

## Inhalt:

Editorial: Melting Pot! Learning from New York & New Orleans? <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i> .....	2
---	---

### *Themenschwerpunkt: Kinder besonders belasteter Eltern*

Einleitung: „Wenn Eltern zerstörbar werden ...“. Traumatische Belastungen eines Elternteils in der Erlebensperspektive des Kindes <i>Peter Riedesser</i> .....	8
Entwurzelte Eltern – Schwankende Kinder Psychische Probleme von Migrantenkindern <i>Hubertus Adam</i> .....	19
Frühintervention bei akut psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen <i>Andreas Krüger, Annika Brüggemann, Peter Riedesser</i> .....	33
Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken und Ansätze zur Prävention <i>Christiane Deneke</i> .....	61
Kinder körperlich kranker Eltern: Seelische Anpassungsprozesse an eine chronische Belastungssituation und präventiver Handlungsbedarf <i>Georg Romer, Miriam Haagen, Christiane Baldus, Rina Saha &amp; Peter Riedesser</i> .....	82

Multimodale stationäre Behandlung von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter <i>Martin Stolle, Ralf Radzi</i> .....	96
<i>Diskussion: Sprache und Autismus</i> .....	111
<i>Tagungsrückblick: 11. Münchner kinder- und jugendpsychiatrisches Frühjahrssymposium über Entwicklungsstörungen</i> .....	115
<i>Buchbesprechungen:</i>	
Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen .....	119
Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft .....	121
Hinweise für Autoren .....	124

*Editorial:*

## **Melting Pot! Learning from New York & New Orleans?**

Naturkatastrophen und technologische Katastrophen bzw. durch Menschen verursachte Katastrophen haben traumatogene Wirkung (Yule 1994). Dachten wir früher beim Stichwort „New York“ zunächst an die Freiheitsstatue, Wolkenkratzer und Sinatras großen Hit „New York, New York“, assoziierten wir seit Herbst 2001 vor allem die Anschläge vom 11. September: Drei Jahre, nachdem von Terroristen entführte Passagierflugzeuge in das New Yorker World Trade Center und das Washingtoner Pentagon stürzten, erinnerten sich noch fast alle New Yorker - 98 Prozent - bis ins Detail daran, wie sie diesen traumatischen Tag erlebten und was sie damals machten. Das ergab eine Umfrage unter 1000 US-Bürgern. Die schlimmen Erinnerungen wurden von alltäglichen Ereignissen wieder hervorgerufen: Ein überfliegendes Flugzeug, die Sirene eines Polizeifahrzeugs oder Nachrichten vom Irak-Konflikt. „Ich gehe nur noch selten nach Manhattan“, sagte ein 20-jähriger Student aus der Bronx. „Ich nenne das nicht Angst; ich nenne das ‚ich bin sicher‘. Ich möchte nicht dort sein, wenn es passiert.“ Eine Mutter aus Arkansas erinnerte sich genau daran, wie sie zuerst von den Anschlägen hörte, den Fernseher einschaltete und dann für den Rest des Tages davor sitzen blieb. Sie - wie zigtausende Kinder auf der ganzen Welt - sah die Flugzeuge in die World-Tradecenter-Türme krachen, sie sah die Türme einstürzen, sie sah Menschen in den Tod springen, sie sah Menschen in Panik durch die Straßen rennen. Wenn sie ein überfliegendes Flugzeug hört, denkt sie: „Das könnte ein Flugzeug sein, das uns treffen soll.“ Gefühle der Hilflosigkeit: Ein Lehrer aus Texas erzählte, dass er nach den Anschlägen von Fragen seiner Schüler überwältigt wurde, die er nicht beantworten konnte. „Ich musste zugeben, dass ich nicht wusste, was los war“, sagt er. „Ich rastete einfach aus.“ Die Erinnerung kommt immer wieder hoch. „Wenn ich eine Sirene höre, denke ich immer sofort an den 11. September. Wenn jemand schreit, denke ich an 9-11.“

„Man-made desasters“: Bzgl. der Traumatisierung junger Menschen sind in solchen Szenarien „man“ nicht nur Terroristen, sondern auch Medien-Macher und Eltern, die zulassen, dass Bilder solcher Ereig-

nisse unvermittelt mit hoher Intensität auf unvorbereitete Kinder der ganzen Welt prasseln.

Vor dem 11. September 2001 war die Welt in New York aber auch nicht so ganz in Ordnung:

- Die industriellen Arbeitsplätze sind aus der Stadt weitgehend verschwunden. Während der industrielle Arbeitsmarkt in einer wachsenden Wirtschaft für lange Zeit relativ stabile Arbeitsplätze mit guten Verdienstmöglichkeiten bot, ist das Arbeitsplatzangebot im Dienstleistungsbereich gespalten: Hochqualifizierte, bestbezahlte Tätigkeiten im Bereich der professionellen Dienste stehen neben unsicheren und schlecht entlohnten Tätigkeiten in Bereichen wie Gastronomie, Handel, Reinigung, Bewachung und persönliche Dienste. Damit bildete sich eine Polarisierung heraus, in der die besten und die schlechtesten Verdienstmöglichkeiten zugleich wachsen.

- Die Immigration in die Stadt ist seit der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg weit heterogener als davor. Dominierten zuvor die europäischen Einwanderergruppen, die sich vergleichsweise leicht den Lebensbedingungen und Anforderungen der amerikanischen Gesellschaft anpassen oder diese sogar prägen konnten, nehmen jetzt ethnische Gruppen zu, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben: die Schwarzen, die aus den *agratischen* Gebieten der amerikanischen Südstaaten nach Norden zogen, um in den industriellen Zentren Arbeit, mehr Liberalität und mehr soziale Sicherheit zu finden, sowie die Immigranten aus dem hispanischen Mittelamerika. In jüngster Zeit hat außerdem die Einwanderung aus asiatischen Ländern zugenommen.

Diese ethnisch-kulturellen Gruppen bringen ganz unterschiedliche Voraussetzungen für die Integration in die amerikanische Gesellschaft mit. Die asiatischen Einwanderer verfügen über ein hochwirksames soziales und moralisches Kapital: Arbeitsdisziplin, den unbedingten Willen zum ökonomischen Erfolg, und vor allem ein dicht geknüpftes Netz von - häufig verwandtschaftlich abgesicherten - Beziehungen, aus dem sie Informationen, Arbeitskräfte und auch Geld mobilisieren können, ohne dabei auf die Institutionen der amerikanischen Gesellschaft (z. B. das Bankenwesen) angewiesen zu sein. Die schwarzen Zuwanderer aus den Südstaaten verfügen über keine vergleichbaren Ressourcen. Seit der Sklavenzeit sind ihre verwandtschaftlichen Beziehungen fragmentiert, und sie zerbrechen immer mehr. Auch gibt es wenig Loyalität der durchschnittlichen

schwarzen Aufsteiger zu ihrer Community. Wer den Zugang zur Mittelschicht gefunden hat, verlässt seine Nachbarschaft. Damit verlieren die Ghettos der Schwarzen kontinuierlich jene Bewohner, die eine eigenständige Ökonomie und Politik in den Stadtvierteln der schwarzen Bevölkerung tragen könnten. Ihre Viertel sind ökonomisch meist von außen organisiert worden, früher von Juden, nun von Koreanern.

Die Struktur der Ökonomie und die Struktur der Immigration haben sich gewandelt. Beides zusammen bewirkt den Funktionswandel der Stadt. Sie ist nicht mehr Ort der Integration, sondern der Ausgrenzung. Die Nachfrage nach Arbeitskräften hat sich ebenso geändert wie das Angebot. Die meisten Immigranten haben keine qualifizierende Schule besucht und stehen somit nur für solche Arbeitsplätze zur Verfügung, die wenig Geld einbringen, unsicher sind und keine Aufstiegsmöglichkeiten bieten. Gleichzeitig sind sie an den innerstädtischen Wohnstandorten einer Verdrängungskonkurrenz durch die neuen professionellen Eliten ausgesetzt. Auf dem Arbeitsmarkt wie auf dem Wohnungsmarkt werden sie an den Rand gedrängt oder finden erst gar keinen Zugang. Es ist eine ‚überflüssige‘ Bevölkerung, der auch kein Wohlfahrtsstaat das Existenzminimum sichert. So leben vor allem viele Schwarze und Puertoricaner im Elend. In manchen Gebieten Harlems beträgt die Arbeitslosenquote der Jugendlichen über 60 % - die einzigen Einkommensquellen sind dann noch Drogenhandel, Einbruch oder Raub.

Auch früher schon war die Stadt durch scharfe soziale Ungleichheit und Polarisierung der Lebensmöglichkeiten geprägt. Doch schien es sich dabei noch um Pole eines Kontinuums zu handeln, auf dem es zwar unterschiedlich gute Positionen gab, die aber demselben ökonomischen System angehörten und deshalb eine - wenn auch prekäre - Integration in das gesellschaftliche System gewährleisten.

Die moderne Ökonomie der Global City garantiert dies offensichtlich nicht mehr. Die Dual City ist nicht nur polarisiert, sondern ökonomisch fragmentiert und sozial desintegriert. Der klassische Integrationsmechanismus der wachsenden Industriegesellschaft scheint erlahmt zu sein. Es bildet sich eine neue Unterklasse heraus, die dauerhaft von regelmäßiger Erwerbstätigkeit ausgeschlossen und von staatlichen Unterstützungsleistungen und verschiedenen Formen informeller und illegaler Ökonomie abhängig ist. Diese Struktur kann als funktional für die Ökonomie einer Global City interpretiert

werden oder als soziale Katastrophe, die sich dem Zynismus der weißen Mittelklasse verdankt.

Dieses Nebeneinander ist nicht friedlich: Alltäglich ist die Bedrohung in den kommerziellen Bezirken, in den Wohnbereichen der integrierten Mittelschichten - und im öffentlichen Raum. Rechnerisch wird alle 6 Minuten eine Wohnung ausgeraubt - wobei nur die bei der Polizei gemeldeten Fälle gezählt sind. Raubüberfälle, Gewalt und Drogenkriminalität sind ein öffentliches und privates Dauerthema in der Stadt - die Realität und die Angst davor steigern sich zu einer Obsession der Abwehr, des Sich-schützen-Wollens, der Abkapselung. Dies hat tief greifende Auswirkungen auf Arbeits- und Wohnorte und auf den Raum dazwischen. In den Bürohochhäusern der Battery Park City sind Überwachungsanlagen installiert, die der Phantasie von Huxleys *Schöner neuer Welt* direkt entsprechen. Jeder Besucher wird auf ein Videoband aufgenommen, das 14 Tage lang aufbewahrt wird. In jedem Flur und in jeder Toilette hängen Kameras. Sicherheitszonen sind durch Türen voneinander abgetrennt, die nur mit Codekarten zu öffnen sind. Die Beschäftigten müssen beim Verlassen des Gebäudes ihren Namen und die Nummer ihres Arbeitszimmers in eine Kamera sprechen, die Stimme kann zur Identifizierung von gefährlichen Fremden benutzt werden.

Die ehemals offene Stadt wurde mit Türen, Gittern und Kontrollen versehen. Die neue Architektur ist auf Einbunkerung orientiert. Die festungsartigen Gebäude sind nicht gegen einen Feind von außen - wie noch im Mittelalter - gerichtet, sondern gegen die eigene Bevölkerung. Die Inseln der weltbeherrschenden Ökonomie und des Luxus stehen immer isolierter in einem Meer von Armut und Elend.

Ist 2005 nun alles anders? „Fast vier Jahre nach den Terrorangriffen erlebt New York City das vielleicht größte Comeback seiner Geschichte. Die Touristen sind zurück, die Wirtschaft brummt, Hotels, Restaurants und Bars sind voll, die Broadway-Theater ausverkauft. Die New Yorker haben das Trauma des 11. September offenbar mit jener Geschwindigkeit verarbeitet, die der Stadt eigen ist. New York ging schon durch viele Krisen und war Mitte der 70er Jahre derart pleite und zerfressen von Korruption und Kriminalität, dass der damalige US-Präsident Gerald Ford die City mit seinem legendären Ausspruch „Drop Dead“ für tot erklärte. Ford lag damit ebenso falsch wie jene, die nach der Attacke auf das World Trade Center behaupteten, davon werde sich die Stadt nie erholen können.

Sie hat sich erholt. Die Aufbruchstimmung war stärker als die Angst. New York ist reicher und vitaler denn je. Und im Bush-regierten Amerika eine Oase der Liberalität und Offenheit. Nirgendwo sonst auf der Welt leben so viele Menschen unterschiedlicher Rassen, Kulturen und Religionen so friedlich miteinander. Und nirgendwo könnten deutsche Politiker besseren Anschauungsunterricht darin bekommen, dass Multikulti nicht scheitern muss und Immigration vor allem Wachstum bedeutet“ meinte Andreas Petzold im Stern vom 16.6.2005.

Doch jetzt steht New Orleans – oder besser: die Katastrophe von New Orleans - im Zentrum des Weltinteresses: In New Orleans, das fast völlig in den Fluten des Pontchartrain-Sees versunken ist, gilt Kriegsrecht. Noch immer warten entlang der Küste am Golf von Mexiko Tausende auf Rettung. In den überfluteten Straßen der Städte treiben Leichen. Wegen Seuchengefahr rief die US-Regierung den Gesundheitsnotstand aus. Vielerorts fehlen Lebensmittel und sauberes Trinkwasser, Plünderer rauben Nahrungsmitteln und Waffen aus Geschäften, Einbrecher räumen verlassene Häuser aus. Der Bürgermeister rechnet mit mehr als 1000 Toten. „Wir schießen auf Plünderer!“ Das Chaos gebiert die Urtriebe des Menschen. Mitten in den Flutgebieten greifen Plünderer um sich - archaische Abwehr setzt sich durch. In der Kinderklinik hat das Personal die Türen verriegelt: Ein Mob von Menschen lungert draußen, wartet auf eine Gelegenheit, sich auch hier zum Nulltarif zu bedienen. Bei vielen Gestrandeten, die seit Tagen ohne Wasser und Nahrung auf Hilfe warten, lagen die Nerven blank, was sich in zunehmender Gewalt entlud.

In doppelter Hinsicht sind hier die Dämme gebrochen, das Wasser kam, die Zivilisation ging verloren. Ganze Heere von Plünderern haben New Orleans in das verwandelt, was eine Zeitung am Donnerstag als „Stadt der Gesetzlosen“ bezeichnete - und das ist ausgerechnet New Orleans, jene Metropole, die bisher durch ihren entspannten Lebensstil, durch liebenswerten Charme die Welt so bezaubert hat.

Von seinen frühen Tagen an war New Orleans bekannt für seine kosmopolitische und polyglotte Bevölkerung und die zahlreichen Kulturen, die dort existierten. Die Stadt selbst hatte etwa 490.000 Einwohner, im Großraum New Orleans („Metropolitan Area“) lebten etwa 1,3 Millionen Menschen. In der Stadt lebten 28 % Weiße, 67 %

Afro-Amerikaner, 0,2 % „Native Americans“, 2,3 % Asiaten und 3 % Hispano-Amerikaner.

New Orleans war immer ein Zentrum der Musik. Es vermischte europäischen Stil mit dem aus Lateinamerika und afroamerikanischen Kulturen. Vor allem der Jazz mit Blechbläsern hat seine Wurzeln in New Orleans. Jahrzehnte später wurde es bekannt für den Rhythm and Blues. Berühmte Einwohner von New Orleans waren bzw. sind u. a. Fats Domino, Dr. John, Branford, Ellis und Wynton Marsalis, Louis Armstrong, Buddy Bolden, Harry Connick und Mahalia Jackson, aber auch Truman Capote.

1965 erlebte New Orleans bereits einmal eine schlimme Hurrikankatastrophe. Der Hurrikan Betsy setzte einen Großteil der Stadt unter Wasser und machte viele tausende Bewohner New Orleans und Louisianas obdachlos.

„Die Nation wird gestärkt aus dieser Katastrophe hervorgehen“, sagte Präsident George W. Bush am Donnerstag im Weißen Haus. Ich hoffe für Kinder und Eltern, dass er Recht hat.

*Ingo Spitzcok von Brisinski*

## **Literatur**

- Häußermann, H., Siebel, W.* (Hg.) (1993): New York - Strukturen einer Metropole. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Huxley, A.* (2004): Schöne neue Welt. Ein Roman der Zukunft. 2., Aufl. Fischer
- Spitzer, M.* (2005): Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft. Stuttgart, Düsseldorf, Leipzig: Ernst Klett
- Yule, W.* (1994): Posttraumatic stress disorders. In: M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.) Child and Adolescent psychiatry. Modern projects. 3. Ideation. Oxford: Blackwells, 392-406

*Einleitungsbeitrag*

**„Wenn Eltern zerstörbar werden ...“.  
Traumatische Belastungen  
eines Elternteils  
in der Erlebensperspektive des Kindes**

*Peter Riedesser*

I.

Von dem englischen Kinderanalytiker Donald Winnicott (1974) stammt der berühmte Satz: „There is no thing as a baby“. Er meint damit, dass es kein Baby gibt, sondern immer nur ein Baby mit einer Mutter, ein Baby mit einem Vater, ein Baby mit Eltern, ein Baby mit Regulationshilfen gebenden Pflegepersonen. So könnten auch wir als Kinderpsychiater sagen: „Es gibt kein Kind, sondern immer nur ein Kind mit einer Mutter, ein Kind in der Familie, ein Kind mit entwicklungsfördernden Erwachsenen.“

Die existentielle Abhängigkeit des kleinen Kindes von Pflegepersonen ist für uns eine solche Selbstverständlichkeit, ja Trivialität, dass wir uns kaum mehr vorstellen können, dass diese Erkenntnis noch keine 100 Jahre wissenschaftlich abgesichert ist. Der Pädiater Pfaundler (1917) beschrieb Anfang des 20. Jahrhunderts bei Säuglingen den „kachektischen Pflegeschaden“. René Spitz (1967) zeigte mit seinen bahnbrechenden - auch durch die damals bereits mögliche filmische Dokumentation erschütternden - Untersuchungen, dass Babys, denen eine hinreichend stimulierende Beziehung mit einer Pflegeperson fehlt, schwerste psychische Störungen, eine „anaklitische Depression“, entwickeln, auch wenn ihre körperlichen Bedürfnisse (Nahrung, Hygiene etc.) optimal befriedigt werden. Erik Erikson (1969) bezeichnete das Ergebnis einer hinreichend gelungenen frühen Beziehung zwischen Baby/Kleinkind und Pflegeperson als „Urvertrauen“; das Scheitern oder Ausbleiben nannte er entsprechend „Urmisstrauen“.



Einige Jahre später erregte John Bowlby (1975) mit seinen bahnbrechenden Arbeiten, die er u. a. im Auftrag der WHO durchführte, weltweit Aufsehen. Er kombinierte Erkenntnisse der Verhaltensbiologie der Primaten mit psychologisch-psychoanalytischen Konzepten und entwickelte daraus die Theorie der Bindung, des „Attachment“, die in den letzten beiden Jahrzehnten zu einer auch interdisziplinär anerkannten und weiter ausgearbeiteten Theorie der Entwicklung der frühen Eltern-Kind-Beziehung geworden ist, im deutschen Sprachraum vor allem verbunden mit dem Namen der Entwicklungspsychologen Grossmann aus Regensburg. (Grossmann & Grossmann, 1986).

Damit wurde es möglich, die fundamentale Bedeutung des Beziehungsaufbaus zwischen Säugling/Kleinkind und Pflegepersonen empirisch abzusichern und die bekannten Bindungstypen (Typ B, Typ A, Typ C, Typ D) zu unterscheiden. Die frühen Beziehungserfahrungen schreiben sich auch in die weiteren Entwicklungsphasen ein und können das Beziehungsverhalten des Erwachsenen nicht nur zu anderen Erwachsenen bestimmen, sondern auch das Verhalten zu den eigenen Kindern.

Die weitere Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung hängt von vielerlei Einflüssen ab. Vor dem jeweils spezifischen historischen, soziokulturellen und familiären Hintergrund wird die Beziehung zwischen Kind und Pflegepersonen, meist den Eltern, von beiden Seiten immer von neuem definiert und ausgehandelt.

Unter hinreichend guten Bedingungen findet zwischen Kind und Eltern eine „Koevolution“ statt, wie es der Züricher Paartherapeut Jörg Willi (1990) nennt, in der das Stadium der völligen Abhängigkeit des Babys übergeht in die Phase der optimalen Autonomie in der Adoleszenz. Stierlin spricht hier von der „bezogenen Individuation“ (vgl. Stierlin et al., 1980), d.h. es gibt nicht nur die Alternative totale Abhängigkeit oder totale Trennung, sondern Entwicklung soll in fort-dauernder Bezogenheit auf die Elternfiguren stattfinden, ohne dass diese das Kind vereinnahmen oder ausstoßen. Auch der Adoleszente findet in der „bezogenen Individuation“ einen dritten Weg zwischen täglicher pädagogischer und emotionaler „Fesselung“ durch die Eltern einerseits und lautstarker totaler Abkapselung oder Trennung andererseits.

Unsere tägliche Arbeit als Kinder- und Jugendpsychiater besteht zum großen Teil darin, die Entwicklungslinien gelingender oder

misslingender Eltern-Kind-Beziehung zu identifizieren und hilfreich zu beeinflussen, ganz gleich ob wir einzeltherapeutisch mit Elternberatung oder familientherapeutisch arbeiten, und wir sind in unseren Kliniken täglich Zeugen von Entgleisungen der Eltern-Kind-Beziehung, die in verschiedenen Entwicklungsstadien dieser Beziehungen geschehen können. Oft genug sehen wir nur noch einen Teufelskreis, der durch jede Beziehungsbewegung weiter verstärkt wird. Die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen von der Kinderpsychoanalyse über die Verhaltenstherapie bis zur systemischen Familientherapie sind bemüht, diejenigen Konstellationen herauszuarbeiten, in denen der Dialog entgleist ist und immer wieder entgleist. Die einzelnen Schulen haben daraus klinisch bedeutsame Konzepte wie die der „frühen Störung“, der „ödipalen Konstellation“, der „Doublebind-Familie“ etc. entwickelt.

## II.

Dieser Beitrag und die folgenden befassen sich damit, was geschieht, wenn die Beziehung dadurch entgleist, dass einer oder beide Elternteile die Funktionen des Schutzes und der Entwicklungsförderung für ihre Kinder deswegen nicht mehr oder nur noch unzureichend erfüllen können, weil sie unter den Folgen eines psychischen Traumas oder einer schweren körperlichen oder psychischen Krankheit leiden.

Mit Hilfe des Entwicklungspsychologischen Referenzrahmens (Fischer und Riedesser, 2003) ist es nun möglich, Zeitpunkte in seiner Entwicklung zu identifizieren, zu denen das Kind besonders vulnerabel ist, wenn Mutter und/oder Vater aufgrund eines Traumas nicht als Beziehungsperson für das Kind zur Verfügung stehen, oder gar auf die Hilfe des Kindes angewiesen sind, durch die es aber überfordert ist.

In der Säuglingszeit z. B. ist das Kind extrem gefährdet, wenn die Mutter durch eine schwere Depression für eine sensitive, regulierende und stimulierende Interaktion ausfällt und das Kind mit einer Mutter konfrontiert ist, die - mit André Green zu sprechen – „psychisch tot“ ist. Oder wenn die Mutter durch eine schwere körperliche Erkrankung oder eine schwere Suchtstörung nicht nur psychisch belastet ist, sondern auch durch Krankenhausaufenthalte oder sonstige Abwesenheit häufig ausfällt.

Abb. 1 Entwicklungspsychologischer Referenzrahmen

	Entwicklungs- auf- gaben	Entwicklungs- Schwie- rig- keiten	„Trau- ma- tische Situati- on“	Bewälti- gungs- versu- che	Sym- pto- me	Interven- tion	Aufbau elterli- cher Kompe- tenz
Säugling							
Kleinkind							
Vorschul- kind							
Schulkind							
Jugendli- che/r							
Junge/r Er- wachsene/r							

In der Kleinkindzeit ist das Kind auf ein festes Bindungsfundament angewiesen, damit es sich relativ angstfrei den Entwicklungsaufgaben u. a. der lustvollen Exploration der Umwelt zuwenden kann. Es braucht das „social referencing“ der Mutter, deren Stimmung und Mimik, an denen es sich orientieren kann. Ist die Mutter übermäßig oder dauernd ängstlich, ja im Falle einer traumatischen Störung immer wieder auch panisch, überträgt sich diese Ängstlichkeit auf das Kind.

In Familien der **Holocaust**-Überlebenden finden sich diese transgenerationalen Auswirkungen, obwohl die meisten der Eltern nie über ihre traumatisierenden Erlebnisse gesprochen hatten und die Kinder nie gewagt hatten, sie danach zu fragen. Die Wissenschaftlerinnen – es waren vorwiegend Frauen, die sich damit beschäftigt haben – sprechen geradezu von einem „Pakt des Schweigens“ zwischen den Überlebenden und ihrer unmittelbaren sozialen Umwelt, vor allem ihren nach der Befreiung geborenen Kindern.

Dieser Pakt wird zwar, oberflächlich gesehen, in den meisten Familien eingehalten: es wird nicht über die Ereignisse gesprochen. Er erfüllt aber seine Zwecke – z. B. die Überwindung der Traumafolgen und die Schonung der Kinder – in den meisten Fällen nicht, weil er auf der unbewussten Ebene zwangsläufig durchbrochen wird. Durchbrochen werden kann der Pakt des Schweigens sowohl von Seiten der Kinder als auch von Seiten der Eltern.

Wenn die Kinder versuchen, sich in die nie besprochene traumatische Erlebenswelt der Eltern hineinzufühlen, deren Vorhandensein sie fühlen, entwickelt sich eine Phantasiewelt, in der sie verschiedene Rollen übernehmen: die Rollen früherer Bezugspersonen der Eltern, die Rollen des Verfolgers oder des Verfolgten. Außerdem erleben sie die Gefühle und Affekte der lebensbedrohlichen Situation. Kestenberg (1990, 1993) hat dafür den Begriff Transposition geprägt. Bergmann (1982) hat das Konzept der „Konkretisierung“ entwickelt: Die Kinder spüren durch das Schweigen hindurch die bedrohlichen Phantasien der Eltern und versuchen sich ein konkretes Bild von diesen Phantasien zu machen.

Kogan (1998) sieht, anders als Kestenberg und Bergmann, eher die Eltern als aktiven Part: Sie drängen demnach ihre Kinder unbewusst in die Rollen und Konstellationen ihrer unverarbeiteten Vergangenheit und überlasten sie auf diese Weise. Kogan unterscheidet dabei vier Konstellationen:

1. Traumatisierung des Kindes durch seine Ausbeutung für die Wiederholung des elterlichen Traumas:  
Der betroffene Elternteil überträgt die Affekte, die er weder für sich behalten, noch bewusst verarbeiten kann, auf das Kind. Er entlastet sich so von unerträglichen eigenen Erlebnissen und teilt sie auf dem Wege einer „projektiven Identifizierung“ mit diesem.
2. Traumatisierung durch emotionale Unzulänglichkeit des Elternteils:  
Die Versuche des Kindes, sich dem verstört und unzugänglich wirkenden Elternteil empathisch zu nähern, prallen von dieser unzugänglichen Haltung ab und das Kind wird so von der Erfüllung der eigenen kindlichen Bedürfnisse nach Schutz und Verständnis durch die Eltern abgehalten.
3. Traumatisierung in der Phantasie:

Das Kind sucht nach den Traumata der Eltern, die deren Unzugänglichkeit zugrundeliegen, und durchlebt sie selbst in der Phantasie und spürt auch deren Effekte.

#### 4. Traumatisierung durch Selbstverlust:

Die Eltern schließen sich sehr eng an ihre Kinder an und benutzen sie als Substitut, um ihr eigenes beschädigtes Selbstgefühl und ihre Selbststruktur wiederherzustellen. Dadurch nehmen sie dem Kind die Möglichkeit zur Entwicklung seiner Individuation. Es führt ein Substitutleben und fühlt sich von sich selbst entfremdet.

Die o. g. Autorinnen haben die Mechanismen der transgenerationalen Weitergabe von Traumatisierungen der Holocaust-Überlebenden in allen Entwicklungsphasen detailliert beschrieben, von der frühen Störung bis zu spezifischen Problemen der Adoleszenz, wo die Autonomieentwicklung und Ablösung durch schwere „Ausbruchsschuld“ der Kinder, also schweren Schuldgefühlen bei den Versuchen, sich vom Elternhaus abzulösen, geprägt sein konnte.

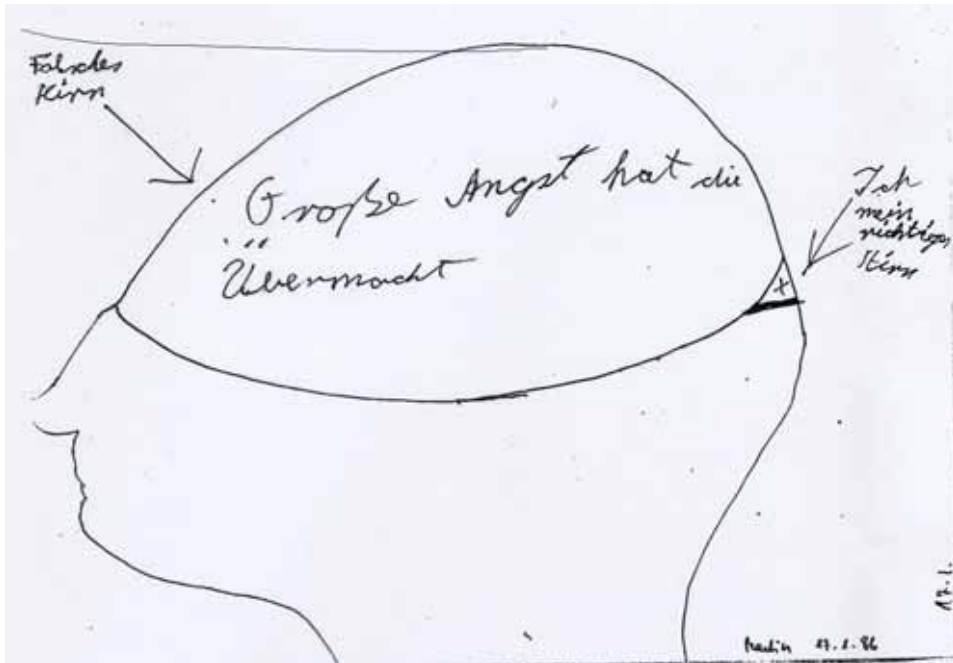
### III.

Aber auch bei **körperlichen Erkrankungen** der Eltern kann das Erleben der angsterfüllten, körperlich schwer beschädigten Eltern das Vollbild einer psychischen Traumatisierung erzeugen. Ein Schlüsselpatient für mich war vor fast 20 Jahren der damals neunjährige Martin, dessen Mutter wegen eines Mammakarzinoms operiert worden war. Nach einem Besuch bei der Mutter im Krankenhaus, bei dem er zufällig die Operationsnarbe gesehen hatte, entwickelte er schwerste Angstzustände, die er bei mir in einem Bild folgendermaßen darstellte (Abb. 2). Auf dem Bild ist fast sein ganzes Gehirn, das „falsche Hirn“, erfüllt von großer Angst. Sein „richtiges Hirn“, also der angstfreie Teil, ist auf ein ganz kleines Areal zusammengesmolzen. Heute würden wir seine Symptomatik als posttraumatische Belastungsstörung diagnostizieren, mit den Kardinalsymptomen Arousal und Intrusion (siehe spätere Beiträge).

In einer über 40-stündigen Psychotherapie mit dem Kind wurde deutlich, dass der Junge nicht nur durch die Todesgefahr für die Mutter verängstigt war, sondern dass er auch glaubte, am Krebs der Mutter mitschuldig zu sein: Er habe, wie er mir in der 35. Stunde

sagte, der Mutter regelmäßig Zigaretten geholt, was ja Krebs verursachen könne, und sei überhaupt zu oft wütend auf die Mutter gewesen und habe ihr damit schlechte Gefühle übermittelt; diese schlechten Gefühle hätten die Mutter wohl zusätzlich geschwächt und belastet.

Abb. 2



Wenn Coping-Bemühungen der Kinder missglücken, sehen wir psychopathologische Symptome. Im Umkehrschluss können wir klinisch und auch therapeutisch von der heuristisch fruchtbaren Hypothese ausgehen, dass die uns gezeigten Symptome dysfunktionale Coping-Bemühungen sind, dass also der Versuch der Lösung zum Problem, zum Symptom geworden ist.

Die Erfahrungen mit den Kindern von durch den Holocaust traumatisierten Eltern können in wesentlichen Teilen auch für das Verständnis der inneren Welt von Kindern genutzt werden, deren Eltern aus anderen Gründen bzw. bewältigbar traumatisiert oder durch schwere körperliche oder seelische Krankheiten in ihrer elterlichen

Funktion beeinträchtigt sind. Auch hier lässt sich am Entwicklungspsychologischen Rahmen (Abb. 1) nachvollziehen, wie Kinder auf verschiedenen Altersstufen verschieden auf die drohende Zerstörung der Bindungsperson reagieren. Möglich sind:

- „Frühe Störungen“ durch schwere lang dauernde Depression und damit verbundene emotionale Unzugänglichkeit der Mutter/des Vaters

- *Parentifizierung:*

Eltern, die selbst schwer krank/traumatisiert sind, können die Tendenz entwickeln, sich vom Kind „bemuttern“ zu lassen. Wenn dies nicht nur eine vorübergehende Anforderung ist, sondern zu einer fixierten Dauerüberforderung wird, und wenn das Kind die ihm zugeordnete Rolle übernehmen muss, dann führt dies u.a. zu einem zu frühen Zwang zur Autonomie und – wie Kinder dann manchmal berichten – zu einem vorschnellen Ende der Kindheit. Auch ältere Kinder kranker Eltern sind häufig in einem Konflikt zwischen der Verpflichtung, sich um die kranken Eltern zu kümmern und dem Bedürfnis nach altersgemäßer Ablösung vom Elternhaus in der Adoleszenz. Wenn Kinder Parentifizierungen aufkündigen und der kranke Elternteil mit Vorwürfen reagiert, können klinisch schwere Schuldgefühle bis in zu Selbstverletzungen beobachtet werden.

- *Pathologische Identifizierung:*

Kinder kranker Eltern können sich auf vielerlei Art und Weise mit der Symptomatik kranker Eltern identifizieren. Im psychiatrischen Bereich ist der Endpunkt die Übernahme des Systems einer psychotischen Mutter im Rahmen einer „folie á deux“. Bei Kindern körperlich schwer kranker Eltern kann es zu Konversionsstörungen kommen, welche sich an der körperlichen Symptomatik des Elternteils orientieren: Die klinische Erfahrung und die veröffentlichten Kasuistiken über Konversionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen zeigen, seit den klassischen Fällen, die von Breuer und Freud in den „Studien über Hysterie“ (1895) veröffentlicht worden sind, regelmäßig eine Identifizierung mit schwer erkrankten Eltern.

#### IV. Was tun?

Wie meistens ist auch hier die Unterstützung für Kinder umso wirksamer, je früher sie einsetzt. Die Hilfen für Kinder traumatisierter Eltern haben sich an folgenden Eckpunkten zu orientieren:

- *Kognitive Orientierung*

Damit Kinder nicht ihrer eigenen Phantasiewelt überlassen sind, brauchen sie eine altersgemäß dargebotene kognitive Orientierung über die Krankheit/Traumatisierung der Eltern und deren Ätiologie. Besonders Kleinkinder neigen dazu, eigene ätiologische Konstrukte zu entwickeln, z. B. dass sie selbst wegen böser Gedanken an der Erkrankung der Mutter/des Vaters (mit) Schuld tragen, dass z. B. die Depression der Eltern durch das Fehlverhalten des Kindes entstanden sei. Besonders bei einer psychotischen Erkrankung eines Elternteils braucht das Kind eine klare Orientierung, um dessen gesunde Anteile von den krankhaften unterscheiden zu können.

