Alltagssituationen umzusetzen. Infolgedessen werden regelmäßig soziale Trainings in Alltagssituationen durchgeführt.

## **7. Beratung und Unterstützung in besonderen Situationen**

In besonderen Situationen bzw. Problemlagen können bei Bedarf z. B. Beratung zur Findung der geeigneten tagesstrukturierenden Einrichtung (Kindergarten, Schule, usw.), Empfehlung von Assistenzmöglichkeiten/Integrationshilfen (z. B. in der Schule) und Empfehlung zur teilstationären oder stationären Betreuung erfolgen.

## **8. Berufliches Training (altersabhängig)**

Altersabhängig kann die Suche nach bzw. die Entwicklung von beruflichen Möglichkeiten, die den besonderen individuellen Fähigkeiten

ten angepasst sind, unterstützt werden. Hierbei müssen meistens Beschäftigungen vermieden werden, die intensive soziale Kontakte erfordern.

Es können berufliche Trainings durchgeführt werden, die sich - wenn möglich - an den Spezialinteressen der betroffenen Menschen für die berufliche Ausbildung orientieren.

Die individuelle Vorbereitung auf den beruflichen Alltag kann unterstützt werden.

## **9. Zusammenarbeit mit anderen pädagogisch/therapeutischen Institutionen**

Die Therapeuten der Autismus-Therapie-Ambulanz LiNie arbeiten mit Fachärzten/psychiatrischen Einrichtungen zusammen. Diese führen die fachärztliche Diagnostik (zwingend erforderlich) durch.

Darüber hinaus kann im Einzelfall bei Bedarf eine zusätzliche medikamentöse Behandlung wirksam gegen komorbide Symptome (Selbst- und Fremdaggression, Zwänge, Hyperaktivität und Unruhe, Schlafstörungen oder depressive Verstimmungen) als eine Komponente in einem umfassenderen Therapieplan sein.

In besonderen Krisensituationen kann eine stationäre Aufnahme erfolgen.

Ferner wird u. a. mit pädagogisch/therapeutischen Fachkräften (Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden / Sprachtherapeuten, Kunsttherapeuten, Musiktherapeuten usw.) und mit Integrationshelfern / persönlichen Assistenten zusammengearbeitet.

## **Therapie- und Fördermethoden bei Asperger-Syndrom**

Methodisch werden in der ambulanten Therapie bei Asperger-Syndrom die verschiedensten Verfahren eingesetzt, z. B.

- Verhaltenstherapie bzw. verhaltenstherapeutische Elemente (Übersicht zur Evaluation verschiedener verhaltenstherapeutischer Methoden bei Bölte und Poustka, 2002)
- TEACCH (**T**reatment and **E**ducation of **A**utistic and related **C**ommunication handicapped **C**hildren) (Schopler et. al., 1983, 1995, 2000; Häußler et al., 2003)
- Social Stories (Gray, 2000)

- Frühe Förderung (Rogers, 1996; Howlin, 1997)
- Einüben sozialer Fertigkeiten
- Rollenspiele
- Elemente systemischer Ansätze (Spitzcok von Brisinski et al., 1998)
- Gesprächspsychotherapie
- Heilpädagogik

Therapie- und Fördermethoden müssen immer auf die Besonderheiten des Asperger-Syndroms im Allgemeinen und die der betroffenen Person im Besonderen angepasst werden.

### **Einsatz speziell entwickelter Therapiemethoden und -materialien**

TEACCH und Social Stories sind Methoden, die speziell für Menschen mit Autismus entwickelt wurden.

Beim *TEACCH-Ansatz* geht man davon aus, dass eine individuelle Entwicklungsförderung durch spezielle Lern- und Übungsangebote und ein gut strukturiertes Umfeld sich positiv auf das Lernen und die Entwicklung eines autistischen Menschen auswirken. Schlagworte, die mit dem TEACCH-Ansatz in Verbindung gebracht werden, sind Strukturierung und Visualisierung.

Obwohl die Methode auf den ersten Blick eher für stärker behinderte Autisten sinnvoll anwendbar zu sein scheint, leisten Elemente des Ansatzes z. B. in der Hausaufgabenorganisation wertvolle Hilfe. Strukturierung, Visualisierung und Informationen (z. B. über für Nicht-Betroffene Alltägliches) sind elementare Bestandteile einer autismusspezifischen Therapie.

*Social Stories* helfen Menschen mit Asperger-Syndrom z. B. beim Verstehen von Signalen und Handlungen in spezifischen sozialen Situationen oder von Verhaltensweisen von anderen Personen (was diese möglicherweise denken, fühlen, wissen usw.) und geben Anregungen adäquater agieren bzw. reagieren zu können.

Sie helfen Bezugspersonen z. B. beim Verstehen von Sichtweisen autistischer Menschen.

Hauptbestandteil der Social Stories ist das Erfinden einer kurzen Geschichte, in der eine bestimmte Situation beschrieben wird oder Vorgänge erklärt werden, und in der z. B. adäquate Reaktionen oder Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen werden.

Social Stories geben für Menschen mit Asperger-Syndrom z. B. folgende Informationen (die für andere etwas ganz Offensichtliches, Selbstverständliches und Normales sind): Wo findet etwas statt? Wer ist beteiligt? Wann geschieht es? Was geschieht? Warum geschieht es? Welche Informationen sind zusätzlich noch wichtig?

Schließlich werden in der Autismus-Therapie-Ambulanz LiNie speziell für Menschen mit Autismus und Asperger-Syndrom entwickelte Materialien (z. B. „Ich bin was Besonderes“, Vermeulen, 2002) und Software (z. B. „Frankfurter Test und Training des Erkennens von fazialem Affekt (FEFA), Bölte et al., 2003“ und „Gaining Face“ Team Asperger, 2002) eingesetzt.

## **Schlussbemerkungen**

Da das Asperger-Syndrom einerseits nach wie vor nur unzureichend bekannt ist und häufig falsch eingeschätzt wird, andererseits aber eine ernst zu nehmende Störung darstellt, sollten Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie für Betroffene und deren Bezugspersonen durch speziell ausgebildete und erfahrene Fachleute durchgeführt werden.

Beim Einsatz autismspezifischer Methoden und entsprechend angepasster Standardtechniken können viele Symptome des Asperger-Syndroms erfolgreich therapiert werden.

## **Anschrift des Verfassers**

Harald Matoni, Berliner Str. 60 B, D-47918 Tönisvorst; Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Leiter der Autismus-Therapie-Ambulanz LiNie, Neustr. 13, D-47929 Grefrath  
Internet: [www.autismus-online.de](http://www.autismus-online.de)  
E-mail: [matoni@autismus-online.de](mailto:matoni@autismus-online.de)

## Literatur

*Attwood, T.* (2000) Das Asperger-Syndrom, Stuttgart: Trias

*Bölte, S., Poustka, F.* (2002) Intervention bei autistischen Störungen: Status quo, evidenzbasierte, fragliche und fragwürdige Techniken. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30: 271-280

*Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Poustka, F.* (2003) Frankfurter Test und Training des Erkennens von fazialem Affekt (FEFA). J. W. Goethe-Universitätsklinikum Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Deutschordenstr. 50, D-60528 Frankfurt/M., Boelte@em.uni-frankfurt.de

*Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (Hg.)* (2003) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, Köln: Deutscher Ärzte Verlag

*Dilling, H., Mombour, W. Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E.* (Hg.) (2004) Weltgesundheitsorganisation Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, Bern: Huber

*Gray, C.* (2000) The new social story book, Arlington, TX: Future Horizon

*Häußler, A., Happel, C., Tuckermann, A., Altgassen, M., Adl-Amini, K.* (2003) SOKO Autismus, Gruppenangebote auf der Basis des TEACCH Ansatzes zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus, Erfahrungsbericht und Praxishilfen, Dortmund: Verlag modernes lernen

*Howlin, P.* (1997) Prognosis in autism: Do specialist treatments affect longterm outcome? European Child and Adolescent Psychiatry, 6: 55-72

*Poustka, F.* (2004) Autistische Störungen. In: Eggers, Christian, Fegert, Jörg M., Resch, Franz: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Berlin: Springer

*Poustka, F., Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Schmötzer, G.* (2004) Autistische Störungen Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Göttingen: Hogrefe

*Remschmidt, H.* (2003) Autismus. In: Herpertz-Dahlmann, Resch, Markwort, Warnke (Hg.): Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart: Schattauer, 373-396

*Remschmidt, H., Hebebrand, J.* (2001) Das Asperger-Syndrom. Eine aktuelle Übersicht, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29: 25-35

*Rogers, S.* (1996) Brief report: Early intervention in autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 26: 243-246

*Schopler, E., Lansing, M. D., Waters, L.* (2000) Übungsanleitungen zur Förderung autistischer und entwicklungsbehinderter Kinder, Förderung autistischer und entwicklungsbehinderter Kinder (individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children): Band III. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

*Schopler, E., Mesibov, G. B., Hearshey, K.* (1995) Structured teaching in the TEACCH system. In: Schopler, Eric, Mesibov, G. B. (Hg.). Learning and Cognition in Autism. New York: Plenum Press, 243-268

*Schopler, E., Reichler, R. J., Lansing, M. D.* (1983) Strategien der Entwicklungsförderung für Eltern, Pädagogen und Therapeuten. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

*Spitzcok von Brisinski, I., Hamburg, S., Schmolze, C., Rehwald, T.* (1998) Solutions-focused systemic therapy in autism of Asperger type. 14th International Congress of IACAPAP, Stockholm  
[www.lvr.de/FachDez/Gesundheit/Kliniken/Viersen/Behandlung+Kids/Infos\\_Fachleute/Online\\_Artikel/asperger-loesungsorientiert.htm](http://www.lvr.de/FachDez/Gesundheit/Kliniken/Viersen/Behandlung+Kids/Infos_Fachleute/Online_Artikel/asperger-loesungsorientiert.htm)

*Team Asperger* (2002) Gaining Face. 324 East Spring Sreet, Appleton, WI 54911, [www.ccoder.com/GainingFace](http://www.ccoder.com/GainingFace)

*Vermeulen, P.* (2002) „Ich bin was Besonderes“ Arbeitsmaterialien für Kinder und Jugendliche mit Autismus, Asperger-Syndrom, Dortmund: Verlag Modernes Lernen



*Zur Diskussion gestellt:*

## **Ist ADHS denn wirklich ein Hirnschaden?**

Kritische Anmerkungen aus der jugendpsychiatrischen Praxis zur Theorie der jetzt sogenannten Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

*Heyo Prahm*

### **1. Einleitung**

Unter dem Titel „Hat das Kind denn einen Hirnschaden?“ veröffentlichte Reinhart Lempp (1979) einen kleinen Ratgeber für Eltern, nachdem er in seiner erstmals 1964 veröffentlichten Habilitationsschrift „Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose“ von rund 18 % Menschen mit einer leichten geburtstraumatischen Schädigung ausging (Lempp 1970). Er schreibt in seinem Ratgeber, dass „leichte Abweichungen der Gehirnstruktur und der Verbindungen der Nervenzellen untereinander vom idealen Schaltplan noch keine schlechte Leistungs- und Funktionsfähigkeit des Gehirns bedingen müssen, sondern eine Veränderung der Funktionsfähigkeit. *„Hirngeschädigte Kinder sind in ihrer Leistungsfähigkeit nicht schlechter, sie sind anders als die ganz „normalen Kinder“.* Dies heute vergriffene Büchlein war trotz des damals schockierenden Titels „von allen meinen Büchern dasjenige, das am besten geht... Ich habe aber vor allem deswegen auf dem Titel bestanden, weil ja mit dem Begriff „Hirnschaden“ oder „Hirnschädigung“ schon sehr viel Unfug angebracht wird...“ (Lempp 1982).

In über 30 Jahren meiner jugend- und erwachsenenpsychiatrischen Praxis schlug sich zwangsläufig das Auf und Ab der Ritalin-Diskussion nieder. Lange Zeit war Ritalin das einzige Präparat der Substanz Methylphenidat – mit geringen Verkaufszahlen. Jetzt ist es ein umkämpfter Pharmamarkt mit hohen Verkaufszahlen und

immer neuen Präparaten. Eltern mussten früher mühsam für eine entsprechende Behandlung auch in verzweifelten Fällen von ADHS (ADS) gewonnen werden, heute kommen sie oft von sich aus oder von Lehrern geschickt mit der fertigen Diagnose und Aufforderung zur medikamentösen Behandlung. Wissenschaftliche und Laienliteratur boomen, in der heutigen schulischen und familiären Situation kann man sich „weder häusliche Katastrophen noch schulisches Versagen leisten“, es hat eine Entwicklung „von der Unart zur Krankheit“ stattgefunden (Seidler 2004, S. 239). Als behandelnder Facharzt steht man einer Lawine gegenüber, nach den wissenschaftlichen Angaben zur Häufigkeit ist mit mehr als 4 Millionen betroffenen Menschen in der BRD zu rechnen, also ein gesundheitspolitisches Problem größten Ausmaßes, eine Volkskrankheit (z. B. Krause et al. 1998). Was ist das für eine Krankheit, die plötzlich in einem explodierenden Ausmaß medikamentös behandelt wird? Die Lempp'sche Frage richtet sich nicht mehr nur rhetorisch an Eltern, sondern sie muss heute an die Fachleute selbst gestellt werden: Ist „ADHS“ denn wirklich ein Hirnschaden?

## **2. Ein Fallbeispiel**

Das nachfolgende Beispiel der Behandlung eines Jungen mit ausgeprägtem Hyperkinetischen Syndrom/ADHS zeigt typische diagnostische und therapeutische Merkmale eines Falles unter Praxisbedingungen auf. Die Diagnose wurde aufgrund der Anamnese, Kindergarten- und Schulberichten, Verhaltensbeobachtung, testpsychologischer, körperlicher und EEG-Untersuchung sowie der Verlaufsbeobachtungen gestellt.

Der knapp 6jährige Junge aus einer entfernten ländlichen Region wird wegen verzögerter Sprachentwicklung, Einnässen, Kopfschaukeln und schwieriger Lenkbarkeit vorgestellt. Er ist unruhig, unüberlegt, weicht vor Anforderungen sofort aus, kann im Kindergarten schlecht integriert werden. Seine Zeichnungen sind plump, bei individueller Motivation ist er besser leistungsfähig, zeigt im Test normale Intelligenz. Er wird von der Einschulung ein Jahr zurückgestellt, nach der Einschulung mit 7 ½ Jahren werden rasch Konzentrationsschwäche, überschießende Impulsivität, ungesteuerte Aggressionen, mangelhaftes Durchhaltevermögen und häufige Regel-

verletzungen von der Lehrerin geschildert, die ihn aber gleichzeitig als gutwillig erlebt und ihn über zusätzliche Ansprache (Auge in Auge anblicken, an den Händen fassen) individuell lenken kann. In der Untersuchung zeigt er Distanzschwäche und Umtriebigkeit, seine Umgebung ist ständig mit ihm beschäftigt.

Ergänzend zur bereits begonnenen Ergotherapie wird der Junge wegen des bestehenden Hyperkinetischen Syndroms mit Teilleistungsschwächen zusätzlich mit 20 mg Ritalin/Tag behandelt und die Lehrerin über den Arztbrief von den Eltern informiert. Daraus entwickelt sich eine jahrelange Korrespondenz mit der Lehrerin über die Behandlung und Entwicklung des Jungen. Die Beratung der Lehrerin hilft ihr zum Verständnis des Jungen, zum geduldigen, jedoch konsequenten und individuellen Umgang mit ihm, ebenso auch den Eltern. Darunter kommt es zu leidlicher Anpassung und Entwicklung des Jungen mit immer wieder auftretenden Schwierigkeiten. Die Ritalin-Medikation kann zunächst in den Ferien und an Wochenenden, schließlich gegen Ende der Grundschulzeit ganz abgesetzt werden bei weiterhin notwendiger Ergotherapie und strukturiertem Erziehungsverhalten. Die ebenfalls sich zeigende Lese-/ Rechtschreibschwäche wird in der Ergotherapie und durch gezielte pädagogische Hilfe der Lehrerin behandelt.

Drei Jahre nach der Einschulung schreibt die Lehrerin: *„Auch nach drei Jahren kann ich immer noch nicht sagen, daß ich Kai kenne und seine Reaktion einschätzen könnte. Teils ist er pingelig und übergenau, teils in seiner Ordnung gleichgültig. Eine sich immer wiederholende Struktur im Ablauf des Vormittags ist ihm wichtig, es ist schlimm, wenn Deutsch und Sachunterricht zeitlich vertauscht werden... Seine Selbstwahrnehmung scheint anders zu sein als bei den meisten anderen. Der Schweregrad eines Knuffs ist ihm nicht bewußt und nie hat er etwas „mit Absicht“ getan. Diese Ausredefloskel nervt mich allerdings und an dieser Stelle falle ich mit Kai auch wieder in mein altes Verhalten zurück, bei dem es laut zugeht und wir uns räumlich trennen müssen.“*

Ausgegrenzt wird er von anderen Kindern nicht mehr, erhält Einladungen zu Geburtstagen, kann sich auch dabei ganz gut benehmen.

Im weiteren Verlauf kann er in die Orientierungsstufe überwechseln, kommt ohne Ritalin aus, entwickelt zunehmend Verständnis und auch Training im Umgang mit seinen eigenen Schwierigkeiten, die ärztliche Behandlung wird abgeschlossen.

Die Behandlung erstreckte sich also über mehr als sechs Jahre (1991 – 1996). Wegen der großen räumlichen Entfernung (ca. 60 km) und fehlender lokaler Möglichkeiten über die allerdings sehr gute Ergotherapie hinaus war hier die „Beratung“ die intensivste begleitende Behandlungsmethode neben der Medikation. Entscheidend dürfte die pädagogische Begabung und das Engagement der Lehrerin sowie die liebevolle Konsequenz und Ausdauer der Eltern gewesen sein. Allerdings wurde erst durch die Ritalin-Medikation die notwendige erzieherische und therapeutische Ansprechbarkeit des Kindes erreicht, wobei andererseits die Dosis wiederum niedrig gehalten werden konnte.

Leider ist in der Praxis aber zu erleben, dass unnötig und ohne zusätzliche begleitende Behandlung Methylphenidat eingesetzt wird, so bei einem lediglich wegen seiner Lebhaftigkeit zwecks Erziehungsberatung vorgestellten Jungen mit einer Dosierung von 50 mg Ritalin und seiner auf der Videodiagnose gleich mit diagnostizierten „stillen“ Schwester als ADS-Kind mit „Hypoaktivität“. Seitens der Fachgesellschaften ist auf diese Gefahr immer wieder hingewiesen worden (Höger et al., 1998).

### **3. Der Krankheitsbegriff bei ADHS**

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom wird seit 150 Jahren als Problem des hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindes psychiatrisch beschrieben. Seidler (2004) zeichnet nach, „was bei Heinrich Hoffmanns Zappelphilipp als Unart galt, wurde entlang seinem theoretischen Deutungsweg zur Neuropathie, zur Psychopathie, zur Neurasthenie, zum Kinderfehler, zum Hirnschaden, wurde zweierlei Neurosekonzepten unterworfen, als Krankheit, Störung und Behinderung bezeichnet und endet vorläufig bei den Genen und der Neurotransmitter-Chemie.“ Der Allgemeinarzt Heinrich Hoffmann (Nervenarzt wurde er erst Jahre später) hatte 1844 mit seinem „Struwelpeter“ für seinen damals 3jährigen Sohn einige damals populäre „pädagogische Warngeschichten“ gezeichnet und erst nach dem

unerwarteten Druckerfolg in einer 2. Auflage 1846 nach dem Vorbild eines biedermeierlichen, gutbürgerlichen Gemäldes (Heinrich v. Rustige: „Unterbrochene Mahlzeit“) seinen „Zappelphilipp“ hinzugefügt. Ein „Krankheitsbild“ hatte er nicht beschrieben, sondern eine „Unart“ (Seidler 2004). Auch in den letzten 50 Jahren gab es immer wieder wechselnde Bezeichnungen z. B. frühkindliche Hirnschädigung oder hirnorganisches Achsensyndrom, psychoorganisches Syndrom, minimale cerebrale Dysfunktion, dann Hyperkinetisches Syndrom und jetzt Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS nach DSM-III) bzw. Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung (DSM-IV). Die derzeitige Auffassung sieht das Hauptproblem in einer Störung der Aufmerksamkeit, also der Fähigkeit sich über längere Zeit auf einen konkreten Gegenstand oder eine konkrete Aufgabe zu konzentrieren.

Der diagnostische Begriff ist also uneinheitlich und umständlich. Deshalb wird in der Diskussion neben dem heutigen Begriff „ADHS“ immer noch gleichbedeutend „ADS“ verwendet. Dieser häufige Begriffswechsel zeigt einmal eine große wissenschaftliche Unklarheit um die eigentliche Natur dieses Problems und es stiftet in der Praxis erhebliche Verwirrung, da einerseits jeder glaubt, das Syndrom diagnostizieren zu können, andererseits die Vorstellungen von Ursache und Therapie sehr widersprüchlich sind. Teils werden Umgebungseinflüsse und Erziehungseinflüsse als ursächlich angesehen, auch gerade in der modernen medizinischen Kritik der Ritalin-Behandlung, weil die Störungen der Aufmerksamkeit z. B. auch infolge einer veränderten Hirnentwicklung gesehen werden, die durch die Reizüberflutung in der modernen Welt zustande komme, Schlagworte sind „Beschleunigte Gesellschaft, Schnellfeuergesellschaft“ (de Grandpre, 2002; Hüther & Bonney, 2002). Andererseits werden vererbte Anlagestörungen beschrieben, weil häufig auch Eltern und Verwandte eine solche Problematik zeigen, es wird eine deutliche Verkleinerung bestimmter Gebiete im Vorderhirn beschrieben, so dass eine eindeutige biologische Abweichung im Gehirn zu bestehen scheint (Moll & Rothenberger, 2001). Schon Lempp (1970, S. 9) hatte sich mit der Annahme anlagebedingter Ursachen solcher Verhaltensstörungen befasst, die bereits vor 100 Jahren einmal gängige psychiatrische Theorie waren.

Die allgemein anerkannte Modellvorstellung geht aus von einem Mangel des Botenstoffes Dopamin in bestimmten Teilen des Vor-

derhirns (mesostriatales und mesokortikolimbisches System), wodurch Aufmerksamkeit, planendes Verhalten und motorische Kontrolle schlechter steuerbar sind. Stimulanzien (z. B. Ritalin) wirken wie der Botenstoff Dopamin und verbessern die Funktion. Eine abweichende Modellvorstellung (Hüther & Bonney, 2002; Gerlach 2003) geht von einer Dopaminvermehrung durch äußere Überstimulation der Kinder aus, was zum unruhigen Verhalten führe. Stimulanzien bewirken Hüther zufolge eine nochmalige maximale Entleerung vorhandener Speicher mit Dopamin, danach ein vorübergehendes starkes Nachlassen der Dopaminwirkung für einige Stunden, weil die Nervenzellen einige Stunden benötigen zum Wiederauffüllen der Speicher.

Verständnis erschwerend kommt die Mitteilung hinzu, dass es sich um verschiedene Hirngebiete handelt, in denen die abweichenden Funktionen z. B. mit modernen bildgebenden Verfahren gefunden worden sind und die Schwierigkeit, eindeutig Patienten dieser Diagnose zuzuordnen, also für exakte Untersuchungen genau zu wissen, welches Kind in welchem Ausmaß ein ADHS hat. Bezeichnend hierfür ist eine Mitteilung auf dem Jugendpsychiaterkongress in Berlin im April 2002, wonach in Europa die Diagnose eines ADHS viel enger gestellt wird als in den USA. Von 579 Fällen einer repräsentativen US-Studie (MTA-Studie, Vitiello et al., 2001) würden in Europa bei genauerer Diagnose nur noch 145 „echte“ Fälle übrig bleiben (Huss, 2002). Ursache dieser Diskrepanz sind die unterschiedlichen Diagnosesysteme. Nach DSM-IV (USA) haben 10 % aller Schulkinder eine ADHS-Problematik, nach ICD-10 (WHO, weltweit inkl. Deutschland) nur 4 % (Hebebrand & Remschmidt, 2003). Solche wissenschaftlichen Probleme machen es natürlich schwer, hier eine eigene, klar begründete Vorstellung zu entwickeln. In einer Anwendungsbeobachtung bei niedergelassenen Ärzten (Banaschewski et al. 2003) zeigten sich sehr unterschiedliche diagnostische Vorgehensweisen und Unsicherheiten mit einer dann doch literaturkonformen Erfolgsquote bei der Therapie mit Methylphenidat von 70 – 80 %. Die Autoren dieser Studie widersprechen Auffassungen, wonach das Medikament häufig zu hoch dosiert oder unkritisch verschrieben werde. Es bestehe allerdings Anlass, Qualitätsverbesserungen anzustreben.

Tatsächlich ist ja die Diagnose eines ADS oder ADHS schwierig, da es kein eindeutiges Test- und Messverfahren gibt. Es gibt lediglich

Fragebögen, die auch zu Tests ausgebaut worden sind, die die Symptome der Diagnosekriterien abfragen, wie sie im DSM und in der ICD beschrieben sind. Hierzu gehört z. B. der Fragebogen nach Connors oder die Wender Utah Rating Scale (WURS-k, Retz-Junginger et al., 2002). Es muss differentialdiagnostisch abgeklärt werden, ob andere Ursachen für die Aufmerksamkeitsstörung und die Impulsivität und Hyperaktivität in Frage kommen, wie z. B. starke seelische Spannungen durch Umgebungskonflikte, wie sie besonders in der Schule gerade für Kinder mit Leistungsschwierigkeiten auftreten, aber auch häusliche Probleme, weiter organische Erkrankungen des Kindes, besonders Hirnerkrankungen z. B. Epilepsie, beginnender Hirntumor, Hirnentzündungen oder auch andersartige Störungen der Persönlichkeitsentwicklung. Die Erfahrung des Untersuchers mit all diesen Störungsbildern ist wichtig, um diese Abgrenzung vorzunehmen. Dennoch stellt auch der erfahrene Untersucher immer wieder fest, dass zu Beginn der Behandlung wichtige Informationen gerade über seelische Belastungen des Kindes nicht ausreichend bekannt waren und evtl. diese seelischen Belastungen der Grund für ein Versagen der Behandlung sind.

#### **4. Die Therapiediskussion**

Die Kernsymptomatik mit Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung ist seit 150 Jahren gut bekannt mit sehr unterschiedlichen Interpretationen. Die Symptomatik spricht oft sehr gut auf die entsprechende medikamentöse Behandlung an. Reicht jedoch diese medikamentöse Behandelbarkeit zur Etablierung des Krankheitsbegriffes aus? Seidler (2004) fragt deshalb, ob es sinnvoll ist, bei einer solchen Vielzahl von Verhaltensweisen überhaupt nach einer einheitlichen Ursache zu suchen und fragt ebenso, ob der Streit um die Diagnose des ADS nicht ebenso etwas aussagt über die Handlungszwänge der heutigen Medizin, über die Nöte heutiger Eltern, über die gewachsenen Leistungsanforderungen der Gesellschaft?

Stimulanzien werden seit der Erstbeschreibung durch Charles Bradley 1937 erfolgreich bei hyperkinetischen Kindern eingesetzt. Dabei wurde diese Behandlung bis vor 10 Jahren in Deutschland nur sehr selten eingesetzt. Dennoch gab es auch damals schon heftige Aus-

einandersetzungen insbesondere zwischen Psychologen und Psychotherapeuten auf der einen Seite und Medizinern auf der anderen Seite, aber auch Pädagogen hatten ihre eigenen Vorstellungen, es kamen auch Ernährungsvorstellungen hinzu, die durch bestimmte Diäten etwas erreichen wollten. Neuerdings ist noch eine Diskussion über eine eventuelle Schädlichkeit der Stimulanzien aufgekommen, da bei Rattenversuchen unter Stimulanzien nach einiger Zeit eine dauerhafte Hirnveränderung festgestellt wurde, die Ursache einer späteren Parkinson-Erkrankung sein könne (Moll et al., 2002; Ziegler 2002). Hierfür gibt es eine Reihe von Widerlegungen neben methodischen Einwänden insbesondere den Hinweis, dass bei entsprechenden Versuchen mit Mäusen diese Veränderung nicht gefunden wurde, obwohl Mäuse den menschlichen Verhältnissen besser gleichen (Gerlach, 2002) und weiter dauerhafte Veränderungen im Gehirn sich ebenfalls bei Kindern nie zeigen, da diese dann dauerhaft auch ohne das Medikament besser zurecht kommen müssten.