- Bei *pathologischer Identifizierung* muss im Gespräch mit dem Kind eine Differenzierung des Elternbildes erfolgen, damit es in die Lage versetzt wird, sich selektiv mit entwicklungsfördernden elterlichen Anteilen zu identifizieren und andere – krankhafte – Anteile des Elternbildes „außen vor“ zu halten. Diese auch bei Kindern gesunder Eltern erforderliche Balance zwischen Vorgängen der Identifizierung und Des-Identifizierung ist bei Kindern kranker, traumatisierter Eltern erschwert; daher brauchen diese unsere Hilfe bei der erforderlichen „Abgrenzungsarbeit“.
- Bei *Parentifizierung und Ausbausculd* brauchen die schwer kranken, traumatisierten Eltern selbst psychische Stabilisierung, damit sie nicht in Gefahr geraten, ihre Kinder in eine Parentifizierung zu zwingen und Ausbruchssculd zu provozieren. Die Kinder benötigen Hilfe bei der Nutzung von intrapsychischen Ressourcen (Hilfen beim alters- und individuumtypischen Coping), die Familie bedarf familiärer Bewältigungshilfen. Der gesunde Partner eines kranken Elternteils kann Vorbildfunktion für das kindliche Coping übernehmen. Aber auch die Ressourcen des Kindergartens, der Schule, der weiteren Verwandtschaft etc. sind einzubeziehen.



Wir müssen davon ausgehen, dass mehr als 10 % aller Kinder mindestens eine Episode einer schweren körperlichen oder psychischen Erkrankung eines Elternteils erleben müssen. Das heißt, dass wir es hier mit einer hoch bedeutsamen **Risikopopulation** für die Entwicklung psychischer Störungen zu tun haben. Unser Augenmerk sollte sich nicht nur auf eine frühe Diagnostik und Therapie richten, sondern auf die Prävention durch Sensibilisierung des medizinischen - vor allem auch erwachsenenmedizinischen - Versorgungssystems für die speziellen Gefährdungen dieser „Schattenkinder“ und die Notwendigkeit früher präventiver Beratung. Diese Arbeit an der Schnittstelle zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenmedizin ist eine große, interessante und befriedigende Herausforderung und wird in den folgenden Beiträgen von Frau Deneke und Herrn Romer im Detail geschildert.

### **Anschrift des Verfassers:**

Prof. Dr. med. Peter Riedesser  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg  
E-Mail: [riedesser@uke.uni-hamburg.de](mailto:riedesser@uke.uni-hamburg.de)

### **Literatur:**

- Bergmann, M.V* (1982) Thoughts on super-ego pathology of survivors and their children. In: Bergmann, M.S., Jucovy, M.E. (1982), Generations of the Holocaust, New York: Basic Books, 287-311
- Bowlby, J.* (1975) Bindung. München: Kindler
- Breuer, J., Freud, S.* (1895) Studien über Hysterie. Leipzig und Wien: Verlag Franz Deuticke, s. a. Freud, S. Gesammelte Werke I, Frankfurt: Fischer, 75-312
- Erikson, E.H.* (1969) Kindheit und Gesellschaft. 3. Auflage, Stuttgart: Klett
- Fischer, G., Riedesser, P.* (2003) Lehrbuch der Psychotraumatologie.. 3. Aufl., München: Reinhardt.
- Green, A.* (1993) Die tote Mutter. Psyche 47, 205-240

- 
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. (1986) Phylogenetische und ontogenetische Aspekte der Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung und der kindlichen Inhalt Sachkompetenz. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 18, 287-315*
- Kestenberg, J.S. (1990) Survivor parents and their children. In: Bergmann, M.S., Jucovy, M.E. (eds.) Generations of the Holocaust. Columbia University Press, New York, 83-101*
- Kerstenberg, J.S. (1993) Spätfolgen bei verfolgten Kindern. Psyche 8, 730-742*
- Kogan, J. (1998) Der stumme Schrei der Kinder. Frankfurt/M: Fischer*
- Pfaundler, M. (1917) Physiologie des Neugeborenen. In: Döderlein, A. (Hrsg.) Handbuch der Geburtshilfe. Bd. II: Wiesbaden: Bergmann*
- Spitz, R.A. (1967) Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett*
- Stierlin, H., Rücker-Emden, I., Wetzel, N. & Wirsching, M. (1980). Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett-Cotta, 7. Aufl. 1996*
- Willi, J. (1990) Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle. Reinbek: Rowohlt Taschenbuchverlag*
- Winnicott, D.W. (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kinder*

# Entwurzelte Eltern – Schwankende Kinder Psychische Probleme von Migrantenkindern

*Hubertus Adam*

## **Definition: Migranten- bzw. Flüchtlingskind**

Sesshaftigkeit wird immer noch als das „Normale“ und Migration eher als das „Außergewöhnliche“ betrachtet, obwohl noch im 20. Jahrhundert große Wanderungsbewegungen in Europa stattfanden. Deutschland hat im vergangenen Jahrhundert vier große Einwanderungswellen erlebt: Am Anfang des Jahrhunderts kamen Arbeiter aus osteuropäischen Ländern, insbesondere aus Polen, nach dem Zweiten Weltkrieg waren es die Flüchtlinge, die aus den abgetrennten Ostgebieten und der sowjetischen Besatzungszone – später DDR – nach Westdeutschland vertrieben wurden oder flohen – also in der Hauptsache interne Migranten –, in den sechziger Jahren dann die Arbeitsmigranten aus den Ländern des südlichen und südöstlichen Europas. Seit den siebziger Jahren kommen Flüchtlinge aus entfernten Ländern und fremden Kulturen: aus Südostasien, Lateinamerika, Westasien und fast allen Teilen Afrikas. Sie alle gehören zur großen Gruppe derer, die freiwillig oder unfreiwillig von einem Kulturkreis in einen anderen gegangen sind und als Migranten bezeichnet werden. Migration und Flucht sind also keine neuen Phänomene, auch wenn sie in der psychotherapeutischen Praxis erst seit den frühen siebziger Jahren als „neues“ Phänomen wahrgenommen werden und zu Gegenständen der medizinischen und psychologischen Forschung geworden sind.

Die Psychoanalytiker Grinberg und Grinberg (1990, S. 14) definieren Migration als „den Akt und die Wirkung des Übergangs von einem Land zum anderen mit dem Ziel, sich in diesem niederzulassen“. Durch eine derartige Einbeziehung der Auswirkungen von Migration in eine Definition, gewinnen neben der reinen geographischen Veränderung des Wohnortes psychologische und soziologi-

sche Prozesse an Bedeutung. Einen prozessorientierten Ansatz der Definition von Migration wählte die aus fünf Sachverständigen bestehende Kommission, die von der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Auftrag erhalten hatte, für den im Jahr 2000 vorgelegten Sechsten Familienbericht die Situation ausländischer Familien in Deutschland darzustellen. Die Kommission sollte den Entwicklungsprozess in Familien mit internationaler Migrationserfahrung, aber auch die Entwicklung des Verhältnisses zwischen der Aufnahmegesellschaft und diesen Familien untersuchen. Dazu definierte sie Migration als einen sozialen Prozess, dessen Spektrum „von der schrittweisen und unterschiedlich weit gehenden Ausgliederung aus dem Kontext der Herkunftsgesellschaft bis zur ebenfalls unterschiedlich weit reichenden Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft einschließlich aller damit verbundenen sozialen, kulturellen, rechtlichen und politischen Bestimmungsfaktoren und Entwicklungsbedingungen, Begleitumstände und Folgeprobleme“ reicht (Bericht der Sachverständigenkommission, 2000: 16). Diese heute weitgehend akzeptierte Definition von Migration bezieht allerdings die von Grinberg und Grinberg ebenfalls als wichtig erachteten emotionalen und beziehungsrelevanten Veränderungen des Einzelnen und die dadurch entstehenden Rückwirkungen auf andere nicht mit ein.

Pries, der Migrationsprozesse aus soziologischer Sicht untersucht hat, fand, dass diese heute – unter dem Einfluss moderner Verkehrs- und Kommunikationsmittel – anders verlaufen als noch vor wenigen Jahren, nicht mehr nach dem Muster: Abreise, Ankunft, Anpassung und evtl. Rückkehr. So genannte „Transnationale soziale Räume“ seien dadurch entstanden, dass die Migranten sich – unter anderem via Telefon, Fax, E-Mail, Fernsehen oder Banktransfers – in einem Informationsaustausch und Kommunikationsprozess mit der Herkunftsregion befinden und manche sogar vorübergehend in diese zurückkehren (Pries, 1996). Da auch immer bewusste oder unbewusste Rückkehrwünsche, Delegation von Aufgaben an die Nachgeborenen, Hoffnungen und Enttäuschungen eine Rolle spielen, beschäftigen sich Migranten oft lebenslang damit, wohin sie eigentlich gehören und wo sie leben möchten. Migration ist somit der Oberbegriff für ein breites Spektrum von Bezeichnungen für Ortswechsel. Dieses reicht von freiwilliger Wanderung über Flucht vor subjektiv erlebter Bedrohung bis hin zur erzwungenen Flucht. Flucht ist dabei insbesondere durch den demütigenden Zwang zum Orts-

wechsel gekennzeichnet und hat den ungewollten Abbruch von Beziehungen zur Folge (Brucks, 2001). Klare Unterscheidungen zwischen temporärer und definitiver Wanderung oder zwischen Migration aus wirtschaftlichen und aus anderen Gründen lassen sich immer weniger treffen.

Geht man davon aus, dass Migration eher eine biografische Erfahrung ist denn ein sozialrechtlicher Status, so finden sich in einer unklar definierten Gruppe „Migrantenkinder“ Kinder und Familien mit unterschiedlichem familiärem Hintergrund wieder: Auswanderer und Kinder in der dritten Generation sind ebenso dazu zu zählen, wie binationale Familien, Aussiedler, Flüchtlinge oder die so genannten minderjährigen unbegleiteten Flüchtlinge. Migrantenkinder in Deutschland sind ferner bezüglich Herkunft, Sprachkompetenz, traditioneller Einbindung in eine spezifische Kultur, aber auch hinsichtlich sozialem und insbesondere rechtlichem Status (inklusive der Staatsbürgerschaft) zu differenzieren.

## **Folgen von Migration**

Die Definition, was für gesund oder krank gehalten wird, ist von der Wechselwirkung zwischen Individuen, Familien und gesellschaftliche Gruppen und der natürlichen, gesellschaftlichen und politischen Umwelt abhängig und unterscheidet sich daher zwischen den Kulturen. Psychische Gesundheit wird demnach von Migranten unterschiedlicher Herkunft anders definiert und bewertet. Noch vor einigen Jahrzehnten ging man davon aus, dass Migration zu psychischen Störungen führt, heute geht man davon aus, dass Migration nicht die Ursache psychischer Störungen ist, die Migranten aber anfälliger für solche werden. Die Internationale Organisation für Migration (IOM, 2004: 19) weist in ihrem Gesundheitsbericht 2003 darauf hin, dass die Gesundheitsgefährdung durch Migration abhängig ist von

- den Motiven die zur Migration führten
- der Dauer des Aufenthaltes im Aufnahmeland
- den Barrieren, die durch die Unterschiede in Kultur und Sprache entstehen
- dem legalen Status
- der Situation in der Familie
- der persönlichen Prädisposition für psychische Krankheiten

Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie fanden bei Migranten häufig vorzeitig auftretende körperliche Verschleißerkrankungen, psychosomatische und seelische Leiden sowie familiäre Krisen infolge des mit der Migration verbundenen psychosozialen Stresses (s. dazu auch Brucks, 1987; Leyer, 1996; von Klitzing, 1982; Real, 1995; Valiente et al. 1996): Die Psychopathologie extremer Belastungssituationen, insbesondere nach Verfolgung und Konzentrationslagerhaft, haben in der Bundesrepublik von Baeyer, Häfner und Kisker 1964 erstmalig untersucht. Sie fanden, dass aus dem Verlust der vertrauten Umgebung, aber auch aus „nicht ganz so radikalen Einschnitten in die soziale Existenz“ lang andauernde Störungen des Seelenlebens resultieren können.

Auch die Kinder von Migranten entwickelten Symptome, gefunden wurden u.a. sozialer Rückzug, Ängste, Schlafstörungen, unklare Schmerzen, Dissoziationen, Enuresis, Enkopresis (Poustka, 1982) sowie Schulprobleme und Suizidalität (Storch und Pouska, 2000; Steinhausen und Remschmidt, 1982). Unklar blieben allerdings die genauen Wirkmechanismen, z.B. ob die Belastungen der Eltern dazu führen, dass sie sich wegen des erhöhten sozialen Stresses weniger um ihre Kinder kümmern können oder Erziehungskompetenzen in der neuen Umgebung verloren gehen und es dadurch zu Störungen bei den Kindern kommt. Dem familiären Zusammenhalt kommt bei der Entwicklung von psychischen Störungen bei den Kindern eine große Bedeutung zu. Kinder von Migranten, die in der Familie verblieben, entwickelten nach einer Studie von Kantor (1965) in den USA weniger psychische Symptome, als Kinder, die durch die Migration von der Familie getrennt wurden. Während Selbstkonzepte hauptsächlich von Geschlecht, Alter und aktueller Umgebung beeinflusst sind, ist nach Steinhausen et al. (Steinhausen, H.; Edinsel, E.; Fegert, J.; Gobel, D.; Reister, E.; Rentz, A., 1990) das „familiäre Selbst“ wesentlich nachhaltiger durch Kultur beeinflusst. Insbesondere Migrantenfamilien der ersten Generation, kurz nach der Ankunft in der neuen Heimat, noch geprägt durch Sozialisationsinstanzen in der Heimat, zeigen häufig ein in der Herkunftskultur verhaftetes familiäres Selbstverständnis. Bei der psychosozialen Adaptation spielte in dieser Studie, bei der u.a. griechische und türkische Einwandererfamilien mit deutschen Familien verglichen wurden, die Kultur eine größere Rolle als sozioökonomische Bedingungen. Zu einer Häufung konversionsneurotischer Sympto-

me kommt es während der Pubertät von ausländischen jugendlichen aber auch wegen der alters typischen Trieb- Ablösungs- und Identitätskonflikte (Bürgin, 1993).

Nach Schepker (2003) und den Arbeiten ihrer Gruppe sind Zuwandererkinder allerdings nicht häufiger psychiatrisch krank als einheimische. Sie schlussfolgern, dass das Nicht-Erreichen des familiären Migrationsziels ein Risiko für die psychische Gesundheit der Kinder darstellt und eine klare Identität und ein selbstbewusster Habitus die erfolgreichen Familien auszeichnen. Den subjektiven Bewertungen von Belastungen, den existierenden Netzwerken und dem Umgehen mit möglichen Problemen kommt ihrer Meinung nach große Rolle für die seelische Gesundheit der Kinder von Migranten zu (Schepker, 2002).

Oft fällt es Migrantenfamilien allerdings schwer, auf positive Ressourcen aus der Vergangenheit zurückzugreifen, dadurch wird die Trauerarbeit um die Verluste des „Guten Alten“ erschwert. Hoher Anpassungsdruck an die neue Gesellschaft im Exil ist Stress für jeden einzelnen in der Familie und auch für das Familiensystem. Oft können auch die neuen Möglichkeiten im Exil nicht ausreichend wahrgenommen werden, so dass schließlich diffuse, häufig somatisierte Beschwerden auftreten. Ferner entstehen häufig Angststörungen, Sozialphobien, Schulverweigerung oder auch Mutismus sowohl bei den Eltern, als auch bei den Kindern.

Ein wesentliches Motiv für die Migration besteht oft darin, den Kindern eine „bessere Zukunft“ zu ermöglichen. Im Vordergrund von Migration kann man aber auch den Versuch sehen, soziale und individuelle Konflikte durch Veränderung des geographischen und sozialen Kontextes zu lösen und/ oder in der Heimat nicht erfüllbare Entwicklungswünsche zu realisieren. Die vorhandenen Informationsmöglichkeiten sind oft – trotz zunehmender Globalisierung von Information - gering. Eine wesentliche Rolle spielt dabei, dass zuvor ausgewanderte Menschen häufig in der Heimat ein besseres Bild des Aufnahmelandes vermitteln, als es ihrer Erfahrung verspricht. Manchmal geschieht dies aus dem Versuch heraus, sich narzisstisch zu stabilisieren, manchmal aus Angst, sich das Versagen des eigenen Migrationprojektes einzugestehen, manchmal, damit denen zu Hause keine zusätzlichen Probleme oder Sorgen bereitet werden.

Durch das Zusammentreffen mit der neuen Kultur verändern sich fast immer familiäre Rollen und Hierarchien, was insbesondere von

den Eltern meist nicht vorhergesehen wird. Migration führt zu Veränderungen des familiären Lebenszyklus und der familiären Utopie sowie zu neuen Anpassungs- und Bewältigungsaufgaben; aber es entstehen auch Wünsche für die Zukunft. Diese Wünsche sind oft auch Abwehr und Bewältigungsversuche der Hilflosigkeit, Desorientierung, Abhängigkeit und Sprachlosigkeit im Exil. Gerade in der Phase nach dem Ankommen in der neuen Gesellschaft können die geschilderten Bedingungen die Betroffenen allerdings auch motivieren, gegen diese anzugehen. Sie können sich selbst nach Grinberg und Grinberg als „Helden“ verstehen oder, wegen entstehender Schuldgefühle, als „Abtrünnige“ (Grinberg und Grinberg, 1990: 184). Diese Schuldgefühle gegenüber den Zurückgebliebenen sowie die Wut auf das Land, welches man hat verlassen müssen, können zu Spannungszuständen oder aggressivem Verhalten führen, so dass die Integration im Aufnahmeland erschwert wird und es zur gegenseitigen Ablehnung zwischen Aufnehmenden und Ankommenden kommen kann. Die Ablehnung im Exil führt dazu, dass eigene Schuldgefühle sowie Wut auf das Heimatland nicht wahrgenommen, sondern diese Gefühle gegenüber dem Aufnahmeland empfunden werden. Dieses ist dann kein rettender Ort mehr, sondern selbst Ursache allen Übels. Das Heimatland wird dabei idealisiert und die Migranten und Flüchtlinge stellen Forderungen an die neue Umwelt. Die Migranten geraten nach Slutzki (1979) in eine Phase der Frustration und Unsicherheit. Besonders Kinder und Jugendliche haben ambivalente Gefühle hinsichtlich der eigenen Heimat oder aber der Heimat der Eltern. Die Heimat wird verherrlicht, manchmal auch verteufelt, unabhängig davon, ob die Eltern freiwillig migrierten, unter Druck gegangen sind oder vor Krieg und Verfolgung fliehen mussten.

In ihrer Arbeit zur Psychologie der Migration sieht Leyer (1991) in dem Konflikt, die Heimat bzw. das Aufnahmeland zu idealisieren bzw. abzulehnen eine wesentliche Ursache der bei Migranten häufig auftretenden psychischen Auffälligkeiten wie Ängstlichkeit oder Depressivität. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass unbearbeitete Trauer und Folgen von Trennungen nach Jahren des Aufenthaltes im Exil zur Entstehung von Depressivität führen können. Weiss, die die psychischen Folgen von Migration an Migranten in der Schweiz untersucht hat, sieht als weiteren auslösenden Faktor den Identitätskonflikt, der entstehen kann, wenn die Suche nach Kontinuität



und Anpassung in der Phase der Neuorientierung in der neuen Gesellschaft misslingt (Weiss, 2003).

Freiwillige Migration findet häufig in der Phase der Loslösung von zu Hause oder der Familienbildung statt. Migration ist daher oft mit hohen Erwartungen verbunden, real bedeutet sie jedoch meist die Konfrontation mit regressiven Zuständen der Hilflosigkeit, Desorientierung, Abhängigkeit und Sprachlosigkeit.

## **Die Kinder von Migranten**

Auch Kinder von Migranten sind Akkulturationsprozessen unterworfen, selbst wenn sie erst im Exil geboren werden. Der Akkulturationsstress der Eltern hat daher auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Kinder. Verschiedene Verhaltensweisen der Eltern wurden von Roer-Strier (1997) beschrieben: Eine Idealisierung der aufnehmenden Gesellschaft spiegelt sich in einem Verhaltensstil im Umgang mit der umgebenden Gesellschaft wider, den Roer-Strier (1997) als „Kuckucks-Stil“ bezeichnet: Die Eltern setzen die Kinder der neuen Umgebung unvorbereitet aus und geben ihnen dabei keinen Halt. Roer-Strier spricht in diesem Fall von einem „kulturell desorientierten Stil“ mit schneller Anpassung der Kinder unter Selbstentwertung der Eltern als Sozialisationsagenten.

Eine andere Art, sich als Immigrantenfamilie in der neuen Gesellschaft zu verhalten, wäre der „Känguru-Stil“ (Roer-Strier, 1997): Eltern halten ihre Kinder von der aufnehmenden Gesellschaft fern, um, wie ein Känguru in seinem Beutel die Jungen, sie vor der neuen Gesellschaft zu schützen. Nach erzwungener Migration richten manche Familien ihr Leben sogar stärker nach Kultur und Werten der Herkunftskultur aus, als dies im Herkunftsland möglich war. Eine Anpassung soll dann eher in Richtung der – idealisierten, nicht aber realen – Herkunftskultur stattfinden. Um das zu erreichen, versuchen die Migranten ein Gefühl der Gemeinsamkeit aufrechtzuerhalten, verbleiben daher in ihrer kulturellen Gruppe und richten sich auf diese Weise in einem sozialen Ghetto ein.

In (Flüchtlings-)Familien, in denen traumatisierte Eltern eine vermeidende Symptomatik zeigen, fühlen sich die Kinder oft ausgeschlossen aus zentralen Lebensbereichen der Eltern. Die Eltern erzählen ihren Kindern wenig aus der Vergangenheit, auch um diese vor der Schilderung von Grausamkeiten zu schützen, die Kinder

fragen nicht nach, weil sie die Eltern nicht in Verlegenheit bringen wollen. Es entsteht ein „Schweigepakt“ (Bar-On, 1996), und unter der resultierenden Sprachlosigkeit leidet die gesamte Familie. Die meisten Flüchtlingsfamilien blicken auf eine Vergangenheit zurück, die durch Zerstörung geprägt war, leben in einer durch Unsicherheit und Einschränkungen der Handlungsfähigkeit bestimmten Gegenwart und sehen eine unsichere Zukunft vor sich. Durch die Sprachlosigkeit sind sie nicht nur in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt, sondern auch in ihrer Planungsfähigkeit.

Die Kinder lernen dann häufig das anzuwenden, was Roer-Strier (1997) als „Chamäleon-Strategie“ bezeichnet. Diese ist durch Anpassung an die Aufnahmegesellschaft und deren Lebensformen bestimmt. Oft finden die Kinder sich in einer Position, in der sie einerseits „Katalysator für Wandel in der Familie“ und „Pfadfinder“ in der neuen Gesellschaft sein sollen, andererseits sind sie an die oft als schwach erlebten Eltern gebunden, die sich nicht mehr an die Aufnahmegesellschaft anpassen wollen oder können. Die Kinder müssen sich also sowohl den Ansprüchen der Eltern als auch denen der Aufnahmegesellschaft ständig anpassen.

Kinder sind den ambivalenten Gefühlen ihre Eltern ausgesetzt. Einerseits sollen sie die neue Sprache gut beherrschen, andererseits dürfen sie die Sprache der Eltern nicht vergessen. Hier kann eine Überforderung der Kinder resultieren. Familien, die eine traumatische Vergangenheit abwehren möchten, versuchen manchmal, die Sprache des Heimatlandes zu vermeiden. Andererseits benutzen die Eltern manchmal die den Kindern nicht so gut verständliche Sprache als „Geheimsprache“. Gerade Kinder, die auch die neue Sprache nicht ausreichend beherrschen, sind dadurch doppelt ausgeschlossen, als Ausländer in der Schule und auch in der Familie selbst.

In der Schule kann es zu weiteren Problemen kommen: Ein häufiges Problem ist die Einordnung von Migrantenkindern in adäquate Klassen: die Sprachproblematik, lässt den eigentlichen kognitiven Entwicklungsstand des Kindes nicht deutlich werden, die Kinder werden in zu niedrige Klassen eingestuft und unterfordert. Dies kann dann zu Symptomen, wie Hyperaktivität und Dissozialität, führen. Andererseits werden aber auch spezifische Entwicklungsstörungen aufgrund der Sprachproblematik häufig verkannt und altersgerechtes Lernen wird durch fehlende Hausaufgabenhilfe (schlechteres Deutsch der Eltern) behindert. Die Eltern fühlen sich manch-

mal von der deutschen Schule bedroht, da sie fürchten müssen, ihnen wird der Einfluss auf die Entwicklung der Kinder, auf deren Werte und Moralvorstellungen entzogen. Besonders Kinder aus asiatischen Familien sind hohen Leistungsanforderungen ihrer Eltern ausgesetzt. Diese bemühen sich, ihre Probleme dadurch zu bewältigen, dass sie möglichst wenig in der neuen Umgebung auffallen, gleichzeitig werden die Kinder aber oft am Wochenende mit Extraunterricht in der Muttersprache der Eltern geschult.

In welchem Ausmaß die Migration der Eltern zu psychischen Störungen bei den Kindern führt ist also davon abhängig, wann die Eltern von welchem Land aus wohin migrieren, ob die Kinder (bzw. in welchem Alter) die Migration erleben oder erst im Aufnahmeland geboren werden und ob die Eltern psychisch stabil sind und die sich bietenden neuen Chancen tatsächlich für sich bzw. die Familie nutzen können. Unsichere, psychisch labile und schwankende Eltern benutzen ihre Kinder oft zur eigenen Stabilisierung. Oft sprechen Kinder die Sprache des Aufnahmelandes wesentlich besser. Manche Affekte oder Themen können sogar nur in einer der beiden Sprachen geäußert werden. Mehrsprachige Therapeuten erleben dabei, dass regressive Themen eher in der Muttersprache ausgedrückt werden können, für die Gegenwart und Zukunft aber die neue Sprache gewählt wird. Häufig existiert keine einheitliche Sprache in der Familie mehr, in der gemeinsame Affekte ausgetauscht, Bilanzen gezogen und Zukunftspläne gemacht werden können. Die Eltern infantilisieren sich, indem sie dann die Kinder zu Außenministern der Familie erheben und sie vor Behörden oder Ärzten dolmetschen lassen. Die Kinder können durch die entstehende Parentifizierung gestärkt werden, sind aber andererseits von den Eltern enttäuscht und erleben sie als schwach und hilflos. Dies kann insbesondere für kleinere Kinder bedrohlich sein, während Jugendliche sich früh und unter Abwertung der Eltern, Sicherheit in dissozialen Gangs suchen.

## **Psychotherapie mit Kindern von Migranten**

Im Umgang mit Flüchtlings- und Migrantenfamilien bewegt man sich in Spannungsfeld zwischen zwei Polen: den einen stellt eine Haltung dar, dass man nur als Therapeut aus der gleichen Kultur die Familie verstehen könne und Sprache und Kultur durch die eigene

Sozialisation erfahren haben müsse. Anhänger dieses Extrems neigen dazu, traditionelle kulturelle und Familienmuster überzubetonen und den Prozess der Migration oder Flucht zu vernachlässigen. Den anderen Pol stellt die Haltung dar, dass familiendynamische und psychodynamische Prozesse überall auf der Welt nach den gleichen Mustern ablaufen und ähnliche Konflikte widerspiegeln. Beide Haltungen verleugnen die Bedeutung von Migrations- und Fluchtprozessen für die familiäre Biographie und den Prozesscharakter kultureller, sozialer und familiärer Entwicklung.

Psychotherapie mit Migrantenkindern bedeutet meist, Therapie mit Kindern und gegebenenfalls ihren Eltern, die wurzellos sind. Im Vordergrund steht dabei heute oft die unsichere legale Situation. Die Bearbeitung des Asylantrages dauert oft Jahre. Die verschiedenen Arten des Aufenthaltsstatus (Aufenthaltsgestattung, -befugnis, -erlaubnis, Duldung, Asylberechtigung, etc.) erschweren die Zukunftsplanung und werfen erhebliche sozial-rechtliche Probleme auf. Termine bei der Ausländerbehörde, Anhörungen durch das Bundesamt zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge können als Wiederholungen bereits erfahrener Bedrohungen erlebt werden und die psychische Stabilität gefährden (Adam, 1994; Stolle, 2001). Hinzu kommen Schwierigkeiten bei der Integration, mangelnde Handlungsmöglichkeiten der Eltern, Identitätsproblematik, Schwierigkeiten beim Erwerb der deutschen Sprache, oft auch Unsicherheit, ob man sie überhaupt erwerben soll. Die Erfahrung der frühen Ablehnung durch die Bewohner des Gastlandes enttäuscht die Hoffnungen sowohl der Kinder selbst als auch die der Eltern. Gerade die Erfahrungen der ersten Tage und Wochen beeinflussen oft für lange Zeit die Einstellung zum Gastland.

Die oft mangelhafte verbale Kommunikationsfähigkeit ist Teil der szenischen Information (Argelander, 1970), der dargestellten unbewussten Symbolisierung im Gespräch mit der Familie und sollte frühzeitig therapeutisch aufgegriffen werden. Die Erfahrung, nicht verstanden zu werden, ist nicht nur im Sinne einer ungewohnten Sprache im Migrationsalltag prägend, sondern oft auch schon im übertragenen Sinn in der Herkunftsgesellschaft vorhanden gewesen. Für Kinderpsychiater und Kindertherapeuten liegt die Herausforderung darin, diese sprachliche Kluft, z.B. durch gezieltes und geübtes Einsetzen von Dolmetschern zu überwinden.



Abbildung 1: Sechsjähriges in Deutschland geborenes afghanisches Mädchen

Im Kontext der Arbeit mit Migrantenfamilien ist es hilfreich, „subjektive Familiendefinitionen“ zu erfragen. Dabei unterscheidet sich oft das, was unter einer normalen Familie in der Herkunftskultur verstanden wird, sehr stark von Familie zu Familie auch innerhalb einer Kultur. Subjektiv empfundene „Normalität“ und reflektierte oder unreflektierte Abweichung bekommen dabei den Charakter eines „projektiven Familientests“. Die explizite Frage nach der Familiendefinition ist für Therapeuten hilfreich, damit nicht vorschnell Rückschlüsse aus den - oft mit Stolz erworbenen - Kenntnissen der Ursprungskultur gezogen werden. Unterschiede in den Definitionen von Familien und ihren Aufgaben zwischen den Ehepartnern, Kindern und Eltern geben zusätzliche diagnostische Informationen.

Wichtig ist, dass auch viele Jahre nach der Migration diesem Prozess, den die Mutter oder der Vater oder die gesamte Familie durchlaufen, Beachtung geschenkt und im therapeutischen Prozess Zeit eingeräumt wird. Klinische Erfahrungen zeigen, dass auch Eltern, die über 20 Jahre in Deutschland leben und deren fast erwachsene Kinder hier geboren sind auf die Frage, wann sie sich endgültig entschlossen hätten, in Deutschland zu bleiben, antworten, dass es für sie immer noch nicht endgültig sei. Während Jugendliche ihre ambivalenten Gefühle bezüglich der Heimat der Eltern oft verleugnen, drückt sich eine resultierende Unsicherheit bei kleineren Kindern beim Malen aus (s. Abbildung 1).

Grundlage jeder aufmerksamen Diagnostik und Therapie, die die Unterschiede in der Kultur erkennt und einbezieht, muss daher sein, offen und neugierig zu sein. Ziel ist dabei nicht neutral oder unvoreingenommen zu sein und eigene Werte zugunsten einer xenophilen Grundhaltung aufzugeben, sondern in die Arbeit Kenntnisse über Schwierigkeiten und Chancen, die durch den Wechsel der Kultur entstehen, einfließen zu lassen. Ferner ist eine Bereitschaft erforderlich, eigene Vorurteile zu hinterfragen und Abstand von eigenen kulturellen Normen zu schaffen, ohne die eigene kulturelle und ethische Basis zu verleugnen. Die Bereitschaft, sich immer wieder aufs Neue die Frage zu stellen, ob es das gleiche ist, was man schon kennt, oder etwas anderes, macht psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit mit Migrantenkindern so interessant.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Hubertus Adam  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

adam@uke.uni-hamburg.de  
Telefon: (0 40) 4 28 03 – 26 33  
Telefax: (0 40) 4 28 03 – 24 09

**Literatur:**

- Adam, H. (1994): Terror und Gesundheit – Ein medizinischer Ansatz zum Verständnis von Folter, Flucht und Asyl. Weinheim: Deutscher Studienbuch Verlag.
- Argelander, Hermann, 1970: Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt Bar-On D. (1993). Die Last des Schweigens. Gespräche mit Kindern von Nazi-Tätern. Frankfurt/M: Campus Verlag.
- Bericht der Sachverständigenkommission (2001):
- Brucks, U., Salisch, E. & Wahl, W. (1987): Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde: Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. Hamburg: ebv.
- Bürgin, D. (1993): Konversionsstörungen. In: Bürgin, D.: Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Enke Verlag. Stuttgart, Jena, New York
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1990). Psychoanalyse der Migration und des Exils. München, Wien: Internationale Psychoanalyse.
- International Organization of Migration (2004): Migration Health Annual Report 2003. Geneva, IOM
- Kantor, M. (1965). Mobility and mental health. Springfield: Charles Thomas.
- Klitzing von, K. (1982): Risiken und Formen psychischer Erkrankung bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer in der BRD aus der Sicht stationärer psychotherapeutischer Versorgung. Dissertation. Universität Freiburg.
- Leyer, E. (1996): Ethnopsychanalytische Aspekte der transkulturellen Familientherapie. In P. Möhring & T. Neraal (Hrsg.), Psychoanalytisch orientierte Familien- und Sozialtherapie. Das Gießener Konzept in der Praxis. Gießen: Psychosozial.
- Poustka, (1982):
- Pries, L. (1996). Transnationale soziale Räume. Theoretisch-empirische Skizze am Beispiel der Arbeitswanderungen Mexiko-USA. Zeitschrift für Soziologie, 25(6), 456-72.
- Real, I. (1995): The mental care of immigrant children. Psychosomatique, Medicine, Psychoanalyse et Anthropologie, 36, 57-66.

- Roer-Strier, D. R. (1997). „Coping strategies of immigrant parents: directions for family therapy.“ *Family process* 35(3): 363-376.
- Schepker, R. (2003): Migration und seelische Gesundheit von Kindern – interkulturelles Basiswissen für Diagnostik und Therapieplanung. Vortrag auf dem Kongress der Deutschen und Österreichischen gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Wien, April 2003
- Sluzki, C. E. (1986). *Migration and Family Conflict. Coping with life.* R. H. Moos. New York and London 1986
- Steinhausen, H., Remschmidt, H. (1982): Migration und psychische Störungen. Ein Vergleich von Kindern griechischer Gastarbeiter und deutschen Kindern in West-Berlin. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 10, 32-49
- Steinhausen, H.; Edinsel, E.; Fegert, J.; Gobel, D.; Reister, E.; Rentz, A. (1990): Child psychiatric disorders and family dysfunction in migrant workers' and military families. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239(4):257-62
- Stolle, M. (2001). *Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge in Hamburg: kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeiten unter besonderer Berücksichtigung der asylrechtlichen Anhörung und des Aufenthaltsstatus.* Med. Diss. Universität Hamburg
- Storch, G., Poustka, F. (2000): Psychische Störungen bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49(3), 199-208
- Valiente, R., Sandin, B. & Chorot, P. (1996): Major life events and stress: Psychopathology and migration. *Psiquis*, 17(5), 12-31.
- Weiss, R. (2003): *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.* Zürich, Seismo Verlag



# **Frühintervention bei akut psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen**

**Erfahrungsbericht der Trauma-Ambulanz  
für Kinder, Jugendliche und deren Familien  
am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**

*Andreas Krüger, Annika Brüggemann,  
Peter Riedesser*

## **Zusammenfassung**

Im Sommer 2002 wurde in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eine Trauma-Ambulanz für Kinder, Jugendliche und deren Familien in das diagnostische und therapeutische Angebot integriert. Auf der Basis des bestehenden psychotraumatologischen Wissens wurde ein psychodynamisch fundiertes Beratungs- und Frühinterventionskonzept entwickelt, das bei Verdacht auf psychische Traumatisierung angewendet werden kann.

Neben einer akuten Krisenintervention innerhalb weniger Stunden oder Tage nach einem potenziell traumatischen Ereignis bietet die Ambulanz Beratung und Behandlung für Kinder und deren Familien an. Auch eine traumazentrierte Psychotherapie für das Kind und / oder die Familie ist bei gegebener Indikation möglich. Durch Kooperation mit Opferhilfe-Einrichtungen ist ein erstes Netzwerk zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen entstanden, das zum Ziel hat, ein zeitnahes Hilfsangebot für junge Patienten/Klienten nach potenziell traumatogenen Lebensereignissen vorzuhalten. Es wurden bisher 138 Familien mit insgesamt 172 Kindern in der Spezialambulanz vorgestellt.

Im Folgenden sollen die wissenschaftlichen Grundlagen des Beratungs- und Behandlungskonzeptes genannt, die Inanspruchnahmepopulation differenziert betrachtet und die Differentialindikation für die verschiedenen Interventionen verdeutlicht werden. Schließlich

werden bisherige Ergebnisse in Hinblick auf zukünftige Forschung und Weiterentwicklung der Konzepte diskutiert.

## 1. Einleitung

Die Folgen traumatischer Lebensereignisse auf die menschliche Psyche haben die Psychoanalyse und Psychotherapie von Beginn an bis zu den heutigen Tagen beschäftigt (Anna Freud, 1963; Winnicott, 1960; Freud, 1905d; Spitz, 1967; Erikson, 1976; Bowlby, 1976, 1987; Stern, 1985; Lichtenberg, 1991a).

In den letzten zwei Jahrzehnten erfährt das Gebiet der Psychotraumatologie eine zunehmende Forschungsaktivität. Ein Ergebnis dieser Anstrengungen ist die Etablierung der nosologischen Einheit „Posttraumatische Belastungsstörung“, die Eingang in die gängigen medizinischen Diagnosesysteme gefunden hat (zuletzt ICD-10, Dilling et al. 2000; DSM-IV, APA, 1994). Gerade in der jüngeren Zeit beschäftigen sich auch zunehmend Psychologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters mit dem Thema (u.a. Herpertz-Dahlmann et al., 2005; Schepker et al., 2003; Krüger et al., 2004; Krüger, voraussichtlich Herbst 2005).

Ausgangspunkt des individualpsychologischen Verständnisses von psychischer Traumatisierung für die Konzeption unserer Ambulanz waren vor allem entwicklungspsychologische Überlegungen, wie sie Fischer und Riedesser (2003) zur Basis diagnostischen und therapeutischen Handelns bei psychischer Traumatisierung gemacht haben. Eine psychische Traumatisierung wird dort definiert als „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (ebd.).

Eine traumatische Situation bedeutet für das Kind einen „Angriff“ auf seine somatische und psychosoziale Existenz. Anders als Erwachsene können Kinder noch nicht auf eine längere, prätraumatische Wegstrecke guter Lebenserfahrungen zurückgreifen. Dies ist möglicherweise einer der Gründe dafür, dass traumatische Lebenserfahrungen in Kindheit und Jugend zu besonders tief greifenden veränderten Einstellungen zu sich und zur Umwelt führen können. Neben der psychischen Entwicklung können psychische Traumatisierung

gen auch das Beziehungserleben und die körperliche Gesundheit beeinträchtigen (Egle, 2000, Schore, 2001). Zudem sind traumatisierte Kinder nicht selten mit Eltern oder Geschwistern konfrontiert, die selbst belastende oder gar traumatische Lebenserfahrungen verarbeiten müssen, was je nach Stand der Verarbeitung für das betroffene Kind förderlich, hemmend oder sogar schädlich sein kann.

Walter und Adam (2003) gehen davon aus, dass die momentane Entwicklungssituation der Familie einen entscheidenden Einfluss darauf hat, ob und welche traumatisierenden Auswirkungen ein Ereignis hat. Nicht nur der Entwicklungsstand eines Kindes ist demnach von Bedeutung, sondern die Gesamtkonstellation, innerhalb derer die „traumatische Situation“ (Fischer und Riedesser, 2003) stattfindet. Aufgrund der oben genannten Überlegungen fanden systemisch-familiendynamische Erkenntnisse Eingang in unser Behandlungskonzept.

## **2. Zum Symptomverständnis im entwicklungspsychologischen und familiendynamisch-systemischen Kontext**

Die Symptomatik, die einer traumatischen Lebenserfahrung folgt, kann als zunächst sinnvoller Selbsthilfefersuch im Sinne eines Copings verstanden werden, der jedoch zu Dysfunktionen im intrapsychischen und interpersonellen Kontext sowie auf der somatischen Ebene führen kann, wenn er länger andauert (van der Kolk, 1998; Schore, 2001). Nach dem Überleben eines traumatogenen Ereignisses entwickelt sich im Verlauf ein oftmals nur teilbewusstes traumakompensatorisches Schema (Fischer und Riedesser, 2003), welches dem Kind die Möglichkeit eröffnet, das Geschehene in ein sinnvolles Weltbild zu integrieren. Bei schweren Traumatisierungen kann ein großer Teil des Wahrnehmens und Handelns in einer traumakompensatorischen Funktion stehen und so zu pathologischen Charakter- und Persönlichkeitsveränderungen führen.

Die kategorial-nosologische Zuordnung kindlicher Symptome als Folge von traumatischen Lebensereignissen zur posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 (Dilling, et al., 2000) erscheint uns problematisch. Kinder reagieren nicht selten anders auf traumatische Ereignisse: Insbesondere bei kleineren Kindern finden wir oft-

mals regressive Symptome wie Einnässen, Rückentwicklungen der Sprache und der sozialen Kompetenz. Regressive Symptome können als Versuch verstanden werden, auf ein prätraumatisches, sicheres Fundament des inneren Erlebens zurück zu kehren. Oftmals finden wir bei Kindern auch lediglich massive Ängste, die als einzige wegweisende Symptome auf eine Traumatisierung hindeuten. Regression und kindliche Ängste nach traumatischen Lebenserfahrungen werden in der ICD-10 jedoch nicht als traumapsychologisch relevante Symptome berücksichtigt.

In einer im Herbst 2005 erscheinenden Veröffentlichung mit Luise Reddemann haben wir versucht, eine kindstypische, dem emotional-kognitiven Entwicklungsstand folgende Psychopathologie der kindlichen Psychotraumafolgen darzustellen (Krüger, voraussichtlich Herbst 2005).

Da die Familie im ungünstigen Fall durch prätraumatische Konfliktkonstellationen selbst zum Risikofaktor für einen heilsamen traumakompensatorischen Prozess werden kann, müssen wir im Bezugssystem von Kind und Familie das Augenmerk auch auf die Auswirkungen auf das familiäre und soziale System sowie auf Wechselwirkungen richten.

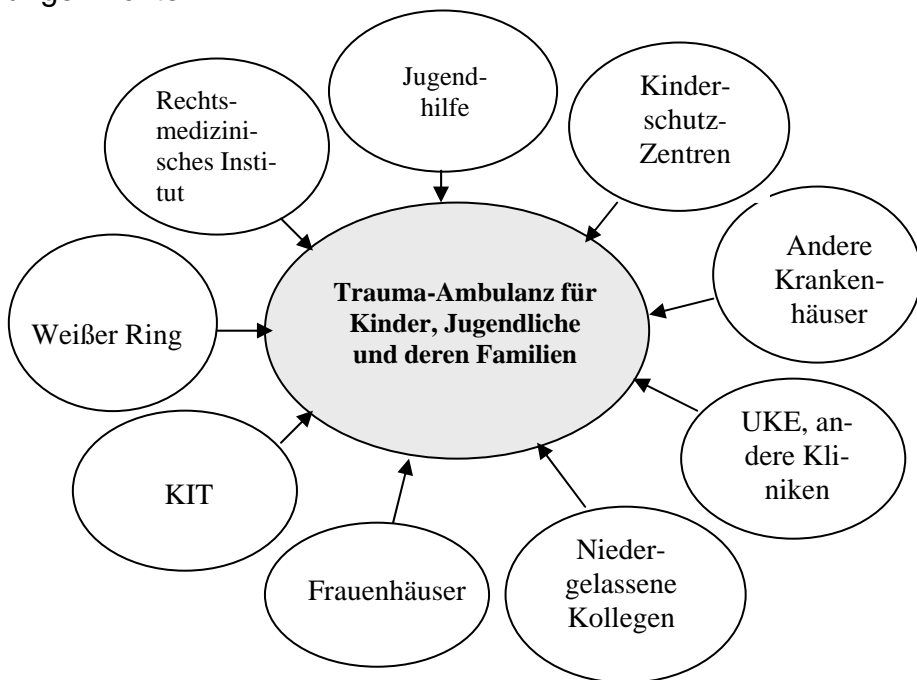


Abbildung 2: Kooperationspartner und andere zuweisende Institutionen unserer Trauma-Ambulanz

### **3. Kooperationspartner unserer Trauma-Ambulanz**

Die Hamburger Trauma-Ambulanz für Kinder, Jugendliche und deren Familien arbeitet eng mit einem Netzwerk aus Opferhilfeeinrichtungen öffentlicher und privater Träger zusammen. Es haben sich Kooperationen mit zuweisenden Einrichtungen etabliert, die Kinder und Jugendliche bei Verdacht auf psychische Traumatisierung an unsere Ambulanz verweisen. Die meisten Zuweisungen erhielten wir bisher vom „Weißen Ring“, dem „Krisen-Interventions-Team“ (KIT) des Deutschen Roten Kreuzes sowie von der Opferhilfestelle der Rechtsmedizinischen Abteilung unserer Klinik (s. Abb. 1).

### **4. Zum Beratungs- und Behandlungsangebot**

#### **4.1. Ziele der Behandlung**

##### **4.1.1 Die multidimensionale Betrachtungsweise von psychischer Traumatisierung: Ein Beispiel**

*Der 6-jährige Jonas hatte Geburtstag und wünschte sich von seinem Vater eine Fahrt zu einem Erlebnispark. Seine Geschwister Tom (10), Niklas (5) und Johanna (2) fuhren mit ihm, als der am Steuer sitzende Vater in einen schweren Verkehrsunfall verwickelt wurde, an dessen Folgen er starb und in Folge dessen Johanna zeitlebens querschnittsgelähmt sein wird. Niklas und Jonas blieben unverletzt.*

Für die Darstellung und Erläuterung unseres traumapsychologischen Konzepts eignet sich dieser Fall besonders gut, weil ein und dasselbe Ereignis hier drei Kinder getroffen hat, von denen sich jedes auf einem anderen entwicklungspsychologischen Stand befand und entsprechende, unterschiedliche psychopathologische Symptome entwickelte: Tom war durch eine Alkoholkrankheit der Mutter und häufige Trennungen von dieser in seiner frühen Kindheit wegen Krankenhausbehandlungen der Mutter sowie durch Heimaufenthalte bereits schwer belastet und hatte eine dissoziative Symptomatik entwickelt. Sowohl diese als auch eine bestehende sekundäre Enuresis nocturna wurden durch den Unfall verstärkt.

Jonas und Niklas hatten PTSD-Symptome entwickelt, vor allem diffuse Ängste, Alpträume mit Bezug zum Unfall sowie wiederholte Sequenzen von „traumatischem Spiel“ mit intrusivem Charakter. Zudem zeigten beide Symptome von Übererregung, die sich in Konzentrationsstörungen und Schreckhaftigkeit äußerten. Als psychodynamisch besonders bedeutsam erwies sich eine erhebliche Schuldproblematik bei Jonas, der sich aufgrund seines Geburtstagswunsches für den Unfall verantwortlich fühlte. Als familien-dynamisch relevant erwiesen sich unter anderem eine vorbestehende Parentifizierung des ältesten Sohnes wegen der Alkoholkrankheit der Mutter und der häufigen Abwesenheit des Vaters sowie Schuldzuweisungen der Geschwister an Jonas: „Hätte Jonas nicht diesen Wunsch gehabt, würde Papa noch leben und Johanna wäre gesund!“

Aus diesen diagnostischen Gegebenheiten wurden folgende therapeutische Maßnahmen abgeleitet:

Die Kinder erhielten zunächst eine sozialpsychiatrische Primärversorgung mit traumapsychologisch fundierter Psychoedukation und Beratung einer kurzfristig eingesetzten Pflegefamilie, da die Mutter der Kinder nach dem Ereignis erneut rückfällig geworden war. Auch die Kinder wurden über die psychotraumatologische Symptomatik aufgeklärt und die als belastend erlebten Symptome wurden ihnen gegenüber als „normale Reaktionen“ auf eine „verrückte Situation“ interpretiert. Da die Geschwisterbeziehungen emotional tragfähig waren, konnten sie als Ressource im therapeutischen Prozess verwendet werden. Die Mutter wurde nach Entlassung aus der Suchtklinik in das Behandlungskonzept integriert. Weitere individualpsychologische sowie familien- und soziotherapeutische Maßnahmen wurden eingeleitet.

Für die Weiterbehandlung empfahlen wir ein an den emotionalen Entwicklungsstand des jeweiligen Kindes (s.u.a. Erikson, 1976; Terr, 1991; Marans & Adelman, 1997; Osofsky, 1993, 1997 und 2003) angepasstes, traumazentriertes Behandlungsangebot in Wohnortnähe. In der akuten Krisenintervention wurden bei Jonas und Niklas spieltherapeutische Elemente zur Unterstützung und Stabilisierung eingesetzt. Im spieltherapeutischen Setting wurde u.a. eine Distanzierung von intrusiven Erlebnisinhalten „er-spielt“. Bei Tom war aufgrund seines intellektuellen Entwicklungsstandes

eine stabilisierende Psychotherapie möglich, bei der verbal-sprachlich vorgegangen wurde.

#### **4.1.2 Grundlegende Überlegungen zur psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in unserer Ambulanz**

Das Urvertrauen in das Leben, welches nach Erikson (1976) auf einer gelungenen frühkindlichen Interaktion mit den primären Bezugspersonen und den sich daraus ableitenden guten Selbst- und Objektrepräsentanzen beruht, wird durch ein traumatisches Lebensereignis erschüttert. Die erste Kontaktaufnahme zum traumatisierten Menschen und seinem Bezugssystem dient oftmals primär dem „re-bonding“, dem Wiedererlangen von Vertrauen in die zwischenmenschliche Beziehung.

Nach dem Phasenmodell psychotherapeutischer Intervention bei Traumatisierung (Stabilisierung, Konfrontation, Integration) hat die individualtherapeutische Behandlung zum Ziel, dass sich der Mensch den traumatischen Erlebnisinhalten bewusst zuwenden, seine Aufmerksamkeit jedoch auch willentlich von ihnen abwenden und anderen Dingen zuwenden kann (Horowitz, 1976). Allerdings kann es sein, dass die Erinnerungsfähigkeit bei Kindern besonders bei einer frühen Beziehungstraumatisierung nicht gegeben ist, da die Erlebnisse in der vorsprachlichen Zeit oftmals dem expliziten Gedächtnis nicht zugänglich sind. Frühe traumatische Lebenserfahrungen äußern sich dann in psychosomatischen Beschwerden und anderen, im allgemeinen klinischen Verständnis nicht trauma-assoziierten Symptomen. Eine traumazentrierte, psychodynamisch ausgerichtete Psychotherapie kann in diesen Fällen durch eine Rekonstruktion der eigenen traumatischen Lebensgeschichte dabei helfen, zum Beispiel impulshaftes Verhalten und Bindungsängste zu verstehen, zu akzeptieren und in die Persönlichkeit zu integrieren. Ochberg (1993) nennt eine neuerliche Erfahrung von „Selbst-Wirksamkeit“ nach schwerer seelischer Verletzung treffend „Wiederermächtigung“.

Die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen erfolgt im Rahmen eines multimodalen Settings. In der einzeltherapeutischen Situation mit dem Kind gilt es, seine durch Intrusionen beschädigte Symbolisierungsfähigkeit sowie den Verlust des äußeren und inneren „Spielraumes“ wieder zu gewin-

nen. Streeck-Fischer (1997) bezeichnet es als Fortschritt, wenn in einer Spieltherapie „aus dem schrecklichen Erleben ein schreckliches Spiel geworden ist“. Eine Externalisierung der traumatischen Erlebnis-inhalte ist in solch einem Verarbeitungsprozess in Gang gekommen. Durch einzel- und familientherapeutische Arbeit soll es Kindern und Eltern gelingen, zwischen traumatischen Erinnerungen und der nun wieder Sicherheit gewährenden Welt zu unterscheiden.

Die Kooperation mit Eltern und dem weiteren sozialen Umfeld spielt in dem multimodalen Setting eine wichtige Rolle. Ein wichtiger Teil des therapeutischen Auftrages ist die Wiedererlangung eines das *gesamte* familiäre System tragenden Lebensgefühls. Dies versuchen wir mit einem ressourcenorientierten Behandlungsansatz zu erreichen, dessen Teilziel eine Optimierung im Familiensystem angelegter Coping-Möglichkeiten ist. Ein durch den Therapeuten vermitteltes Symptomverständnis und psychoedukative Elemente sowohl für die Eltern als auch für das betroffene Kind und dessen Geschwister sind wichtige Bestandteile unseres Beratungs- und Behandlungskonzeptes. Auch das weitere soziale Umfeld (Verwandte, Schulen, Vereine, Peer-group etc.) wird nötigenfalls in das Behandlungskonzept integriert.

## **4.2. Überblick über das Versorgungsangebot der Trauma-Ambulanz**

Abhängig vom Auftrag der Klienten, der Schwere der Symptomatik des Kindes sowie den Auswirkungen der traumatischen Situation auf das soziale Umfeld werden in unserer Ambulanz verschiedene Beratungs- und Interventionsangebote vorgehalten. Bei gegebener Indikation werden die betroffenen Kinder und ihre Eltern nach einem meist telefonischen ersten Kontakt zu einem ersten Gespräch in die Klinik eingeladen. Aus dem Ergebnis dieses Gesprächs ergibt sich dann die Indikation für eine weitere Diagnostik, Beratung, Krisenintervention oder längerfristige psychotherapeutische Begleitung. Die Suche nach Ressourcen auf individueller und familiärer Ebene ist dabei von Anfang an bedeutsam.

Sowohl Elemente einzeltherapeutischer Kriseninterventionstechniken als auch familientherapeutischer Interventionen finden in der akuten Krise Eingang in die Therapie. Bei einem schwer beeinträchtigten familiären System wird auch ein sozialpsychiatrisches Case-



Management angeboten. Kollegen, andere professionelle Einrichtungen und Laienhelfer werden telefonisch oder auch im Hause in den Versorgungsprozess einbezogen. Gegebenenfalls kann auch die Indikation für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung gestellt werden. In Abbildung 2 sind die Beratungs- und Behandlungsmodule idealtypisch dargestellt.

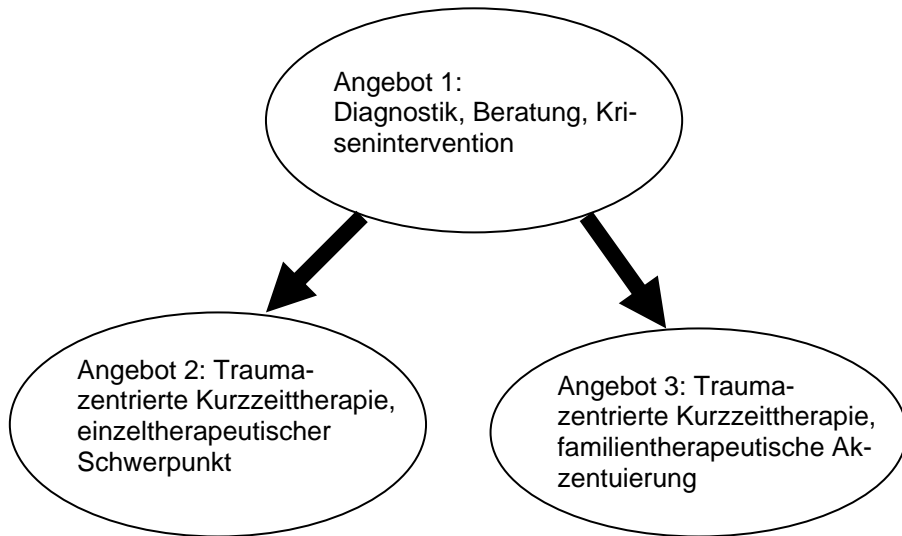


Abbildung 2: Angebote der Trauma-Ambulanz

Im Folgenden werden die drei Behandlungsangebote beschrieben.

#### 4.2.1 Diagnostik, Beratung, Krisenintervention (Angebot 1; s. Abb. 2)

Dieses Angebot umfasst eine eingehende psychoanalytisch-systemisch fundierte Untersuchung des Kindes und der Familie. Ebenso gehört eine Analyse der schulischen und der weiteren sozialen Situation zur traumapsychologischen Diagnostik.

Es schließt sich eine traumapsychologische Psychoedukation für das Kind, die Familie und gegebenenfalls weitere Personen (z.B. Lehrer) an. Bei Bedarf erfolgt eine Krisenintervention von ca. zehn Behandlungsstunden, bestehend aus Einzelgesprächen mit dem Kind oder Jugendlichen, gegebenenfalls mit den Eltern oder einem

Elternteil, Familiengesprächen oder auch Gesprächen mit Lehrern, Vertretern der Jugendhilfe etc.. Im Verlauf dieser Gespräche wird regelmäßig ein psychischer Befund von dem Kind und gegebenenfalls auch von den Angehörigen erhoben. Die Behandlung gilt als abgeschlossen, wenn sich die Symptomatik so weit zurückgebildet hat, dass das Alltagsleben aus Sicht der Familie, des betroffenen Kindes und des Therapeuten nicht mehr als eingeschränkt erlebt wird. In der Regel wird ein Follow-up-Termin vereinbart, um den weiteren Symptomverlauf zu beurteilen und gegebenenfalls weitere Maßnahmen einzuleiten. In Abbildung 3 wird eine traumapsychologisch fundierte Psychoedukation von Patient und Familie schematisch dargestellt.

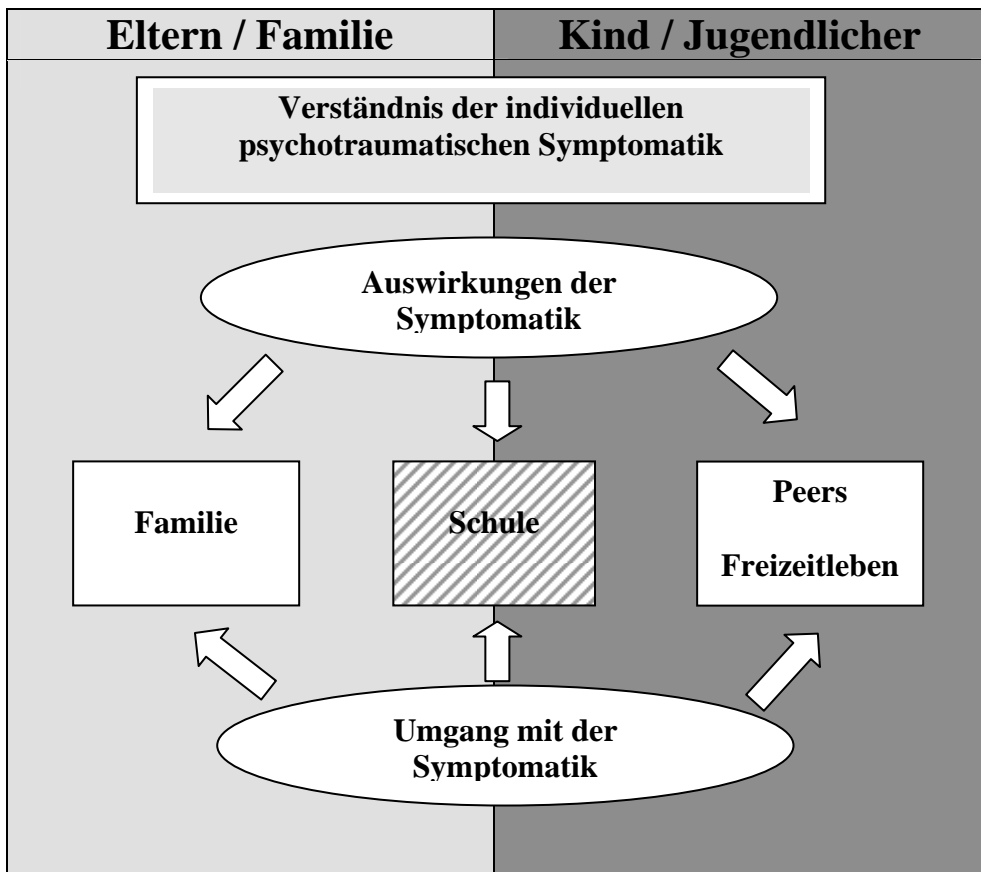


Abbildung 3: Traumapsychologische Psychoedukation

Ziel der Psychoedukation ist es, dem Kind/Jugendlichen und den Eltern ein Verständnis der psychotraumatologischen Symptome zu vermitteln. Dies muss beim Kind/Jugendlichen selbstverständlich in altersangemessener Form geschehen. Gemeinsam mit der Familie und dem Kind werden dann die Auswirkungen der Symptomatik auf die Lebensbereiche Familie, Schule, Freundeskreis etc. herausgearbeitet, damit ihnen ein konstruktiver, den Heilungsprozess förderlicher Umgang mit den Symptomen möglich wird. Die Nutzung individueller Ressourcen des Kindes sowie der Familie haben eine wichtige Bedeutung bei der Behandlung.

#### **4.2.2 Traumazentrierte Kurzzeittherapie, einzeltherapeutischer Schwerpunkt** (Angebot 2; s. Abb. 2)

Wird in der ersten Krisenintervention erkennbar, dass die psychische Symptomatik trotz der Maßnahmen persistiert, kann ein einzeltherapeutisches Angebot gemacht werden. Angeboten wird ein dem Entwicklungsstand des Kindes angepasstes, niederfrequentes, in der Regel zweiwöchentliches Behandlungs-Setting (à 50 Minuten), das normalerweise - entsprechend den Psychotherapie-Richtlinien für Kurzzeittherapien - bis zu 25 Behandlungsstunden umfasst. Wie im klassischen tiefenpsychologisch orientierten Setting in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden dabei auch in unserer Ambulanz begleitende Elterngespräche angeboten.

Das zweiwöchentliche Behandlungsintervall wurde gewählt, um ein möglichst progressionsförderliches Setting herzustellen und eine zu intensive Übertragung zu verhindern. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben häufig erhebliche regressive Tendenzen, welche die Versorgungswünsche an ein Hilfe bietendes Objekt forcieren. Der Traumatherapeut wird unter Umständen außergewöhnlich idealisiert, weil die „Trauma-Blindheit“ der sozialen Umgebung zu einer emotionalen Vereinsamung des Kindes geführt hat, die der Therapeut durch sein traumapsychologisches Verständnis aufbricht und so zu einer schnellen emotionalen Entlastung beiträgt. Der Therapeut soll also mit Hilfe der multimodalen Behandlung Kind und Familie partnerschaftlich anleiten und psychotherapeutisch begleiten, nicht aber in einer zu intensiven Übertragung in Konkurrenz zu einem oftmals ohnehin labilisierten Eltern-/ Familiensystem treten.

Ziel der einzeltherapeutischen Interventionen beim Kind ist eine Stabilisierung seiner psychischen Verfassung sowie eine Distanzierung von traumatischen Erlebnissen. Insbesondere quälende intrusive Erlebensweisen, die sich z. B. in Alpträumen, Flashbacks, Körperintrusionen oder traumatischem Spiel ausdrücken, sind Indikatoren für die Notwendigkeit einer weiterreichenden psychotherapeutischen Behandlung. Neben der Rückgewinnung von Vertrauen in die zwischenmenschliche Beziehung werden mit dem Kind, abhängig vom emotional-kognitiven Entwicklungsstand entweder in den spieltherapeutischen Sequenzen oder über imaginative Verfahren, zentrale Themen wie Distanzierung von traumatischen Erlebnissen, Herstellung innerer „sicherer Orte“ und Erlangung von Wohlbefinden erarbeitet und gemeinsam nach Ressourcen zur Traumabewältigung gesucht. Bei älteren Kindern und bei Jugendlichen werden dabei imaginative Techniken in Anlehnung an das für erwachsene Patienten erarbeitete PITT-Konzept (Psychodynamische Imaginative Traumatherapie, Reddemann, 2004) angewandt. Aufmerksamkeitsübungen sollen das oftmals schwer beeinträchtigte Körperempfinden reorganisieren. Die „Tresorübung“ und „Innere Helferwesen“ sind weitere Elemente der Imaginationen. Bei Vorschul- und Grundschulkindern werden ähnliche Imaginationen im spieltherapeutischen Setting oder mittels anderer kreativer Verfahren (bildnerisch, musikalisch) erarbeitet.

Neben den Einzelgesprächen finden bei extrafamiliärer Traumatisierung meist einmal monatlich begleitende Gespräche mit den Eltern statt, um dem Therapeuten Einblick in deren Sichtweise auf den Symptomverlauf zu geben und ihre eventuellen Fehlhaltungen im Umgang mit der Traumatisierung zu korrigieren.

Bei innerfamiliärer Traumatisierung, beispielsweise durch elterliche Gewalt, sind besondere familiendynamisch relevante Beziehungsaspekte im Zusammenhang mit intrapsychischen Prozessen im Kind oder Jugendlichen, zum Beispiel Schuld- oder Loyalitätskonflikte, zu beachten. Kam es im Zuge von juristischen Auseinandersetzungen zu einer Trennung z.B. von Vater und übrigen Familienmitgliedern, müssen bei der Arbeit mit der Restfamilie die dadurch entstandenen Konfliktthemen berücksichtigt werden.

Bei Vorschul- und Grundschulkindern werden Eltern gelegentlich als Beobachter in die einzeltherapeutischen Sitzungen einbezogen, in denen mehr psychoedukative Behandlungselemente oder Parameter in Anlehnung an die imaginativen Verfahren eingeführt werden.

Die Eltern lernen so zum Beispiel gemeinsam erarbeitete Techniken zur Distanzierung von intrusiven Erlebnisinhalten oder „Helferwesen“ kennen und können diese heilsamen Vorstellungen als geteilte gemeinsame Welt mit den Kindern nach Hause nehmen.

Persistiert eine schwere durch das Trauma bedingte Symptomatik auch nach 25 Behandlungsstunden, wird gemeinsam mit Kind und Eltern erörtert, ob eine traumapsychologisch zentrierte, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie anzuschließen ist. Weiterhin ist zu prüfen, ob diese Behandlung eine höherfrequente, tiefenpsychologische (eine Wochenstunde) oder eine analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (2 bis 4 Wochenstunden) sein sollte. Die beiden letzten Optionen erscheinen dann indiziert, wenn es bereits prätraumatisch Konflikte gab, die durch die Traumatisierung verstärkt wurden.

Oftmals sind begleitend zur Einzeltherapie traumazentrierte familientherapeutische Sitzungen nötig, auch wenn die innerfamiliären Beziehungen vor der Traumatisierung nicht konflikthaft gewesen sind. Entwickelt beispielsweise ein kleineres Geschwisterkind aggressives Verhalten gegenüber dem traumatisierten Kind, um eigene Schuldgefühle abzuwehren, kann dieses Problem durch eine klärende Familiensitzung gelöst werden.

#### **4.2.3 Traumazentrierte Kurzzeittherapie, familientherapeutische Akzentuierung** (Angebot 3; s. Abb. 2)

Reichen einzelne, die Einzeltherapie des Kindes begleitende familientherapeutische Sitzungen nicht aus, da es zum Beispiel bereits prätraumatisch erhebliche innerfamiliäre Konflikte gegeben hat, die durch das traumatische Ereignis verschärft worden sind, kann der Akzent stärker auf eine familientherapeutische Behandlung gelegt und eine höherfrequente Familientherapie angeboten werden. Diese ist dann gleichwertig zur Einzeltherapie zu sehen und hat zum Ziel, das dysfunktionale Familiensystem zu unterstützen. Eine Indikation dafür ist besonders dann gegeben, wenn die Eltern in ihren Elternfunktionen durch eigene psychosoziale Schwierigkeiten überfordert sind oder gar destruktive Beziehungsgestaltungen (z.B. Projektionen, Delegationen, sadistisches Agieren) auf das Traumaopfer einwirken. Grundlage des familientherapeutischen Vorgehens ist ein

traumapsychologisch modifiziertes, psychoanalytisch-systemisches Vorgehen.

Gelegentlich ist eine familientherapeutische Intervention nötig, um die Voraussetzungen für eine Einzeltherapie mit dem Kind oder dem Jugendlichen überhaupt erst zu schaffen. Löst eine kindliche Traumatisierung bei den Eltern Erinnerungen an eigene traumatische Lebenserfahrungen oder an Konflikte aus, so dass wichtige „holding-functions“ in Mitleidenschaft gezogen werden, kann auch eine (traumazentrierte) Einzelpsychotherapie bei Mutter oder Vater indiziert sein.

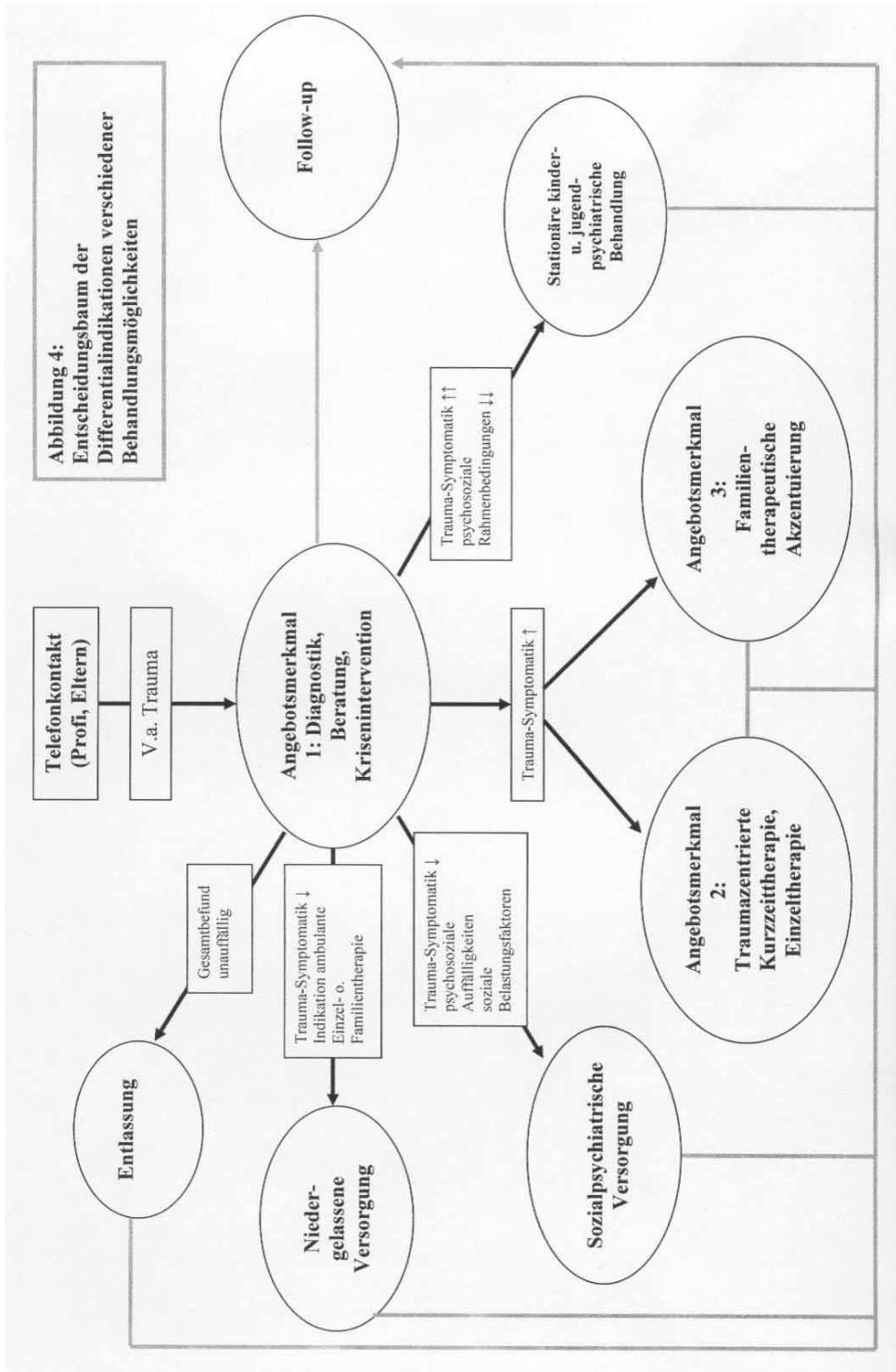
Nach unserer Erfahrung benötigen alle schwer psychisch traumatisierten Kinder eine traumazentrierte Einzeltherapie, welche bei Bedarf durch eine Familientherapie ergänzt oder fundiert werden kann. Beide Therapien können zeitweise gleichermaßen indiziert sein.