In den letzten 10 Jahren ist die Zahl der Verschreibungen massiv angestiegen wie entsprechende Statistiken zeigen. Dies scheint insbesondere auf die Verordnung durch Kinderärzte zurückzugehen, die sich neuerdings dieser Therapiemethode angenommen haben, während sie bis dahin nur von Kinderpsychiatern durchgeführt wurde. In der Öffentlichkeit hat ein Umdenken stattgefunden, die frühere Ablehnung von Medikamenten für Kinder scheint jetzt auch unter dem Druck der schulischen Leistungsanforderungen zu der Bereitschaft zu führen, die Kinder notfalls auch mit Medikamenten an die schulischen Anforderungen anzupassen. Wirtschaftliche Interessen der Pharmaindustrie scheinen ebenfalls jetzt geweckt zu sein, es kommen neue Konkurrenzpräparate auf den Markt. Die Verschreibungen könnten auch dadurch angestiegen sein, dass im Einzelfall sehr hoch dosiert wird. Die wissenschaftlichen Empfehlungen gehen von einer Grenze bei etwa 50 – 60 mg maximal pro Tag aus, ich selbst gehe fast nie über 40 mg, es gibt aber Fälle mit 70, 80 und über 100 mg. Zwar scheint nach der zitierten Studie von Banaschewski die zu hohe Dosierung eher selten zu sein, jedoch fühlten sich die Fachgesellschaften zu entsprechenden Warnungen veranlasst und auch die eigene klinische Beobachtung kennt solche Fälle. Tatsächlich werden auch heute noch  $\frac{3}{4}$  der diagnostizierten Fälle mit ADHS ohne MPH-Medikation behandelt (Schubert et al., 2004).



Die Überdosierung oder unnötig hohe Dosierungen dürften auch darauf zurückzuführen sein, dass die notwendige Begleitbehandlung nicht ausreichend durchgeführt wird. Kurzfristig lässt sich zwar mit dem Medikament allein für einige Monate oft ein guter Effekt erzielen, langfristig sind aber die falschen Verhaltensmuster des Kindes auf diese Art und Weise nicht ausreichend zu verändern. Das Kind benötigt deshalb eine langfristige Hilfestellung zur besseren Selbststrukturierung, wozu Eltern und Lehrer oft entsprechende Beratung benötigen und das Kind selbst eine entsprechende Therapie. Dieses Vorgehen ist jedoch in vielen Fällen praktisch gar nicht ausreichend möglich, sei es, weil zur Beratung von Eltern und Lehrern ausreichend Zeit weder beim Arzt noch bei den Erziehern vorhanden ist, sei es, weil auch die möglichen Therapieeinrichtungen nicht vorhanden sind oder von den Eltern die Therapien selbst zu bezahlen wären bzw. seitens des Jugendamtes (§ 35a KJHG). Die massiv angewachsene Zahl von Behandlungen nach § 35a KJHG/SGB VIII überfordert die Kommunen finanziell derartig, dass jetzt durch eine Bundesratsinitiative der Zugang zu dieser Behandlungsmöglichkeit erheblich erschwert oder gar vollständig gestrichen werden soll. Heilpädagogische Behandlungen (einer Krankheit?) werden von den Krankenkassen ohnehin nicht bezahlt, die Ergotherapie ist nicht immer ausreichend und auch durch die ärztlichen Budgets begrenzt. Die sehr effiziente jugendpsychiatrische Behandlung nach der Sozialpsychiatrievereinbarung wird nicht von allen Kassen (z. B. AOK Niedersachsen) übernommen und ist in manchen Gegenden Deutschlands nicht zugänglich.

Somit steht eine Möglichkeit zur ausreichenden Begleitbehandlung häufig nicht zur Verfügung und es kommt zu Rückfällen des Kindes in die alten Verhaltensweisen und Steigerung der Medikation. Die Forderung nach immer mehr Behandlungsmöglichkeiten ist somit fragwürdig und auch teuer, hinsichtlich der Begleitbehandlung schon im jetzigen Ausmaß offenbar ein finanziell nicht mehr lösbares Problem bei dieser so gesehenen „Volkskrankheit“.

## **5. Gesellschaftliche Krankheitsdefinition**

Das Hyperkinetische Syndrom bzw. ADHS (ADS) kommt nach den entsprechenden Untersuchungen (z. B. Krause et al., 1998) in der

Bevölkerung bei 6 – 10 % der Kinder und 2 – 6 % der Erwachsenen vor, also in einem sehr hohen Anteil der Bevölkerung. Das entspricht bei Annahme von nur 5 % der Bevölkerung mindestens 4 Millionen Menschen in Deutschland. Damit wird ein sehr großer Teil der Bevölkerung als „krank“ bezeichnet, was natürlich die Frage aufwirft, was eigentlich normal ist. Auch bei führenden Persönlichkeiten wie Joh. Wolfgang von Goethe (Lempp 1979, S. 17), Winston Churchill, Albert Einstein oder Bill Clinton wird von führenden Forschern (Krause et al., 1998) eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung diagnostiziert und ein derzeit sehr bekanntes Buch über das ADHS bei Erwachsenen wurde von einem Kinderpsychiater in USA verfasst, der bei sich selbst ebenfalls das ADS diagnostiziert hat (Hallowell & Ratey, 1998). Sind diese Menschen wirklich krank mit Fehlfunktionen in ihrem Vorderhirn und Verkleinerungen ihrer Hirnstrukturen? Auch die Differenz zwischen der amerikanischen und der europäischen Diagnose weist darauf hin, dass es in vielen Fällen um etwas anderes als Krankheit geht. Viele Erwachsene mit ADHS wissen, dass sie durch ihr ADHS auch besonders kreative, spontane und einfallsreiche Persönlichkeiten sind, die ihre Umgebung lebendig bereichern, allerdings auch unter starken Stimmungsschwankungen und Schwierigkeiten der Selbststrukturierung leiden können.

ADHS-Kinder werden in der Regel oft erst durch die besondere Lebensbedingung „Schule“ auffällig, während sie sonst noch erträglich zurechtkommen. Es ist deshalb auch nach der Kulturabhängigkeit der Diagnose und des Krankheitsbildes zu fragen. Es geht offenbar auch um ein kulturspezifisches Anpassungsproblem und nicht immer um ein kulturunabhängiges biologisches Gesundheitsproblem.

In der Entwicklungsgeschichte des Menschen könnten die besonderen Verhaltensmuster von „ADSlern“ auch ein Überlebensvorteil gewesen sein. Sie sind ja durch ihre hohe Wachheit für neue Reize, ihre Fähigkeit zu raschem Reagieren und zu einer risikobereiten Gefahrenreaktion früher vielleicht im Vorteil gewesen, plötzlich auftauchende Gefahren zu bewältigen (Moll et al., 2001). Auch hatten Kinder mit ADHS eine bessere Überlebenschance. Eine Untersuchung bei den Massai in Ostafrika zeigte, dass in Hungerzeiten afrikanische Kinder mit einem schwierigen Temperament größere Überlebenschancen hatten als andere Kinder, da sie mehr auf sich aufmerksam machten und dadurch auch mehr Nahrung erhielten. (Schmeck, 2003). Auch die Tatsache, dass das Syndrom meist bei

Jungen vorkommt, bestätigt die erbliche Disposition. Da eine vermehrte Impulsivität, Unruhe und emotionale Labilität ein normales Merkmal von Jungen bereits vom ersten Lebenstag an ist, ergibt sich allerdings auch hier die Frage nach der Krankheitswertigkeit einer solchen „Disposition“ (Bischof-Köhler, 2002).

Unsere heutige Gesellschaft ist jedoch ganz anders strukturiert und benötigt andere Verhaltensmuster. Aber dieser frühere Entwicklungsvorteil könnte ein Grund sein, warum gerade solche Menschen häufig besser überlebt haben und deswegen in so hohem Prozentsatz in unserer Bevölkerung zu finden sind.

In einer komplexen, sich schnell verändernden Lebenswelt, man denke an die Entwicklung des Straßenverkehrs, wird demgegenüber eine abwägende, verschiedene Umstände gleichzeitig bedenkende Fähigkeit zur Problemlösung verlangt, das Zusammenleben ist durch schwierige soziale Regeln, z. B. Stillsitzen in der Schule oder ausschließliche Konzentration auf verbal abstrakte Inhalte gekennzeichnet. Emotional ist das Leben für Kinder ebenfalls häufig unübersichtlich geworden. Die Geborgenheit in der überschaubaren Alltäglichkeit einer familiären Kleingruppe, in der sich das gesamte Leben abspielte, ist heute einer Vielzahl von Lebenswelten gewichen, die gleichzeitig dem Kind Anpassung abverlangen: neben der Familie, die weitere getrennt lebende Familie, Kindergarten oder Schule, Nachbarschaft und Straße, Freizeitgruppe usw.. Den Erwachsenen geht es genauso. Für den modernen Menschen spielt sich das Leben in verschiedenen sozialen Welten ab, in denen er nie vollständig zuhause sein kann, da es immer gleichzeitig auch die anderen Welten gibt. Eggers spricht von der rasanten Zunahme der „Komplexität der postmodernen Welt“, der „Reizüberflutung“, die zu der Gefahr der Desorientiertheit und Überforderung führen (Eggers, 2003).

Diese Aufspaltung, die unterschiedlichen Regeln, die unterschiedlichen Ansprüche erfordern eine komplizierte innere Reifung zu der Fähigkeit, sich an diese verschiedenen Welten verträglich anzupassen und eine eigene, individuelle Ordnung für das persönliche Leben hierin zu finden, was früher von der Gemeinschaft vorgegeben wurde. So kommen auch heute ADHS-Kinder wesentlich besser zurecht, wenn ihnen von außen eine klare Ordnung und Struktur vorgegeben wird. Ihr provozierendes Verhalten scheint oft gerade da-

nach zu verlangen, bei sog. „strengen“ Lehrern fühlen sie sich oft wesentlich wohler als bei nachgiebigen, inkonsequenten Lehrern oder sog. offenen Unterrichtsstrukturen. Die Ordnung im Inneren selbst zu konstruieren, also die eigene Identität in den verschiedenen Bezugsrahmen selbst herzustellen, ist für den modernen Menschen ohnehin eine schwierige Aufgabe. Das Brüchige, Unvollständige, Gleichzeitige verschiedener Lebenssituationen wird heute als typisch für die postmoderne Verfassung der Gesellschaft angesehen (Baumann, 1995).

Oft ist es erst die Welt der Schule mit ihren besonderen Regeln und Anforderungen, die die ADHS-Kinder überfordert und scheitern lässt. Die bisherige individuelle Geborgenheit und klar strukturierte Lenkung durch die Umgebung muss hier vom Kind durch emotionale Eigenständigkeit und Selbststeuerung mit Anpassung an wenig kindgemäße Alltagsstrukturen ersetzt werden. Die einseitigen sprachlich-abstrakten Leistungsanforderungen der Schule schließen ohnehin viele Kinder von Leistungserfolgen in diesem System aus. Kinder mit besonderen Leistungsproblemen werden als nicht ins System gehörig ausgegrenzt und zunächst zur speziellen „Therapie“ in Nachhilfeinstitutionen, spezialisierte Legasthenie- oder Recheninstitute geschickt, zu Psychotherapeuten, Ergotherapeuten und eben in medikamentöse Behandlung, bevor dann die Sonderschule ansteht. Lempp schrieb schon 1981: „Das Schul- und Auswahlssystem, unser Bildungskonzept, ist zu einer eigenen kleinen Welt geworden innerhalb einer sich fortlaufend ändernden Umwelt“ (Lempp, 1981). Die wissenschaftliche Orientierung des Unterrichts auch an der Grundschule, das Fachlehrerprinzip „zerstörte den sozial stabilisierenden Rahmen für die Unterklassen unter Betonung wiederum der sprachlich theoretischen Gesichtspunkte, denn nach diesen waren eben diese Fachlehrer ausgebildet worden“. Lempp fordert deshalb eine gleichmäßige Förderung aller Fähigkeiten der Kinder unabhängig von den späteren beruflichen Möglichkeiten (Lempp 1981).

Diese zivilisatorischen Bedingungen dürften durchaus auch spezifische prägende Wirkungen auf die hirnstrukturelle Entwicklung von Kindern haben wie die zitierten Studien zur Neurobiologie aufzeigen. Interessante Beobachtungen hierzu gibt es auch beim Vergleich mit anderen Kulturen. Auf die kulturelle Prägnanz von Verhaltensstrukturen z. B. bei Völkern der indischen Ureinwohner

machte mich meine Tochter Maike Caiulo aufgrund ihrer Feldstudien in Indien aufmerksam. So sind die Männer im Volk der Bondo derart aggressiv, dass über die Hälfte der männlichen Bevölkerung bereits in Haft war und ethnologische Studien dort praktisch nicht möglich sind (Elwin, 1964), während im Volk der Didayi die Bevölkerung insgesamt ausgesprochen still und sanft mit entsprechend leiser Sprechweise und gemessenen Bewegungen ist (Gurka et al., 1970). Weiter fiel bei einer interkulturellen Überprüfung der internationalen Diagnosekriterien der ICD auf, dass in der indischen Patientengruppe die selbstunsicher-vermeidende und die Borderline-Persönlichkeitsstörung überhaupt nicht auftauchten und insgesamt Persönlichkeitsstörungen in Industriestaaten häufiger als in Ländern mit traditionell engeren sozialen Bindungen auftreten (Ajan & Calliess, 2004). Auch hier gibt es wieder den Hinweis der Autoren auf Hektik und Unsicherheit des modernen westlichen Lebens. „Wer sich seiner Rolle in der Gesellschaft immer wieder neu vergewissern und sie selbst aktiv gestalten muss, der braucht ein entsprechend stabiles Nervenkostüm.“

## **6. Schluss: Anlage und Umwelt bei ADHS**

Auch Eggers weist in seinem bereits zitierten Artikel auf die genetisch bedingte Vulnerabilität von Primatenkindern für Trennungen von den Müttern mit Anstieg der Stresshormone hin. Die Stressreaktionen konnten durch intensives Pflegeverhalten abgemildert werden oder blieben gänzlich aus, d. h. die angeborene Vulnerabilität für Trennungsstress verschwand. Andererseits erzeugten häufige Stresssituationen eine ängstliche Verhaltensbereitschaft mit erhöhter sozialer Auffälligkeit und Aggressivität in der Adoleszenz.