#### **4.2.4 Medikamentöse Therapie**

Selten wird auch, je nach Schwere der Symptomatik, eine adjuvante medikamentöse Behandlung mit anxiolytischen, Schlaf anstoßenden oder sedierenden Psychopharmaka nötig. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass eine zeitlich begrenzte Bedarfsmedikation meist ausreicht.

#### **4.2.5 Juristische Dimension**

Die Trauma-Ambulanz muss gelegentlich auch juristisch beratende Aufgaben wahrnehmen, z.B. wenn die Sicherheit eines Kindes durch gewalttätige Personen beeinträchtigt ist und durch polizeiliche oder andere Maßnahmen wieder hergestellt werden muss, damit eine ungestörte Behandlung stattfinden kann. Oftmals ergibt sich die Notwendigkeit einer Kooperation mit Jugendhilfeeinrichtungen, Opferhilfestellen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken. Auch nutzen Richter und Rechtsanwälte das Beratungsangebot der Trauma-Ambulanz und traumapsychologische Expertisen helfen Klienten bei gerichtlichen Auseinandersetzungen.



#### **4.2.6 Weitere Versorgungsmöglichkeiten**

In Abbildung 4 sind unser Behandlungsangebot und die verschiedenen außerklinischen Versorgungsmöglichkeiten in Form eines Entscheidungsbaumes zusammengefasst.

Zeigt sich nach dem ersten Kontakt in unserer Ambulanz (Angebot 1), dass die akute psychotraumatische Symptomatik zwar rückläufig ist, aber nicht durch eine traumatische Lebenserfahrung verursachte psychosoziale Auffälligkeiten bestehen, kann eine ambulante Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie vermittelt werden.

Die Indikation für eine nicht traumazentrierte Familientherapie kann gegeben sein, wenn Beziehungskonflikte in der Familie, die eigentlich nichts mit dem Trauma zu tun haben, durch dieses verschärft worden sind. In solchen Fällen verweisen wir auf familientherapeutische Angebote unserer regulären Institutsambulanz oder auf niedergelassene Therapeuten.

Stellt sich bei der Erstvorstellung heraus, dass bei rückläufiger psychotraumatischer Symptomatik erhebliche soziale Belastungsfaktoren durch das traumatische Ereignis entstanden sind oder bereits vorbestanden, kann eine Indikation für eine sozialpsychiatrische Versorgung gegeben sein. In diesen Fällen verweisen wir - falls die Versorgung innerhalb unserer regulären Institutsambulanz nicht möglich sein sollte - an die zuständigen Jugendämter und den assoziierten Jugendpsychiatrischen Dienst oder niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und –psychotherapeuten.

Erscheint bei Anmeldung des Patienten das Wohl des Kindes in seiner sozialen Umgebung gefährdet oder ergibt sich beim ersten Kontakt mit dem Patienten und seiner Familie der Eindruck, dass das Schutzbedürfnis des Kindes nicht erfüllt wird oder die Voraussetzungen für eine aus psychotraumatologischer Sicht ausreichende elterliche Versorgung nicht gegeben sind, kann die Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in unserem Hause gegeben sein. Diese besteht besonders bei einer schweren psychotraumatischen Symptomatik, die möglicherweise auch einer medikamentösen Behandlung bedarf.



## 5. Zur Inanspruchnahme des differenzierten Handlungsangebotes

### 5.1 Zur Inanspruchnahme unseres Behandlungsangebotes

Anhand der folgenden Tabelle wird dargestellt, in welchem Umfang welches Behandlungsangebot in unserem Hause (vgl. Abschnitt 4) in Anspruch genommen wurde. Deutlich wird, dass nach einem Großteil der Anfragen mit Inanspruchnahme des Angebots 1 eine ausreichende psychotraumatologische Versorgung gewährleistet werden konnte.

Tabelle 1: Inanspruchnahme des Behandlungsangebotes der Trauma-Ambulanz

	<b>Angebot</b>	<b>Inanspruchnahme n</b>
<b>1</b>	Diagnostik, Beratung, Krisenintervention	138
<b>2</b>	Traumazentrierte Kurzzeittherapie - einzeltherapeutischer Schwerpunkt	27
<b>3</b>	Traumazentrierte Kurzzeittherapie - familientherapeutischer Schwerpunkt	7
	<b>Gesamt</b>	<b>172</b>

### 5.2 Zur Inanspruchnahmeklientel

Die Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe von Kindern, Jugendlichen und deren Familien ergibt sich z.T. aus den verschiedenen Zugangswegen (vgl. Abschnitt 3) zu unserer Ambulanz. Das bedeutet, dass die Verteilung nicht einen Querschnitt darstellt, sondern eher die jeweils besondere Klientel der empfehlenden Institutionen abbildet. August 2002 bis August 2005 wurden insgesamt 172 Kinder und Jugendliche aus 138 Familien untersucht und behandelt. Die Kinder und Jugendlichen waren zwischen einem und 21 Jahren alt (wobei nur vier junge Erwachsene von mehr als 18 Jahren vorgestellt wurden). Der Altersmittelwert lag bei 10,4 Jahren. Es wurden 92 Mädchen und 80 Jungen vorgestellt.

### 5.3 Zur Symptomatik

Bei ca. 60% der vorgestellten Kinder und Jugendlichen konnten wir eine PTSD-Symptomatik (ICD-10: F43.1) zumindest hinsichtlich einiger typischer Symptome (intrusive Erlebensweisen, dissoziative Symptome) diagnostizieren. Dabei bleibt festzuhalten, dass es sich bei einem unklaren Anteil dieser Fälle um eine passagere Symptomatik handeln könnte, die den Zeitkriterien der Diagnose PTSD nach den Diagnosekriterien von ICD-10 und DSM-IV nicht entspricht.

Eine deutliche Anzahl der Patienten zeigte Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.2; ca. 25%), wobei die ICD-10-Diagnose die Symptomatik nur unzureichend abbildete: Angstsymptome waren bei etwa einem Drittel führendes Symptom. Weitere Diagnosen nach ICD-10, die jeweils unter 5% der Gesamtstichprobe darstellen, waren akute Belastungsreaktionen (ICD-10: F43.0), Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91.x), dissoziative Störungen (ICD-10: F44.x), Zwangsstörungen (ICD-10: F42.x), Enuresis (ICD-10: F98.0), Enkopresis (ICD-10: F98.1) und Störungen der Geschlechtsidentität (ICD-10: F64.x). Bei vielen Patienten bestanden mehrere Symptome nebeneinander. Die aktuelle Symptomatik, vor allem von Kleinkindern, war durch die gängigen diagnostischen Instrumente häufig nicht ausreichend als Psychotrauma-Folgestörung abbildbar.

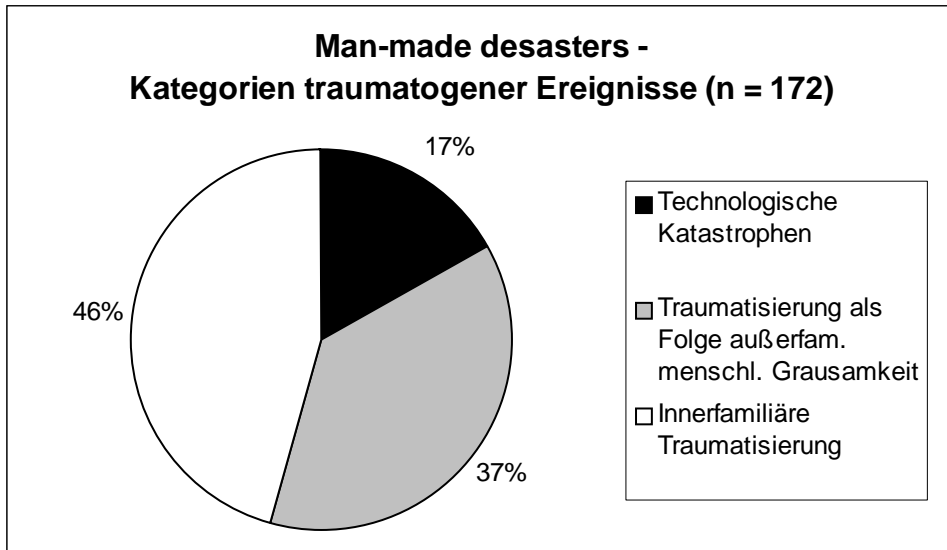
### 5.4 Zur Klassifikation traumatogener Ereignisse

In der Literatur wurde vielfach dargestellt, dass Naturkatastrophen (natural disasters), technologische Katastrophen, durch Menschen verursachte und innerfamiliäre Traumatisierungen (man-made disasters) in aufsteigender Tendenz traumatogene Wirkung auf das Individuum haben (Yule 1994).

In Abbildung 5 sind die von uns behandelten Patienten nach den traumatischen Situationen, denen sie ausgesetzt waren, eingeteilt. Sämtliche von uns betreuten Kinder und Jugendlichen waren Opfer von „man-made disasters“. Wegen der unterschiedlichen traumatogenen Potenz haben wir technologische Katastrophen, Traumatisierungen als Folge außerfamiliärer menschlicher Grausamkeit sowie innerfamiliäre Traumatisierungen als jeweils eigene Kategorie aufgeführt. Kumulative Traumatisierungen und Komorbiditäten wurden

dabei aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht berücksichtigt. War ein Patient gleichzeitig Opfer von Ereignissen aus zwei Kategorien, richtete sich die Einteilung nach dem Vorstellungsanlass.

Abbildung 5: Kategorien traumatogener Ereignisse



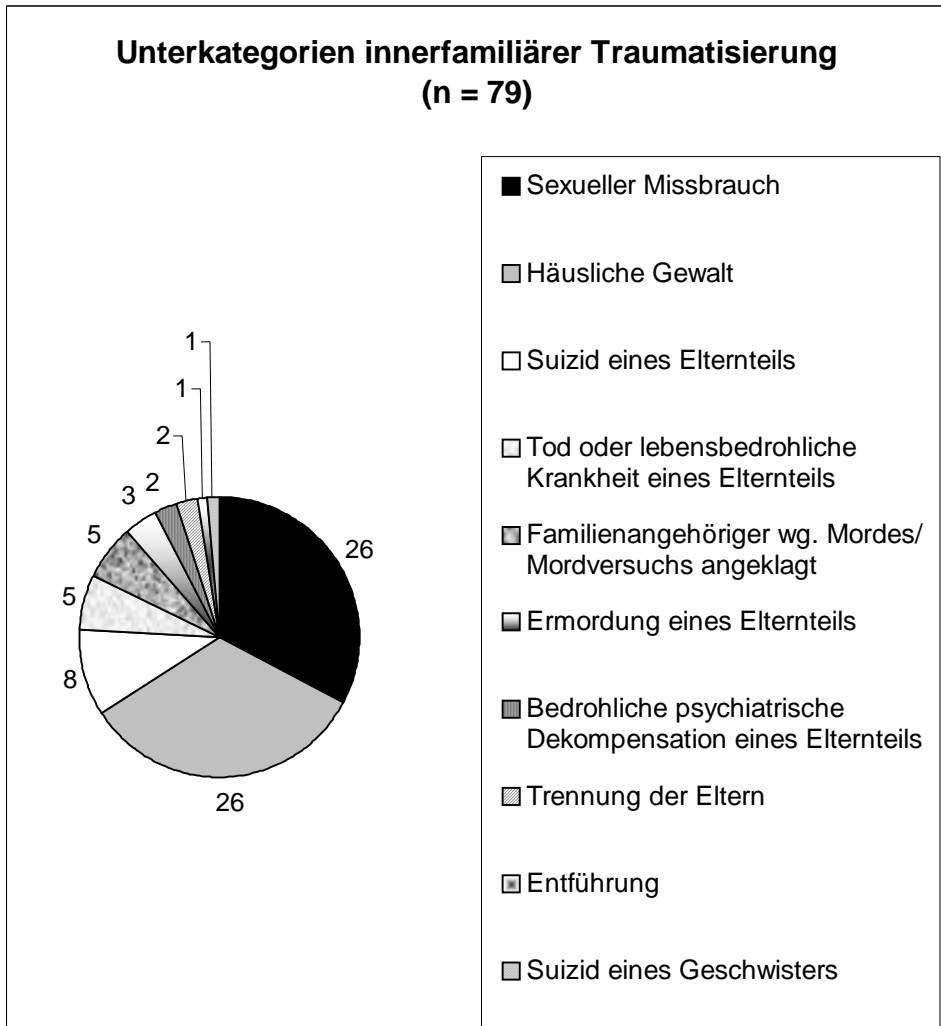
\* Bei Geschwisterkindern, die dasselbe traumatische Ereignis erlebt hatten, wurde dieses Ereignis doppelt gezählt.

Innerfamiliäre Traumatisierungen waren in 46% der Fälle Anlass zur Vorstellung in unserer Ambulanz. Bei Katastrophen als Folge außerfamiliärer menschlicher Grausamkeit handelte es sich z.B. um körperliche und sexuelle Misshandlungen, Bandengewalt, Tötungsdelikte oder Kidnapping. Technologische Katastrophen waren zum Beispiel Verkehrsunfälle oder Brände. Die Kinder und Jugendlichen waren entweder selbst Opfer oder Zeugen der Ereignisse.

Da die Kinder, die innerfamiliären Traumatisierungen ausgesetzt waren, den größten Anteil der Stichprobe stellen, sind die verschiedenen Formen traumatischer Ereignisse dieser Kategorie in Abb. 6 differenziert dargestellt.

Anlass für Vorstellungen bei innerfamiliärer Traumatisierung waren vor allem tätlich-häusliche Gewalt (ohne sexuellen Missbrauch), innerfamiliärer sexueller Missbrauch und Suizidhandlungen eines Elternteils.

Abbildung 6: Unterkategorien innerfamiliärer Traumatisierungen



## 6. Diskussion der Ergebnisse unserer bisherigen Arbeit

Seit die Trauma-Ambulanz ihre Arbeit aufgenommen hat, wird sie zunehmend durch die oben aufgeführten Kooperationspartner empfohlen und in Anspruch genommen. Auch bei schwerer Symptomatik sind gute Behandlungserfolge erzielt worden. Die zeitnahe Intervention bei potenzieller psychischer Traumatisierung ermöglicht dem Behandler, frühen Fehleinstellungen im Umgang mit der Traumatisierung sowohl bei dem Patienten als auch in seiner Familie

und im weiteren sozialen Umfeld entgegenzuwirken. Ein umfassendes Case-Management erhöht die Effizienz der beratenden, psychoedukativen und psychotherapeutischen Teilmaßnahmen.

In den vergangenen zwei Jahren hat sich durch unsere Arbeit in der Region Hamburg ein Netzwerk gebildet, das es immer mehr Kindern und Jugendlichen, die von einem traumatischen Ereignis betroffen sind, ermöglicht, in unserer Ambulanz beraten und ggf. behandelt zu werden. Der weitere Ausbau der bestehenden Kooperationen hat u.a. zur Initiierung eines Runden Tisches geführt, an dem unter der Federführung der Trauma-Ambulanz Mitarbeiter von Polizei, Rettungswesen, Jugendbehörde, Notfallseelsorge, Schule, Opferhilfeeinrichtungen u.a. für das potenziell traumatisierte Kind am Einsatzort im multiprofessionellen Netzwerk Lösungen gemeinsam erarbeitet werden können.

Ziel für die Zukunft ist es, auch in anderen Regionen Deutschlands ein besseres diagnostisches und therapeutisches Angebot für Kinder und Jugendliche mit psychotraumatischen Störungen vorzuhalten.

Wir sind überzeugt, dass ein tiefenpsychologisch fundierter, trauma- und entwicklungspsychologischer Ansatz, der auch familiendynamische Aspekte berücksichtigt, eine optimale Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher gewährleisten kann. Bisher haben wir neben den oben aufgeführten Therapieformen keine traumakonfrontativen therapeutischen Techniken anwenden müssen. Trotzdem haben sich in allen Fällen, die hier behandelt wurden, die Symptome von Trauma-Folgestörungen zurückentwickelt. Empirische Studien werden den Erfolg des Ambulanzkonzeptes sowie dessen Nachhaltigkeit in Zukunft allerdings noch detailliert nachweisen müssen.

Eine Schwierigkeit sehen wir in der Möglichkeit, die von uns behandelten Kinder und Jugendlichen mit Hilfe der gängigen Diagnosesysteme zu beschreiben. Zwar hatten auch in unserer Inanspruchnahmepopulation viele Kinder und Jugendliche Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt, allerdings manchmal nur in Teilen und in unterschiedlicher Ausprägung. Daneben bestanden oftmals erheblich ausgeprägt spezifisch kindliche Reaktionsweisen, die durch das traumatische Ereignis hervor-

gerufen worden waren, aber nicht unter die im Erwachsenenbereich beschriebene Trauma-assoziierte Symptomatik einzuordnen waren (z.B. sekundäre Enuresis, Trennungsängstlichkeit u.a.m.).

In unserer Ambulanz hat sich ein Konzept entwickelt, das die Behandlung eines breiten Spektrums an traumatischen Erfahrungen und deren Folgestörungen abdeckt. So haben wir gleichermaßen Kinder und Jugendliche beraten oder behandelt, die Opfer technologischer Katastrophen geworden waren, wie Kinder und Jugendliche, die durch außer- oder innerfamiliärer Gewalt traumatisiert worden waren. Es wäre wünschenswert, wenn die Bedürfnisse von Kindern, die unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren, in Zukunft differenziert und vergleichend erforscht würden.

Unsere Erfahrung zeigt, wie wichtig es ist, die Öffentlichkeit für die Bedürfnisse traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu sensibilisieren. Viele der Eltern, die mit ihren Kindern den Weg in unsere Spezialambulanz gefunden haben, gaben an, dass sie „normalerweise nie“ in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik gekommen wären, um Hilfe für sich und ihr Kind in Anspruch zu nehmen. Hier muss in Zukunft weiterhin kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit stattfinden, um bestehende Schwellenängste abzubauen.

Weiterhin haben wir uns davon überzeugen können, dass eine Kooperation mit Laien-Helfersystemen besonders wertvoll ist. Wenn gewährleistet ist, dass die Laienhelfer regelmäßig Fortbildungen und Supervisionen erhalten, ist es unseres Erachtens nicht notwendig, Fachpersonal z.B. direkt zum Unfallort zu schicken. Ein Laienhelfersystem stellt oftmals eine über längere Zeit hinweg stabil organisierte Gruppe dar, innerhalb derer Fachwissen und Erfahrungen mit einem großen Multiplikatoreffekt an jüngere Kollegen weitergegeben werden kann. Die Auswahl der Personen sollte – wie dies beim Krisen-Interventions-Team in Hamburg geschieht – durch ein Gremium erfahrener Mitarbeiter getroffen werden. Neue Mitarbeiter sollten durch erfahrene „Tutoren“ begleitet werden, um psychische Schäden bei den Helfern selbst oder eine zusätzliche Belastung der Patienten zu vermeiden. Die Laienhelfer sollten in der Lage sein, psychische Beeinträchtigungen, die eine unmittelbare psychiatrische Behandlung erforderlich machen, bei den Klienten zu

erkennen. Laienhelfer sind ein „menschliches Bindeglied“ zwischen traumatischer und posttraumatischer Realität. Jede Form der therapeutischen oder auch beratenden Arbeit sollte aber dem erfahrenen Traumatherapeuten überlassen werden. Man sollte darüber nachdenken, ob es bei einer optimalen personellen Ausstattung einer Trauma-Ambulanz nicht möglich wäre, Rettungsdiensten und Laienhelfersystemen einen telefonischen Notfalldienst rund um die Uhr anzubieten.

In Hamburg bestehen Kooperationsvereinbarungen mit dem Kriseninterventionsteam des Deutschen Roten Kreuzes hinsichtlich Fortbildung und Supervision, die durch Drittmittel gefördert werden<sup>1</sup>. Ein den Ort des traumatischen Geschehens aufsuchendes Team von Fachpersonal würde möglicherweise mit Laienhelfersystemen konkurrieren, und eine grundsätzlich wertvolle Zusammenarbeit würde ausbleiben. Zudem hat ein gut ausgebildetes Laienhelfersystem mit zeitnaher professioneller traumapsychologischer Unterstützung aufgrund der ökonomischen Verhältnisse im deutschen Gesundheitsversorgungssystem für die Zukunft eine bessere Chance auf flächendeckende Implementierung.

Eine Intensivierung der Fortbildungsmaßnahmen, die für Einrichtungen wie den „Weißen Ring“, Kinderschutzzentren, Schulleitertagungen u.a. bereits mehrfach stattgefunden haben, sollte angestrebt werden. Hierdurch wird in der Versorgungslandschaft der Bundesrepublik möglicherweise sichergestellt werden können, dass tatsächlich flächendeckend eine psychotraumatologische Erstversorgung von Kindern und Jugendlichen und deren Familien möglich wird.

## 7. Ausblick

Unser bisheriges Beratungs- und Behandlungskonzept sollte anhand von theoretischen und klinischen, empirisch gesicherten psychotraumatologischen Erkenntnissen weiter differenziert und evaluiert werden. Denkbar wäre es auch, anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse Behandlungsmodule zu entwickeln und dabei die unter-

---

<sup>1</sup> Wir danken an dieser Stelle der Preuschhof-Stiftung für die freundliche Unterstützung der Arbeit der Trauma-Ambulanz.

schiedlichen traumatogenen Ereignisse sowie den Schweregrad der psychotraumatischen Symptomatik zu berücksichtigen. Möglicherweise sind durch unterschiedliche therapeutische Interventionen je nach spezifischer Kategorie des traumatischen Ereignisses unterschiedliche Behandlungserfolge zu erzielen, was durch Therapie-Vergleichsstudien zu prüfen wäre. Zur weiteren Forschung gehört auch die Konzeptualisierung verschiedener, an entwicklungspsychologischen Erkenntnissen orientierter Symptomcluster kindlicher Psychotraumafolgestörungen, die eine Abbildung spezifisch kindlicher traumabedingter Symptome ermöglichen und zum Verständnis der Symptomatik als frustriertem Lösungsversuch beitragen könnte. Durch ein solches diagnostisches Instrument sollten zudem der Ausprägungsgrad der Symptomatik sowie das potenzielle Vorliegen von Komorbiditäten und kumulativen Traumatisierungen erfasst und beschrieben werden können. Eine besondere Aufmerksamkeit muss Kindern geschenkt werden, die zum Zeitpunkt der Traumatisierung noch nicht sprachfähig sind.

Das familiendynamische Verständnis seelischer Traumatisierung sollte vertieft und familientherapeutische Implikationen sollten weiter ausgearbeitet werden. Auch die Wirkungen eines nach Traumatisierung in seiner Entwicklung blockierten oder regredierten Kindes auf das soziale Umfeld und die reziproken Implikationen hinsichtlich förderndem oder destruktivem Umgang mit dem psychisch verletzten Kind sind bisher wenig beforscht worden. Hier ist insbesondere die Wirkung von Traumatisierungen eines kindlichen Familienmitgliedes auf Eltern und Geschwister zu nennen.

Die Arbeit der Trauma-Ambulanz könnte Modellcharakter für ein flächendeckendes Netz psychotraumatologischer Erstversorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche und deren Familien in Deutschland sein. Es wäre wünschenswert, die weitere Vernetzung voranzutreiben und verschiedenste Einrichtungen der Opferhilfe mehr mit in das Konzept zu integrieren. Insbesondere auch Einrichtungen der Jugendhilfe, Frauenhäuser und Selbsthilfegruppen für Gewaltopfer sollten intensiver über das Angebot der Trauma-Ambulanz informiert werden. Fortbildungen könnten das Laien Helfertwissen auch in diesen Bereichen vertiefen helfen und Kindern und Jugendlichen den Zugang zu unserer Einrichtung ermöglichen, die bisher von den Vorteilen einer Beratung oder Behandlung ausgeschlossen worden sind. Wir gehen von einem großen Dunkelfeld



hinsichtlich der Zahl dieser Kinder und Jugendlichen aus. Hier sind in Zukunft epidemiologische Studien nötig.

Mit dem Kriseninterventionsteam des Deutschen Roten Kreuzes besteht bundesweit ein Opferhilfesystem, das im Bereich psychotraumatologischer Fragestellungen für Kinder und Jugendliche einen Fortbildungs- und Supervisionsbedarf hat, der in vielen Regionen noch nicht gedeckt ist. Die bisherigen Fortbildungsmaßnahmen der einzelnen Regionalgruppen könnten durch zentrale Fortbildungseinheiten bundesweit organisiert werden. So könnte ein flächendeckendes traumapsychologisches Basiswissen vermittelt werden, was vielen Opfern psychischer Traumatisierung in der Akutsituation hilfreich sein könnte.

Bei den Rettungsdiensten ist weiter ein Fortbildungsbedarf der Helfer hinsichtlich psychotraumatologischen Wissens angezeigt. Medizinische Notfall- und Katastrophen-Versorgungspläne sollten in Zukunft auch die psychotraumatologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorsehen. Es sollten in den Einsatzzentralen des Rettungswesens Automatismen implementiert werden, die es ermöglichen, dass jedes Kind und jeder Jugendliche, der von einem potenziell traumatogenen Ereignis betroffen ist, einer fachkundlichen traumapsychologischen Untersuchung und Behandlung zugeführt wird.

Schließlich eröffnet sich ein weiteres Forschungsfeld, welches die transgenerationalen Aspekte von Traumatisierung betrifft. Die Holocaust-Forschung (z.B. Kogan, 1987, 1995) hat gezeigt, dass eine transgenerationale Weitergabe psychischer Traumatisierungen die Nachkommenschaft erheblich seelisch belasten kann.

Aufgrund der genannten Aspekte sind eine Früherkennung sowie indizierte, sekundär-präventive Maßnahmen und die Behandlung psychischer Traumatisierungen der Kinder und auch ihrer Eltern für die nächsten Generationen von besonderer Bedeutung. Ziel der Forschung sollte es weiterhin sein, Behandlungserfolge aufzuzeigen und damit auch ein gesundheitspolitisches Interesse herzustellen, dass die Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters in Zukunft einer kontinuierlichen Förderung bedarf.

## Angaben zu den Verfassern:

Dr. med. Andreas Krüger  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie, Uni-  
versitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
Tel.: 040-42803-7794, Fax: 040-42803-2409  
E-mail: [an.krueger@uke.uni-hamburg.de](mailto:an.krueger@uke.uni-hamburg.de)

Dipl.-Psych. Annika Brüggemann  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie, Uni-  
versitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
Tel.: 040-42803-5893, Fax: 040-42803-2409  
E-mail: [a.brueggemann@uke.uni-hamburg.de](mailto:a.brueggemann@uke.uni-hamburg.de)

Prof. Dr. med. Peter Riedesser  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie, Uni-  
versitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
Tel.: 040-42803-2202, Fax: 040-42803-5169  
E-mail: [riedesser@uke.uni-hamburg.de](mailto:riedesser@uke.uni-hamburg.de)

## Literatur:

- Bowlby, J.* (1976). Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler.
- Bowlby, J.* (1987). Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt am Main: Fischer.
- Cremniter, D.* (1997). Rundschreiben bezüglich der Bildung eines nationalen Netzwerks zur medizinisch-psychologischen Notfallversorgung im Falle einer Katastrophe. Unveröffentlichtes Manuskript (eigene Übersetzung).
- Egle, U.T. & Hoffmann, S.O.* (2000). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in der Kindheit und Jugend. In: U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Juraschki (Hrsg.). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart, New York: Schattauer; 3-22.
- Erikson, E.H.* (1976). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Fischer.
- Fischer, G. & Riedesser, P.* (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie. Dritte Auflage. München, Basel: Reinhardt.

- Freud, A. (1963). The concept of developmental lines. *Psychoanalyt. Child Study*; 8: 245 – 265.
- Freud, S. (1905d). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *GW Bd. 5*, 27-146.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hahn, F., Hempt, A. (2005). Clinical assessment and therapy of post-traumatic stress disorder in childhood and adolescence. Responsibilities of an outpatient clinic for traumatized children. *Der Nervenarzt*; Jg. 76, Heft 5, S. 546-556
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Hüther, G. (2001). Die neurobiologischen Auswirkungen von Angst und Stress und die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. In: A. Streeck-Fischer, U. Sachsse & I. Ötzkan (Hrsg.). *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik, Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 94 -114.
- Keilson, H. (1998). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern durch man-made desaster. In: M. Endriss & G. Biermann (Hrsg.). *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. München, Basel: Reinhardt; 44 – 58.
- Kahn, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanal. Child Study*; 18: 286 – 306.
- Kogan, I. (1987). Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Holocaust-Überlebenden. *Psyche* 6, 533-545.
- Kogan, I. (1995). *The cry of mute children. A psychoanalytic perspective of the second generation of the Holocaust*. London, New York: Free Association Books.
- Kohut, H. (1981). *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Krüger, A., Brüggemann, A., Riedesser, P. (2004). *Die Trauma-Ambulanz für Kinder, Jugendliche und deren Familien am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Erfahrungsbericht der ersten beiden Behandlungsjahre in einem Frühinterventionszentrum für psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen*. ZPPM; Jg. 2, Heft 4, S. 19-44
- Krüger, A. (Veröffentlichung im Herbst 2005). *Psychische Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter*. In: L. Reddemann (Hrsg.). *Psychotraumata. Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten*. Deutscher Ärzteverlag.
- Landolt, M.A. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Lichtenberg, J.D. (1991a). *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin: Springer.
- Marans, S., Adelman, A. (1997). Experiencing violence in a developmental context. In: J. Usowski (Eds.). *Children in a violent society*. New York: Guilford Press; 202-222 .
- Osofsky, J. (2003). Ein psychoanalytisch orientiertes Programm zu Interventionen bei Gewalttaten und zur Behandlung von Kindern und Familien. In: M. Leuzinger-Bohleber (Hrsg.). *Trauma, Beziehung und soziale Realität*. Tübingen: Edition diskord, 171-186.
- Piaget, J. (1978). *Das Weltbild des Kindes*, Stuttgart: Klett-Cotta.

- Pynoos, R.F., Steinborgh, A.M. & Wraith, R.* (1995). The developmental model of childhood traumatic stress. In: D. Cicchetti & D.J. Cohan (Hrsg.). *Developmental psychopathology*. New York: Wiley and Sons; 72-95.
- Resch, F.* (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes und Jugendalters*. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz Verlag.
- Rothenberger, A. & Hüther, G.* (1997). Die Bedeutung von psychosozialem Stress im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung. *Neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie*. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatrie*, 44: 623-44.
- Schepker, R. & Huck, W.* (2003). Erfahrungen der kinderpsychiatrischen Opferschutzambulanz mit akuten Traumatisierungen nach Gewalttaten. Unveröffentlichter Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie in Wien, 02.-05.04.2003.
- Schore, A.N.* (2001). The effects of the security attachments of relationship on right brain development, effect regulation, an instant mental health. *Inf. Ment. Health J*; 22: 7-66.
- Spitz, R.A.* (1967). *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart: Klett.
- Stern, D.N.* (1985). *The interpersonal world of the human infant*. New York: Basic Books.
- Streeck-Fischer, A.* (1997). Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie. Über das Spiel der Entwicklung, das heilsame Spiel, das Spiel, das außer Kontrolle gerät, das traumatische Spiel. *Forum Psychoanal*; 13: 19-37.
- Terr, L.* (1995). Childhood traumas. An outline and an overview. In: S.S. Everly & J.M. Lating (Eds.). *Psychotraumatology: Key papers and care concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum, 301-19.
- van der Kolk, B.A.* (1998). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In: A. Streeck-Fischer (Hrsg.). *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 32-56.
- Winnicott, D.W.* (1960). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler; 192- 270.
- Yule, W.* (1994). Posttraumatic stress disorders. In: M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.). *Child and Adolescent psychiatry. Modern projects*. 3. Ideation. Oxford: Blackwells; 392-406.

Dieser Beitrag kann inkl. größerer Abbildungen per E-Mail angefordert werden unter [riedesser@uke.uni-hamburg.de](mailto:riedesser@uke.uni-hamburg.de)

# Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken und Ansätze zur Prävention

*Christiane Deneke<sup>2</sup>*

## Literaturüberblick

Kinder psychisch kranker Eltern stellen eine Risikogruppe dar und sind als solche auch primär wahrgenommen und erforscht worden. Die sogenannten Risikostudien der 70er und 80er Jahre des letzten Jahrhunderts sollten die Erbllichkeit vor allem psychotischer Erkrankungen klären und zur Früherkennung und Frühbehandlung besonders gefährdeter Gruppen beitragen (Zusammenfassung bei Remschmidt und Matthejat, 1994).

Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass der genetische Faktor kleiner ist ursprünglich vermutet, aber doch deutlich: von Kindern mit einem schizophrenen Elternteil werden 10-13% wiederum im Laufe ihres Lebens an einer Schizophrenie erkranken (Tienari, 1987, Canino, 1990), die Konkordanzrate beträgt bei zweieiigen Zwillingen 10-15%, bei eineiigen über 50%. Auch entwickeln Kinder schizophrener Eltern in höherem Maße als Kinder gesunder Eltern unspezifische psychische Störungen. Adoptionsstudien legen nahe, dass die biologische Verwandtschaft stärker zur Erkrankungshäufigkeit beiträgt als die Adoptionsbeziehung, aber dass auch diese einen deutlichen Einfluss hat (Tienari, 1987).

Für Kinder affektiv erkrankter Eltern sehen die Daten ähnlich aus: das Risiko für eine affektive Störung ist bei ihnen zwei- bis dreifach, für eine Major Depression sechsfach erhöht (Downey und Coyne, 1990). Sind beide Eltern betroffen, so beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder ebenfalls depressiv werden, ca. 70% (Robins und Regier, 1991). Bei Kindern affektiv erkrankter Eltern entstehen

---

<sup>1</sup> Diese Arbeit wurde gefördert durch die Anna-von-Gierke-Stiftung

unspezifische psychische Auffälligkeiten in ähnlichem Ausmaß wie bei Kindern schizophrener Eltern (Cummings & Davis, 1994, Weissmann et al., 1987, Downey & Coyne, 1990).

Die familiäre Häufung von Angststörungen ist ein in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bekanntes Phänomen (Beardslee et al., 1998, Last et al., 1987), wobei hier ebenso wie bei der Depression neben der genetischen Determinierung sicherlich auch die psychosoziale Weitergabe eine große Rolle spielt (s.a. Hammen, 1991). In ihrer großen Vergleichsstudie hatten Rutter und Quinton (1984) die schlechtesten Entwicklungsbedingungen für Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen konstatiert, vor allem, wenn diese mit Gewalt und Suchtproblemen verbunden waren. In einem Beobachtungszeitraum von vier Jahren fanden sie bei einem Drittel aller Kinder psychisch kranker Eltern, die sie untersucht hatten, anhaltende, bei einem weiteren Drittel vorübergehende, bei einem Drittel keinerlei kinder- und jugendpsychiatrische Störungen. Dabei scheint sich eine Erkrankung der Mutter stärker auszuwirken als die des Vaters (Keller et al., 1986), wobei die Mehrzahl der Untersuchungen sich auf Kinder erkrankter Mütter bezog.

Nicht in jede Untersuchung wurde systematisch einbezogen, welche Rolle das Alter der Kinder bei Ausbruch der elterlichen Krankheit spielt. Es liegt aber auf der Hand, dass Kinder, die von Geburt an oder schon früh in durch die Krankheit geprägten pathologischen Beziehungsstrukturen leben, stärker gefährdet sind als Kinder, die eine längere überwiegend gesunde Beziehungsgeschichte vor Ausbruch der Krankheit erlebt haben, auch wenn sie in ihren jungen Jahren noch nicht psychisch gestört erscheinen (s. a. Remschmidt und Mattejat, 1994). In der eigenen Arbeit mit psychisch kranken Müttern und ihren Babys wird deutlich, wie massiv eine beeinträchtigte mütterliche Responsivität die Entwicklung des Kindes beeinflusst.