Die individuelle Förderung und Führung einzelner Schüler mit Leistungs- und Verhaltensproblemen ist durchaus im schulischen Rahmen möglich, wenn entsprechende Kenntnisse und Organisationsformen genutzt werden wie es z. T. in anderen Ländern (z. B. Schweden) gehandhabt wird oder auch in Modellschulen. Die Hinweise auf genetische Besonderheiten von Jungen sowie die kulturelle Prägbarkeit des hyperaktiven und unaufmerksamen Verhaltens weisen darauf hin, dass es in der Mehrzahl der Fälle um letztlich

nichtmedizinische Probleme geht, während extreme Fälle mit krankheitswertiger Varianz durchaus ärztlicher Hilfe bedürfen.

Für die große Mehrheit der Kinder mit solchen Problemen müssen jedoch gesellschaftliche und pädagogische Antworten gefunden werden. Wenn dies in Deutschland an den Kosten scheitert, so muss man sich bei der medikamentösen Behandlung der ADS-Kinder darüber klar sein, dass hier ein gesellschaftspolitischer Missstand durch Medikamente ausgeglichen werden soll. Eggers spricht in diesem Zusammenhang mit anderen Autoren von der Zermürbung der klassischen Sozialisationsinstanzen – der Familie, der Schule vor allem – und der Rückkehr der Gewalt in den Alltag der zivilisierten Gesellschaften. Die traditionelle Moral gehe und die neue Gewalt komme. Medikamente können aber diese Probleme nicht lösen. Demgegenüber werden in unserer Gesellschaft trotz der Einsparungen in diesem Bildungsbereich auf der anderen Seite außerschulisch für Pharmaka, Therapien und Nachhilfeleistungen hohe Summen aufgebracht, die durchaus den im Bildungsbereich benötigten Geldern entsprechen könnten.

Dazu kommen noch die vielfältigen Kosten, die für die zahlreichen Persönlichkeitsstörungen entstehen, wenn diese mangelhaft betreuten und entwickelten Kinder ins Erwachsenenalter kommen. Die hohen Zahlen von ADS-Patienten auch im Erwachsenenalter von doch immerhin etwa 5 % der Bevölkerung tragen offensichtlich ganz wesentlich zur Zahl der Suchtkranken, der psychisch Kranken im Erwachsenenalter und der straffälligen Bevölkerung bei. In ärztliche Behandlung kommen als Erwachsene die behandlungsbereiten, noch motivierbaren Patienten, während die schwer gestörten, völlig fehlentwickelten Patienten die notwendigen Voraussetzungen nicht mitbringen wie Krankheitseinsicht, Behandlungsbereitschaft, Freiwilligkeit, Ansprechbarkeit für psychotherapeutische Verfahren.

Somit ist die Eingangsfrage, ob ADHS denn wirklich ein Hirnschaden sei, immer noch mit Lempp so zu beantworten, dass es sich hier nicht um eine Wertung im Sinne von krank oder gesund handeln kann, sondern dass diese Kinder mit ihrer cerebralen Struktur anders als andere reagieren und dabei sogar auch besondere Leistungsfähigkeit entstehen kann. Nur bei einem kleineren, oft schwer abgrenzbaren Teil der Betroffenen ist eine ergänzende medikamentöse Behandlung erforderlich. Die öffentliche Diskussion darf des-

halb nicht um das polarisierte Für und Wider einer „Ritalin-Behandlung“ gehen, sondern sie muss sich mit der Fähigkeit oder Unfähigkeit unserer Gesellschaft auseinandersetzen, sichere Grenzen für eine geborgene Entwicklung unserer Kinder zu schaffen.

Im Grunde ist die Vulnerabilität des kindlichen Gehirns durch Stressfaktoren lange bekannt, schon Rene Spitz wies in den 40er Jahren mit seinen Beobachtungen zur anaklitischen Depression darauf hin. Auch Pechstein beschrieb 1970 bereits in seiner Habilitationsschrift die „Umweltabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung“, die wir heute neurobiologisch vielleicht etwas besser verstehen, insbesondere die stressbedingte Zerstörung bestimmter cerebraler Strukturen als mögliche Grundlage der gefundenen strukturellen Veränderungen bei ADHS.

Hinsichtlich der Erbllichkeit werden konkrete Gene benannt, so das Dopaminrezeptor-D4-7-Repeat-Allel für die Eigenschaft „sensation seeking“. Das sind Personen mit Impulsivität, leichter Erregbarkeit und Hitzköpfigkeit mit erhöhtem Risiko, an ADHS zu erkranken, worauf Gerlach in der hier zitierten Arbeit hinweist. Auch andere Gene mit Hinweis auf eine Fehlfunktion im dopaminergen System werden gefunden, die sich bisher jedoch nicht zu einer zuverlässigen Erbhypothese zusammenfügen lassen (Gerlach).

Ähnliche Schwierigkeiten, eine schlüssige Erbhypothese zu formulieren, bestehen auch bei der Schizophrenie. Die Formulierungen von Manfred Bleuler in seiner letzten wissenschaftlichen Stellungnahme (1987) zur „Schizophrenie als besondere Entwicklung“ lassen sich sinngemäß möglicherweise auch auf die ADHS-Problematik anwenden. Er schreibt:

„So bietet sich eine ganz andere, für die Psychiatrie neue erbbiologische Annahme an: Die Annahme nämlich, daß nicht „schizophrene“ Gene den erblichen Hintergrund von schizophrenen Entwicklungen darstellen, sondern ein mangelhaftes Zusammenpassen an sich „gesunder“ Gene, eine Disharmonie der vererbten Anlagen zur Persönlichkeitsentwicklung... Abgesehen von der Annahme von Disharmonien in vererbten Dispositionen zur Persönlichkeitsentwicklung kennen wir heute eine große Vielfalt von körperlichen, strukturellen, neuroendokrinen und funktionellen Disharmonien, die Dispositionen zu schizophrenen Entwicklungen sind... Immer noch werden mit immer raffinierteren Techniken weitere körperlich-funktionelle Besonderheiten bei Schizophrenen gehäuft befunden.

Bisher aber gilt für sie alle: Sie kommen nicht einzig bei Schizophrenen vor und sie kommen nicht bei allen Schizophrenen vor. Es gibt nur einen Begriff, der ihr Wesen hypothetisch zusammenfasst: Denjenigen von Disharmonien im Körperlichen. Erst zu erforschen bleibt die Frage: Welche dieser Disharmonien wirken sich auf die Entwicklung zur schizophrenen Psychose mittelbar aus... Welche von ihnen sind der Ausdruck einer Disharmonie vieler Entwicklungsbereitschaften, zu der auch die Disharmonie der vererbten Entwicklungsbereitschaften der Persönlichkeit gehört?“

Diese Überlegungen von Bleuler sind möglicherweise genauso für die ADHS-Problematik zutreffend, zumindest scheinen mir die bisherigen Befunde mit der Beschreibung disharmonischer Persönlichkeitsentwicklungen, einer resultierenden besonderen Vulnerabilität und umweltabhängigen Entwicklungsverzögerung am ehesten zusammen zu passen (Lempp äußerte sich 1989 ähnlich).

Die Diskussion über die Umweltabhängigkeit der besonderen Persönlichkeitsentwicklung bei Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivität führt zur bewussteren Wahrnehmung von Fehlern in unserem Schulsystem und unserer gesellschaftlichen Erziehungslehre. Die Einnahme eines Medikaments ist bequemer als die Änderung gewohnter Ansichten und Abläufe, sie entspricht eher den Machbarkeitsvorstellungen in einer technisierten Welt.

Die heftige Diskussion um das ADS und die Stimulanzientherapie in der Öffentlichkeit zeigt, dass es um ein bedeutendes gesellschaftliches Problem des Zeitgeistes geht. Die Diskussion bietet deshalb die Chance, die verschiedenen Beteiligten wie Eltern, betroffene Erwachsene, Fachleute, Lehrer und Bildungspolitiker zusammenzuführen und jenseits von Gruppenegoismen die notwendigen Veränderungen in Schule und Erziehungswesen deutlich zu machen. Dies wäre eine Aufgabe der beteiligten Fachverbände und Fachpolitiker. Die sog. ADHS-Problematik ist nicht in erster Linie ein Krankheitsproblem, sondern ein gesellschaftliches Problem von großem Ausmaß.

ADHS ist weder eine erbliche Hirnschädigung noch eine neue Volkskrankheit, sondern eine menschliche Verhaltensdisposition,



die besonders sensibel auf zivilisatorische Fehlentwicklungen reagiert.

### **Anschrift des Verfassers**

Dr. med. Heyo Prahm  
Nervenarzt, Psychotherapie  
Kinder- und Jugendpsychiater  
Edewechter Landstraße 24 a  
26131 Oldenburg

### **Literatur**

- Ajan, S., Calliess, I.* (2004) Multikulti der Seelennöte. *Gehirn und Geist*, 2, 16 - 19
- Banaschewski, T., Uebel, H., Fischer, R., Rothenberger, A.* (2003) *Nervenheilkunde* 22, 311 - 317
- Baumann, Z.* (1995) *Ambivalenz und Moderne*, Frankfurt (M): Fischer TB, 123
- Bischof-Köhler, D.* (2002) *Von Natur aus anders – Die Psychologie der Geschlechtsunterschiede*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Bleuler, M.* (2004) Schizophrenie als besondere Entwicklung. *Nervenarzt* 75, 518 - 523
- De Grandpre, R.* (2002) *Die Ritalingesellschaft – ADS : Eine Generation wird krankgeschrieben*. Beltz Verlag Weinheim
- Eggers, Ch.* (2003) *Entwicklungspsychologische Aspekte aggressiven Verhaltens*. In: Lehmkühl, U. *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht,
- Elwin, V.* (1964) *The Bondos*. In: *The Tribal World of Verrier Elwin. An Autobiography* Oxford Univ. Press, 180 – 188
- Gerlach, M.* (2002) *Diskussionsbemerkung auf dem Kongress für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin am 04.04.2002*
- Gerlach, M.* (2003) *Stimulanzien Therapie. Gefahr für Kinder- und Jugendliche? pädiatrie hautnah*, 2, 83-87
- Gurka, U., Siiddiqui, M.K.A., Mathur, P.R.K.* (1970) *The Didayi, a forgotten Tribe of Orissa*. Anthropological Survey of India. Calcutta
- Hallowell, E. u. Ratey, J.* (1998) *Zwanghaft zerstreut – ADS – Die Unfähigkeit aufmerksam zu sein*. Reinbek: Rowohlt Verlag
- Hebebrand, J. u. Remschmidt, H.* (2003) *Hyperkinetische Störungen – Editorial*, *Kinder- und Jugendmedizin* 3, 3 - 4
- Heiser, Ph., Smidt, J., Konrad, K., Herpertz-Dahlmann, B., Remschmidt, H., Hebebrand, J.* *Ursachen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung* (2003), *Kinder- und Jugendmedizin* 3, 135 - 142
- Höger, C., Doering, S., Schacher-Gums, G.* (1998) *Die Behandlung des Hyperkinetischen Syndroms mit Methylphenidat*. *Nieders. Ärztebl.*, 71, 15 - 19
- Hüther, G., Doering, St., Rüger, U., Rütger, E., Schüßler, G.* *Psychische Belastungen und neuronale Plastizität*. (1996) *Zsch. psychosom. Med.* 107 – 127

- Hüther, G. u. Bonney, H. (2002) Neues vom Zappelphilipp. Düsseldorf: Walther Verlag
- Huss, M. (2003) Brief an die Firma Medice vom 19.02.2003
- Krause, K.-H., J. Krause, G.-E. Trott (1998) Das Hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) des Erwachsenenalters. *Nervenarzt*, 69, 543 - 556
- Lempp, R. (1970) Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber, 91
- Lempp, R. (1979) Hat das Kind denn einen Hirnschaden? München: Kösel-Verlag, 17
- Lempp, R. (1981) Einwirkungen unseres Bildungskonzeptes auf Kinder mit leichten Hirnfunktionsstörungen. In: Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. BD.11, Düsseldorf, 17 - 23
- Lempp, R. (1982). Persönlicher Brief an den Autor vom 06.04.
- Lempp, R. (1984) Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber, 208 – 222
- Moll, G. u. Rothenberger, A. (2001) Neurobiologische Grundlagen – Ein pathophysiologisches Erklärungsmodell der ADHD, *Kinderärztliche Praxis. Sonderheft „Unaufmerksam und Hyperaktiv“*, 10
- Moll, G.H., Rothenberger, A., Rüter, E., Hüther, G. (2002) Entwicklungspsychopharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse tierexperimenteller Modelluntersuchungen bei der Ratte. *Psychopharmakotherapie* 9, 19 – 24
- Pechstein, J. (1974) Umweltabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung. Schriftenreihe aus dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens, H. 34, Stuttgart: Thieme Verlag
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H.-G., Trott, G.-E., Wender, P.-H., Roesler, M. (2002) Wender Utah Rating Scale (WURS-k)) – Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des Hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 73, 830 - 838
- Rothenberger, A., Hüther, G. Die Bedeutung von psychosozialem Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: Neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie (1997) *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat* 46, 623 - 644
- Schmeck, K. (2003) Die Bedeutung von spezifischen Temperamentsmerkmalen bei aggressiven Verhaltensstörungen. In: Lehmkuhl, U. (Hg.) *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen.*, Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht, 162
- Schubert, I., von Ferber, L., Lehmkuhl, G. (2004) Medikamentöse Therapie nicht zwingend. *Dtsch. Ärzteblatt* 101, A 1080 – 1081
- Seidler, E. (2004) Von der Unart zur Krankheit. *Dtsch. Ärztebl.*, 101 A 239 - 243
- Vitiello, B., Severe, J.-B., Greenhill, L.-L., Arnold, L.-E., Abikoff, H.-B., Bukstein, O.-G., Elliott, G.-R., Hechtman, L., Jensen, P.-S., Hinshaw, St.-P., March, J.-S., Newcorn, J.-H., Swanson, J.-M., Cantwell, D.-P. (2001) Methylphenidate dosage for Children with ADHD over Time under Controlled Conditions: Lessons from the MTA. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 40:2, 188-196
- Ziegler, G. (2002) Zum Beitrag: „Entwicklungspsychopharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ von G.H. Moll et.al. *Psychopharmakotherapie* 9, 152

Bericht über den

## **16. Weltkongress der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)**

**in Berlin vom 22. bis 26.8.2004**

Der 16. IACAPAP-Weltkongress, der Ende August 2004 unter Leitung des IACAPAP-Präsidenten Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt (Marburg) abgehalten wurde, fand ein überaus großes Echo. Das Kongressthema lautete: „Facilitating Pathways. Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health“. Es war bislang der teilnehmerstärkste Kongress in der Geschichte der IACAPAP. Die Gesamtzahl der Teilnehmer betrug 2767, wobei in dieser Zahl auch Begleitpersonen, Aussteller und die Presse inbegriffen sind. Die Zahl der registrierten Kongressteilnehmer betrug 2376. Bemerkenswert war auch der Länderspiegel: Die Teilnehmer kamen aus 78 Ländern, wobei Deutschland mit 623 Teilnehmern an der Spitze stand, gefolgt von Teilnehmern aus dem Vereinigten Königreich (172), gefolgt von den USA (168), Norwegen (137), Niederlande (132), Schweden (121). Über 100 Teilnehmer kamen aus Japan und die Schweiz war mit 104 Teilnehmerinnen und Teilnehmern vertreten.