Zur Frage der krankheitsspezifischen Folgen äußerte sich dezidiert Sameroff (1987), Leiter der Rochester-Studie - einer der großen Risikostudien -. Er fasst die Ergebnisse seiner und anderer Untersuchungen wie folgt zusammen: entscheidender als die elterlichen Diagnosen seien für die Entwicklung der betroffenen Kinder Schwere und Chronizität der Krankheit sowie die allgemeinen psychosozialen Bedingungen, unter denen die Kinder aufwachsen. Dass die Le-

bensbedingungen für Familien mit psychisch kranken Eltern im Durchschnitt schlechter sind als für andere, ist allgemein bekannt: so leben die Eltern häufiger getrennt als im Durchschnitt der Bevölkerung, Armut und Arbeitslosigkeit sowie soziale Isolation zusammen mit problematischen Wohnverhältnissen in Gebieten mit allgemein schlechterer Gesundheitsversorgung und Freizeitqualität gehören gehäuft zu den Belastungen, unter denen die Familien zu leiden haben. Diese Faktoren erhöhen das gesundheitliche Risiko für die Kinder. Dabei tritt nicht nur ein Summationseffekt auf, sondern eine gegenseitige Verstärkung (Mattejat, 2000).

Wie erleben die Kinder selbst die Erkrankung von Mutter oder Vater? Judy Shachnow (1987) hat die Reaktionen von Kindern verschiedenen Alters auf die psychiatrische Krankenhausaufnahme eines Elternteils erfasst. Die Kinder berichteten davon, allein gelassen worden zu sein: es gab nur selten rasch verfügbare Ersatz-Bezugspersonen, sie seien nicht genügend informiert worden und hätten mit niemandem reden können. Alle Kinder zeigten reaktive Symptome wie Schlaf- und Appetitstörungen, traurige Verstimmung, sozialen Rückzug, Abfall der Schulleistungen. Ältere Kinder litten zusätzlich unter dem unangenehmen Gewahrwerden der elterlichen Symptomatik, was mit Scham, Ambivalenz und entsprechenden Loyalitätskonflikten verbunden war. Die zugrunde liegende seelische Befindlichkeit ist mit Angst (um den kranken Elternteil, durch die Trennung und die möglicherweise unheimlichen krankhaften Veränderungen der Mutter oder des Vaters, aber auch um die Zukunft der Familie und die eigene Gesundheit), mit Schuld und Loyalitätskonflikten zu umreißen.

Bonnie Dunn (1993) hat aus den Berichten inzwischen erwachsener Kinder psychisch kranker Eltern folgende Problembereiche im Zusammenleben zusammengefasst: Vernachlässigung und evtl. Misshandlung, Isolation der Familie, Schuld und Loyalität, mangelnde soziale Unterstützung und negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, das die Kinder in ihrer Not nicht wahrgenommen habe; wenn überhaupt Gespräche mit behandelnden Ärzten stattfanden, so seien die Kinder eher noch zusätzlich mit Verantwortung belastet worden.

Es liegt also eine erhebliche Belastung der Kinder vor. Deshalb ist die Tatsache besonders beachtenswert, dass ein großer Teil der Kinder psychisch kranker Eltern gesundheitlich unbeschadet bleibt. Die Frage, was diese Kinder befähigt, trotz schwierigster Lebensumstände psychisch gesund, leistungs- und beziehungsfähig zu bleiben, hat nur einzelne Risikoforscher bewegt. Schon Bleuler (1972) hat darauf hingewiesen, dass die günstige Entwicklung von Kindern mit hohem genetischen Risiko für eine Psychose ebenso sorgfältig beachtet werden sollte wie die ungünstige der „kranken Minderheit“. Anthony und seine Arbeitsgruppe haben nicht nur Hinweise auf eine mögliche Psychopathologie, sondern auch besondere Fähigkeiten der von ihnen untersuchten Kinder interessiert - die bei Kindern schizophrener Eltern mehr als bei Kindern manisch-depressiver bzw. körperlich erkrankter Eltern gefunden wurden – (Anthony et al., 1974). In dieser Arbeitsgruppe wurde der Begriff der „unverletzbar Kinder“ geprägt (Anthony, 1974) und das Bedingungsgefüge von Vulnerabilität und Resilienz aus verschiedenen Blickrichtungen stärker reflektiert (s. a. Anthony & Cohler, 1987).

Anthony sah die Chance zur Bewältigung schwierigster Lebensumstände im Vorhandensein von konstruktiver Kompetenz, wie sie parentifizierte Kinder entwickeln, um die Defizite in der Fürsorge für die Familie auszugleichen, sowie von kreativer (künstlerischer oder denkerisch – systematisierender) Kompetenz (wofür es im Bereich der Künste und der Wissenschaft viele Beispiele gibt: Hans-Christian Andersen, Virginia Woolf, René Magritte, Jean Piaget hatten psychisch kranke Eltern, um nur einige zu nennen). Als Vorbedingungen für die Entwicklung solcher Kompetenzen werden gute frühe Erfahrungen mit der Mutter genannt (Winnicott, 1965, Musick et al., 1987), Intelligenz und gute visuomotorische Koordination (Worland et al., 1987) sowie sichere Bindung (Farber & Egeland, 1987).

Die Bezeichnung „unverletzbar“ soll nicht suggerieren, man könne unberührt und ohne eigene Gefährdung aus dem Zusammenleben mit kranken, nur begrenzt zur Fürsorge für ihre Kinder fähigen Eltern hervorgehen, vielmehr möchte sie nahe legen, dass positive Merkmale der Kinder und Familien sie befähigen, widrigen Lebensumständen aktiv zu begegnen und so den Einfluss schädigender Bedingungen abzumildern.



Dass auch die scheinbar unverletzlichen Kinder mit Problemen konfrontiert sind, die nicht spurlos von ihnen bewältigt werden können, ist in longitudinalen Untersuchungen dieser Kinder bis ins Erwachsenenalter hinein deutlich geworden. Diese Probleme sind dadurch bedingt, dass die Kinder zu früh zu viel Verantwortung übernehmen müssen, aber mit ihren Sorgen, Fragen und Ängsten allein bleiben. Schon Manfred Bleuler hat 1972 in seiner sorgfältigen und einfühlsamen Studie zu den Geschichten der Familien seiner langjährigen Patienten darauf hingewiesen und zitiert stellvertretend einen erwachsenen Sohn: er habe sich zwar viel Positives aufbauen können, die Krankheit seiner Mutter liege aber „wie eine dunkle Wolke“ über seinem ganzen Leben. Auch Katja Beeck fasste kürzlich in einer Radiosendung zum Thema (Deutschlandfunk, 5.8.2005) die immer wieder berichtete Erfahrung betroffener Kinder zusammen: sie sprach von Überforderung, Alleingelassensein, Verwirrung und dauernder Angst, vor allem aber auch von Unverständnis der Umgebung. Systematisch hat Albert Lenz (2005) in einer ausführlichen Befragung die subjektiven Erfahrungen der Kinder, ihre Bewältigungsstrategien und Wünsche nach Unterstützung zusammengetragen. Eine solche Zusammenschau von Belastungen, Coping und präventiven Ansätzen erscheint der komplexen Problematik angemessen.

Ähnlich differenziert ging die Forschergruppe um Beardslee vor, die Kinder affektiv erkrankter Eltern bis ins Erwachsenenalter hinein regelmäßig nicht nur untersuchte, sondern ihnen und ihren Familien auch verschiedene präventive Interventionen anbot (Psychoedukation in Gruppen versus individuelle Beratung im Kontext der Familie, Beardslee & Salt, 1993). Ziel war die Klärung der Frage, was die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegen pathogene Einflüsse in der Familie ausmacht, und wodurch sie präventiv zu unterstützen ist (Beardslee und Podorefsky, 1988). Die als resilient erachteten in-zwischen jugendlichen Probanden ihrer Studie hatten vertrauensvolle Beziehungen in der Familie und außerhalb, schätzten die elterliche Krankheit, die Belastung der Familie und ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten realistisch ein und konnten ihre Gefühle angemessen zeigen. Damit hatten sie eine Beziehung zu ihren kranken Eltern entwickeln können, die weder als abständig -desinteressiert noch als überengagiert - verwickelt imponiert, sondern die die ge-

sunde Balance zwischen beidem, eine Position der „bezogenen Individuation“ (Stierlin et al., 1977) darstellt. Als nachhaltig wirkungsvoll für eine gesunde Entwicklung der Kinder hatten sich schon einfache Informationen über die elterliche Erkrankung erwiesen, überlegen aber war ein individuell auf die Bedürfnisse der Familie zugeschnittenes Beratungsangebot.

Zusammenfassend lassen sich aus den zitierten und anderen Untersuchungen folgende protektive Faktoren für die kindliche Entwicklung identifizieren, die zum größeren Teil natürlich mit allgemein gültigen Schutzfaktoren identisch sind:

#### *Auf Seiten der elterlichen Erkrankung*

- weniger schwerer und chronifizierter Verlauf
- gesunde Intervalle
- späterer Beginn
- Kind wird in ein elterliches Wahnsystem nicht mit einbezogen

#### *Auf Seiten des Kindes*

- gute biologische Ausstattung
- unproblematisches Temperament, Selbstregulationsfähigkeit
- Intelligenz, Attraktivität
- Gute soziale Kompetenz

#### *Allgemein*

- Gute Mutter-Kind-Beziehung
- Anwesenheit und Verfügbarkeit eines gesunden Elternteils
- Gute Paarbeziehung der Eltern, Familienzusammenhalt
- Vertrauensvolle Beziehung zu einer oder mehreren Personen außerhalb der Familie
- Gutes soziales Netz
- Weniger allgemeine soziale Stressoren (Armut, schlechte Wohnverhältnisse etc.)
- Stabile Lebensbedingungen

### **Ansätze zur Prävention**

Ziele der präventiven Arbeit mit betroffenen Familien bzw. einzelnen Familienmitgliedern sind:

- Enttabuisierung des Themas psychische Krankheit
- Informationsvermittlung
- Psychoedukation
- Abbau von Ängsten und Schuldgefühlen sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindern
- Stärkung von Selbstwahrnehmung und Selbstwert
- Förderung des emotionalen Austausches
- Stärkung von Selbstreflexion

Aus dem zu Resilienz und protektiven Faktoren Dargestellten ergeben sich die Zeitpunkte und die Umstände, an denen Prävention sinnvoll ansetzen kann. Dabei handelt es sich im Kontext elterlicher psychischer Erkrankung vor allem um sekundäre Prävention, d. h. eine Gefährdung der Kinder ist eingetreten, geeignete Interventionen sollen ihre Lebensbedingungen aber in einer Weise verändern, dass diese Gefährdung so weit wie möglich abgemildert wird. In diesem Zusammenhang sind verschiedenste Maßnahmen zur Hilfe und Unterstützung sowohl für die Familien wie für die einzelnen Familienmitglieder als präventiv anzusehen.

Es liegt auf der Hand, dass präventive Interventionen so früh wie möglich ansetzen sollen. Das kann der Beginn der Erkrankung oder der einer Behandlung sein, wie auch die besonders mit Hoffnung erlebte, aber auch für psychische Erkrankungen speziell prädestinierte Zeit um die Geburt eines Kindes. Hier bieten sich folgende Möglichkeiten:

- Einbeziehen der Kinder bei Krankenhausaufnahme eines Elternteils ebenso wie in eine ambulante Behandlung. Hierfür hat Lenz (2005) einige praktikable Vorschläge gemacht.
- Beratung und Unterstützung für psychisch belastete Schwangere und junge Mütter und Väter;
- die Möglichkeit gemeinsamer stationärer und teilstationärer Behandlung für Mütter mit postpartalen psychischen Problemen, wobei dies nicht nur in Form eines einfachen „Rooming-In“ stattfinden, sondern eine Diagnostik und Behandlung der erschwerten Mutter-Kind-Beziehung und eine entwicklungsfördernde Behandlung des dadurch beeinträchtigten Kindes einschließen sollte (s. a. Hartmann, 2001 und Hornstein, 2001).

Um die weitere Entwicklung der Kinder im Auge behalten zu können und bei Bedarf die Familie rasch und gezielt unterstützen zu können, ist gut geeignet:

- die weitere, je nach Bedarf gestaltete Begleitung der Familie.

Auch ist es in jedem Fall und zu jedem Zeitpunkt sinnvoll und notwendig,

- die sozialen Ressourcen der Familien zu fördern und zu stärken (s. a. Lenz, 2005).

Über diese Ansätze hinaus ist

- die Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen angemessen zu informieren, um so die Tabuisierung und Mystifizierung des Themas abzubauen, die immer noch ein starkes Hindernis für die Betroffenen darstellen, sich in ihrer Not an Andere zu wenden.

Neben Einzel- und Familienberatungen bzw. –behandlungen bieten sich für die Begleitung der Familien bzw. einzelner Familienmitglieder Gruppen an: Mutter-Baby-Gruppentherapie, Gruppen für Mütter, Eltern und Kinder und auch solche für inzwischen erwachsene Kinder von psychisch kranken Eltern. Die Gruppen bieten die Möglichkeit des Austausches und der Überwindung der Isolation. Darüber hinaus können verschiedenste Arten psychosozialer Unterstützung notwendig werden wie Haushaltshilfe, Sozialpädagogische Familienhilfe, Tagespflege, Patenfamilien.

Um diese Dinge sinnvoll zu planen und einzusetzen, ist eine gute Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie notwendig, wie sie z. B. Schone und Wagenblaus (2002) fordern. In ihrem Praxisforschungsprojekt sind sie auf erhebliche Unkenntnis und Mängel in der Zusammenarbeit gestoßen. So sei die quantitative Dimension des Problems nicht erkannt und allgemein unterschätzt (etwa jede/r fünfte erkrankte Patient/in einer psychiatrischen Klinik, Tagesklinik oder Institutsambulanz im untersuchten Bereich habe minderjährige Kinder). So sei die inhaltliche und konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Frage, wie den besonderen Problemen der betroffenen Kinder zu begegnen sei, bisher vermieden worden, und eine Zusammenarbeit finde erst in der Krise statt.

## **Eigene Erfahrungen**

### **Der Rahmen**

Die eigene Arbeit mit psychisch kranken Eltern und ihren Kindern in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie besteht in - zum Teil langfristiger – Beratung und Behandlung betroffener Kinder, Jugendlicher, Eltern und Familien, kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Vermittlung der notwendigen psychosozialen Unterstützung sowie in der Leitung eines präventiven Gruppenprojekts für Kinder und Jugendliche verschiedener Altersstufen (Aurynggruppen, s. a. Dierks, 2001). Hinzugekommen ist die Beschäftigung mit psychisch belasteten Eltern und ihren Säuglingen und Kleinkindern im Rahmen einer Spezialambulanz und einer kleinen tagesklinischen Einheit, die seit 1998 besteht (Lüders und Deneke, 2001). Darüber hinaus können Professionelle, die mit betroffenen Familien arbeiten, beraten werden.

Den notwendigen und hilfreichen Hintergrund dafür bildet eine örtliche Vernetzungsstruktur von Diensten des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe in Form einer regelmäßig tagenden Arbeitsgruppe, die Austausch, gegenseitige Fortbildung und Zusammenarbeit an schwierigen Fällen bietet. Auch Öffentlichkeitsarbeit und Organisation von Fortbildung Außenstehender hat sich die Gruppe zur Aufgabe gemacht.

Die Arbeitsgruppe hat wiederum einen Verein („SeelenNot“) gegründet, der sich zum Ziel gesetzt hatte, mit Hilfe von Spenden konkrete Projekte zur Unterstützung betroffener Familien aufzubauen. So ist der Verein seit 1999 Träger der regelmäßig - und bewusst außerhalb des klinischen Kontextes - stattfindenden Aurynggruppen (die 7. Gruppe hat im Sommer 2005 begonnen). Da die Familien die Klinik als Ort für die Beratung oft als unpassend und beängstigend empfinden („wollen Sie jetzt auch mein Kind zum psychiatrischen Fall machen?“), wurde im Mai 2000 ein Beratungsbüro außerhalb der Klinik eröffnet. Hier bietet eine psychologische Psychotherapeutin an einem, seit Kurzem auch an zwei Tagen der Woche Beratung und Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie Familien an, auch eine Müttergruppe, eine Gruppe für inzwischen erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern sowie Beratung von Professionellen finden hier statt.

Sinn dieser Projekte ist es, für die bestehenden Lücken in der Versorgung der betroffenen Familien quasi modellhaft bedarfsgerechte Lösungen zu erproben, die dann von bestehenden Einrichtungen übernommen und weitergeführt werden können. Notwendig erscheint dieser „Sonderweg“ deshalb, weil die Familien mit psychisch kranken Eltern noch immer eine große Scheu haben, sich an öffentliche Einrichtungen psychosozialer Versorgung zu wenden, und weil diese immer noch häufig mit der komplexen Problematik der Familien überfordert sind. Trotz des Sparzwangs der öffentlichen Hand hat die Idee der Präventionsgruppen Anklang gefunden, inzwischen finden in Hamburg verschiedene durch die Jugendämter finanzierte Gruppen statt. Eine Anerkennung und Übernahme der Beratungsarbeit in öffentliche Trägerschaft hat bisher nicht stattgefunden, obwohl auch die Jugendämter zu den zuweisenden Instanzen gehören.

### **Probleme in der frühen Entwicklung**

Die tagesklinische Behandlung von Müttern – und einem Vater – mit verschiedenen postpartalen Erkrankungen (s. a. Deneke et al, 2004) bietet die Möglichkeit, die Wirkung der elterlichen Störungen auf die Kinder und deren Reaktionen darauf quasi in statu nascendi zu erfassen. Dabei ist es der elterliche Beitrag zur Interaktion, der dem Kind die psychische Erkrankung vermittelt und seine Anpassung an die elterliche Pathologie erzwingt (Laucht et al., 1992).

Bei der Betrachtung der elterlichen Beiträge zur Interaktion fällt auf, dass keine krankheitsbezogene Spezifität vorliegt, sondern dass unabhängig von der Erkrankung einige wenige Interaktionsstile zu identifizieren sind (Deneke & Lüders, 2003). Bei einer Auswertung unserer Behandlungen lagen die folgenden Verhaltensmuster jeweils nicht „rein“, aber doch so überwiegend vor, dass sie die Interaktion bestimmten:

- ausreichend sensitives bzw. nach kurzer (Tage oder wenige Wochen anhaltender) Störung rasch wieder normalisiertes Verhalten in 9%
- verminderte Responsivität, Unterstimulation in 45%
- Kontrolle, Überstimulation in 18%

- Abrupte Wechsel von Über- und Unterstimulation, aggressiv getönt in 28%.

Bei den Kindern fanden sich folgende Auffälligkeiten (die auch bei einem Kind nebeneinander vorkommen können, daher mehr als 100%):

- Reaktive Bindungsstörung (48%)
- Regulationsstörung (33%)
- Entwicklungsverzögerung (33%)
- Hyperaktivität, riskantes Verhalten (18%)
- Gedeihstörung (11%)
- Frühe Anzeichen für die Entwicklung eines falschen Selbst: ängstlicher Gehorsam, übermäßige Fürsorglichkeit als Versuch, die Mutter zu kontrollieren (30%).

Setzen wir die Störungen der Kinder in Beziehung zum elterlichen Interaktionsstil, so zeigt sich – was nicht überrascht – dass die Kinder, deren Mütter sensitiv oder rasch wieder sensitiv waren, außer vorübergehenden Anpassungsproblemen keinerlei Pathologie aufwiesen, während die Kinder der Mütter mit aggressiv getöntem, abrupt wechselnden Verhalten die meisten Entwicklungsprobleme hatten. Wenn wir bedenken, dass es gerade dieser Interaktionsstil ist, der am häufigsten – nämlich bei Müttern mit Borderline – Persönlichkeitsstörung – zur Persistenz neigt, müssen wir in diesen Fällen besonders darauf achten, dass die Familien ausreichend psychotherapeutisch und psychosozial unterstützt werden und die Kinder kompensatorische Beziehungsmöglichkeiten haben, um ihr Entwicklungsrisiko abzumildern. Die Kinder dieser unberechenbaren Mütter lernen, ihre Mütter genau zu beobachten, um evtl. bedrohliche Situationen rechtzeitig zu erfassen. Mit falsch positivem Affekt und Fürsorglichkeit versuchen sie, die Mütter zu kontrollieren, bei Anzeichen mütterlicher Aggression reagieren sie mit erschrecktem Erstarren und erzwungenem Gehorsam (Crittenden, 2000).

Mangelnde Responsivität bildet sich meistens zurück in dem Maß, in dem die Depression abklingt. Allerdings bleibt sie in einem kleineren Teil der Fälle (bei chronischer schizophrener Psychose mit Negativsymptomatik bzw. schwerer chronischer Depression) bestehen. Da sie mit rasch eintretender Entwicklungsverzögerung der Kinder einhergeht, also schwere emotionale Vernachlässigung bedeutet,

muss hier eine Trennung von Mutter und Kind und Aufnahme des Kindes in eine Pflegefamilie erfolgen, wenn nicht eine ausreichend sensitive Hauptbezugsperson diesen Mangel ausgleicht.

Eine ebenfalls zu beachtende Konstellation stellt die nur inkonsistent responsive (depressive oder stark erschöpfte) Mutter mit einem Kind dar, das durch waghalsige, unter Umständen auch selbstschädigende Aktionen versucht, die Mutter zu erreichen und eine Reaktion zu provozieren. Hier etablieren sich schon in frühem Alter negative Interaktionszirkel, wie sie für viele unserer älteren kinderpsychiatrischen Patienten und ihre Familien typisch sind. Die ungenügend in ihrer Exploration begleiteten Kinder entwickeln hyperaktive Symptome und Störungen der Aufmerksamkeit und des Spiels, wie sie von Papousek (2004) als Vorstufen von ADHS beschrieben worden sind.

## **Entwicklungslinien**

Im Folgenden möchte ich einige Verläufe bei Kindern unterschiedlichen Alters in unterschiedlichen Lebenssituationen schildern. Sie mögen die Vielfalt im Wechselspiel von Belastung und Resilienz illustrieren und deutlich machen, dass wegen der jeweils ganz unterschiedlichen Bedingungen jeder Einzelfall für sich angeschaut werden muss.

### **1. Nina, 6 Jahre, gute Ressourcen, vermutlich positive weitere Entwicklung**

Nina und ihre Mutter waren unter den ersten Patientinnen der Eltern-Baby-Tagesklinik. Die alleinstehende Mutter war als Kind selbst emotional vernachlässigt worden, hatte früher an Bulimie gelitten, war chronisch unzufrieden, emotional instabil, lebte recht isoliert und kannte keine vertrauten und konstanten Beziehungen. Die Schwangerschaft war ungeplant eingetreten und ambivalent erlebt worden, die Mutter hatte sich gewünscht, mit einem Kind weniger allein und ausgefüllter zu sein. Nina sei ein „Schreibaby“ gewesen, was die Mutter sehr rasch überforderte. Das weinende Kind erinnerte sie an ihr eigenes Weinen und Ungetröstetsein als Kind und erfüllte sie mit übermäßigem Mitgefühl. Dies schlug aber sofort in Ag-



gression um, wenn Nina sich nicht rasch trösten ließ, die Mutter fühlte sich dann abgewiesen und verlassen wie früher. Es entwickelte sich ein negativer Interaktionszirkel aus Weinen beim Kind und wütender Anspannung bei der Mutter, was sich bis zu Tötungsphantasien und Misshandlungsimpulsen steigerte, die die Mutter schließlich in unsere Behandlung führten.

Wir sahen ein kräftiges, progressiv entwickeltes kleines Mädchen von neun Monaten, das, auch wenn es scheinbar in sein Spiel vertieft war, seine Mutter fest im Auge hatte und sofort reagierte, wenn diese kleinste Anzeichen von Anspannung oder Traurigkeit zeigte. Nina krabbelte dann sofort zu ihr hin und versuchte mit ihrem ganzen Charme, die Mutter wieder fröhlich zu stimmen. So war sie als Baby schon parentifiziert, und wir lernten an diesem Beispiel, dass die fürsorgliche Haltung als Anpassung an eine potentiell bedrohliche Bezugsperson einen starken Selbstschutz bedeutet („compulsive caregiving“ nach Crittenden).

Durch die tagesklinische Behandlung konnte die Mutter stabilisiert werden, und Nina erlebte auch entspannte Phasen mit ihr. Im Anschluss erforderte es eine ganze Reihe von Unterstützungsmaßnahmen, um das Zusammenleben der beiden, das sich in guten Zeiten recht positiv darstellte, auch über schlechte Zeiten hinweg aufrecht zu erhalten. Es wurden zeitweise Haushaltshilfe, langfristige ambulante Therapie sowie Teilnahme an einem Gruppentraining für misshandelnde Eltern, Sozialpädagogische Familienhilfe, Tagespflege in einer Kinderkrippe und Entlastung durch eine Patenfamilie etabliert. Trotzdem war lange Zeit unklar, ob die beiden weiter würden zusammen leben können. Vor allem durch häufige Infekte des Kindes entstand eine Gefährdung, denn die Mutter konnte es kaum aushalten, dann auch nachts noch für das Kind verfügbar sein zu müssen. Nachdem in Kooperation der Beteiligten die Empfehlung für die Aufnahme der Kleinen in eine Pflegefamilie ausgesprochen worden war, entschloss die Mutter sich als „letzte Chance“ zu einer psychotherapeutischen Mutter-Kind-Kur, in der sie letztlich, und sicher auch durch den Druck, er auf ihr lastete, so viel Kraft und Stabilität gewann, dass keine Misshandlungsgefahr mehr bestand.

Inzwischen ist Nina ein leistungsbewusstes und erfolgreiches Schulkind geworden. Die Mutter hat große Schritte in ihrer eigenen

Entwicklung gemacht, sie ist ruhiger, ausgeglichener, zufriedener und beziehungsfähiger geworden. Es gibt häufig Machtkämpfe zwischen Mutter und Tochter, und Nina wird ihre Neigung, alles kontrollieren zu müssen, sicher nicht so rasch aufgeben können. Insgesamt aber haben ihre enormen adaptiven Fähigkeiten, ihre Intelligenz und ihr ausgeglichenes Temperament ihr geholfen, die schwierigen Phasen mit ihrer Mutter zu bewältigen. Auch bei der Mutter hat sich trotz ihrer negativen Grundhaltung schließlich ein konstruktiver Trend durchgesetzt, was einerseits als emotionale Nachreife unter der starken Fürsorge für sie anzusehen ist, andererseits aber auch mit der wachsenden Unabhängigkeit der Tochter zusammenhängt, die ihre Mutter nicht mehr so stark mit ihrem eigenen emotional unbefriedigten „inneren Kind“ konfrontiert.

## **2. Kevin, 8 Jahre, Diagnose „ADHS“, wenig Ressourcen**

Die Mutter dieses Kindes, die wie auch sein Vater emotional depriviert aufgewachsen war, muss nachträglich als schon seit ihrer Kindheit dysthym angesehen werden. Nach der Geburt habe sich dies zu einer ausgeprägten Depression verdichtet, die über die Jahre nur unvollständig abklang. Auch sei die elterliche Beziehung von Streit und gegenseitigen Vorwürfen geprägt. Kevin sei ein „schon immer schwieriges“ Kind gewesen, als Säugling dysreguliert, als Kleinkind unruhig und nicht dazu fähig, allein zu spielen, unzufrieden und wegen seiner impulsiven Aggressivität bei Gleichaltrigen unbeliebt. Durch die Geburt seines unkomplizierteren und anschmiegsameren Bruders wurde Kevin endgültig der Sündenbock in seiner engeren und weiteren Familie. In der Schule versagte er von Anfang an. Während der Behandlung auf unserer Kinderstation wurde deutlich, dass beide Eltern negative Selbstanteile in ihm erlebten und bekämpften. Während der Vater sich einer weiteren Behandlung entzog, konnte die Mutter mit Hilfe einer eigenen Psychotherapie ihren Sohn besser verstehen und annehmen. Dennoch hat sich – aufgrund der in dieser Familie stark verfestigten negativen intra- und interindividuellen Strukturen – der weitere Verlauf schwierig gestaltet.

## **3. Alexander, 9 Jahre, entwicklungsgeschädigter, vulnerabler Junge**

Die alleinerziehende Mutter ist nachträglich gesehen mindestens seit Alexanders Geburt schizophren gewesen. Aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht ist es nie zu einer Behandlung der Krankheit gekommen. Schon als Säugling war er mehrfach wegen massiver Regulationsstörungen in einer Kinderklinik. Im Vorschulalter wurden allgemeine Entwicklungsretardierung, zentrale Koordinationsstörung, Sprachentwicklungsverzögerung, akustische und taktile Wahrnehmungsstörung diagnostiziert und physio- und ergotherapeutisch behandelt. Bei seiner Einschulung in eine Schule für Körperbehinderte wurde das Kind als zu 60% behindert eingestuft. Wegen Anzeichen für zunehmende Misshandlung durch die Mutter wurde Alexander mit 8 Jahren vom Jugendamt in Obhut genommen und in einem Heim untergebracht. Dort zeigte er Symptome einer Folie à deux sowie starke Ängste, was ihn in unsere Tagesklinik führte. Während die psychotischen Symptome nach der Trennung von der Mutter rasch verschwanden, wurden die Schäden der körperlichen, intellektuellen und sozial-emotionalen Entwicklung umso deutlicher. Noch während wir uns bemühten, Kontakt zu Alexanders Mutter herzustellen, verblutete diese in ihrer Wohnung bei der Geburt eines zweiten Kindes. Das Neugeborene konnte gerettet werden, bekam von Alexander seinen Namen und lebt in einer Adoptivfamilie. Er selbst lebt nun in einer Pflegefamilie und kann noch einige Entwicklungsschritte nachholen. Dennoch ist er aufgrund seiner problematischen Beziehungserfahrungen und Defizite als vulnerabel anzusehen.

#### **4. Timur, 16 Jahre, hoch kompetenter, parentifizierter Jugendlicher**

Nach der Trennung der Eltern vor vier Jahren sei die Mutter erstmals mit Symptomen einer schizoaffektiven Psychose erkrankt. Aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht habe keine konstante Behandlung stattgefunden, es sei lediglich in akuten Phasen zu kurzen Klinikaufenthalten gekommen. Mit Hilfe des Vaters hat Timur für seinen jüngeren Bruder und sich selbst Unterstützung organisiert: Gespräche beim jugendpsychiatrischen Dienst, beim Beratungsbüro des Vereins „SeelenNot“, Teilnahme an einer Auryngruppe. Als der Bruder bei einem erneuten Auftreten der mütterlichen Symptomatik einen Angstanfall erleidet, bringt ihn Timur zu mir in die Klinik mit

dem Wunsch, ich solle ihm helfen und dafür sorgen, dass seine Mutter sich endlich ärztlich behandeln lasse.

## **Voraussetzungen für die Arbeit mit betroffenen Familien**

Abschließend möchte ich zusammenfassen, welche Besonderheiten in der Gestaltung des Rahmens und der Inhalte der Arbeit, vor allem aber in der Haltung den Familien gegenüber erforderlich sind, um sie überhaupt erreichen zu können.

### **1. Langfristige, flexible Begleitung.**

Grundsätzlich ist für Familien mit psychisch kranken Eltern ein flexibles, den Bedürfnissen des Einzelfalls angepasstes Setting geeignet, das das Angebot, bei Bedarf wiederkommen zu können, einschließt. Da sie besonders schwer Vertrauen fassen, brauchen sie noch mehr als andere eine Person, die sie langfristig, zuverlässig und empathisch durch die Fährnisse ihres Lebens begleitet. „Ich darf doch hoffentlich immer wieder kommen, bis er 18 ist“, meinte eine Mutter mit einer Borderline - Persönlichkeitsstörung, „weil Sie uns kennen und das einschätzen können, was mit uns ist.“ Leider ist die Möglichkeit zur langfristigen Begleitung heute immer weniger gegeben.

### **2. Ressourcenorientierte Haltung**

Da die kranken Eltern an ihren Kompetenzen zweifeln, sich besonders unsicher und schuldig fühlen, brauchen sie mehr noch als andere die Anerkennung ihrer Ressourcen, um sich anvertrauen zu können. Die Ängste, man werde nur in den problematischen Aspekten wahrgenommen, abqualifiziert, und letztlich werde den Eltern die Erziehungsfähigkeit ohne genaueres Hinsehen abgesprochen, sind allgegenwärtig. Vor allem Mütter mit Säuglingen sind auf eine nicht konkurrierende, akzeptierende und ausschließlich positiv verstärkende Haltung angewiesen.

Die Bemühungen der Kinder um ihre Eltern müssen gewürdigt werden, ihre Anpassungsleistungen sind als konstruktiver Beitrag zum Wohlergehen der Eltern und zur Stabilität der Familie zu sehen, So ist beispielsweise der Schulabsentismus des zehnjährigen Mädchens, das seine schwer depressive Mutter und die kleineren Geschwister zuhause betreut, um ein erneutes Auseinanderreißen der Familie bei Krankenhausaufnahme der Mutter mit Unterbringung

der Kinder in verschiedenen Pflegefamilien (wie schon einmal erlebt) zu vermeiden, nicht als pathologisches Symptom zu werten. Auf die Notwendigkeit einer solch differenzierten Sichtweise von Auffälligkeiten in der Entwicklung weist auch Bleuler (1972) ausdrücklich hin.

### 3. Anerkennung der Loyalitätskonflikte der Kinder

Auch die Kinder teilen die Ängste der Eltern vor einer verständnislosen und einseitigen Beurteilung der familiären Umstände durch Außenstehende und einem Auseinanderreißen der Familie. Deshalb geraten sie im Gespräch mit uns in einen Loyalitätskonflikt, da sie befürchten, dass ihre Aussagen gegen die Eltern ausgelegt werden und schwerwiegende Folgen für die ganze Familie nach sich ziehen können. Deshalb ist der Zugang zu diesen Kindern nicht leicht. Sie brauchen Zeit und ein klar einschätzbares, sie absolut ernst nehmendes Gegenüber, um sich öffnen zu können.

### 4. Information

In der Beratung nimmt die altersangemessene Information der Kinder über die Erkrankung der Mutter oder des Vaters einen wichtigen Platz ein. Schon sehr kleine Kinder machen sich große Sorgen um den kranken Elternteil und reagieren erleichtert auf sachliche Mitteilungen. Sie müssen die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen und ihre Sorgen zu äußern, was manchmal nur im Rahmen eines Spiels gelingen kann. So mochte die dreijährige Anna im direkten Kontakt nichts sagen, konnte aber einer Raben-Handpuppe erzählen: „Mama ist oft traurig und schimpft“. Der Rabe sollte dann der Mutter sagen, dass Anna dann Angst bekomme und schließlich traute Anna sich, zu fragen: „Rabe, wird Mama wieder gesund?“

Je älter die Kinder sind, desto präziser und differenzierter sind die Fragen, die sie stellen. Sie brauchen unbedingt sachgerechte und ausführliche Antworten. Die vom Verband der Angehörigen psychisch Kranker für Deutschland adaptierten, ursprünglich aus den Niederlanden stammenden Informationsbroschüren (Dachverband psychosozialer Hilfseinrichtungen e.V., 1997) sind da sicher nützlich, aber oft nicht ausreichend, da die „emotionale Ebene der Informationsvermittlung“ (Lenz, 2005) durch sie nicht berührt wird. Nur im persönlichen Gespräch kann der emotionale Hintergrund der Fragen (Schuldgefühle, Ängste, Scham, Loyalitätskonflikte) erfasst, verstanden und gemeinsam bearbeitet werden.

### 5. Entlastung von Schuldgefühlen

Kinder beziehen Ereignisse in der Familie, für die sie keine Erklärung bekommen, auf sich. Schon kleine Kinder erleben die elterlichen Symptome als Folge eigenen Verhaltens („ich war so laut, deshalb ist Mama traurig“) und fühlen sich schuldig. Für ältere Kinder sind darüber hinaus Gefühle von Scham und Wut bezüglich krankheitsbedingter Verhaltensweisen der Eltern und Wünsche nach Abgrenzung Quelle von Schuldgefühlen und Loyalitätskonflikten. Hier bringt es Erleichterung, wenn die vermutete Kausalität verneint und eigene Gefühle und Bestrebungen als berechtigt und verständlich akzeptiert werden.

### 6. Erarbeitung passender Interventionen

Für die besonderen Bedürfnisse der Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen sind die üblichen therapeutischen und psychosozialen Unterstützungsangebote oft nicht passend. Als Beispiel wurde schon genannt, dass langfristige therapeutische Begleitung in unterschiedlichen Settings und unterschiedlicher Intensität sich als sinnvoll erwiesen hat. Diese Flexibilität entspricht den oft wechselnden Befindlichkeiten der kranken Eltern und ihrer Schwierigkeit, sich den mit dem Älterwerden der Kinder verändernden Beziehungsanforderungen anzupassen.

Speziell auf diese Familien zugeschnitten ist auch das vom Träger PFIFF e. V. entwickelte Patenfamilienprojekt, (Beckmann & Szylowicki, 2002). Es wird dem wechselnden Bedarf einer psychisch kranken Mutter an Entlastung gerecht, indem es dem Kind in Krankheitsphasen der Mutter die Aufnahme in ein und dieselbe Patenfamilie garantiert, zu der es auch sonst regelmäßig Kontakt hat, sodass der Wechsel der Pflegefamilien und Wohngruppen entfällt, dem die Kinder sonst ausgesetzt sind. Auch das Projekt KIPKEL in Haan/ Hilden (Beschreibung bei Schone & Wagenblass) ist ein solches mit viel Verständnis für die Bedürfnisse der Familien und Kreativität gestaltetes Angebot.

Zum Schluss eine Strophe aus einem Gedicht von Winnicott (zitiert nach Stork, 2001), The Tree

„Mother below is weeping,  
weeping,

weeping  
 Thus I knew her  
 Once, stretched out on her la  
 as now on dead tree  
 I learned to make her smile  
 to stem her tears  
 to undo her guilt  
 to cure her inward death  
 To enliven her was my living.”

## Literatur

- Anthony, E.J. (1974)* The syndrome of the psychologically invulnerable child. In: *Anthony, E.J. & Koupernik, C. (Hg)* The Child in his family. Children at psychiatric risk (International Yearbook, Vol.3) New York: Wiley
- Anthony, E.J. (1984)* The St. Louis Risk Research Project. In: *Watt, N.F., Anthony, E.J., Wynne, L.C. & Roth, J. (Hg)* Children at risk for schizophrenia: A longitudinal perspective. Cambridge: Cambridge University Press
- Anthony, E.J. & Cohler, B. (Hg) (1987)* The invulnerable child. New York: The Guilford Press
- Beardslee, W.R. & Podorefsky, D. (1988)* Resilient adolescents whose parents have serious affective and other disorders: Importance of self understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145, 63-69
- Beardslee, W.R. & Salt, P. (1993)* Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorders. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 254-263
- Beardslee, W.R., Versage, E.M. & Gladstone, T.R.G. (1998)* Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1137-1141
- Beckmann, O. & Szylowicki, A. (2002)* Patenschaften für Kinder psychisch kranker und/ oder junger Mütter. Auswertung des Modellprojektes zur flexiblen familiären Krisenintervention. Hamburg, PFIFF e.V.
- Beeck, Katja (2005)* Mündliche Äußerung. Deutschlandfunk, Forum Pisa, Kinder psychisch kranker Eltern, 5.8., 10.00-11.30 Uhr
- Bleuler, M. (1972)* Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme
- Canino, G. (1990)* Children of parents with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 409-416
- Crittenden, P.M. (2000)* Care-Index. Teaching manual. Family Relations Institute, Miami, Florida, USA
- Cummings, E-M. & Davis, P.T. (1994)* Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry*, 35, 73-112

- Dachverband Psychosozialer Hilfseinrichtungen e. V.* (1997) Wenn Deine Mutter oder Dein Vater in psychiatrische Behandlung muss....mit wem kannst Du dann eigentlich reden? Bonn
- Dachverband Psychosozialer Hilfseinrichtungen e. V.* (1997) Wenn Deine Mutter oder Dein Vater psychische Probleme hat. Information für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren. Bonn
- Dachverband Psychosozialer Hilfseinrichtungen e. V.* (1997) Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat....Wie geht es dann den Kindern? Bonn
- Deneke, C. & Lüders, B.* (2003) Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 3, 172-181
- Deneke, C., Lüders, B. & Gamm, C.* (2004) Tagesklinische Eltern-Baby-Behandlung bei postpartalen psychischen Störungen: Behandlungskonzept und erste Ergebnisse. *Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie* 6, 1, 81-95
- Dierks, H.* (2001) Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 7, 560-568
- Downey, G. & Coyne, J.C.* (1990) Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76
- Dunn, B.* (1993) Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatry* 63, 2, 177-189
- Farber, E.A. & Egeland, B.* (1987) Invulnerability among abused and neglected children. In: *Anthony, E.J. & Cohler, B.J.* (Hg) *The invulnerable child*. New York: The Guilford Press
- Hammen, C.* (1991) *Depression runs in families*. New York: Springer
- Hartmann, H.P.* (2001) Behandlung psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern auf der psychiatrischen Station. In: *Rohde, A. & Riecher-Rössler, A.* *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*, 269-277. Regensburg: Roderer
- Hornstein, C., Wortmann-Fleischer, S. & Schwarz, M.* (2001) Stationäre Mutter-Kind-Aufnahme: Mehr als Rooming-In? In: *Rohde, A. & Riecher-Rössler, A.* *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*, 287-294. Regensburg: Roderer
- Keller, M.B., Beardslee, W.R., Dorer, D.J., Lavori, P.W., Samuelson, H. & Klerman, G.R.* (1986) Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. *Archives of General Psychiatry*, 42, 930-937
- Last, C.G., Hersen, M., Kaedin, A.E., Francis, G. & Grubb, H.* (1987) Psychiatric illness in mothers of anxious children. *American Journal of Psychiatry* 144, 1580-1583
- Laucht, M, Esser, G. & Schmidt, M.* (1992) Psychisch auffällige Eltern – Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? *Zeitschrift Familienforschung* 4, 22-48



- Lenz, Albert* (2005) Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe
- Lüders, B. & Deneke, C.* (2001) Präventive Arbeit mit Müttern und Babys im tagesklinischen Setting. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 7, 332-339
- Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H.* (2000) Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt* 71, 164-172
- Musick, J.S., Stott, F., Spencer, K.K., Goldman, J. & Cohler, B.J.* (1987) Maternal factors related to vulnerability and resilience in young children at risk. In: *Anthony, E.J. & Cohler, B.J.* (Hg) *The invulnerable child*. New York: The Guilford Press
- Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H.* (2004) Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber
- Remschmidt, H. & Mattejat, F.* (1994) Kinder psychotischer Eltern. Göttingen: Hogrefe
- Robins, L.N. & Regier, D.A.* (1991) *Psychiatric disorders in America*. New York: The Free Press
- Rutter, M. & Quinton, D.* (1984) Parental psychiatric disorders: Effects on Children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880
- Sameroff, A.*, (1987) Early indicators of developmental risk: The Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 134, 3
- Schone, R. & Wagenblass, S.* (2002) Wenn Eltern psychisch krank sind...Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum
- Shachnow, J.* (1987) Preventive intervention with children of hospitalized psychiatric patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 1, 66-77
- Stierlin, H., Rücker-Emden, I, Wetzel, N. & Wirsching, M.* (1977) *Das erste Familiengespräch*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stork, J.*(2001) Der Mensch Donald Woods Winnicott und sein Werk. *Kinderanalyse* 9, 3, 309-321
- Tienari, P.* (1987) Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: The Finnish adoptive family study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 477-487
- Weissmann, M.M., Gammon, G.D., John, K.R., Merikangas, K.R., Warner, V., Prusoff, D. & Shomomskas, D.* (1987) Children of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 847-853
- Winnicott, D.W.* (1965) *The family and Individual development*. London: Tavistock Publications Limited. Deutsche Übersetzung 1984: *Familie und individuelle Entwicklung*. Frankfurt a.M.: Fischer, 103 ff
- Worland, J., Weeks, D.G. & Janes, C.L.*(1987) Predicting mental health in children at risk. In: *Anthony, E.J. & Cohler, B.J.* (Hg) *The invulnerable child*. New York: The Guilford Press

# **Kinder körperlich kranker Eltern: Seelische Anpassungsprozesse an eine chronische Belastungssituation und präventiver Handlungsbedarf<sup>3</sup>**

*Georg Romer, Miriam Haagen, Christiane Baldus,  
Rina Saha & Peter Riedesser*

## **Einleitung**

Wird eine Mutter oder ein Vater schwer krank, kann die seelische Entwicklung von Kindern nachhaltig belastet werden. Häufige medizinische Eingriffe, Krankenhausaufenthalte, Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes, drohende Einbrüche persönlicher und familiärer Zukunftsentwürfe und – in Fällen ernster Prognose – die vitale Bedrohung stellen nicht nur für den unmittelbar betroffenen Patienten, sondern auch für dessen Familienangehörige bedeutsame Stressoren dar. Kindern stehen, je nach Altersstufe, unterschiedliche Möglichkeiten der seelischen Bewältigung zur Verfügung. Im günstigsten Fall kann eine solche Erfahrung die seelische Reife eines Kindes sogar befördern. Gelingt die seelische Bewältigung der Krisensituation, verfügen betroffene Kinder oft über größere soziale Kompetenzen als unbelastete Gleichaltrige. Bleiben Kinder jedoch ohne erwachsene Ansprechpartner für ihre Sorgen und Nöte, kann andauernde emotionale Überforderung entstehen. Probleme werden aus Rücksicht auf den kranken Elternteil nicht mehr ausgesprochen – seelische Entwicklungskrisen bis hin zu behandlungsbedürftigen Störungen können die Folge sein.

Seit den Sechziger Jahren ist epidemiologisch belegt, dass Kinder schwerkranker Eltern eine Risikogruppe für die Entwicklung späterer kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen darstellen (Rut-

---

<sup>3</sup> Überarbeitete und erweiterte Fassung eines im Hamburger Ärzteblatt (3/2004) unter dem Titel: *Kinder körperlich kranker Eltern: Präventiver Handlungsbedarf bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Risikogruppe* erschienenen Übersichtsartikels. Abdruck hier erfolgt mit freundlicher Genehmigung.

ter, 1966). Legt man die Daten des US National Center for Health Statistics zugrunde, sind etwa 5 bis 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Laufe ihrer Entwicklung von einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung eines Elternteils betroffen (Worsham et al., 1997). Ist die Familie insgesamt psychisch sehr belastet, ist es Eltern und Kindern mitunter nicht möglich, miteinander offen über Ängste und Sorgen zu sprechen. So kann ein unbewusster „Schweigepakt“ entstehen. Außerdem neigen schwerkranke Eltern dazu, die seelische Belastung ihrer Kinder zu unterschätzen, denn Kinder kranker Eltern suchen in der Regel ihre Ängste vor den Eltern zu verbergen, um ihnen keine zusätzlichen Sorgen zu bereiten (Welch, Wadsworth und Compas, 1996). Dieses tendenzielle Übersehen kindlicher Belastungen durch schwerkranke Eltern ist möglicherweise aus verhaltensbiologischer Sicht sinnvoll im Sinne einer Priorisierung der Bedrohung des eigenen Organismus, der seine Energien auf die eigene Wiederherstellung zu konzentrieren versucht (Romer, Schulte-Markwort und Riedesser, 2002). Die Ermutigung, die eigene psychische Stabilität sowie eigene Bedürfnisse in den Vordergrund zu stellen, ist demnach ein wesentliches Element psychologischer Betreuungskonzepte für Schwerkranke. Kinder kranker Eltern benötigen daher u.a. Ansprechpartner von außen, damit sie sich mitteilen können, ohne dabei ihre Eltern zu belasten.

### **Fallbeispiel**

Der folgende Fall soll verdeutlichen, wie sich eine mütterliche Krebserkrankung über Jahre nachhaltig ungünstig auf die weitere seelische Entwicklung des Kindes auswirken kann, wenn Mutter und Kind nicht rechtzeitig dabei unterstützt werden, wie sie im Alltag die Realität der Krankheit in eine angemessene Gestaltung der Mutter-Kind-Beziehung integrieren können .

*Als Tobias drei Jahre alt war, erkrankte seine alleinerziehende Mutter erstmals an Brustkrebs. Die 39-jährige engagierte Buchhändlerin, die selbst als 14-Jährige ihre Mutter durch eine Krebserkrankung verloren hatte, wurde daraufhin chirurgisch und chemotherapeutisch behandelt. Das erste Rezidiv wurde einen Tag nach Tobias' Einschulung im Alter von 6 Jahren diagnostiziert, was dazu führte, dass er zurückgestellt wurde und noch ein weiteres Jahr in den Kindergarten ging. Seitdem hatte seine Mutter Jahr für Jahr mit immer neuen medizinische Komplikationen zu kämpfen. Es entwickelten*

sich Metastasen in Lymphknoten, Knochen und Gehirn, was zahlreiche chemotherapeutische Behandlungen nach sich zog. Von der Chemotherapie war keine Heilung mehr zu erwarten, jedoch eine immerhin nennenswert lebensverlängernde Perspektive. Häufig begleitete Tobias in diesen Jahren seine Mutter zu ihren Behandlungen und Untersuchungen. Als er 8 Jahre alt war, wurde er Zeuge eines epileptischen Krampfanfalls der Mutter und musste selbst den Krankenwagen rufen. Die Mutter suchte ihrerseits sehr die emotionale und körperliche Nähe ihres Kindes, das sie als Verkörperung ihres Lebenswillens wahrzunehmen schien, an dem sie sich festzuhalten versuchte. Ihre körperlichen Symptome und Beeinträchtigungen bekam er über die Jahre hautnah mit. Aus Angst um seine Mutter suchte Tobias deren intensive Nähe, wollte sie nicht mehr aus den Augen lassen. Jeder Schritt von der Mutter weg, so fürchtete er, könnte deren Verlust und Tod zur Folge haben. Eine normale Entwicklung zu jugendlicher Unabhängigkeit und Intimität war auf diese Weise ausgeschlossen. Im Alter von 15 Jahren wurde Tobias schließlich von seiner Mutter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt, nachdem er sich schon seit einer Woche fast ausschließlich in seinem verdunkelten Zimmer aufhielt und nicht mehr zur Schule ging. Seit drei Wochen klage er über Schwindelattacken, die erstmalig während eines Einkaufsbummels mit der Mutter aufgetreten seien. Er sei beinahe ohnmächtig geworden und habe mit dem Krankenwagen in ein Kinderkrankenhaus gefahren werden müssen. Dort sei eine ausführliche neurologische Diagnostik erfolgt ohne pathologisches Ergebnis. Seither fürchte Tobias ständig einen erneuten Kollaps, bleibe im Bett und weigere sich, zur Schule zu gehen. Die Situation spitzte sich weiter zu, so dass eine mehrmonatige teilstationäre jugendpsychiatrische Behandlung des Jungen in unserer Tagesklinik notwendig wurde.

Im Gespräch schilderte die Mutter sehr ausführlich ihre Krankheitsgeschichte. Tobias selbst äußerte im Einzelgespräch, er wolle nicht über die Krankheit seiner Mutter sprechen, weil er ohnehin alles darüber wisse. Hingegen sprach er seinerseits sehr ausführlich über seine Schwindelsymptomatik. Körperliche Symptome schienen zwischen Mutter und Sohn Zuwendung und Aufmerksamkeit zu legitimieren. Erst im Laufe seiner eigenen Psychotherapie realisierte Tobias, dass seine Symptome denen der Mutter ähnelten, die aufgrund ihrer Hirnmetastasen u.a. auch unter Schwindel und Gehstörungen litt. Allmählich konnte er für sich entdecken, dass es ihm gut

*tat, wenn er nicht dauernd in ihrer Nähe war und konnte so beginnen, sich mit seinen Wünschen für seine eigene Entwicklung näher zu beschäftigen. Es schien, als habe ihm erst eine eigene notwendige Krankenhausbehandlung erlaubt, sich diesen Wünschen nach von der Mutter abgegrenzter eigener Entwicklung zu widmen.*

### **Familiendynamische Aspekte**

Aus einer zusammenfassenden Auswertung mehrerer Studien über familiäre Anpassungsprozesse an die schwere körperliche Erkrankung eines erwachsenen Familienmitglieds (nach Rost, 1992) sind folgende typische familiäre Reaktionsmuster bekannt (Tabelle 1):

Abbildung 1

Familiäre Reaktionen auf eine schwere elterliche Erkrankung (nach Rost, 1992)

- Starker Kohäsionsdruck
- Isolation gegenüber der sozialen Umwelt
- Geringe Flexibilität
- Konfliktvermeidung

Gemeinsam können diese Reaktionen dazu beitragen, dass in Familien mit einem schwerkranken Elternteil Kinder und Jugendliche verstärkt in das Familiensystem eingebunden und so indirekt in ihren entwicklungsgerechten Versuchen der Ablösung und eigenen Identitätssuche gehemmt werden.

Ferner scheinen bei einer schweren elterlichen Erkrankung folgende drei Mechanismen von besonderer Bedeutung für die Eltern-Kind-Beziehung (Romer, Schulte-Markwort und Riedesser, 2002): (1) Das Ausmaß der Parentifizierung des Kindes durch beide Eltern (d.h. Übernahme einer Erwachsenenrolle durch das Kind): Dies kann durch vermehrte Übertragung von Verantwortung geschehen oder durch erhöhte emotionale Bedürfnisse der Eltern an das Kind (z.B. Anlehnung, Trost). (2) Erhöhte Autonomieanforderungen an das Kind, die für die Eltern-Kind-Beziehung bedeutsam sind: Mehr Alltagsprobleme müssen ohne elterliche Unterstützung bewältigt werden. (3) Die Entstehung von Delegationen: Durch die Krankheit müssen bedeutende Lebensziele der Eltern unerfüllt bleiben, die in den Wunschvorstellungen der Eltern von ihren Kindern stellvertretend erreicht werden sollen.

## Entwicklungspsychologische Aspekte

Will man die seelischen Reaktionen von Kindern und Jugendlichen verstehen, ist ein entwicklungspsychologischer Bezugsrahmen wichtig. Abhängig von ihrer kognitiven Reife haben Kinder unterschiedliche Konzepte von Krankheit, ihrer Entstehung und vom Tod. Jüngere Kinder erkennen Krankheit eher anhand konkret beobachtbarer Merkmale, wie „im Bett liegen“. Jugendliche dagegen versuchen eher, sich reflektiert mit ihrer Entstehung auseinanderzusetzen, und beschäftigen sich mit den Risiken infektiöser oder genetischer Übertragung der Krankheit. Bei einer fortschreitenden Loslösung von den Eltern sind spezifische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Insbesondere in der Pubertät können Wünsche, sich gegenüber den Eltern mitunter aggressiv zu behaupten oder sich von ihnen abzugrenzen, angesichts des krankheitsbedingten Leids des betroffenen Elternteils mit ausgeprägten Schuldgefühlen einhergehen („Ausbruchsschuld“). In Anlehnung an Lewandowski (1992) lassen sich für die unterschiedlichen Altersstufen folgende typische Belastungen unterscheiden (Tabelle 2):

Tabelle 2: Altersbezogene seelische Belastungen am Beispiel von Kindern tumorkranker Mütter (aus: Romer, Schulte-Markwort und Riedesser, 2002)

	TYPISCHE BELASTUNGEN
Schwangerschaft	Zielkonflikt: Leben der Mutter versus Leben des Kindes
Säuglingszeit	Trennung als existentielle Bedrohung
Kleinkindalter	Trennung als Bestrafung; Verstümmelungsängste
Vorschulalter	Magische Idee, Krankheit verursacht zu haben
Schulalter	Körperbezogene Ängste; Angst, die Eltern zu belasten
Pubertät und Jugend	Angst vor Vererbbarkeit; Autonomie versus Verantwortung, „Ausbruchsschuld“; Identitätskonflikte

**Schwangerschaft:** Wird während einer Schwangerschaft eine böseartige Erkrankung diagnostiziert, kann die pränatale Beziehungsaufnahme zwischen Mutter und Kind empfindlich gestört werden.

Die Besetzung des ungeborenen Kindes kann durch depressive Verstimmungen und gravierende Zukunftsängste erschwert werden. Kann eine Chemo- oder Strahlentherapie aus Rücksicht auf den Föten nicht sofort erfolgen oder nicht hinreichend dosiert werden, entsteht ein tragischer Zielkonflikt zwischen dem Recht der Mutter auf Überleben und dem Recht des Ungeborenen auf körperliche Unversehrtheit. Dies kann verbunden sein mit latenten Vorwürfen von Seiten der Mutter gegenüber ihrem Kind und einer „Überlebensschuld“ des Kindes gegenüber der Mutter (Romer, Schulte-Markwort und Riedesser, 2002).

**Säuglingszeit:** Der Säugling erlebt Trennungen von der Mutter, wie sie durch Hospitalisierungen notwendig werden können, als existenzielle Bedrohung, da er ihre Wiederkehr nicht antizipieren kann. Durch vielfältige psychische Belastungen der Mutter kann der Aufbau der frühen Bindung zwischen Mutter und Säugling in sehr komplexer Weise gestört werden (ebd.).

**Kleinkindalter:** Das Kleinkind verarbeitet Trennungen möglicherweise subjektiv als Bestrafung durch Verlassenwerden. Werden vertraute Alltagsrituale, die dem Kind Sicherheit und Halt vermittelt haben, ausgesetzt, kann es zu Entwicklungsrückschritten beim Kind kommen, das bereits entwickelte Kompetenzen wieder zu verlieren scheint. Der Anblick bestimmter Folgeerscheinungen von Krankheit oder Behandlungsmaßnahmen, wie beispielsweise Erbrechen, Haarausfall, Verfall der Kräfte (Kachexie) oder Amputationen, kann zu Verstümmelungsängsten beim Kind führen, wenn es keine angemessenen Erklärungen erhält. Die Fantasien, die in diesem Zusammenhang auftreten können, sind mitunter bedrohlicher, als es der tatsächlichen medizinischen Realität entspricht (ebd.).

**Vorschulalter:** Das im magischen Denken behaftete Vorschulkind kann schuldhaftige Kausalitätsvorstellungen entwickeln, indem es beispielsweise fantasiert, die eigenen „bösen“ Gedanken, die Gefühle von Wut und Rivalität gegenüber einem Elternteil begleiten können, hätten diesen krank gemacht. Kinder dieser Altersstufe können den ernststen Gesichtsausdruck in beiden Eltern als Mitteilung interpretieren, dass Lachen oder Verspieltheit unerwünschte Verhaltensweisen seien. Bleiben altersgerechte Erklärungen aus, kann kognitive Verwirrung die Folge sein (Lewandowski, 1992).

**Schulalter:** Schulkinder denken sehr konkret über potentielle Folgen der mütterlichen Erkrankung einschließlich der vitalen Bedrohung nach. Die Wahrnehmung, dass die Mutter geschwächt und belastet ist, führt zu reflektierter Besorgnis und der Bereitschaft, eigene Forderungen von beiden Eltern fernzuhalten. Dies kann dazu führen, dass das Kind verinnerlicht, dass eigene Gefühle und Bedürfnisse unwichtig sind. Schulkinder reagieren ferner sehr empfindsam auf wahrgenommene körperliche Veränderungen bei der Mutter. Dies kann die Entwicklung des eigenen Körperschemas nachhaltig irritieren (Rost, 1992). In dieser Altersstufe zeigen sich emotionale Belastungen häufig in somatischen Symptomen, wie beispielsweise Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Einnässen.

**Pubertät und Jugend:** Jugendliche sind sich in der Regel der Notwendigkeit, Verantwortung für die kranke Mutter, aber auch für die ganze Familie zu übernehmen, sehr bewusst und auch bereit, diese Verantwortung zu tragen. Je größer diese Bereitschaft ist, desto ausgeprägtere Schuldgefühle können eigene Autonomiewünsche auslösen.

Kinder können also – unabhängig von ihrer Altersstufe – nicht wirksam von den vielfältigen Belastungsfaktoren, die aus einer elterlichen Erkrankung resultieren, abgeschirmt werden. Sie benötigen Hilfestellungen durch offene Kommunikation, die Ermutigung, Fragen zu stellen, sowie durch altersgerechte Information, die ihnen bei der kognitiven Orientierung hilft – eine Grundvoraussetzung für eine nicht-traumatische Bewältigung (Fischer und Riedesser, 1999). Nicht zuletzt im Hinblick auf ihre in fortwährender Entwicklung befindliche Kompetenz zur Problembewältigung (Coping-Fähigkeit) muss Kindern schwerkranker Eltern vermittelt werden, dass ein offener Umgang mit der bedrohlichen Wirklichkeit weniger ängstigend sein kann, als mit diffusen Fantasien und Ängsten alleine gelassen zu werden (Lewandowski, 1992).

### **Krankheitsbild der Eltern**

Krankheiten der Eltern unterscheiden sich durch ihre Verursachung (erblich, infektiös, unklar), ihren Beginn (akut oder schleichend), ihren Verlauf (statisch, chronisch fortschreitend, schubweise) sowie



ihre Prognose. Zu einigen Krankheitsgruppen liegen bislang empirische Ergebnisse vor.

**Tumorerkrankungen:** Onkologische Erkrankungen unterscheiden sich in der Regel von anderen Krankheitsgruppen durch ihre ungewisse Verursachung, bei der die genetische Belastung eine Rolle spielt, den langsamen und unsichtbaren Beginn sowie die lebensbedrohliche Dimension bei ungewiss bleibender oder ungünstiger Prognose. Zudem kann das körperliche Erscheinungsbild des erkrankten Elternteils durch Strahlen- oder Chemotherapie bzw. durch vorgenommene Amputationen stark verändert sein. In mehreren kontrollierten Studien wiesen Kinder krebserkrankter Eltern häufiger psychische Symptome auf als Kinder einer Vergleichsgruppe, wobei jugendliche Töchter krebserkrankter Mütter deutlich größere psychische Auffälligkeiten zeigten als andere Kombinationen von Altersgruppe, Geschlecht des Kindes und Geschlecht des erkrankten Elternteils (Siegel, Mesagno, Karus et al., 1992; Grant und Compas, 1995; Welch, Wadsworth und Compas, 1996; Compas, Worsham, Epping-Jordan et al., 1994). Jugendliche Töchter übernehmen typischerweise wesentliche Anteile der mütterlichen Rolle in der Familie, dazu müssen sie sich positiv mit ihren Müttern identifizieren. Gleichzeitig ist es notwendig, dass sie sich von dem von der Krebserkrankung gezeichneten Mutterbild lösen, so dass eine hohe innerpsychische Konfliktspannung entstehen kann (Romer, Schulte-Markwort und Riedesser, 2002). In einer Studie an 136 Kindern und Jugendlichen, deren Väter oder Mütter an Krebs in einem Spätstadium erkrankt waren, wurde gezeigt, dass nur 56% der Kinder über den bevorstehenden Tod informiert waren, wobei jüngeren Kindern vor dem Jugendalter in der Regel keinerlei Erklärungen gegeben wurden (Siegel, Raveis und Karus, 1996). Dies zeigt die Notwendigkeit angemessener Verarbeitungshilfen nicht nur für die Kinder selbst, sondern auch für deren Eltern, die Unterstützung brauchen bei der Frage, wie mit Kindern angemessen über die Erkrankung und ihre Konsequenzen gesprochen werden kann.

Abb. 2: Gründe, Kinder über eine elterliche Krebserkrankung offen zu informieren

**Warum sollten Kinder und Jugendliche über die Krebserkrankung ihrer Eltern informiert werden?**

1. Kinder bemerken es, wenn in ihrer Familie etwas nicht stimmt. Dabei sind ihre Fantasien meist schlimmer als die Realität.
2. Nicht über die familiäre Situation zu sprechen, signalisiert, dass sie zu schrecklich ist, um darüber sprechen zu können.
3. Möglicherweise werden Kinder von anderen von der Erkrankung erfahren und falsche Informationen bekommen.
4. Unter Umständen fühlen sich Kinder isoliert, ausgeschlossen und unwichtig, wenn sie nicht über wichtige Ereignisse innerhalb der Familie aufgeklärt werden.
5. Eventuell ziehen Kinder falsche Schlüsse aus ihren Beobachtungen oder machen falsche Annahmen
6. Informierte Kinder machen es ihren Eltern leichter. Es muss keine Energie mehr für die Aufrechterhaltung von Geheimnissen aufgebracht werden.
7. Mit Unterstützung haben Kinder bessere Bewältigungsmechanismen; sogar sehr traurige Wahrheiten sind besser als die Angst der Ungewissheit.
8. Die Einbeziehung des Kindes unterstreicht den Glauben an die Fähigkeiten des Kindes, die Situation zu bewältigen; das Selbstbewusstsein wird erhöht.

*Bearbeitet nach: American Cancer Society. (1986). A guide for parent with cancer.*

**Dialysepflichtigkeit:** Wird ein Elternteil im Rahmen einer terminalen Niereninsuffizienz dialysepflichtig, kann die medizinische Behandlung langwierig und zeitaufwändig und die Lebensgestaltung deutlich eingeschränkt sein. Andererseits bestehen in der Regel sehr gute Chancen, dass die gesundheitliche Situation durchgehend stabil bleibt, bis eine Nierentransplantation ermöglicht werden

kann. Dialysepatienten erwerben oft eine hohe medizinische Fachkompetenz zu ihrer Erkrankung, sprechen offen darüber und sind über lange Zeiträume mit dem behandelnden Arzt ihres Vertrauens verbunden. Kinder erleben die Dialysepflichtigkeit eines Elternteils in der Regel intensiv mit. In den vorhandenen Studien über Kinder dialysepflichtiger Eltern, die sich meist nur auf kleine Fallzahlen stützen konnten, wurden bislang depressive und hypochondrische Symptome, Aufmerksamkeitsstörungen und Schulprobleme beschrieben (Tsaltas, 1976, Mlott & Vale, 1982; Hoover, MacElveen & Alexander, 1975). Betroffene Familien berichteten über reduzierte soziale Kontakte und geringe Unterstützung von außen (Maas & Kaplan De-Nour, 1975; Maurin & Schenkel, 1976). Jüngere Kinder zeigten deutlich größere Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Situation (Evans, 1978). Kamen die Eltern selbst gut mit ihrer Lebenssituation zurecht, korrelierte dies mit einer guten psychosozialen Anpassung ihrer Kinder (Moguilner, Baumann & Kaplan De-Nour, 1988). Die aktive Beteiligung beim Dialysevorgang (Heimdialyse) wurde von Jugendlichen positiv erlebt.

**AIDS:** Die AIDS-Erkrankung eines Elternteils prägt die entstehende familiäre Situation durch die bekannte infektiöse Übertragung, die Abwesenheit sichtbarer Symptome zu Beginn der Erkrankung sowie das Wissen um den letztlich tödlichen Verlauf. Häufig ist die AIDS-Erkrankung eines Elternteils mit schwierigen sozialen Verhältnissen verbunden. In einer Studie zeigte sich, dass Drogenmissbrauch in der Familie häufiger als Ursache für Konflikte zwischen Jugendlichen und ihren Eltern angegeben wurde als der ernste Gesundheitszustand des erkrankten Elternteils (Rotheram-Borus, Robin & Reid et al., 1998). Die Entscheidung über den Zeitpunkt der erstmaligen Mitteilung an die gesamte Familie, HIV-positiv zu sein, wurde als besonders wichtiges Thema für die Familienbeziehungen angegeben (Armistead, Klein, Forehand et al., 1997). Kinder AIDS-kranker Eltern wurden als latent aggressiv, psychisch vorgereift, depressiv und ängstlich beschrieben (Friedlander & Viederman, 1982; Steele, Forehand & Armistead, 1997; Steele, Tripp, Kotchick et al., 1997).

**Multiple Sklerose (MS):** Die MS als neurologische Systemerkrankung zeichnet sich durch ihren chronisch fortschreitenden, schubweisen Verlauf, oft über viele Jahre, aus. Verschiedene Reaktionen

betroffener Patienten auf die Diagnosestellung wurden bislang beschrieben. Manche Patienten reagieren demnach zunächst mit einer seelischen Schockreaktion, einschließlich akuter Stress-Symptome (Weber, 1992). Andere Patienten wiederum reagieren zunächst erleichtert darüber, endlich eine Erklärung für bestehende, höchst irritierend erlebte Ausfallsymptome zu haben, und versuchen, rationalisierend damit umzugehen, indem sie sich möglichst viele medizinische Informationen aneignen. Wiederum andere Patienten neigen dazu, die Krankheit völlig zu verleugnen, insbesondere für die Dauer des Frühstadiums, wenn die Beeinträchtigung durch Symptome noch gering ist. Es wurde gezeigt, dass die psychische Anpassung der Kinder MS-kranker Eltern deutlich davon abhängt, inwieweit die Eltern fähig waren, selbst durch einen bewussten Trauerprozess zu gehen (Steck, Kappus & Bürgin, 1998). Kinder, deren Eltern keine Phase der eigenen Trauer berichteten, waren deutlich seelisch belasteter. Es zeigte sich ferner, dass an MS-erkrankte Eltern die seelische Belastung ihrer Kinder zu unterschätzen neigen (Arnaso, 1995). In einer Vergleichsstudie wurde nachgewiesen, dass offene Kommunikation über die Erkrankung, Zugänglichkeit angemessener Informationen für alle Familienmitglieder sowie ein Familienleben, das sich nicht ausschließlich um die MS-Erkrankung des Elternteils dreht, mit einer gelungenen psychischen Anpassung der Kinder korrelierte, während in den Familien, in denen nicht offen über die Erkrankung gesprochen wurde und Informationen für die Kinder nicht zugänglich waren, die Kinder häufiger über somatische Symptome klagten und Jugendliche sich häufiger forciert – auch durch längere Abwesenheit – vom Elternhaus ablösten (Power, 1985).

### **Ausblick**

Wenn Eltern ernsthaft erkrankt sind, haben Kinder und Jugendliche eine komplexe Belastungssituation zu bewältigen. Für das Denken und Handeln professioneller Helfer, sollte es selbstverständlich werden, eine schwere elterliche Erkrankung auch aus der Erlebnisperspektive des Kindes zu betrachten. Als Beispiel könnte die psychosoziale Unterstützung in der umgekehrten Situation dienen. So werden in modernen Kinderkliniken Eltern krebskranker Kinder selbstverständlich neben der medizinischen Versorgung ihres Kindes psychologisch begleitet. Auch aus den Erfahrungen der letzten Jahrzehnte in der psychosozialen Betreuung von Scheidungsfamili-

en lassen sich einige übertragbare Lehren ziehen. So ist es weit über Fachkreise hinaus in das gesellschaftliche Bewusstsein gedrungen, dass Kinder umso besser mit einer ohnehin belastenden und nicht vor ihnen zu verbergenden schwierigen familiären Situation zurechtkommen, je mehr sie die Möglichkeit haben, die Geschehnisse um sie herum zu verstehen und einzuordnen, ihre Fragen zu stellen und beantwortet zu bekommen und sich auf stressreiche Ereignisse rechtzeitig vorher einzustellen. Auch Klarstellungen, dass sie selbst nicht Schuld sind, an dem was passiert, und dass sie selbst nichts tun können, um etwas an der Situation zu ändern, sei es die Trennung der Eltern oder eine elterliche Krankheit, sind für Kinder ebenso wichtig wie entlastend. Dabei sollten Verarbeitungshilfen möglichst früh einsetzen. Da ernsthaft erkrankte Eltern, die selbst durch die Situation meist voll beansprucht sind, in ihrer Elternrolle oftmals verunsichert sind, werden niedrigschwellige professionelle Hilfen gebraucht, die Eltern dabei unterstützen, ihre Kinder im Grundsatz so in ihre Krankheitsverarbeitung einzubeziehen wie andere nahe Angehörige, sie jedoch gleichzeitig in ihren eigenen Entwicklungsbedürfnissen unterstützen. Unsere Erfahrungen in der präventiv orientierten Beratung betroffener Familien zeigen, dass die weitverbreitete Hemmung, mit Kindern offen über die elterliche Erkrankung zu sprechen, weniger auf wohlüberlegten Entscheidungen beruht, als vielmehr Ausdruck einer Verunsicherung auf Seiten der Eltern und Helfer ist, wie man einen offeneren Austausch altersgerecht gestaltet. Professionelle Beratung besteht demnach häufig in einer auf das jeweilige Entwicklungsalter des Kindes abgestimmten Übersetzung der bestehenden Wünsche der Eltern, sich den Kindern mitzuteilen und den altersgerechten Bedürfnissen der Kinder. Hilfreich ist nicht nur die Orientierung über die Situation und emotionale Unterstützung bei ihrer Verarbeitung,, genauso wichtig ist die Schaffung eigener Lebensbereich,, die nicht durch die elterliche Krankheit überschattet sind. Wenn Kindern dabei geholfen werden kann, eine schwierige Situation nicht traumatisch sondern vielleicht sogar kreativ zu verarbeiten, steht ihnen diese Erfahrung auch in ihrer weiteren Entwicklung bei neu auftretenden Krisensituationen als inneres Arbeitsmodell der Stressbewältigung zur Verfügung. Sollte es gelingen, unser Versorgungssystem und die Öffentlichkeit für die Gefährdungen und Bedürfnisse der Kinder kranker Eltern zu sensibilisieren, ist zu hoffen, dass entsprechend familienorientierte Betreuungskonzepte zunehmend in

die medizinische und psychosoziale Betreuung kranker Eltern integriert werden. Die hierfür nötigen Ressourcen sind vielerorts noch zu schaffen. In Zeiten knapper Kassen geht dies langfristig nur, wenn - analog zur Hygiene im Operationssaal - fachliche Standards für eine familien- und kindgerechte psychosoziale Medizin definiert werden können, deren Einhaltung für medizinische Institutionen und Leistungsträger selbstverständlich sein müssen.