Das wissenschaftliche Programm umfasste die ganze Breite der Kinder- und Jugendpsychiatrie und alle gängigen Veranstaltungstypen. Es gab 8 Hauptvorlesungen, 15 State of the Art-Lectures, 10 Kurse (die von 355 Teilnehmern besucht wurden), zahlreiche Workshops und 440 Poster, die während der ganzen Kongresszeit gezeigt wurden, so dass sich vielfältige Möglichkeiten zur Diskussion mit den Posterautoren ergaben.

Der Kongress wurde eingeleitet mit einer stilvollen Opening Ceremony, die vom Jugendstreicherorchester Berlin-Lichtenberg unter Leitung von Winfried Brandenburg musikalisch umrahmt wurde. Gruß-

worte sprachen der Staatssekretär des Senats für Wissenschaft und Forschung, Herr Dr. Hans-Gerhard Husung, die Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Frau Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann (Aachen) sowie die Vorsitzende des örtlichen Organisationskomitees, Frau Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl (Berlin).

In die Eröffnungsveranstaltung einbezogen war ein Vortrag des Präsidenten der World Psychiatric Association (WPA), Prof. Dr. Ahmed Okasha (Kairo), der das „WPA Global Program on Child Mental Health“ erläuterte. Es handelt sich dabei um ein weltweites Programm zur Verbesserung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, das gemeinsam mit der WHO und IACAPAP durchgeführt wird und dessen drei Arbeitsgruppen folgenden Themenbereichen gewidmet sind:

- Arbeitsgruppe zum Thema „Awareness“ (Leitung: Prof. Sam Tyano, Tel Aviv)
- Arbeitsgruppe zum Thema „Primary Prevention“ (Leitung: Prof. Helmut Remschmidt, Marburg)
- Arbeitsgruppe zum Thema „Services“ (Leitung: Prof. Peter Jensen, New York).

Im Rahmen dieses weltweiten Programmes finden u.a. Pilotstudien in Nizhny Novgorod (Russland), Alexandria (Ägypten) und Porto Alegre (Brasilien) statt.

In der Eröffnungsveranstaltung wurde ferner der verstorbenen Mitglieder von IACAPAP gedacht, wobei fünf Personen wegen ihrer besonderen Verdienste hervorgehoben wurden:

Prof. Serge Lebovici (1915-2000)  
Prof. Albert Solnit (1919-2002)  
Prof. Donald J. Cohen (1940-2001)  
Prof. Luis Prego Silva (1917-2004)  
Prof. Richard Harrington (1956-2004)

#### *Ehrungen:*

Nach der Ehrung der Verstorbenen wurde fünf Persönlichkeiten, die sich in besonderer Weise um die internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie verdient gemacht haben, die IACAPAP-Medaille verliehen. Es waren dies:

Dr. Kari Schleimer (Malmö, Schweden)

Prof. Dr. Giovanni Bollea (Rom, Italien)

Dr. Jack Davis (Madison, USA)

Dr. Winston Rickards (Melbourne, Australien) und

Prof. Dr. Ahmed Okasha (Kairo, Ägypten).

Prof. Okasha, der derzeit Präsident der World Psychiatric Association ist, erhielt die Medaille wegen seiner besonderen Verdienste um die internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere für die Etablierung des „WPA Global Program on Child Mental Health“. Ferner wurde an Prof. Dr. Michael Hong (Seoul, Korea) der von der koreanischen Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie neu gestiftete Preis für besondere Verdienste um die Entwicklung der internationalen Kinder- und Jugendpsychiatrie verliehen. Der Preis besteht aus einer Medaille und einem Geldbetrag von 2.000 Dollar.

Der offizielle Veranstaltungsbeginn war dann am Montag, den 23.8.2004, und der Kongress wurde beendet am Donnerstag, den 26.8.2004, mit einer Abschlusssitzung, in der der neue Vorstand bekannt gegeben und auch die Poster-Preise überreicht wurden.

*Besonders hervorzuhebende Ereignisse waren:*

1. Die Hauptvorträge, die durchweg von profilierten Wissenschaftlern gehalten wurden, wobei die Gerald Caplan Lecture von Frau Prof. Colette Chiland (Paris) besondere Aufmerksamkeit fand. Ihr Thema lautete: „What about girls? Sex differences in psychopathology“. Ebenfalls sehr beachtet wurde der Vortrag von Prof. Leon Eisenberg (Harvard University Boston, USA), einem der Pioniere der internationalen Kinder- und Jugendpsychiatrie, zum Thema „The biosocial roots of mind and brain“. Die Donald Cohen Memorial Lecture wurde vom IACAPAP Präsidenten Prof. Remschmidt gehalten und hatte das Thema: „The place of development in child and adolescent psychiatry“.

Auch alle anderen Hauptvorträge und Veranstaltungen (State of the Art Lectures, Symposien, Workshops, insbesondere die Kurse) waren sehr gut besucht.

2. Das Atlas-Projekt wurde in einem Workshop von Prof. Belfer (jetzt neuer Präsident der IACAPAP) präsentiert und ist eine Initiative der WHO gemeinsam mit IACAPAP. Ziel dieses Projektes ist es, weltweit kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen und

Ressorts zu identifizieren und in einem Atlas festzuhalten, der die wichtigsten Daten der Versorgung auf dem Gebiet von Child and Adolescent Mental Health enthält.

### 3. Fellowship Program

Auf dem Kongress existierten zwei Fellowship-Programme für Nachwuchs-Wissenschaftler: Das Donald Cohen Fellowship Program und das Eastern European Program. Das zuerst genannte Programm wurde vom Kongresspräsidenten etabliert und auf seinen Antrag hin von verschiedenen Organisationen und Stiftungen unterstützt. Auf diese Weise war es möglich, 58 überwiegend jüngere Kolleginnen und Kollegen aus 26 Ländern zum Kongress einzuladen. Die eingeladenen Kolleginnen und Kollegen wurden von einer größeren Zahl von Tutoren betreut. Die Koordination dieser wichtigen Arbeit hatten die Herren Jim Leckman und Andres Martin (beide Yale University, New Haven/USA), John Sikorski (University of California, San Francisco/USA) und Andreas Warnke (Würzburg) übernommen.

Das Eastern European Program wurde mit dem Donald Cohen Fellowship Program vereinigt. Mit Hilfe dieses Programmes war es möglich, 18 Kolleginnen und Kollegen aus osteuropäischen Ländern einzuladen. Die Tutoren dieses Programmes waren Kari Schleimer (Schweden) sowie Peter Riedesser und Gerd Schulte-Körne (Deutschland).

Beide Programme waren sehr erfolgreich. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten den Wunsch, sich in gewissen zeitlichen Abständen wieder zu treffen. Dies soll auf dem nächsten IACAPAP-Kongress in Melbourne, der im September 2006 stattfinden wird, organisiert werden.

### 4. Zertifizierte Fortbildung (Continuing Medical Education, CME Credits)

Der Kongress wurde vom European Accreditation Committee in Brussels (EACIC) als wertvolle Fortbildungsveranstaltung anerkannt und mit einer maximal erreichbaren Zahl von 44 Fortbildungspunkten versehen. Der Kongress war auch von der Berliner Ärztekammer als Fortbildungsveranstaltung anerkannt, wobei ein Maximum von 38 Punkten zu erreichen war.

## 5. Kongress-Monographie

Eigens für den Kongress wurde ein Buch mit dem Titel des Kongresses „Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health“ hergestellt, herausgegeben von Helmut Remschmidt, Myron Belfer und Ian Goodyer. Das Buch enthält Beiträge von durchweg international renommierten Klinikern und Wissenschaftlern und umfasst einen großen Abschnitt mit Beiträgen zur Versorgungssituation in allen fünf Erdteilen.

## 6. Poster-Preise

Durch eine Spende der Firma Janssen-Cilag war es möglich, drei Posterpreise zu verleihen. Die Preisträger wurden von einer Posterjury ausgewählt, die aus drei Mitgliedern des IACAPAP-Vorstandes bestand: Ian Goodyer (Cambridge, U.K.), Savita Malhotra (Chandigarh, Indien) und Cynthia Pfeffer (New York, USA).

Die Preise bestanden aus einem Zertifikat und einem Preisgeld, das für den 1. Preis 1500 Euro, für den 2. Preis 1000 Euro und für den 3. Preis 500 Euro betrug. Die Preisträger waren:

1. Preis: Dr. Bung-Nyun Kim (Seoul, Korea)
2. Preis: Dr. Olayinka Omigbodun (Ibadan, Nigeria)
3. Preis: Dr. Stefan Gebhardt (Marburg, Deutschland)

## 7. Offenlegung finanzieller Unterstützungen der Referenten (Disclosures)

Zum ersten Mal auf einem IACAPAP-Kongress waren die Kongressteilnehmer gebeten worden, die finanzielle Unterstützung ihrer Forschungsarbeiten, über die auf dem Kongress berichtet wurde, darzulegen. Damit sollten einerseits mögliche Interessenkonflikte vermieden bzw. offengelegt werden; zum anderen sollte den Kongressteilnehmern die Gelegenheit gegeben werden, sich über die Drittmittelwerbungen der Referentinnen und Referenten zu informieren. Das IACAPAP Executive Committee arbeitet an einem Kodex, in dem die Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie leitlinienartig formuliert werden sollen. Dieser Kodex wird dann für die Mitglieder internationaler Fachgesellschaften eine gewisse Verbindlichkeit haben.

## 8. Rahmenprogramm

Ein besonderer Höhepunkt des Rahmenprogramms war das Orgelkonzert des Organisten Matthias Eisenberg im Berliner Dom. Er beschloss das Orgelkonzert mit einer Improvisation über den Choral „Wer nur den lieben Gott lässt walten“, wobei er das wundervolle Instrument (eine „Sauer-Orgel“, die größte pneumatische Orgel der Welt) voll ausschöpfte. Auch der Gesellschaftsabend, im Opernpalais Unter den Linden, wurde als stimmungsvolles Ereignis mit der Möglichkeit, internationale Kontakte zu pflegen und zwanglose Gespräche zu führen, sehr gut aufgenommen.

In der Generalversammlung am 25.8.2004 wurde beschlossen, den 17. IACAPAP-Weltkongress in Melbourne (Australien) in der Zeit vom 10. bis 15.9.2006 abzuhalten. Auf dieser Versammlung wurde auch ein neuer Vorstand gewählt, der sich wie folgt zusammensetzt:

President:

Prof. Myron L. Belfer, MD (Harvard University, Boston/USA)

Secretary General:

Prof. Per-Anders Rydelius, MD, PhD (Karolinska Institut, Stockholm/Schweden)

Treasurer:

Prof. John Sikorski, MD (University of California, San Francisco/USA)

Past President:

Prof. Helmut Remschmidt, MD, PhD (Universität Marburg/Deutschland)

Permanent Secretary und Archivist:

Kari Schleimer PhD (Akarp/Schweden)

Honorary Presidents:

Prof. James E. Anthony, MD (Cherry Chase, USA)

Prof. Gerald Caplan, MD (Jerusalem, Israel)

Prof. Colette Chiland, MD PhD (Paris, Frankreich)

Vice-Presidents:

Prof. Ernesto Caffo, MD (Modena, Italien)

Phyllis Cohen, Ed.D. (New Haven, USA)

Prof. Michael Hong, MD PhD (Seoul, Korea)

Prof. Barry Nurcombe, MD (Brisbane, Australien)

Prof. Amira Seif El Din, MD (Alexandria, Ägypten)

Prof. Samuel Tyano, MD (Petah-Tiqva, Israel)



Assistant Secretaries-General:

Prof. Nese Erol, PhD (Ankara, Türkei)

Prof. Marie Rose Moro, MD, PhD (Bobigny, Frankreich)

Prof. Luis Augusto Rohde, MD, MSc, DSc (Porto Alegre, Brasilien)

Adjunct Secretaries:

Prof. Howard Cooper, MD (Victoria, Australien)

Prof. John Fayyad, MD (Beirut, Libanon)

Prof. Saadaki Shirataki, MD, PhD (Nishinomiya, Japan)

Prof. Robert Vermeiren, MD (Amsterdam, Niederlande)

Prof. Andreas Warnke, MD (Würzburg, Deutschland)

Prof. Yi Zheng, MD (Beijing, China)

Prof. Brian Robertson, MD (Constantia, Südafrika)

Councillors:

Prof. Salvador Celia, MD (Porto Alegre, Brasilien)

Prof. Peter Jensen, MD (New York, USA)

Kari Schleimer, MD, PhD (Akarp, Schweden)

Prof. Martin Schmidt, MD, PhD, ScD (Mannheim, Deutschland)

Prof. Kosuke Yamazaki, MD, PhD (Kanagawa, Japan)

Monograph Editors:

Prof. Martine F. Flament, MD, PhD (Ottawa, Kanada)

Prof. Elena Garralda, MD (London, U.K.)

Bulletins Editors:

Prof. Cynthia R. Pfeffer, MD (New York, USA)

Prof. Jocelyn Hattab, MD (Jerusalem, Israel)

Editor Emeritus:

Prof. Colette Chiland, MD, PhD (Paris, Frankreich)

*Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt*

# **Die Zukunft erschaffen?**

## **Bericht vom V. Europäischen Kongress für Familien- therapie und Systemische Praxis (EFTA)**

**in Berlin vom 29.9. bis 2.10.2004**

Die Anfrage für einen Kongressbericht brachte mich in einen Zwiespalt: Sollte ich eine möglichst objektive oder gar wohlwollende, weil „unserer Sache“ dienende Darstellung liefern oder eher meinen subjektivem Eindruck im Sinne konstruktiver Kritik wiedergeben? Als Teilnehmer und Referent und angesichts von Hunderten von Veranstaltungen während der Tagung kann meine eigene Sichtweise nur einen persönlich gefärbten Schlagschatten auf das Gesamtgeschehen liefern. Um dem Dilemma zu entkommen, zu Beginn also eine der Presseerklärungen der Veranstalter, im Wesentlichen unverändert:

„creating futures – Systemische Dialoge in Europa“ lautete das Thema des V. Europäischen Kongresses für Familientherapie und Systemische Praxis 29.9. – 2.10. 2004 im International Congress Centrum Berlin. Familientherapeuten, Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter konnten sich vier Tage lang in Seminaren, Workshops und Vortragsveranstaltungen weiterbilden und ihre Erfahrungen mit Kollegen aus ganz Europa austauschen.

Zu der viertägigen Veranstaltung kamen mehr als 3500 Teilnehmer aus 41 Ländern. Ausgerichtet wurde die Tagung von der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) und der Systemischen Gesellschaft (SG). Sie bot Fachleuten aus Wissenschaft, Medizin, Psychologie, Pädagogik, Beratung und Organisationsentwicklung ein Diskussionsforum mit breitem Veranstaltungsangebot: Etwa 600 renommierte Experten aus 20 Ländern referierten über die systemische Arbeit in Wissenschaft und Praxis.

Die vier Tage waren thematisch aufgegliedert in:

- Zukunft für Gesundheit: Gesundheitspolitische Aspekte in einer globalisierten Welt
- Zukunft für Kinder: z.B. Säuglingsforschung, Jugendhilfe, Familiengewalt
- Zukunft für Systemische Therapie: ... in klinischen Feldern wie Psychiatrie, Sucht, Systemische Familienmedizin
- Zukunft für Systemische Praxis: z.B. Organisationsberatung, Konfliktmanagement, Supervision, Multikulturalität, Mediation.

Die Veranstalter gaben mit dem EFTA-Kongress einen Überblick über die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten der Systemischen und Familientherapie. Sie stießen den Dialog darüber an, wie sich systemisches Denken für die Lösung menschlicher Probleme sowie die Behandlung körperlicher und seelische Leiden nutzen lässt. Im Rahmen der Tagung zeigten die Experten, wie es schulenübergreifend für die Therapie von Kindern und Familien, für die Beratung von Institutionen und Organisationen, für Länder und Ländergemeinschaften einzusetzen ist.

Die EFTA ([www.efta-europeanfamilytherapy.com](http://www.efta-europeanfamilytherapy.com)) ist der europäische Verband für Systemische Therapie und Familientherapie. 1990 gegründet, hat er sich 2001 neu organisiert. Ziel der Gesellschaft ist die wissenschaftliche und berufspolitische Vertretung und Verbreitung der Familientherapie und des systemischen Ansatzes in Europa. Bewusst hat sie sich für Berlin als Veranstaltungsort entschieden. Mit einem Kongress mitten in Europa setzt sie Zeichen: Auch die osteuropäischen Nachbarn sollen stärker eingebunden werden.

Soweit die Presserklärung der Veranstalter.

In der Tat war dies ein beeindruckender Kongress, sowohl von der Größe, als auch von der Breite der behandelten Themen, als auch vom Anspruch her. Letzterer bestand ja keineswegs nur darin, die Mitte Europas zu markieren, sondern ganz handfest auch in einer berufspolitisch motivierten Demonstration: Die maßgeblichen bundesdeutschen Institutionen und Gremien, allen voran die Bundesregierung, sollten zur Aufgabe der unsinnigen Diskriminierung der Systemischen Therapie gegenüber anderen Psychotherapiemethoden aufgerufen werden. Diese Markierung von Präsenz ist sicherlich gelungen, wengleich eine abschließende Würdigung der

Wirkung des Großereignisses erst nach Eingang des Presseechos zur Tagung möglich sein dürfte. Neben dem Dank an die Veranstalter und die ReferentInnen gebührt vor allem den TeilnehmerInnen dafür Respekt, dass sie sich auf die kostenintensive und anstrengende Reise nach Berlin aufgemacht haben und damit diese Demonstration ermöglichten.

Denn: viel wirklich Neues gab es nicht, dafür wurde das Bekannte wirksam platziert und „Fachfremdes“ integriert. Mit den Hauptvorträgen der ersten beiden Tage setzten die Veranstalter dazu wichtige Akzente: Die Integration der Neurobiologie<sup>1</sup> (Roth), der Säuglingsforschung (Stern) und der Bindungsforschung (Crittenden) in den systemischen Diskurs kann den längst überfälligen Anschluss an die Scientific Community der Humanwissenschaften schaffen, der vom BKJPP, obwohl keine wissenschaftliche Gesellschaft, längst vollzogen wurde. Nach Maturanas und Varelas<sup>2</sup> bahnbrechenden Arbeiten geriet die Beschäftigung mit den Neurowissenschaften im systemischen Diskurs für lange Zeit in den Hintergrund. Die Erkenntnisse der modernen Säuglingsforschung wurden erst Ende der 90er Jahre unter dem Schlagwort „Gefühle und Systeme“ zum Gegenstand systemischer Reflektionen und Methodenbildung<sup>3</sup>. Bindungsangebote galten zumindest im systemischen Mainstream – die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie einmal ausgenommen - lange Zeit als suspekt.

Auch die globale Bedeutung des „6. Kondratieff“, eines weithin anerkannten wirtschaftswissenschaftlichen Erkenntnisstruktes, das psychosoziale Gesundheit als entscheidende Basisinnovation für zukünftige wirtschaftliche Standortentwicklung ansieht, einer der Kernpunkte des Vortrages von H. Stierlin („Gesellschaft und Gesundheit“), ist – ganz unbescheiden angemerkt – vom Autor dieser Zeilen bereits vor einigen Jahren auf Jahrestagungen des BKJPP und in Publikationen<sup>4</sup> referiert worden.

---

<sup>1</sup> Das letzte Heft der „Familiendynamik“ (4/2004) widmet sich ganz der Verbindung zwischen Neurowissenschaften und Psychotherapie

<sup>2</sup> Maturana, H., Varela, F.: Der Baum der Erkenntnis. Bern (Scherz) 1987

<sup>3</sup> z.B.: Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (Hrsg) Gefühle und Systeme. Heidelberg 1998

<sup>4</sup> z.B. Trost, A.: Binden-Halten-Lösen: Ein mehrdimensionales Entwicklungsmodell für die seelische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, ihrer Bezugspersonen

Sehr verdienstvoll im Sinne des Themas der Tagung war die Herausstellung der wichtigen gesellschaftlichen Probleme und ihre Verknüpfung mit systemischen Lösungsansätzen. In vielen Vorträgen und Seminaren wurde eindrucksvoll das bereits reichlich vorhandene und praxisbewährte Know-How der Systemiker in so schwierigen Arbeitsfeldern wie der Suchtarbeit, der Arbeit mit Multi-Problemfamilien, der systemischen Familienmedizin demonstriert und es wurde auf hochdifferenzierte Weise gezeigt, in wie vielen Praxisfeldern der unterschiedlichsten Art die Systemische Therapie und Beratung weitgespannte und effektive Handlungsoptionen offerieren kann. Dies sollte zum Abbau von Vorurteilen gegenüber „den Systemikern“ beitragen, ist aber (noch) keine Garantie dafür. Zwei Beispiele mögen dies erläutern:

(1) In einer Glosse des WDR mit dem Tenor: „Hilfe, jetzt verfolgen die Familientherapeuten uns schon bis nach hause (... und dichten uns Probleme an)“ wurde Mitte Oktober, offenbar auf dem Informationshintergrund der Presseerklärung zur Multiproblemfamilienarbeit<sup>5</sup>, ein übler Verriss aufsuchender systemischer Arbeit gesendet.

(2) Kürzlich<sup>6</sup> referierte der renommierte Familienrechtler Prof. L. Salgo über die bindungsverachtende Rechtspraxis vieler Familiengerichte in Deutschland, die unter dem Etikett „Systemisch“ psychisch und physisch gesundheitsgefährdende Regelungen in Umgangs- und Sorgerechtsverfahren erzwingen. Die bindungsintegrierenden Aspekte neuerer systemischer Praxis waren überwiegend nicht bekannt, systemisches Vorgehen wurde somit eher negativ konnotiert.

Es scheint also mancherorts noch ein reduktionistisches Modell systemischer Arbeit („Verstören um jeden Preis“, „die Familie gehört auf jeden Fall zusammen“, usw. zu zirkulieren. Solche Vorstellungen stammen vermutlich aus der Zeit der frühsystemischen Abgren-

---

nen und ...ihrer Helfer - Bedingungsfelder - Herausforderungen – Chancen. In: Kretz, G.(Hrsg.): Lebendige Psychohygiene 2000 plus. München 2002

<sup>5</sup> 5. EFTA-Kongress 29. September bis 2. Oktober 2004 in Berlin: Multiproblemfamilien erfolgreich therapieren: Aufsuchende Familientherapie | Pressemitteilung 21.9.2004 (Quelle: [www.dgsf.org](http://www.dgsf.org))

<sup>6</sup> Auf dem Kongress „Kinder ohne Bindung“ in München 29.-30.10.2004

zungspraxis gegenüber anderen Verfahren; sie stimmen nicht mehr und sie sind dem Ziel der (auch krankenkassenrelevanten) Anerkennung nicht gerade förderlich.

Durch die im Vorfeld lancierten Presseerklärungen zu den unterschiedlichen Themenbereichen und die internationale Beteiligung in den meisten Arbeitsfeldern stellte dieser Kongress die aktuelle systemische Theorie und Praxis auf eine breite Basis und es bleibt zu hoffen, dass die Medien die Message auch halbwegs inhaltsgetreu transportieren....

Doch zurück zum Motto des Kongresses - „creating futures“: In der Tat geht Zukunftsentwicklung nicht ohne systemisches Denken und Handeln, aber, etwas ketzerisch gefragt: Was ist daran noch originell? Das systemische Vokabular und bestimmte typisch systemische Sicht- und Handlungsweisen sind in den vergangenen Jahren nach anfänglichen, durchaus hartnäckigen Widerständen überraschend schnell von „anderen“ Therapie- und Denkrichtungen assimiliert worden. Dazu gehören die Psychoanalyse, die Bindungs- und Säuglingsforschung, die Verhaltenstherapie, Supervision, OE und der große Bereich der Sozialen Arbeit.

Was bleibt dann als Spezifikum der Systemischen Therapie, Arbeit, Forschung? Geht es eher um einen Abgrenzungsprozess oder um eine besondere Bereitschaft, Befähigung zum Dialog und zur Begegnung? Das Letztere trifft sicher eher den von systemischer Praxis formulierten Anspruch: „Vom Entweder-oder zum Sowohl-als-auch kommen“, „Die Perspektive des anderen einnehmen...“, usw. und sollte auch bei einem Großereignis wie diesem realisiert werden.

Die Veranstaltung geriet jedoch meinem Eindruck nach zu sehr zum klassisch-wissenschaftlichen Kongress mit einer Unzahl von Vorträgen und Mini-Symposien, Posterausstellungen etc. im sehr weitläufigen Gelände des ICC. Damit wurden leider Chancen zu „gut systemischen“ Begegnungsformen zugunsten einer prägnanten, aber „klassischen“ Positionierung nach außen verschenkt.

Unübersichtlichkeit, oft zu kleine oder viel zu große Räume (bei weitgehender organisatorischer Unflexibilität des ICC), Hetze zwischen den Veranstaltungen waren der Preis. Ein ungeschicktes Ca-

tering ließ die kurzen Kaffeepausen zu nervigen Stop 'n Gos ohne Garantie auf Erfolg werden. Von manchen TeilnehmerInnen wurde so das Ganze als anstrengend und dabei inhaltlich wenig ergiebig erlebt.

In den von mir besuchten Subplenarveranstaltungen und Symposia wurde die Funktion des Vorsitzes nicht so ausgestaltet, dass es wirklich zum Gespräch kommen konnte. Vor allem fehlte eine organisierte Austauschmöglichkeit mit den immerhin über 1000 ausländischen TeilnehmerInnen, beispielsweise im Sinne von konstanten „Reflecting-Groups“, die das Gehörte und Erlebte nachklingen lassen und damit Begegnung schaffen könnten. Ein solches oder ähnliches Angebot wurde von manchen TeilnehmerInnen vermisst. Das die Beurteilung einer Tagung für viele Menschen maßgeblich prägende Grundgefühl: „Hier habe ich mich wohlgefühlt“, musste man sich reframend und initiativ hart erarbeiten, wenn man sich nicht nur in seinen „home groups“, also in den Kreisen, wo man sich sowieso kannte, bewegen wollte.

Ein positives Beispiel lieferte ein niedergelassener systemisch arbeitender kinderpsychiatrischer Kollege aus Berlin: Er bot per Aushang eine Praxisbesichtigung mit Mittagessen ein. Über 20 TeilnehmerInnen aus verschiedenen Ländern folgten dieser Einladung.