## Literatur

- Armistead, L., Klein, K., Forehand, R., & Wierson, M. (1997). Disclosure of parental HIV infection to children in the families of men with hemophilia: Description, outcomes, and the role of family processes. *Journal of Family Psychology*, 11(1), 49-61.
- Arnaso, B. (1995). Psychosocial impact on family members. *MS Forum*, 5, 15-16.
- Compas, B. E., Worsham, N. L., Epping-Jordan, J. E., Grant, K. E., Mireault, G., Howell, D. C., et al. (1994). When mom or dad has cancer: Markers of psychological distress in cancer patients, spouses and children. *Health Psychology*, 13(6), 507-515.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). Lehrbuch der Psychotraumatologie, München: Reinhardt
- Friedlander, R. J., & Viederman, M. (1982). Children of dialysis patients. *American J of Psychiatry*, 139(1), 100-103.
- Grant, K. E., & Compas, B. E. (1995). Stress and anxious-depressed symptoms among adolescents: Searching for mechanisms of risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1015-1021.
- Hoover, P., MacElveen, P., & Alexander, A. (1975). Adjustment of children with parents on hemodialysis. *Nursing Times*, 71, 1374-1376.
- Lewandowski, L. A. (1992). Needs of children during the critical illness of a parent or sibling. *Crit-Care-Nurs-Clin-North-Am.*, 4(4), 573-585.
- Mass, M., & Kaplan De-Nour, A. K. (1975). Reactions of families to chronic hemodialysis. *Psychotherapy Psychosomatics*, 26(1), 20-26.
- Maurin, J., & Schenkel, J. (1976). A study of the family response to hemodialysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 20(3), 163-168.
- Moguilner, M. E., Baumann, A., & Kaplan De-Nour, A. (1988). The Adjustment of children and parents to chronic hemodialysis. *Psychosomatics*, 29, 289-294.
- Power, P. W. (1985). Family coping behaviours in chronic illness: a rehabilitation perspective. *Rehabilitation Literature*, 46(3-4), 78-83.
- Romer, G., Schulte Markwort, M., & Riedesser, P. (2002). Kinder körperlich kranker Eltern am Beispiel Kinder krebskranker Mütter. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 62(6), 537-542.

- Rost, R. (1992). Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern - ein Literaturüberblick. Unpublished Medizinische Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Rotheram-Borus, M. J., Robin, L., Reid, H. M., & Draimin, B. H. (1998). Parent-adolescent conflict and stress when parents are living with AIDS. *Family Process*, 37(1), 83-94.
- Rutter, M. (1966). *Children of sick parents. An environmental and psychiatric study.* (Vol. 16). London: Maudsley Monographs.
- Siegel, K., Mesagno, F. P., Karus, D., Christ, G., Banks, K., & Moynihan, R. (1992). Psychosocial adjustment of children with a terminally ill parent. *Journal of American Academy of Child- and Adolescent Psychiatry*, 31(2), 327-333.
- Siegel, K., Raveis, V. H., & Karus, D. (1996). Pattern of communication with children when a parent has cancer. In L. Baider, G. L. Cooper & A. Kaplan De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (pp. 109-128). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Steck, B., Kappos, L. & Bürgin, D. (1998). Psychosoziale Auswirkungen Multipler Sclerose auf Familie und Kinder. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 150, 4, 161-168.
- Steele, R. G., Forehand, R., & Armistead, L. (1997). The role of family processes and coping strategies in the relationship between parental chronic illness and childhood internalizing problems. *J Abnorm Child Psychol*, 25(2), 83-94.
- Steele, R. G., Tripp, G., Kotchick, B. A., Summers, P., & Forehand, R. (1997). Family members' uncertainty about parental chronic illness: The relationship of hemophilia and HIV infection to child functioning. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(4), 577-591.
- Tsaltas, M. O. (1976). Children of home dialysis patients. *JAMA*, 236(24), 2764-2766.
- Weber, H. (1992). Belastungsverarbeitung – Überblicksartikel. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1, 17-27.
- Welch, A. S., Wadsworth, M. E., & Compas, B. E. (1996). Adjustment of children and adolescents to parental cancer: Parents' and childrens' perspectives. *Cancer*, 77(7), 1409-1418.
- Worsham, N. L., Compas, B. E., & Sydney, E. Y. (1997). Children's coping with parental illness. In W. Sandler (Ed.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention*. New York.

# **Multimodale stationäre Behandlung von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter**

## **Erfahrungen auf einer Schwerpunktstation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

*Martin Stolle, Ralf Radzi*

Im September 2000 eröffnete in der Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift die psychosomatische Station mit einem speziellen Behandlungsangebot für essgestörte Mädchen und weibliche Jugendliche. Damit wurde der zunehmenden Nachfrage nach Behandlung von anorektischen und bulimischen Essstörungen bei Mädchen und Jugendlichen Rechnung getragen und ein multimodales, gruppentherapeutisch orientiertes Behandlungsangebot bereitgestellt. In diesem Beitrag möchten wir nach fünf Jahren eine vorläufige Bilanz ziehen und einen Ausblick auf mögliche Verbesserungen in der Versorgung essgestörter Kinder und Jugendlicher in Hamburg und Umgebung geben. Des Weiteren wird die geplante zusätzliche teilstationäre Versorgung essgestörter Mädchen und weiblicher Jugendlicher im Rahmen der für den Herbst 2005 geplanten Neueröffnung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik am Wilhelmstift vorgestellt.

### **Die Bedeutung von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)**

Essstörungen im Kindes- und Jugendalter machen einen bedeutsamen Anteil unserer Patientinnen in der Kinder und Jugendpsychiatrie aus. Die Inzidenz der Anorexia nervosa bei 15-24jährigen jungen Frauen hat in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Die Prävalenz für diese Altersgruppe liegt bei etwa einem Prozent mit einem Altersgipfel bei 15-16 Jahren. Seit den 1950er Jahren wird ein Anstieg der kindlichen Magersucht (10 bis 14 Jahre) beobachtet (Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2005). Bestimmte Risikogruppen,



die mit einem besonders starken Schlankheitsideals konfrontiert sind, wie Models, Tänzerinnen und Leistungssportlerinnen, weisen eine deutlich höhere Prävalenz an Essstörungen auf. Die Behandlung ist durch eine hohe Rückfallrate und eine Mortalität zwischen 4-8% gekennzeichnet. Durchschnittlich vergehen 5-6 Jahre bis zur vollständigen Heilung (Brunner & Resch, 2004).

Die Bulimia nervosa kommt bei etwa zwei Prozent der Altersgruppe der 15-24-Jährigen vor, wobei der Altergipfel mit 16 bis 19 Jahren später liegt. Die Mortalität wird als gering beschrieben, auch hier bestehen hohe Rückfallraten. Mindestens 10-20% der ehemals anorektischen Patientinnen entwickeln im Krankheitsverlauf eine Bulimie (Herpertz-Dahlmann et al., 2001).

## **Psychodynamische Aspekte**

Aus psychodynamischer Sicht beschreibt Reich (2001) folgende Funktionen des in der Essstörung manifestierten Symptoms: Das Abmagern bei der Magersucht ist in diesem Sinne eine Kompromissbildung, die

- sich um Abgrenzung von den Eltern (Primärobjekt) bemüht ohne Forderungen zu stellen
- versucht, Autonomie ohne offene Trennung zu erreichen
- Aggression gegen die Primärobjekte äußert, ohne aggressiv zu sein, dabei gleichzeitig autoaggressiv ist

Zudem ist das Zeigen des magern Körpers:

- Eine Anklage, ohne anzuklagen
- Ein Gewinn von Aufmerksamkeit ohne offene Konkurrenz
- Ein u. U. verstecktes sexuelles Rivalisieren mit der Mutter um den Vater. Die Jugendliche triumphiert mit ihrer Schlankheit über die Mutter, minimiert aber gleichzeitig die „Gefahr des ödipalen Triumphes“ durch Verschwindenlassen der sekundären Geschlechtsmerkmale und der Regelblutung.

Bei der bulimisch Erkrankten liegen nach Reich (ebd.) die Funktionen des Essanfalls und des Erbrechens in der Affekt- und Konfliktregulierung. Der Essanfall ist ein Handlungssymptom, wodurch das Erleben psychischer Konflikte, die mit unangenehmen Affekten verbunden sind, blockiert wird. Das Erbrechen dient dem Ungeschehenmachen des Essanfalls, einer Reinigung von Dreck und Unzu-

länglichkeit, dem Ausleben aggressiver bzw. autoaggressiver Impulse und der Wiederherstellung des angestrebten Körpergewichts.

## Die Indikation zur stationären Behandlung

Die Indikation für eine stationäre Aufnahme im Wilhelmstift lässt sich Tabelle 1 entnehmen. Vor allem die erstgenannten Punkte wie bedrohliches Untergewicht und mögliche somatische Komplikationen machen eine vorgeschaltete pädiatrische Diagnostik bzw. Behandlung zwingend nötig. Diese erfolgt auf der allgemeinpädiatrischen Station der Kinderklinik, wo die jungen Patientinnen konsiliarisch bis zur Verlegung auf die „Essgestörtenstation“ kinder- und jugendpsychiatrisch mitbetreut werden.

1.	Bedrohliches Untergewicht (BMI < 3. Altersperzentile), schnelle Gewichtsabnahme (> 1 kg/Woche)
2.	Somatische Komplikationen (z.B. Elektrolytstörungen, Perikarderguss, EKG-Veränderungen inkl. schwerer Bradykardien, Ödeme, Exsikose etc.)
3.	Ausgeprägte psychiatrische Komorbidität (z.B. Suizidgefahr, Selbstverletzung, absolute Nahrungsverweigerung, schwere Depressivität, schwere Zwangssymptomatik, oppositionelle Störungen, ausgeprägte Hyperaktivität, etc.)
4.	Erschöpfung der familiären Ressourcen, ggf. auch psychiatrische Erkrankungen der primären Bezugspersonen
5.	Scheitern ambulanter Therapiemaßnahmen

Tab. 1: Indikationen für stationäre Aufnahme (Pfeiffer et al., 2005; Scholz, 2004)

Nach unserer Erfahrung ist im Zweifelsfall eine frühzeitige Einweisung der betroffenen Mädchen und Jugendlichen durch den behandelnden Haus- bzw. Kinderarzt sinnvoll, da sich eine möglichst kurze Zeitdauer zwischen dem Beginn der Erkrankung und der erstmaligen Vorstellung in einer spezialisierten Klinik als der wichtigste Prognosefaktor für eine erfolgreiche Behandlung herausgestellt hat (siehe auch Zipfel et al., 2000). So kann vermieden werden, dass es den häufig sehr redegewandten Mädchen und Jugendlichen gelingt, ihre Symptomatik zu bagatellisieren und damit die dringend notwendige Behandlung hinauszuzögern, was die therapeutischen

Ausgangsbedingungen ungleich verschlechtert. Bei Grenzfällen ist jederzeit über unser Sekretariat eine kurzfristige ambulante Vorstellung in der KJP mit der Frage nach der Indikationsstellung möglich (Tel.: 040/67377190; mail: [kjp@kkh-wilhelmstift.de](mailto:kjp@kkh-wilhelmstift.de)).

### Klinikpopulation essgestörter Patientinnen in der KJP-Wilhelmstift 1995-2004

Aus Abbildung 1 lässt sich die Entwicklung der stationären Behandlung von Essstörungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Wilhelmstifts über die letzten zehn Jahre ablesen. Zu den insgesamt 296 Patientinnen wurden zusätzlich knapp 140 Mädchen und Jugendliche in der Pädiatrie behandelt, welche aber danach keine Anschlussbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wünschten und dementsprechend nach somatischer Stabilisierung und auf Drängen der Eltern entlassen wurden.

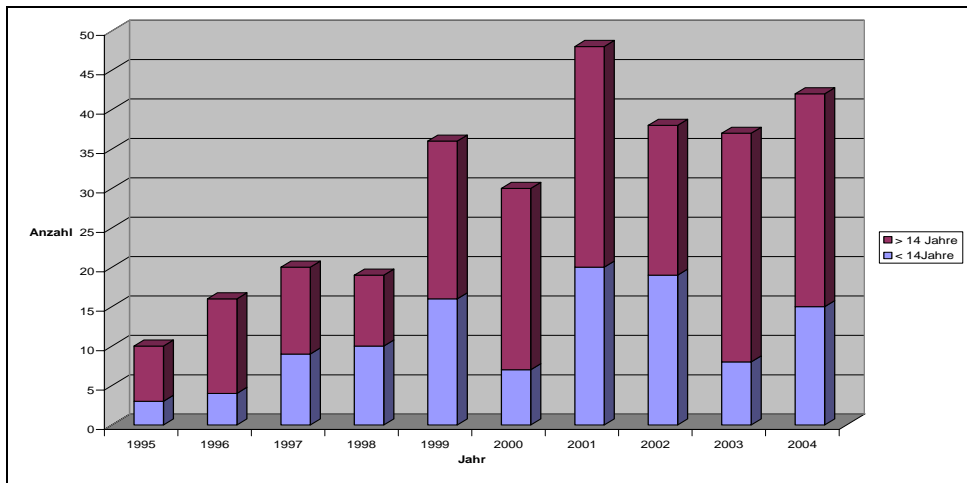


Abbildung 1: Essstörungen gesamt über die letzten zehn Jahre in der KJP-Wilhelmstift (n= 296)

Aus der Abbildung geht die steigende Nachfrage nach einem stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsangebot hervor, der im September 2000 mit der Gründung der „Essgestörtenstation“ Rechnung getragen wurde. Seitdem haben sich bezogen auf einen 5-Jahres-Zeitraum die Behandlungszahlen in der KJP fast verdoppelt.

Im Einzelnen lassen sich die behandelten Essstörungen für die letzten fünf Jahre wie folgt aufschlüsseln:

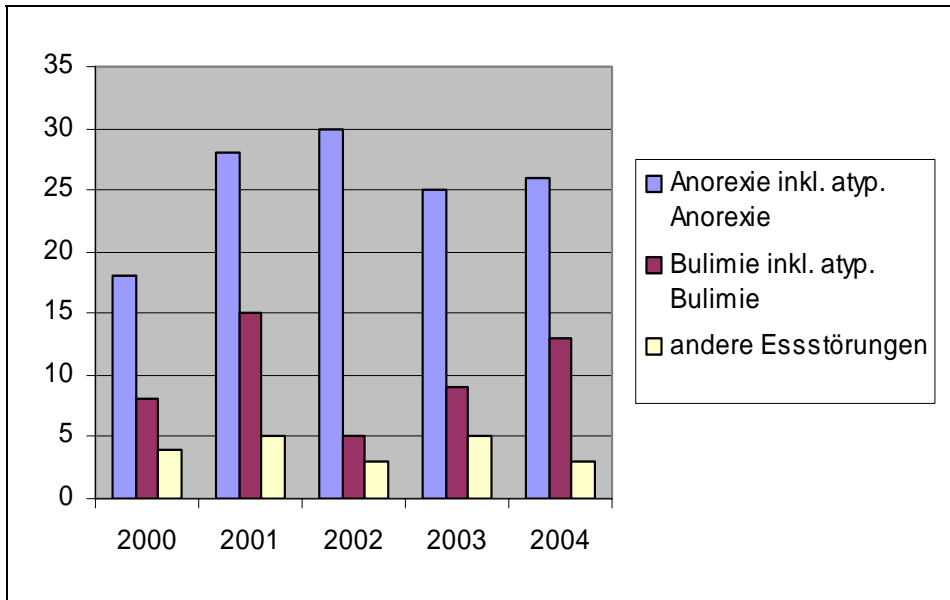


Abbildung 2: Essstörungen nach Subtyp von 2000 bis 2004 (n=195)

Über die letzten fünf Jahre zeigt sich, dass unter den Essstörungen die Anorexia nervosa zusammen mit der atypischen Anorexie mit 50 bis 80% die dominierende Diagnose darstellte. Die Bulimie machte etwa 20 bis 30% aus. Bei der kindlichen Magersucht war der Anteil der unter 14-Jährigen vor allem in den Jahren 2001, 2002 und 2004 mit bis über 50% ausgesprochen hoch, was die Notwendigkeit eines besonderen Behandlungsangebotes für diese Altersgruppe unterstreicht. Die mit der Diagnose Bulimie aufgenommenen Mädchen und weiblichen Jugendlichen waren im Schnitt älter als die Mager-süchtigen. Der Anteil der über 14-Jährigen stellt hier zwei Drittel oder mehr dar.

Mit einer Binge-eating Störung (in der ICD-10 nur ungenau als „Ess-attacke bei anderen psychischen Störungen“ definiert) wurden in den letzten fünf Jahren nur zwei Patientinnen behandelt. Insgesamt 18 der 195 Patientinnen hatten eine „nicht näher bezeichnete Essstörung“.

## Verweildauer

Das therapeutische Konzept beinhaltet eine Verweildauer von 16 Wochen (112 Tagen). Im Schnitt betrug die Verweildauer auf der „Essgestörtenstation“ in den Jahren 2000-2004 72 Tage, inklusive Therapieabbrüche bzw. atypische Verläufe. Im Vergleich zum Fünfjahreszeitraum 1995-1999 mit im Schnitt 93.3 Tagen pro Patientin im Rahmen einer Behandlung auf den allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen sank sie damit um etwa 20 Prozent. Im Schnitt war die Behandlung der Anorexie länger als die der Bulimie und der „anderen Essstörungen“, wobei hier der Unterschied zwischen unter und über 14-Jährigen nicht signifikant ist. In Bezug auf Bulimie und „andere Essstörungen“ bildet sich eine Tendenz zur längeren Behandlung unter 14-Jähriger ab. Im Einzelnen schlüsselt sich die Verweildauer auf wie aus Abbildung 2 ersichtlich:

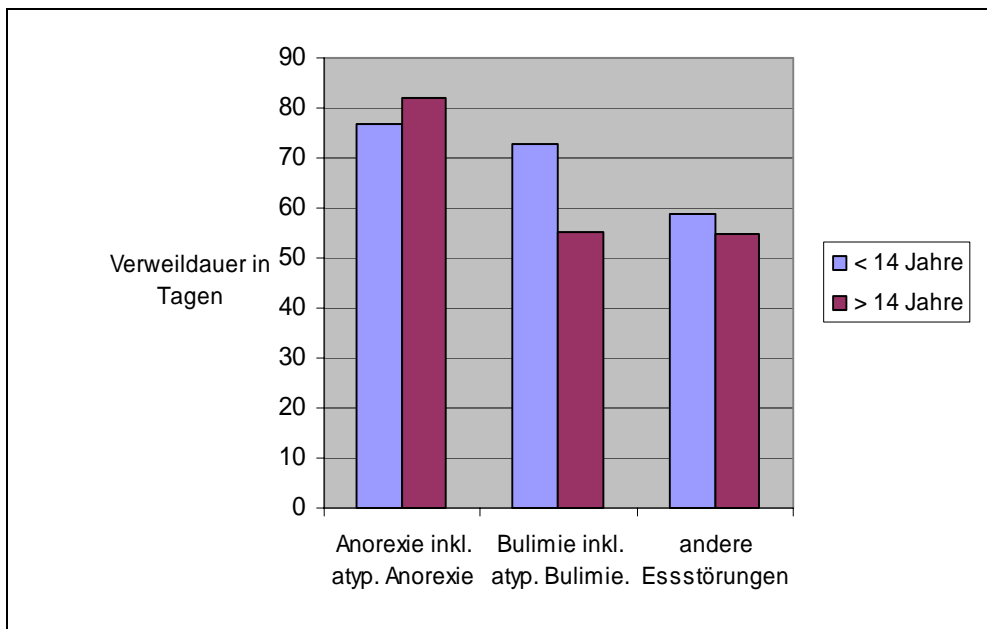


Abbildung 3: Verweildauer nach Diagnose in Tagen zw. 2000-2004 (n=195 Patientinnen)

## Das multimodale Behandlungskonzept

Die Kinder und Jugendlichen werden nach einem integrativ arbeitenden multimodalen Therapiekonzept bestehend aus Einzel- und

Gruppentherapie, Familientherapie, Kreativtherapien wie Kunsttherapie, Moto- und Körpertherapie, Heilpädagogik, Ernährungsberatung, Sozialberatung sowie somatisch-pflegerischer Versorgung und pädagogischer Betreuung behandelt. Zusätzlich erfolgt ein an den Lehrinhalten der Heimatschule orientierter täglicher zweistündiger Schulunterricht in unserer Klinikschule. Im Zentrum steht ein individuell verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm zur Gewichtszunahme und zur Normalisierung des Essverhaltens (z.B. Verzicht auf Essanfälle/ selbstinduziertes Erbrechen).

Die Behandlung zielt auf eine in der stationären Phase zu erreichende, teilweise Symptomaufgabe, die sowohl eine Gewichtsstabilisierung im Normbereich als auch das Wiedererlernen eines selbstverantwortlichen und angstfreien Essverhaltens ermöglicht. Unter Leitung einer Diätassistentin bekochen sich die Mädchen gegenseitig und essen unter Aufsicht in der Gruppe. Zudem steht die Förderung der autonomen Entwicklung in Verbindung mit einer beginnenden Reflektion der im Symptom abgewehrten intra- und interpsychischen Konflikte im Vordergrund. Hier dient die stationäre Behandlung zur Vorbereitung einer in der Regel notwendigen nachfolgenden ambulanten Psychotherapie. Des Weiteren soll durch den stationären Aufenthalt eine Entlastung von den meist stark ausgeprägten und um das Symptom kreisenden familiären Konflikten erreicht und damit eine Neuorientierung aller Beteiligten ermöglicht werden. Parallel zum Kernsymptom der Essstörung muss sich die Behandlung auf die oft ausgeprägten psychischen Begleiterscheinungen, wie gravierende Selbstwertprobleme, starke Stimmungsschwankungen, depressiver Rückzug und Probleme in der Beziehungsgestaltung richten.

### **Das Behandlungsschema der Anorexia nervosa – der Modus I**

In der Behandlung der Anorexie unterscheiden wir zwei Behandlungsmodi, die ineinander übergehen bzw. aufeinander aufbauen (siehe Abbildung 4). Im so genannten Modus I steht die medizinisch-somatische Indikation im Vordergrund. Eine Aufnahme erfolgt wenn nötig auch gegen den Willen der Patientinnen und gegebenenfalls mit familiengerichtlicher Genehmigung zur geschlossenen Behandlung nach § 1631 b BGB, welche von den sorgeberechtigten Eltern beim Familiengericht beantragt werden muss. Gemeinsam

mit der betroffenen Jugendlichen und den Eltern wird das so genannte *medizinische Übergangsgewicht* definiert, das sich an der 3. BMI-Altersperzentile orientiert (entspricht z.B. bei einer 15 Jährigen einem BMI von 16). Unterhalb dieses medizinischen Übergangsgewichtes muss die von Stationsarzt und Diätassistentin gemeinsam bestimmte Essensportion (wir sprechen von Portionsgrößen und nicht von Kilokalorien) aufgegessen werden. Mögliche Reste müssen per hochkalorischer Trinknahrung „nachgetrunken“ werden, bei Verweigerung erfolgt die Sondierung.

Die Mädchen bzw. Jugendlichen nehmen an sämtlichen Therapieangeboten sowie am Klinikschulunterricht teil, befinden sich jedoch im Unterschied zum Modus II in der so genannten Stationsruhe, welche nur zwei tägliche von Betreuern begleitete Spaziergänge pro Tag erlaubt.

## Der Modus II

Bei Erreichen des medizinischen Übergangsgewichtes erfolgt der Wechsel in den Modus II. Hier steht die freiwillige Behandlung als psychosomatische Indikation im Vordergrund. Als Zielgewicht des Aufenthaltes wird zusammen mit den Patientinnen das so genannte *vorläufige Mindestgewicht* festgelegt, welches sich an der 25. BMI-Altersperzentile orientiert. Gefordert wird eine wöchentliche Gewichtszunahme von mindestens 500 gr. und maximal 1,5 kg. Die Jugendlichen haben in ihren therapiefreien Zeiten altersangemessenen freien Ausgang. Sie erlernen im Rahmen des Esstrainings im Laufe verschiedener Behandlungsphasen einen zunehmend selbstständigeren und eigenverantwortlicheren Umgang mit dem Essen, bis in der letzten Behandlungsphase bei Erreichen des vorläufigen Mindestgewichtes unter einer annähernden Alltagsbelastung (Wochenendbeurlaubungen nach Hause, Besuch einer nahe gelegenen Regelschule) das Gewicht gehalten werden soll. Das Esstraining setzt sich im Einzelnen aus drei Haupt- sowie drei Zwischenmahlzeiten mit Feed-back-Runden, gemeinsamen Kochen, dem Führen eines Estagebuches sowie der wöchentlichen oberärztlichen Essvisite, in der mögliche Phasenwechsel bzw. die Portionsgrößen besprochen werden, zusammen.

Bleibt eine Jugendliche unter der geforderten Gewichtszunahme von mindestens 500 gr. pro Woche kommt diese in die sog. Stati-

onsruhe (siehe Modus I). Sie kann an sämtlichen Therapieangeboten weiter teilnehmen, hat aber keinen freien Ausgang, sondern nur noch limitierte und von Betreuern begleitete Spaziergänge. Die noch vor einigen Jahren in solchen Fällen verordnete Bettruhe hat sich aus unserer Sicht nicht bewährt und wird nicht mehr angewandt. Schafft es die Jugendliche auch in der zweiten Woche nicht, das erforderliche Gewicht zuzunehmen, wird zusätzlich zur Stationsruhe eine einwöchige Kontaktpause verhängt. In dieser soll über den Behandlungsverlauf reflektiert werden, und es darf kein Besuch empfangen sowie nicht telefoniert werden. Führt auch dies nicht zu einer Modifizierung des Essverhaltens (bzw. einer Einschränkung des Kalorienverbrauchs durch intensive heimliche sportliche Betätigung), so wird in der dritten Woche ohne ausreichende Gewichtszunahme ein Familiengespräch unter Einbeziehung aller wesentlichen beteiligten Personen anberaunt. Hier wird das weitere Vorgehen bestimmt bzw. die vorzeitige Entlassung verfügt.

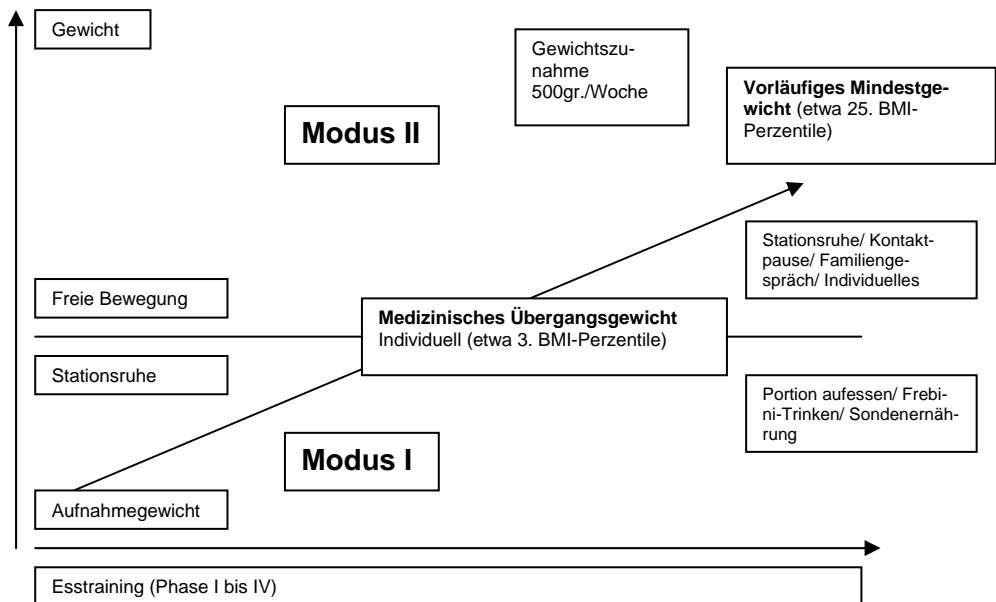


Abbildung 4: Behandlungsschema der Anorexia nervosa



## Fallvignette 1:

Die 14jährige Franziska wird von ihren Eltern mit einem Gewicht von 40 kg bei einer Körpergröße von 1,67 m in unserer Institutsambulanz vorgestellt. Seit etwa 12 Monaten zeige sie ein anorektisches Essverhalten, ernähre sich nur noch von Salat, Äpfeln und Toastbrot und habe in dieser Zeit 14 kg abgenommen. Vormalig eine begeisterte Volleyballspielerin habe sie den Mannschaftssport jetzt aufgegeben und betreibe stattdessen intensives Fitnesstraining. Mit ihren Freundinnen habe sie sich in den letzten Monaten kaum noch getroffen. Nachmittags sitze die sehr gute Gymnasialschülerin stundenlang vor ihren Hausaufgaben und erledige diese mit einer zwanghaft anmutenden Akribie. Franziska ist Einzelkind, die Mutter, in ihrer Jugend selbst anorektisch, ist Lehrerin, der Vater selbstständiger Unternehmensberater. In der leistungsorientiert wirkenden Familie herrsche ein harmonisches Klima, man streite sich nie und diskutiere alles aus. Zuletzt habe aber Franziskas Essverhalten und ihre Weigerung, an dem traditionell gemeinsam eingenommenen warm zubereiteten Abendbrot teilzunehmen, die Familie „an den Rand“ gebracht und es sei verstärkt zu Konflikten gekommen.

Bei Vorstellung zeigt Franziska eine ausgeprägte Körperschemastörung und eine Gewichtsphobie. Ihre Gedanken kreisen fast zwanghaft um Inhalte, die Figur, Gewicht und Kalorien betreffen. Affektiv wirkt sie herabgestimmt und nur noch eingeschränkt schwingungsfähig, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögen erscheinen eingeschränkt. Vehement argumentiert die sehr belastet wirkende Jugendliche gegen eine stationäre Behandlung, maximal könne sie sich eine ambulante Therapie vorstellen.

Aufgrund ihres massiven Untergewichtes (BMI von 14.4 und damit weit unter der 3. Altersperzentile), einer seit 10 Monaten bestehenden sekundären Amenorrhoe sowie einer depressiven Entwicklung verbunden mit zwanghaftem Verhalten stellen wir trotz fehlender Behandlungsmotivation die Indikation zu einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Dieser soll jedoch ein diagnostischer Aufenthalt auf der pädiatrischen Station vorangehen. Bereits am Folgetag wird Franziska in der Pädiatrie aufgenommen. Hier zeigen sich bei noch unauffälligen Laborwerten ein Perikarderguss von 1,0 cm, EKG-Veränderungen und nächtliche Bradykardien unter einer Frequenz von 40. Bei langsamem Kostaufbau unter Kontrolle des Phosphatwertes und unter Substitution von Vitamin D und

Calcium nimmt Franziska allmählich zu und die somatische Befunde sind rückläufig. Nach zwei Wochen kann sie, nun auf eigenen Wunsch, auf die psychosomatische „Essgestörtenstation“ verlegt werden.

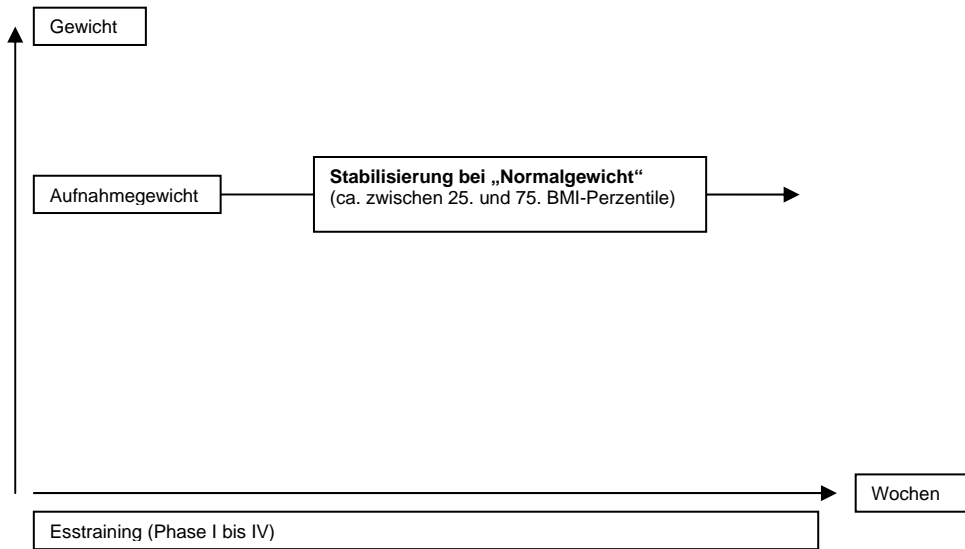


Abbildung 5: Behandlungsschema der Bulimia nervosa

## Das Behandlungsschema der Bulimia nervosa

Zielsymptome sind in erster Linie Essanfälle mit nachfolgenden gewichtsregulierenden Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch, Diät oder exzessive sportliche Betätigung. Im Rahmen des Esstrainings ist die Stabilisierung des häufig stark schwankenden Gewichtes durch regelmäßige Mahlzeiten unter Verzicht auf Erbrechen primäres Behandlungsziel. Eine deutliche Gewichtsreduktion durch sehr kleine Portionsgrößen soll hierbei vermieden werden (stark übergewichtige bulimische Jugendliche über der 97. BMI-Altersperzentile werden auf einer anderen Station behandelt). Das Esstraining selber orientiert sich an dem Behandlungsschema für anorektische Jugendliche, nach dem Essen wird zusätzlich in den ersten Behandlungswochen eine einstündige Toilettenbegleitung bzw. enge Gruppenbetreuung zur Vermeidung von

Erbrechen durchgeführt. Weiterhin werden in den ersten Wochen regelmäßig die Zimmer kontrolliert, um so Essanfälle mit gehorteten Lebensmitteln vermeiden zu helfen. Bei guter Absprachefähigkeit haben die Jugendlichen nach den Begleitungszeiten freien Ausgang, müssen jedoch das ihnen ausgehändigte Taschengeld bei Rückkehr auf Station mit den Betreuern unter Bonvorlage abrechnen. Anders als bei den magersüchtigen Mädchen nehmen die bulimischen Jugendlichen bereits ab der ersten Behandlungswoche am Sportprogramm teil und können sich schon in Phase zwei im Rahmen von Tagesurlauben Zuhause erproben.