Und: Das Tagungsfest war trotz der vielen Menschen in den engen Räumen ein Erfolg. Immerhin konnte man zu vorgerückter Stunde archaisch abtanzen, und so manche internationale Begegnung ergab sich in unmittelbar analoger Kommunikation jenseits fachlich-systemischer Theorie und Praxis....

Zugegeben: mein Anspruch ist hoch, oder ist er doch nur anders? Als in der Wolle gefärbter Systemiker, Gruppenleiter (TZI) und neurobiologisch sowie bindungstheoretisch denkender und fühlender Kinder- und Jugendpsychiater muss ich die herausragende Bedeutung affektiver und emotional ansprechender Elemente auch solcher Kongresse betonen. Eine sich selbst als avantgardistisch, gesellschaftspolitisch relevant und visionär („creating futures“) sehende Bewegung wie die der Familientherapie und systemischen Arbeit muss sich daran messen lassen, wie sie Intellekt und Emotionen, soziale Zugehörigkeitsbedürfnisse und Halt gebende Strukturen auch in einer Kongressform berücksichtigt, zumal das „Dialogische

Prinzip“ expliziter Bestandteil des Kongressprospektes war. Hier wäre meiner Meinung nach noch einiges zu tun, wenngleich ich mich darüber freue, dass die Grundrichtung stimmt und die Präsenz der Systemischen Therapie und Beratung in Deutschland und Europa wirkungsvoll dargestellt wurde.

*Prof. Dr. Alexander Trost*



## Buchrezensionen

Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.): **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual.** Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber. 2003. 203 S., 29,95 €

Nach dem Beispiel der seit 1996 eingeführten Erwachsenen-OPD (OPD-E) hat sich eine eigene Arbeitsgruppe für das Kindes- und Jugendalter zusammengefunden, die wie schon das o.g. Vorbild versucht zwischen ausschließlich deskriptiven Systemen und psychodynamischer Diagnostik zu vermitteln. Die Koordinationsaufgaben der Arbeitsgruppe übernahmen Dieter Bürgin aus Basel, Franz Resch aus Heidelberg und Michael Schulte-Markwort aus Hamburg. Die Erarbeitung der OPD-KJ kann als Ergebnis einer multidisziplinären Kooperation zwischen Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten gesehen werden. Viele unterschiedliche Denkansätze und therapeutische Erfahrungen fanden hier einen gemeinsamen Nenner, der eine klassische psychoanalytische und psychodynamische Sichtweise auch um entwicklungspsychologische Ansätze erweitert und auf einem multidimensionalen Modell der Entstehung von psychischen Störungen basiert. Dieses diagnostische Instrument beschränkt sich auf das subjektive Erleben und Handeln und kann als Ergänzung einer behavioralen oder nosologischen Klassifikation, z.B. des multiaxialen Klassifikationssystems der Kinder- und Jugendpsychiatrie (MAS) angesehen werden. Dieses diagnostische System wird bei allen Achsen grundsätzlich in Alters- oder Entwicklungsstufen differenziert. Die Stufe 0 umfasst Neugeborene und Kinder bis zum Alter von 1,6 Jahren. Stufe 1 umfasst Kinder im Alter von etwa 1,6 bis 6 Jahren, Stufe 2 erstreckt sich von etwa 6 bis 12 Jahren und Stufe 3 etwa ab dem 12. Lebensjahr. Die OPD-KJ besteht aus vier Achsen, die einen Weg von außen nach innen beschreiben. Es wird eine komplexe Erfassung psychodynamischer Prozesse unter Berücksichtigung der Entwicklung angestrebt. Ein wichtiges Anliegen ist es, die Unschärfe und Vieldeutigkeit wichtiger psychoanalytischer Konstrukte durch Operationalisierung zu reduzieren. Durch die hohe Einschätzungsübereinstimmung der Diagnostiker kann es dazu beitragen, im klinischen sowie wissenschaftlichen Bereich die Austauschbarkeit und Transparenz diagnostischer und psychotherapeutischer Prozesse zu steigern. Die Achsen

Beziehung – Konflikt - Struktur und Behandlungsvoraussetzungen bilden das Grundgerüst dieser Operationalisierung, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Im Rahmen einer psychiatrischen und psychologischen Untersuchung werden bei Kindern und Jugendlichen in der Regel die wichtigsten Bezugspersonen (meist die Eltern) berücksichtigt. Die Beurteilung der Beziehungsdynamik auf der Eltern-Kind- Ebene ist klinisch relevant. Mit Hilfe der Beziehungssachse soll die Beziehung des Kindes/Jugendlichen zum Untersucher sowie zu wichtigen Bezugspersonen, einschließlich der Familiendynamik, eingeschätzt werden. Die Konfliktachse soll die widerstreitenden Verhaltenstendenzen und Motive, die als intrapsychische Konflikte zeitliche Begrenzungen überdauern und in Generalisierungs- sowie Internalisierungsprozessen münden können und Einfluss auf Beziehungen ausüben oder entwicklungshemmend sind, darstellen. Die Achse Psychische Struktur versucht das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen zu erfassen. Strukturelle Störungen können als Folge von umweltbezogenen Entwicklungsdefiziten oder fehlgeleiteten Erfahrungen auftreten. Ebenso können z.B. Intoxikationen, hirnorganische Prozesse u.a. strukturelle Defizite hervorrufen. Schließlich bildet die Achse Behandlungsvoraussetzungen andere wichtige subjektive Einschätzungen der Kinder/Jugendlichen ab, die für eine weitere Therapieplanung sinnvoll sein können. Hier handelt es sich um die Krankheitswahrnehmung, Krankheitshypothesen und Ressourcen sowie Therapievorsetzungen im Sinne von Einsichtsfähigkeit, Behandlungsmotivationen, Krankheitsgewinn sowie Therapie-/Arbeitsbündnisfähigkeit. Die Erhebungsbögen können unentgeltlich über die Homepage des Hans Huber Verlages abgerufen und ausgedruckt werden: <http://verlag.hanshuber.com/opdkj/>.

Der psychodynamisch orientierte Psychotherapeut bekommt mit dem OPD-KJ diagnostische Kategorien, die ihm dabei helfen können, eine Indikation zu stellen und ebenso die Durchführung spezifischer therapeutischer Maßnahmen zu erleichtern. In der psychotherapeutischen Ausbildung kann es für den Lernenden hilfreich sein Beobachtungen und Eindrücke zu präzisieren und mitteilbar zu machen. In der klinischen Praxis können Veränderungen im Behandlungsverlauf genau dokumentiert werden. Diese Eigenschaften könnten ausgezeichnet auch im Rahmen eines Qualitätsmanagements und in der Psychotherapieforschung genutzt werden. Es handelt sich jedoch um ein diagnostisches System, das nur von ei-

nem intensiv geschulten Diagnostiker, der mit den Grundlagen des psychoanalytischen Verständnisses von Störungen vertraut ist, verwendet werden kann. Ein intensives Training in der Interviewführung sowie Gestaltung der Spielsituation wird vorausgesetzt. Eine Schulung in der Datenerhebungs- und Auswertungsmethodik ist erforderlich. Eine Schwierigkeit in der Handhabung könnte daraus entstehen, dass nicht nur das unmittelbar beobachtbare Geschehen, sondern auch unbewusste Prozesse interpretiert werden. Das von dem Kind/Jugendlichen in der Interaktion dargebotene szenische Material muss mit genügend Aufmerksamkeit beobachtet und bewertet werden. Die Befunderhebung erfolgt in mehreren Schritten mit der Familie, mit dem Kind/Jugendlichen allein sowie mit den Eltern allein und umfasst Gespräche, ein Spiel sowie ein projektives Verfahren. Die Sitzungen werden protokolliert und/oder mit Hilfe einer Videokamera aufgenommen. Danach erfolgt die Auswertung mit der Interpretation des sprachlichen und szenischen Materials.

Mit dem OPD-KJ ist ein wichtiges Instrument zur diagnostischen Operationalisierung psychodynamischer Aspekte für das Kind- und Jugendalter entstanden mit dem sich jeder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tätige vertraut machen sollte. Wegen der relativ komplexen Durchführung und der differenzierten Auswertungsmethodik wird die Anwendung leider, zumindest in der nächsten Zukunft, vermutlich überwiegend dem Ausbildungs- und Forschungsbereich vorbehalten bleiben.

*Dr. Bodo Pisarsky, Berlin*

Wilhelm Rotthaus & Hilde Trapmann: **Auffälliges Verhalten im Jugendalter**. *Handbuch für Eltern und Erzieher - Band 2*. verlag modernes lernen Borgmann KG, Dortmund. 2004, 352 S., 17.50 €

Dieser jetzt neu erschienene Band stellt die Ergänzung zum im letzten Forum-Heft rezensierten Band 1 „Auffälliges Verhalten im Kindesalter“ dar.

Auch hier stehen Aspekte der Erziehung im Vordergrund – daher erfolgt die Gliederung nach Symptomen und nicht nach Syndromen oder Diagnosen. In alphabetischer Reihenfolge werden Verhaltensauffälligkeiten von B wie „Brandstiftung“ bis Z wie „Zwangsstörung“ abgehandelt. Bei der Aufteilung der beiden Bände in „Kindesalter“ und „Jugendalter“ sollte unbedingt berücksichtigt werden, dass beide Bände als Ergänzung zu sehen sind und nicht als jeweils in sich abgeschlossene Werke: Im Gegensatz zu Band 1 ist in Band 2 kein Kapitel zu A wie „Aggressivität“ enthalten. Da Aggressivität aber auch im Jugendalter vorkommt und die AutorInnen sicher Redundanzen zwischen Band 1 und 2 vermeiden wollten, empfiehlt es sich dringend, beide Bände zu studieren, auch wenn man es „nur“ mit Jugendlichen zu tun hat. Umgekehrt gilt dies auch für alle „Kind zentriert“ Arbeitenden, da auch im Kindesalter Themen wie „Depressive Störungen“, „Posttraumatische Verhaltensauffälligkeiten“, „Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern“, „Übergewicht“ oder „Zwangsstörungen“, die nur in Band 2 abgehandelt werden, wichtig sind.

Auch in Band 2 ist jedes der Kapitel in die drei Abschnitte „Wahrnehmen und bewerten“, „Zuordnen und verstehen“ und „Lösungen anregen und möglich machen“ gegliedert. Am Ende jedes Kapitels werden wiederum Hinweise auf weiterführende Literatur gegeben sowie auf Kapitel, die an das Thema anschließen.

Beide Bände sind allgemeinverständlich sowie systemisch, verhaltenstherapeutisch und lösungsorientiert geprägt und fordern oftmals zu differenzierter Betrachtung des auffälligen Verhaltens des Kindes sowie des Kontextes bzw. der situativen Bedingtheit auf.

Die Kapitel enthalten viele Vorschläge für Erziehungsmaßnahmen und Informationen zu pädagogischen und therapeutischen Möglichkeiten.

*Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen*

Wilson, Jim: **Kindorientierte Therapie. Ein systemisch-kooperativer Ansatz.** Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. 2003. 175 S. 24.95 €

Jim Wilson arbeitete zunächst als Sozialarbeiter und Familientherapeut am Family Institute in Cardiff, Wales, uns ist mittlerweile Direktor des Zentrums für Kindorientierte Praxis am Institut für Familientherapie in London. Sein Hauptinteresse gilt der Verbindung von lösungsorientierten, narrativen und systemischen Ansätzen, der Einbeziehung von künstlerischem Theaterspiel und Geschichtenerzählen in die Praxis der Familientherapie sowie der Rolle der sozialen Klassenzugehörigkeit für die therapeutische Beziehung.

Jim Wilson zeigt in diesem Buch, was es bedeutet, Therapie, Beratung, Fürsorge und Betreuung aus einer kindorientierten Perspektive zu betreiben. Im Mittelpunkt steht das Bemühen, Zugang zum Kind zu gewinnen, mit ihm zu arbeiten und sich gleichzeitig den systemischen Blick auf den familiären und weiteren Kontext zu bewahren.

In vielfältigen Beispielen wird gezeigt, wie sich aus einer Haltung von Neugierde, Offenheit, Respekt und Interesse heraus Fragen und Vorschläge entwickeln lassen, die für das Kind und seine Angehörigen neue Ideen und neue Sichtweisen eröffnen und so Veränderungen ermöglichen.

Im Kaitel „Bezugsrahmen für das kindorientierte Arbeiten“ stehen Aspekte der Bedeutung von Theorie allgemein und Themen wie z. B. „Macht und Authentizität“ im Vordergrund.

„Das Kind im therapeutischen Kontext: Die wichtigen Personen einladen und beraten“ beschäftigt sich mit Fragen, wer und wie zu Therapiesitzungen eingeladen werden kann. Hierbei werden auch getrennt lebende Eltern, ältere Familienangehörige und andere professionelle Helfer berücksichtigt.

„Eine Beziehung aufbauen: Die erste Begegnung“ behandelt Fragen des Tempos, wie man in die Welt des Kindes eintreten kann, Herstellung eines Kontextes von Kompetenzen und typische Herausforderungen.

Kindorientiertes Fragenstellen erläutert Wilson anhand von Multiple-Choice-Fragen, ressourcenorientierten Fragen, verhaltenswirksamen Fragen, gefühlsorientierten Fragen, Anregungen zu Vermutungen, Skalierungsfragen, Metaphern, einleitenden Fragen und Gefahren.

Im Kapitel „Spielerische Dramen für ernste Probleme“ beschreibt Wilson die Techniken „spielerisches Gedankenlesen“ (bei dem der Therapeut seine Hypothesen den Eltern gegenüber verbalisiert und das Kind als ‚Berater‘ des Therapeuten auftritt), „Arbeit mit Mini-skulpturen“ (Verwendung von Symbolen wie z. B. Puppen, Kastanien, Holzklötzen oder Filzstiften, mit denen die einzelnen Familienangehörigen und andere signifikante Personen repräsentiert werden, die im Leben von Kindern eine Rolle spielen) und „therapeutische Rituale“ (Übergangsritus, Ritual zum Loslassen, usw.).

Im Kapitel „Formen des Schriftgebrauchs in der Therapie mit Kindern“ werden Wege aufgezeigt, verschiedene Formen des „einbeziehenden“ Schreibens genutzt werden können, um den gesamten therapeutischen Prozess zu fördern (Briefe, Gedichte, Fragebogen, Frage-und-Antwort-Spiele, reflektierendes Vorlesen).

Unter „Brennende Fragen“ sind Antworten zu einigen von Workshopteilnehmern öfter gestellten Fragen zusammengetragen wie z. B. „Manchmal ist keine Zusammenarbeit möglich. Was machen Sie in Situationen, in denen ein Kind sexuelle oder physische Misshandlungen aufdeckt? Wie arbeiten Sie in diesen Fällen mit den Eltern?“, „Können Sie mit einem Kind therapeutisch arbeiten, wenn Sie gleichzeitig andere gesetzliche Aufgaben der Kinderfürsorge erfüllen müssen?“ oder „Was machen Sie, wenn ein Kind Ihre Fragen nicht beantworten will?“

Im Anhang sind einige Trainingsübungen aufgeführt, die mit den im Text skizzierten Vorgehensweisen vertraut machen und eine Sensibilität gegenüber der kindlichen Perspektive fördern sollen: Untersuchen zum Einfluss persönlicher Werte und therapeutischer Voreingenommenheiten, Untersuchung die Kindheit betreffender Skripte durch Verwendung eines Genogramms, Grundhaltung (Ethos) in einer Einrichtung und die Arbeit mit Kindern, usw..

Das Buch ist eine Fundgrube für alle, die therapeutisch mit Kindern und ihren Familien zu tun haben.

*Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen*

Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann, Thomas Lemke (Hrsg.): **Glossar der Gegenwart**. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. 2004. 320 S., 12,00 €

Dieses Glossar versammelt 44 Leitbegriffe von heute, die nicht nur in unserer Gesellschaft allgemein, sondern vielfach auch auf kinder- und jugendpsychiatrischem Fachgebiet eine wichtige Rolle spielen: Aktivierung, Beratung, Branding, Community, Cool, Electronic Government, Empowerment, Erfolg, Erlebnis, Evaluation, Flexibilität, Gen, Gender, Globalisierung, Governance, Humanitäre Intervention, Intelligenz, Kontrakt, Kreativität, Kundenorientierung, Lebenslanges Lernen, Mediation, Monitoring, Nachhaltigkeit, Netzwerk, Normalität, Partizipation, Performanz, Prävention, Projekt, Risiko, Selbstverantwortung, Shareholder Value, Sicherheit, Synergie, Terror, Test, Unternehmer, Virtualität, Virus, Wellness, Wissen, Zirkulation, Zivilgesellschaft. Kritisch untersucht werden Deutungsschemata, mit denen die Menschen sich selbst und die Welt, in der sie leben, interpretieren; normative Fluchtpunkte, auf die ihr Selbstverständnis und Handeln geeicht sind; konkrete Verfahren, mit denen sie ihr Verhalten zu optimieren suchen. Die vor allem sozialwissenschaftlich geprägten Artikel verbinden wissenschaftliche Analyse mit politischer Diagnostik und Kritik.

Als Beispiel seien hier einige z. T. recht provokante Ausführungen von Ulrich Bröckling zu „Evaluation“ herausgegriffen:

Er lässt kein gutes Haar an der aktuellen Entwicklung wenn er schreibt: „Kunden- und Teilnehmerbefragungen sind nur das augenfälligste Symptom jener Epidemie, der böse Zungen den Namen Evaluationitis gegeben haben. Erfasst hat sie die bundesdeutsche Gesellschaft nach längerer Inkubationszeit irgendwann in den 1990er Jahren, ihr endgültiger Durchbruch fiel zusammen mit dem »PISA-Schock«. Inzwischen sehen manche Beobachter erste Immunisierungstendenzen. Dass das Zauberwort Evaluation etwas von seiner Strahlkraft eingebüßt hat und der Spott über die Auswertungsmanie wächst, besagt jedoch keineswegs, dass auch die tatsächliche Ausbreitung von Evaluationsverfahren zurückginge. Im Gegenteil: Vieles deutet darauf hin, dass die Praktiken der Aus- und Bewertung sich veralltäglicht und Evaluierer wie Evaluierete gelernt haben, das Evaluationsspiel zu spielen, ohne sich davon im gewohnten Gang der Geschäfte sonderlich aufhalten zu lassen.“

Den Beginn des Aufstiegs von Evaluationsverfahren als politisches Steuerungsinstrument sieht Bröckling in der Zeit der Kennedy- und Johnson-Administration in den USA: „Ein Heer von Sozialwissenschaftlern und -wissenschaftlerinnen hatte sich aufgemacht, um die Effekte jener Programme zu überprüfen, mit denen die Behörden die Armut und Kriminalität zu bekämpfen, das Bildungs- und Gesundheitssystem zu modernisieren und die Städte zu sanieren versuchten.“ ... „Mittels Evaluation sollten ganz im Sinne der damals wirkmächtigen Sozialkybernetik Rückkopplungsschleifen installiert werden, um die Interventionen des politischen Systems mit den gesellschaftlichen Erfordernissen abzustimmen und seine Steuerungskapazität zu erweitern.“

Nach Ansicht Bröcklings hat der Optimierungsfuror der Qualitätsmanager inzwischen die technokratische Hybris der Sozialplaner abgelöst: „Konzentrierte Evaluation sich früher darauf, die erzielten Wirkungen an den gesteckten Zielen zu messen, Defizite zu identifizieren und Schritte zu ihrer Behebung aufzuzeigen, so dienen die fortwährenden Aus- und Bewertungsrituale jetzt vor allem dazu, Leistungen zu vergleichen, den internen wie externen Wettbewerb zu stimulieren und so einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in Gang zu setzen: Zuerst wird evaluiert; dann wird ein Ranking erstellt; anschließend werden die Werte der Spitzenreiter als Benchmarks festgelegt und das Feld verpflichtet, den,»Besten der Besten« nachzueifern (Parole: »Einholen und überholen!«); das Ergebnis der entsprechenden Anstrengungen wird wiederum evaluiert; und so geht es immer weiter. Das Ganze gleicht einem sportlichen Ausscheidungskampf, bei dem in jeder Saison über Auf- und Abstieg neu entschieden wird. Bundesliga ist überall.“ Bröckling weist jedoch darauf hin, dass im Unterschied zum Sport bei der Evaluation eines Hochschulinstituts oder einer Außendienstmitarbeiterin keinesfalls immer schon klar ist, was mit welchen Verfahren gemessen und welche Leistung wie gewichtet werden soll: eingeworbene Drittmittel, Studienabsolventen oder Anzahl der Veröffentlichungen? Umsatzsteigerung, neue Kundenkontakte oder Rückgang der Reklamationen? „Leistung ist eine Definitions- und damit eine Machtfrage. Wer die Indikatoren festlegt, entscheidet, wenn auch indirekt, über die Ergebnisse. Die Evaluationsmacht legitimiert sich über ihre Objektivität: Sie weist nicht willkürlich Ränge zu, sondern gibt einheitliche Maßstäbe vor, nach denen alle beurteilt werden. Das zeitigt paradoxe Effekte: Weil die Position im Ranking weit reichende



Folgen hat - Beförderung oder Entlassung, Aufstockung oder Kürzung des Budgets -, richten die Evaluierten ihr Verhalten prospektiv auf die zu Grunde gelegten Kriterien hin aus. Man tut, was gemessen, und unterlässt, was vom Bewertungsraster nicht erfasst wird. Evaluation schafft so erst die Wirklichkeit, die sie zu bewerten vorgibt, und erzeugt statt der allseits beschworenen Innovationsfähigkeit »einen Aggregatzustand betriebsamer Konformität«.

Als Beispiel nennt Bröckling den *citation index*: „Diese nach Disziplinen geordnete Rangliste dokumentiert, wie häufig die Veröffentlichungen eines Wissenschaftlers in den einschlägigen, nach Einfluss gewichteten Fachorganen erwähnt werden, und gilt inzwischen als internationale Leitwährung wissenschaftlicher Reputation. Dass die Zitationsrate über die Besetzung von Lehrstühlen oder die Vergabe von Forschungsmitteln entscheidet, hat den akademischen Betrieb selbst nachhaltig verändert: Wissenschaftler schreiben keine Monografien mehr, weil diese weniger „wert“ sind. Forschung, die Ergebnisse produziert, die besser in Bücher passen als in Aufsätze, unterbleibt. Koautorenschaften nehmen zu. Interessantes Material, das gut in einem Aufsatz Platz gefunden hätte, wird auf zwei oder drei Aufsätze ausgewalzt. Nicht mehr die Aufhellung ungeklärter Phänomene und erst recht nicht die Lösung praktischer Probleme ist das zentrale Anliegen, im Vordergrund steht vielmehr die Herstellung von Aufsätzen, deren Chancen, in Zeitschriften mit hohem *impact factor* veröffentlicht zu werden, sehr gut sind.“ ... „Weil Evaluation ihre Maßstäbe festlegen muss, bevor es ans Messen geht, bleibt sie blind für das Neue. Das »Exzellenz«-Siegel erhalten jene, die dem *Mainstream* folgen. Wer gegen den Strom schwimmt, landet auf den hinteren Rängen. Der Leistungsvergleich stärkt gerade nicht die innovativen Kräfte, nach denen man angeblich doch händeringend sucht. Kreativität ist nicht evaluierbar.“

In Verbindung mit dem Thema „Meta-Evaluation“ verweist Bröckling auf die Qualitätsstandards der „Deutschen Gesellschaft für Evaluation“ (siehe Linktipp), einen nach Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit gegliederten und aus 25 Einzelstandards zusammengesetzten Kriterienkatalog, der zugleich das fachliche Ethos der Disziplin formuliert. Die Anforderungen erstrecken sich nicht nur auf das methodisch angemessene Vorgehen bei der Datenerhebung, -auswertung und -dokumentation, sondern auch auf die Auswahl der beteiligten Personen.

Zur Beziehung zwischen Evaluation und Test meint Bröckling: „Methodische Ansprüche wie Validität und Reliabilität, aber auch der Einsatz standardisierter Messinstrumente verbindet Evaluationsverfahren mit Tests. Wie diese etablieren sie ein Kontrollregime und folgen dabei dem demokratischen Prinzip des *one man, one questionnaire*. Gleich sind sich alle zumindest darin, dass sie mit dem gleichen Maß gemessen werden. Während jedoch Eignungs- oder Intelligenztests die *Leistungsfähigkeit* bzw. *-bereitschaft* erheben und die Probanden dazu unter Laborbedingungen standardisierte Aufgaben ausführen lassen, bewerten Evaluationen die im »Normalbetrieb« tatsächlich *erbrachten* Leistungen. Wichtiger noch ist eine andere Differenz: Tests liefern keine Beurteilungen Dritter und sind deshalb anders als Evaluationen außer Stande, das zu messen, was den gemeinsamen Bezugspunkt aller Qualitätsdiskussionen markiert - die Kundenzufriedenheit. Wer einen Evaluationsfragebogen ausfüllt, wird stets als Kunde angesprochen, gleich ob er eine Vorlesung besucht, Wohngeld beantragt oder sich einer Operation unterzogen hat. Er ist der König, dessen Meinung, wenn auch nur statistisch gemittelt, zählt. Diejenigen, die beurteilt werden, finden sich dagegen in der Rolle von Lieferanten wieder. Sie sollen mit ihren Produkten oder Dienstleistungen die Wünsche und Bedürfnisse derjenigen befriedigen, die ihnen genau darüber ein gutes oder schlechtes Zeugnis ausstellen. Negativbewertungen fungieren dabei als Optimierungsmotor. Sie signalisieren Anpassungsbedarf und sollen ein flexibles Aussteuern ermöglichen, auf dass Angebot und Nachfrage immer besser aufeinander austariert werden. Die Rollen wechseln, und weil einer nicht nur des anderen Kunde und Lieferant, sondern auch sein Konkurrent ist, zeigen die Zufriedenheitsbarometer immer auch Marktpositionen an. Nicht »Sein oder Nichtsein«, sondern Bestseller oder Ladenhüter, »das ist hier die Frage«. Die Antwort liegt meist irgendwo dazwischen. Wo genau, das entnimmt der Hamlet von heute dem neuesten Ranking.“

Insgesamt ein spannender Reader, der viele vermeintlich selbstverständliche Fakten unserer (Behandlungs-)Gegenwart in knapper, kritischer und teils provokativer Form hinterfragt und so dazu anregt, unser alltägliches (kinder- und jugendpsychiatrisches) Handeln zu reflektieren.

*Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski*

**Linktipp:** Deutsche Gesellschaft für Evaluation [www.degeval.de](http://www.degeval.de)

---

## Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.  
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, 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). Zitieregeln: 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,

es gilt ein kleines Jubiläum zu feiern: 5 Jahre [www.kinderpsychiater.org](http://www.kinderpsychiater.org)! Seit nunmehr 5 Jahren sind BKJPP und BAG mit eigener Website online. Bisher wurde die Website rund 3 Millionen Mal aufgerufen. Zurzeit werden die Seiten durchschnittlich 15000 Mal pro Woche angeschaut, 1500 bis 3000 Mal am Tag. Es stehen mittlerweile über 2000 verschiedene Informationsseiten auf der Website von BKJPP und BAG zur Verfügung. Zu den am häufigsten aufgerufenen Seiten gehören Praxisverzeichnis und Klinikverzeichnis, aber auch Themen des Monats (Einnässen, das Recht des Kindes auf angemessene Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen) sowie die störungsspezifischen Linkzusammenstellungen finden großes Interesse. Manche Online-Artikel des Forums der Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie werden über 100 Mal pro Woche gelesen – einige bis zu 4000 Mal pro Jahr. Die Website findet nach wie vor großes Interesse. Was es Neues gibt, erfahren Sie unter der Rubrik ‚Neues‘ – es lohnt sich, alle paar Tage dort hineinzuschauen. Fehlt Ihnen dort etwas? Oder haben Sie eine Anregung, wie das Angebot noch sinnvoll erweitert werden könnte? Dann schreiben Sie mir bitte, faxen Sie oder rufen Sie mich an – Telefon- und Faxnummer, Post- und E-Mailadresse finden Sie auf [www.kinderpsychiater.org](http://www.kinderpsychiater.org)!

Ihr

*Ingo Spitzok von Brisinski*