### **Fallvignette 2:**

Aus eigener Initiative stellt sich die 17jährige Jennifer in unserer Ambulanz vor. Die letzten Wochen habe sie quasi nach jeder Mahlzeit selbstinduziert erbrochen und sporadisch Abführmittel in hohen Dosen zu sich genommen. Begonnen habe die Bulimie bei der ehemals übergewichtigen Jugendlichen im Rahmen häufiger Diäten vor drei Jahren. Zuletzt sei es ihr so schlecht gegangen, dass sie sich mehrfach selbst oberflächliche Schnittwunden an beiden Unterarmen zugefügt habe. Aufgrund massiver Konflikte mit der allein erziehenden Mutter, die bis zu körperlichen Auseinandersetzungen gingen, sei sie vor zwei Wochen vorübergehend zur Tante gezogen. Die mit 68 kg bei einer Körpergröße von 1,71m normalgewichtige Jennifer (BMI: 23,3, etwa 75. Altersperzentile) wird zunächst in die wöchentlich stattfindende prästationäre Gruppe aufgenommen und auf die Warteliste für eine stationäre Behandlung gesetzt. Dies führt bereits zu einer deutlichen Reduktion des Erbrechens. Eine zwischenzeitlich beim Hausarzt festgestellte Hypokaliämie bei noch unauffälligem EKG wird vorübergehend mit Kalinor-Brausetabletten behandelt.

Nach Aufnahme auf die Station ist Jennifer zunächst sehr durch die sechs täglichen Mahlzeiten und eine initiale leichte Gewichtszunahme irritiert, so dass es zu mehrfachem Erbrechen kommt, welches nur teilweise durch die nach den Mahlzeiten stattfindende Begleitung durch Betreuer verhindert werden kann. Als sich bei Aufnahme in das Sportprogramm das Gewicht stabilisiert, ist auch die Frequenz des Erbrechens rückläufig. Um Essanfällen vorzubeugen wird das Jennifer für die Ausgänge ausgehändigte Taschengeld unter Bonvorlage mit den Betreuern abgerechnet. Nach einer ersten

Wochenendbeurlaubung nach Hause im Zuge der wieder angestrebten Verselbstständigung und zunehmend selbstverantwortlichen Essverhaltens, tritt die Symptomatik nach heftigen Auseinandersetzungen mit der Mutter wieder stärker zu Tage. Zusätzlich beginnt Jennifer, sich wieder selbst zu verletzen. Im Rahmen mehrerer Familiengespräche kann die schwierige und noch von gegenseitigen Schuldzuweisungen geprägte Mutter-Tochter Beziehung thematisiert werden und es wird mit allen Beteiligten vereinbart, dass die Mutter mit dem Ziel der einstweiligen Fremdplatzierung Jennifers beim Amt für soziale Dienste Hilfen zur Erziehung beantragt. Nach 14 Wochen stationärer Therapie kann Jennifer mit einem Gewicht von 65,4 kg weitgehend symptomfrei in eine Wohngruppe des Rauhen Hauses für essgestörte Mädchen und Jugendliche entlassen werden. Im Zuge der ambulanten Nachbetreuung berichtet Jennifer, in krisenhaften Situationen etwa alle vier Wochen noch gelegentliche Essanfälle mit nachfolgendem Erbrechen zu haben, mit diesen nun aber besser umgehen zu können. Selbstverletzendes Verhalten trete nicht mehr auf. Das Verhältnis zur Mutter habe sich seit dem Umzug in die Wohngruppe deutlich verbessert und für die nächsten Schulferien ist zusammen mit dem 12 Jahre alten Bruder ein gemeinsamer Urlaub geplant.

### **Psychopharmakologische Behandlung**

Neben den beschriebenen psychotherapeutischen Maßnahmen kommt bei bulimischen Patientinnen mit einer hohen Frequenz von Essattacken und nachfolgendem Erbrechen eine zusätzliche medikamentöse Therapie mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) in Betracht. Hier muss beachtet werden, dass höhere Dosen als zur Behandlung depressiver Erkrankungen notwendig sind (Herpertz-Dahlmann et al., 2003). Die Wirksamkeit einer psychopharmakologischen Behandlung bei der Anorexie ist für Kinder und Jugendliche bisher nur schlecht belegt und erfolgt bei uns nur in Ausnahmefällen. Gelegentlich setzen wir bei ausgeprägter Gewichtsphobie und wahnhaftem Kreisen um anorektische Gedankeninhalte zeitweise ein atypisches Neuroleptikum wie Olanzapin ein.

## **Ausblick: Die Tagesklinik**

Die Anzahl der Behandlungsfälle aus den letzten zehn Jahren belegt den ungebrochenen hohen Behandlungsbedarf von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Durch Bereitstellung eines speziellen und überregional nachgefragten Behandlungsangebotes konnte die Zahl der Behandlungen erhöht und die Verweildauer gesenkt werden. Der hohe Anteil der unter 14-Jährigen Patientinnen führt die Notwendigkeit eines speziellen Behandlungskonzeptes, das den Besonderheiten dieser Entwicklungsphase Rechnung trägt, vor Augen. Problematisch ist aus unserer Sicht die Behandlung minderjähriger Patientinnen in Kliniken, die primär eine Therapie für Erwachsene vorhalten.

Als Reaktion auf den weiter hohen Behandlungsbedarf sollen an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Wilhelmstiftes im Rahmen der für den 15. November 2005 geplanten Eröffnung einer Tagesklinik sechs weitere Behandlungsplätze für essgestörte Patientinnen geschaffen werden. Die teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik soll sich zukünftig als Baustein an die vollstationäre Behandlung anschließen, welche dementsprechend verkürzt wird. Auf eine idealtypisch nur noch zehnwöchige stationäre Behandlung soll eine achtwöchige Behandlung in der Tagesklinik (Montag bis Freitag von 8.30 bis 17.00 Uhr) folgen, in der bereits eine zunehmende Verselbstständigung in Bezug auf das Essverhalten eingeübt wird, während die oben beschriebenen Therapieformen weiterlaufen. In einer zweiten Phase wird über einen Zeitraum von 16 Wochen eine tagesklinische Intervallbehandlung (Nachsorge) angeboten, die eine einmal wöchentliche tagesklinische Wiederaufnahme (Mittwochs, jeweils 14.30 bis 19.00 Uhr) beinhaltet.

Mit der Bereitstellung eines teilstationären Behandlungsangebotes wollen wir ein notwendiges Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter in Hamburg etablieren und damit unser Behandlungskonzept optimieren. Wir erhoffen uns, auf diese Weise durch eine frühe Förderung von Autonomie und Selbstverantwortung unter gleichzeitiger enger Einbeziehung der Eltern bzw. Familien, den Bedürfnissen unserer minderjährigen Patientinnen besser Rechnung tragen zu können und möglicherweise die immer noch hohen Rückfallraten im Bereich der Essstörungen zu senken.

## Autorenadressen:

Dr. med. Martin Stolle

Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Liliencronstrasse 130, 22149 Hamburg

Dr. med. Ralf Radizi

Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Liliencronstrasse 130, 22149 Hamburg

## Literatur:

- Brunner R., Resch F.* (2004): Essstörungen. In: Eggers C., Fegert J.M., Resch F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer, 570-593
- Herpertz-Dahlmann, B., Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J., Remschmidt, H.* (2001): Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa - course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* 42(5):603-612
- Herpertz-Dahlmann B., Hebebrand J., Remschmidt H.* (2003): Essstörungen. In: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 2. Auflage. Deutscher Ärzteverlag, 117-130
- Holtkamp K., Herpertz-Dahlmann B.* (2005): Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter, *Dtsch Arztebl* 102: A 50-58
- Pfeiffer E. et al.* (2005): Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 4: 267-285
- Reich G.* (2001): Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie. In: Reich G., Cierpka M. (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen, 2. Auflage. Thieme, 51-68
- Scholz M.* (2004): Stationäre Behandlung und tagesklinische Multifamilientherapie – konkurrierende Settings oder differentielle Indikationen? In: Multifamilientherapie und Familientherapie in anorektischen Kindern und Jugendlichen. Abstracts, 11.03.2004, Dresden: 1-9
- Zipfel S. et al.* (2000): Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 355: 721-722

## *Diskussion*

*Zu den beiden Beiträgen von I. Spitzcok v. Brisinski „Editorial: 395 Störungen und 1000 Symptome“ und „Buchrezension: „König, Monika E.: Autismus, Sprache, Kommunikation: sprachliche Besonderheiten von Menschen mit Autismus dargestellt anhand autobiographischer Texte“ in Heft 2/2005:*

Ihr Editorial und eine Buchbesprechung über die Sprache bei Asperger-Autisten haben bei mir an alten und noch lebendigen Interessen gerührt.

Ihre auch recht komische Verzweiflung, wie dieser schöne Fall in die Diagnoseschemata einzuordnen wäre weist auf ein Grundproblem hin, das über dem offenbaren Nutzen dieser Praxis meist übersehen wird: Jedes Symptom ist - mehr oder weniger - vieldeutig. Ein Knochenbruch am wenigsten, eine Blickvermeidung oder eine motorische Unruhe aber sehr. Eine autistische Störung des Blickkontakts ist etwas anderes als die Scheu junger Mädchen, das verlegene Ausweichen unsicherer Jugendlicher oder das Wegblicken eines trotzigem Kindes. Manche Ungewissheit hebt sich durch weitere Symptome auf. *Eine* falsche Erfassung kann aber auch das ganze Bild verwirren. Wir hatten in der alten Psychiatrie die Spannung zwischen der Schizophreniediagnose nach Kurt Schneiders Symptomen erster und zweiter Ordnung und dem Ansatz Rümkes, der zunächst von einem Praecox- (Kraepelin) Gefühl ausging. Asperger ist auch von einer Ganzheit, einem autistischen Charakter ausgegangen, bei dem alle Wesenszüge oder Symptome Beziehung zu einem Strukturganzen haben.

In dem besprochenen Sprachbuch sprechen Sie auch von einer von Innen gesehenen Seinsweise. Der kommt man näher, wenn man die Symptome als Phänomene genau anschaut und in eine Beziehung setzt. Ich habe früher versucht in meiner auch von der Sprache ausgehenden Monographie solche Seinsweisen, aus denen sich die Sprache entwickelt aus Grundformen der Sprache abzuleiten. Aber wem sage ich das? Immerhin scheint mir das Unbestimmte, das beim Symptomsammeln immer bleibt, dieses dahinter stehende und alles durchformende Ganze zu sein.

Ihr Patient hat - soweit ich das, ohne ihn gesehen zu haben, sagen kann, gewiss autistisch Anmutendes:

- Das Kuschneln muss nicht dagegen sprechen. Ich habe bei manchen Kanner-Autisten, wenn der Rückzug sich auflöste ein großes, wenn auch im Vergleich zum Alter retardiertes Zärtlichkeitsbedürfnis gefunden. Wenn Sie meinen Autismusfall nachlesen, der selbst seine Welt beschreibt, so hat auch dieser zu seinem „Mütterlein“ eine fast noch symbiotische Beziehung, Beleg für den Entwicklungsrückstand der Beziehungsentwicklung. Geographie und Rechnen sind Bereiche, die man ohne Einfühlung und Menschenkenntnis aus dem Denken entwickeln kann. Mein erwähnter Asperger-Fall war ein begabter Physiker, sogar verheiratet, aber seine Ehe war keine und in seinem Institut kannte er trotz der Arbeit bis zur Pensionierung praktisch niemanden (Nachuntersuchung nach 40 Jahren mit Sven Bölte).
- Einordnung in die Gruppe oder zwei Freundinnen besagt an sich nichts, wenn man nicht Niveau und Inhalte des Austauschs kennt.
- Verstummen vor neuen Personen besagt für sich in dieser Hinsicht nichts, wenn nach Vertrauensgewinn, die Beziehung dem Altersniveau entspricht. Da fallen mir selektiv mutistische Kinder ein, aber dafür hat er doch zu viel Sonderliches.

*Prof. Dr. med. Gerhard Bosch, Norheim*

*Bosch G. (1962): Der frühkindliche Autismus - eine klinische und phänomenologisch-anthropologische Untersuchung am Leitfaden der Sprache. Berlin: Springer*

*Bölte, S.; Bosch, G. (2004): Bosch's Cases: a 40 years Follow-up of Patients with Infantile Autism and Asperger Syndrome. German J Psychiatry 7:10-13*

## *Schlusswort*

Prof. Bosch spricht die Vieldeutigkeit eines psychischen Symptoms an, die sich oftmals in eine Eindeutigkeit oder zumindest in eine „Oligo-Deutigkeit“ verwandeln lässt, wenn man das Symptom darauf-



hin „abklopft“, ob es quantitativ und qualitativ in ein Kontextmuster passt. „Kontextmuster“ kann dabei nicht nur das familiäre und schulische Umfeld, das chronologische Alter, die kognitive Befähigung oder die bisherige Lebensgeschichte sein, sondern auch eine Diagnose bzw. ein Syndrom. Hierbei sollte „Eindeutigkeit“ nicht mit „Objektivität“ verwechselt werden, denn wir „deuten“ ein Symptom so, dass es zu einem bestimmten Kontextmuster passt oder nicht, wir geben ihm also eine bestimmte Bedeutung in Bezug auf einen bestimmten Bedeutungsrahmen (z. B. Diagnose oder ein anderes Konstrukt).

Ganz ähnlich wie in der Gestaltwahrnehmung, wo wir in der Lage sind, unvollständige Muster bzw. Gestalten vor dem geistigen Auge zu vervollständigen, störende Grafikelemente uns wegzudenken oder zu verformen, „wichtiges von Unwichtigem“ zu unterscheiden oder „Verzerrungen zu korrigieren“, tun wir dies auch beim Stellen von Diagnosen bezogen auf ein Syndrom-Muster. Dass dies bzgl. klinischer Nützlichkeit nicht eine Qualitätseinbuße, sondern eine Qualitätssteigerung darstellt, belegt u. a. die Tatsache, dass trotz aller technischen Fortschritte auf dem Gebiet von Hard- und Software bis heute weder im Bereich der EEG-Befundung (als Beispiel für visuelle Gestaltwahrnehmung) noch im Bereich der Diagnosenstellung und Behandlung (Stichwort „Expertensysteme“) signifikante klinisch-psychiatrische Relevanz für „objektiv“ arbeitende Computersysteme erreicht wurde. Dies lässt sich u. a. dadurch erklären, dass kinder- und jugendpsychiatrischer Erkenntnisgewinn nicht allein auf dem Axiom des kausalgesetzlichen, mechanisch-deterministischen Ablaufs von Prozessen in der Natur („naturwissenschaftlicher Denkstil“) beruht, sondern auch auf dem Axiom der Möglichkeit des intersubjektiven Verstehens von menschlichen Lebensäußerungen durch hermeneutische Interpretation verbaler und nonverbaler Zeichen („geisteswissenschaftlicher Denkstil“). Der Philosoph Wilhelm Dilthey (1833-1911) stellte ‚Naturwissenschaften‘ und ‚Geisteswissenschaften‘ folgendermaßen einander gegenüber: Im Unterschied zu den Naturwissenschaften, in denen unabhängig vom menschlichen Handeln gegebene Ereignisse durch Hypothesen systematisiert und erklärt werden, muss der Geisteswissenschaftler seinen Gegenstandsbereich, die symbolischen Zusammenhänge der sozialen und historischen Wirklichkeit des Menschen, in denen er selbst steht, durch ‚Nachvollziehen‘ dieser Lebensäußerungen verstehen.

Der Differenzierung der oben von Prof. Bosch diskutierten einzelnen Symptome bzgl. einer autistischen Störung kann ich ebenfalls voll und ganz zustimmen: Es lohnt sich, genau nachzufragen! In der Einführung zur deutschen Ausgabe des DSM-IV (APA, 1996) heißt es: „Dabei verführt die Scheinsicherheit einer operationalen Definition, die ja vielfach nichts anderes als das Resultat eines politisch determinierten Konsensusprozesses ist, dazu, den mit einem psychopathologischen Begriff gemeinten, oft komplexen Sachverhalt als Realität zu akzeptieren und nicht mehr genauer zu überprüfen.“

*Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski*

*American Psychiatric Association* (1996): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen - Bern - Toronto – Seattle: Hogrefe

*Spitzcok von Brisinski, I.* (1999): Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie - DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. *Zeitschrift für systemische Therapie* 17, 43-51

*Spitzcok von Brisinski, I.* (1999): Diagnosen, Holzschnitte und asiatische Kochkunst. *Zeitschrift für systemische Therapie* 17, 268-270

*Spitzcok von Brisinski, I.* (1999): Neurophysiologische Basisdiagnostik: Indikation und Befunderhebung. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 9(2) 24-58

*Spitzcok von Brisinski, I.* (2001): EEG und psychischer Befund. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 11(2) 49-79

*Spitzcok von Brisinski, I.* (2001): Diagnosen, Narrative und Konstruktivismus. [www.systemisch.net/gedankenregister/diagnosen.htm](http://www.systemisch.net/gedankenregister/diagnosen.htm)

*Spitzcok von Brisinski, I.* (2003): Asperger-Syndrom, AD(H)S, Hochbegabung - differentialdiagnostische Aspekte. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 13(4) 52-72

*Spitzcok von Brisinski, I.* (2003): Dazugehören - Wie Kinder ihren Platz in der Klasse finden. Berlin: Cornelsen

*Spitzcok von Brisinski, I.* (2005): Mobbing in der Schule und in der stationären Behandlung unter Berücksichtigung von ADS und Asperger-Syndrom. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 15(1) 83-120

*Spitzcok von Brisinski, I.* (2005): Das Asperger-Syndrom – eine autistische Störung. *Pädagogik*, 57, 6, 42-46

## *Tagungsrückblick*

### **11. Münchner kinder- und jugendpsychiatrisches Frühjahrs-symposium über Entwicklungsstörungen: „Emotionale Auswirkungen von Entwicklungsstörungen“ am 9. April 2005 in München**

Entwicklungsstörungen bleiben nicht ohne Auswirkungen auf die emotionale Entwicklung der Kinder und das Familienklima. Für die Betreuungspraxis ist von Bedeutung, wie betroffene Kinder ihre Beeinträchtigung verarbeiten, wie die Eltern die Situation bewältigen und wie das Umfeld auf das Anderssein der Kinder reagiert. Die Tagung hatte zum Ziel, das derzeitige Wissen über emotionale Auswirkungen von Entwicklungsstörungen auf die betroffenen Kinder und deren Familien zusammenzufassen.

Einleitend berichtete Frau Helmeke aus dem Leibniz Institut für Neurobiologie (Magdeburg), wie emotionaler Stress in der frühen Kindheit die Hirnentwicklung beeinflusst. Anhand von Tierexperimenten konnte sie zeigen, dass eine längere Abwesenheit der Mutter den Neurotransmitter-Stoffwechsel und die Herausbildung neuronaler Netze im Gehirn der Kinder erheblich modifiziert. Stressbedingte Veränderungen betreffen nicht nur Hirnregionen, die für die Emotionsverarbeitung verantwortlich sind, sondern auch solche, in denen Gedächtnis- und Lernprozesse ablaufen. Wie die vorgestellten Untersuchungen belegen, bleiben auch nach Beendigung der emotionalen Belastung stressinduzierte strukturelle Hirnveränderungen bestehen. Der Vortrag machte verständlich, weshalb emotionale, Verhaltens- oder Lernstörungen, die durch Konflikte in der frühen Kindheit hervorgerufen wurden, im späteren Alter nur schwer zu beeinflussen und nur mit großer Mühe zu korrigieren sind.

Störungen von Emotionen und Verhalten bei geistig Behinderten wurden von Herrn Steinhausen (Zürich) thematisiert. Nach epidemiologischen Studien sind bei 40 – 50 % der intelligenzgestörten Kinder und Jugendlichen zusätzlich klinisch relevante psychische Störungen, wie Hyperaktivität, unmotivierter Ängste und selbstverletzendes Verhalten, zu beobachten. Herr Steinhausen stellte den „Verhaltensfragebogen für Kinder mit Entwicklungsstörungen –

VFE“ vor. Der Fragebogen ist normiert und sollte bei der Betreuung geistig behinderter Kinder und Jugendlichen routinemäßig eingesetzt werden.

Frau Noterdaeme (München) setzte sich mit der Lebensqualität von Familien autistischer Kinder auseinander. Bei über 250 Familien untersuchte sie, welche autistischen Verhaltensauffälligkeiten von Eltern als besonders belastend empfunden werden und welche Symptome die Lebensqualität der Familie am stärksten beeinträchtigen. Anhand von instruktiven Videos demonstrierte sie die Autismustypische Symptomatik in einzelnen Altersstufen und leitete daraus altersspezifische Belastungsfaktoren und Bedürfnisse der Familien ab.

Eine Untersuchung zur frühen Entwicklung sprachauffälliger Kinder wurde von Frau Sachse (München) vorgestellt. In der beschriebenen Studie wurde deutlich, dass Late Talkers im Alter von zwei Jahren in der Regel keine behandlungsbedürftigen Verhaltensauffälligkeiten zeigen, von vielen Eltern jedoch als Kinder mit „schwierigem Temperament“ erlebt werden. In der Untersuchungssituation fielen sie durch ein eher zurückhaltendes und unsicheres Verhalten auf. Bei einem Vergleich derjenigen Late Talkers, die den Entwicklungsrückstand bis zum Alter von drei Jahren aufgeholt hatten (Spätentwickler), mit denjenigen, bei denen die Sprachauffälligkeit persistierte, zeigten sich in fast allen Verhaltensbereichen deutliche Gruppenunterschiede. Eine geringe Aufmerksamkeit mit zwei Jahren erwies sich als guter Prädiktor für die weitere Sprachentwicklung. Für die Praxis bedeutet dies, dass insbesondere Late Talkers mit einer geringen Aufmerksamkeitsspanne frühzeitig gefördert werden sollten.

Bewältigungsprozesse und Lebensqualität in Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern standen im Mittelpunkt eines Vortrages von Frau Thyen (Lübeck). Anhand einer umfangreichen Studie belegte sie, dass bei Müttern chronisch kranker Kinder depressive Reaktionen und körperliche Beschwerden gehäuft auftreten und dass das Familienklima nachhaltig beeinträchtigt ist. Um Hinweise auf aktuelle Belastungsfaktoren in Familien mit behinderten Kindern zu erhalten, regte Frau Thyen an, die „Familien-Belastungs-Skala – FaBel“ einzusetzen.

Herr Döpfner (Köln) stellte anhand eigener Erhebungen und erster Ergebnisse der europaweiten ADORE-Studie dar, welche Stressbelastungen für Familien mit hyperkinetischen Kindern charakteristisch sind. Er konnte zeigen, dass Interventionsprogramme, die nicht nur das Kind, sondern auch Eltern und Schule einbeziehen, zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität der Familien führen. Sein lebhafter und praxiszentrierter Vortrag gab zahlreiche Anregungen zum Umgang mit den betroffenen Kindern und deren Familien. Das „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten – THOP“ wurde vorgestellt.

Unterstützung und Stigmatisierung entwicklungsgestörter Kinder und deren Familien wurden von Herrn von Suchodoletz (München) diskutiert. In einer Studie an Familien mit sprachgestörten Kindern zeigte sich, dass nach der Wahrnehmung der Eltern etwa zwei Drittel der Kinder stigmatisierenden Erlebnissen in der Kindergruppe, von Seiten einzelner Familienangehöriger und/oder anderer Erwachsener ausgesetzt waren. Halb so häufig fühlten sich die Eltern selbst in den Stigmatisierungsprozess einbezogen. Häufiger als ablehnende Reaktionen erlebten die Eltern Verständnis, Akzeptanz und Unterstützung. Möglichkeiten für ein Stigma-Management und eine Stigma-Prävention wurden angesprochen.

In einem abschließenden Beitrag setzte sich Frau Meusel (München) mit Bedürfnissen von Eltern entwicklungsauffälliger Kinder auseinander. In einer Untersuchung bei über 800 Familien mit sprachgestörten Kindern zeigte sich, dass die Erwartungen der Eltern an die Betreuung gegenwärtig nur unzureichend erfüllt werden. Viele Eltern wünschten sich mehr Informationen über die Entwicklungsauffälligkeiten ihres Kindes, eine verstärkte Unterstützung und Beratung bei der Suche nach der richtigen Behandlungsstelle und finanzielle Unterstützung bei der Realisierung von Förderangeboten. Auch erhofften sie sich mehr Hilfe bei der Integration ihres Kindes in das soziale Umfeld. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass Bedürfnisse der Eltern routinemäßig zu Beginn und wiederholt während des Betreuungsprozesses erfasst werden sollten. Nur bei genauer Kenntnis der Erwartungen der Eltern ist eine Betreuung, die den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Familien gerecht wird, möglich.

Insgesamt hat die Tagung einen guten Überblick über emotionale Reaktionen, Belastungen und Bedürfnisse in Familien mit entwicklungsauffälligen Kindern gegeben. Aus den Ergebnissen empirischer Untersuchungen wurden konkrete Vorschläge für eine Verbesserung der Betreuung abgeleitet. Möglichkeiten zur zeitökonomischen Erfassung von Belastungen und Bedürfnissen der Familien wurden aufgezeigt und Empfehlungen, wie sekundäre emotionale und Verhaltensstörungen vermieden werden können, gegeben. Die Tagung machte deutlich, wie sehr die Lebensqualität entwicklungsgestörter Kinder und deren Familien nicht nur von der Primärsymptomatik, sondern auch von den Reaktionen des Umfeldes und den zur Verfügung stehenden Integrationsmöglichkeiten abhängig ist.

*Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz, München*

## Buchrezensionen

Klaus Sarimski (2005): **Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen**. Göttingen: Hogrefe. 215 S., 29.95 €

Klaus Sarimski gilt als einer der tiefsten Kenner der besonderen Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen.

Sein Erfahrungsschatz basiert auf einer bald 25jährigen Tätigkeit im Kinderzentrum München. Sarimski ist Psychologe. Seine Beiträge sind Beleg dafür, wie bereichernd Interdisziplinarität für unser Fachgebiet sein kann.

In seinem letzten Buch beschrieb der Autor Verhaltensphänotypen genetischer Syndrome, eine für psychodynamisch orientierte Leserinnen und Leser nicht immer leichte Kost, die Sarimski gelegentlich den Vorwurf des biologischen Determinismus einbrachte.

Sarimski selbst hat jedoch immer wieder betont, dass es neben der Kenntnis von bestimmten Entwicklungswahrscheinlichkeiten in jeder einzelnen Begegnung einer individuellen Betrachtung bedarf, die stets zu erweitern ist um den Blick auf den sozialen Kontext, in dem Verhalten gezeigt wird.

Insofern bleibt er sich treu, wenn er in seinem aktuellen Buch formuliert, dass psychische Störungen behinderter Kinder in den allermeisten Fällen nicht als individuelle Erkrankungen, sondern als Störungen in der Interaktion und Beziehung zwischen dem Kind und seiner Umgebung zu verstehen seien. Folgerichtig spricht er sich für eine ressourcenorientierte Förderung sozialer Kompetenzen aus. Sarimski beschreibt individuelle Differenzen in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und analysiert daraus abgeleitete Bedingungen für größtmögliche Partizipation und Lebensqualität.

In einem einleitenden Kapitel analysiert Sarimski allgemeine entwicklungspsychopathologische Grundlagen. Der erfahrene Leser wird zunächst wenig neues finden; liest er jedoch mit Blick auf den Entwicklungsprozess von Kindern mit Behinderungen, ergeben sich bereits hier Hinweise auf besondere individuelle und interaktionelle Vulnerabilitäten.

Im Mittelpunkt des vorliegenden Buches steht die Beschreibung psychischer Störungen bei unterschiedlichen Behinderungsformen (Hör-, Sehbehinderung, Bewegungsstörungen, „anderes“ Ausse-

hen, geistige Behinderung, Autismus). Hier findet der Leser differenzierte, in der Literatur sorgfältig recherchierte Einblicke in spezifische Lebenswelten der betroffenen Kinder und Familien. Es werden sowohl hilfreiche Bewältigungsstrategien als auch mögliche Entwicklungsrisiken aufgezeigt. Die Neigung des Autors, eine Vielzahl von Studien zusammenfassend darzustellen, erhöht dabei nicht immer die Lesbarkeit seines Buches. Andererseits sind die Texte durch eine Vielzahl von Abbildungen ergänzt.

Im therapeutischen Prozess können Sarimskis Daten allein deshalb hilfreich sein, weil sie aufzeigen, dass Familien mit behinderten Kindern durch ungewöhnliche Bedingungen vor ungewöhnliche Anforderungen gestellt sind. Informationen hierüber entlasten Familien und verhindern die Zuschreibung individuellen Versagens. Tröstlich für all diejenigen, die im therapeutischen Alltag geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten begleiten, sind Sarimskis Anmerkungen, wie schwierig bereits die diagnostische Einschätzung sein kann, da herkömmliche psychiatrische Diagnoseschemata sich als nur eingeschränkt brauchbar erwiesen. Erst recht unter zunehmendem Zeitdruck besteht in unserem Arbeitsfeld die Gefahr, den komplexen, sich oft nicht unmittelbar erschließenden Verhaltensphänomenen

behinderter Kinder mittels eiliger Etikettierung nicht mehr gerecht zu werden. Sarimski weist später auf eine Vielfalt Hilfsmittel hin, die einen sorgsam diagnostischen Prozess unterstützen können.

Das abschließende Kapitel ist dann Präventions- und Interventionskonzepten gewidmet. Sarimski unterteilt in individuelle und gruppenbezogene Programme ergänzt um Interventionen, die auf die sozialen Beziehungen in der Familie oder die Peer-Gruppe gerichtet sind. Beispielhaft wird hier auf depressive Störungen und soziale Ängste eingegangen; kurz skizzierte Therapiemanuale bzw. Konzepte zur Förderung sozialer Kompetenzen für Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen Behinderungen werden erläutert. Manches wirkt hier sehr knapp: eine umfassende Darstellung klinisch-psychologischer Behandlungsverfahren ist allerdings ausdrücklich nicht Ziel des Buches.

Trotz Komprimierung gelingt Sarimski eine eindrucksvolle Schilderung elterlicher Bewältigung von Behinderung, bevor er schließlich für integrative Modelle in Kindergarten und Schule plädiert. Zumindest unter den heutigen Bedingungen sei an dieser Stelle Skepsis erlaubt. Im klinischen Alltag sehen wir doch immer wieder Kinder,



die unter dem Aspekt vermeintlicher Integration an unspezifisch integrativen Förderorten emotionalen Schaden nehmen. Ob selbst bei verbesserten Strukturen tatsächlich in allen Fällen integrative Klassen die günstigere Lösung für alle Beteiligten darstellen, wird sich noch erweisen müssen.

Sarimski schließt mit Anmerkungen zur Versorgungssituation, die auch bezogen auf unser Fachgebiet als unbefriedigend gelten muss. Er ermuntert zu mehr Vernetzung und im interdisziplinären Dialog zu Respekt vor den jeweiligen berufsspezifischen Kompetenzen.

Zusammenfassend ist Sarimskis neues Buch also eine Fundgrube für all diejenigen, die sich dem oftmals vernachlässigten Themenfeld der psychischen Belastung behinderter Kinder und Jugendlichen annähern wollen. Es sei deshalb unbedingt zur Lektüre empfohlen.

*Dr. Michael Buscher, Viersen*

**Manfred Spitzer: Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft,** Stuttgart, Düsseldorf, Leipzig: Ernst Klett Verlag. 2005, 303 Seiten, € 16,95.

Prof. Manfred Spitzer, Vater von fünf Kindern, ist seit 1997 Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Ulm, Herausgeber der „Nervenheilkunde“ und Autor zahlreicher Fachveröffentlichungen. Er war zwei Mal Gastprofessor für klinische Psychologie an der Harvard University und forschte am Institute für Cognitive and Decision Sciences der University of Oregon.

Dieses Buch ist der erste Band einer neuen Reihe unter dem Titel „Transfer ins Leben“. Im Fokus stehen dabei der Prozess des lebenslangen Lernens und das Bestreben, die Erkenntnisse der Neurowissenschaften in den Bereich des praktischen Lernens zu übertragen. Sie versteht sich als eine Art Brückenschlag, der die Grundlagenwissenschaften, mit der Anwendungsforschung verbinden soll. „Vorsicht Bildschirm!“ setzt sich kritisch mit dem Gefahrenpotential von Fernsehen, Video- und Computerspielen, Gameboy und Internetgebrauch auseinander. Bereits in der Einleitung weist Spitzer auf die krank machenden Einflüsse der Bildschirm-Medien hin, die sich auch ungünstig auf die Schulleistungen und die Gewaltbereitschaft

auswirken. Der Inhalt des Buches wird sehr übersichtlich in acht Kapitel gegliedert. Das erste Kapitel ist der körperlichen Gesundheit gewidmet und warnt eindrücklich vor den negativen Einflüssen des zunehmenden Bildschirmmedienkonsums. Übergewicht, erhöhter Blutdruck und Cholesterinspiegel, Diabetes, Gelenkbeschwerden, aber auch mangelndes Selbstwertgefühl und Depressionen können sich als direkte und indirekte Folgen des immer exzessiveren Konsums der Bildschirmmedien einstellen. Der Einfluss des Fernsehkonsums wird unabhängig von den Inhalten als schädlich für die Entwicklung insbesondere des Kleinkindes angesehen. Es gibt demnach einen empirischen Zusammenhang von Fernsehkonsum im Kleinkindalter und Aufmerksamkeitsstörungen im Schulalter.

Die Werbung mit Dutzenden Werbespots pro Tag und Tausenden pro Jahr trifft bei Kindern auf das sich entwickelnde Gehirn und vermittelt neben vermeintlichen Fakten auch Werte, die nicht immer einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben.

Ernst zu nehmende Studien belegen, dass „Fernseh-Vielseher“ nicht nur schlechter lesen, sondern auch langsamer lernen als die Wenigseher. Fernsehen im Vorschulalter führt zu schlechteren Leistungen im Lesen und Schreiben in der Schule. Computer und insbesondere das Internet schaden den männlichen Jugendlichen wegen der oft unterschiedlichen Nutzung mehr als den Mädchen.

Die Gewalt in den Medien schadet am meisten Kindern unter 8 Jahren, da diese noch Mühe haben die Realität von der Phantasie zu unterscheiden. Die negativen Effekte erstrecken sich auf verstärkte Aggressivität und antisoziales Verhalten, andererseits verstärken sie Ängste, z.B. auch selbst Opfer von Gewalttaten zu werden. Alle bisherigen Appelle Gewaltdarstellungen im Fernsehen einzuschränken, zeigten in der Vergangenheit, dass die freiwillige Selbstkontrolle der Medien nicht funktioniert.

Die seit ca. 30 Jahren existierenden Videospiele begannen ganz harmlos. Während der Zusammenhang der ungünstigen Auswirkungen von Gewaltdarstellungen im Fernsehen von vielen Studien belegt wird, sind empirische Studien zu Computer- und Videospiele sehr rar. Aber hier gilt, dass immer realistischer dargestellte und oft im Spiel belohnte Gewalt auch im realen Leben zu mehr Gewalt führt. Das Mitgefühl für andere nimmt ab und kann zu Abstumpfung gegenüber realer Gewalt führen. Langfristig kann es wegen der Neuroplastizität zu ungünstigen organischen Umbauprozessen in dem sich entwickelndem Gehirn kommen, die durch Modelllernen,

aktives Einüben sowie das soziale und emotionale Lernen von Gewalt in die Wege geleitet werden. Die meisten Erwachsenen verharmlosen die Spielgewohnheiten der Jugendlichen, kennen die Spiele nur in seltenen Fällen und zeigen sich eher gleichgültig. Hier hilft nur die aufmerksame Beobachtung und konstruktive Auseinandersetzung der Eltern, die auch Überlegungen umfassen sollte, was das Kind bei dem Spiel lernt.

Die negativen und unbeabsichtigten Folgen der Bildschirmmedien werden mit den Folgen der Umweltverschmutzung verglichen. Alle Forderungen an die Produzenten und Betreiber freiwillige Maßnahmen zu treffen erwiesen sich als wirkungslos. Erfolgreiche Strategien zur Eindämmung der negativen Einflüsse könnten sich an den in der Vergangenheit durchgeführten erfolgreichen Maßnahmen gegen die Umweltverschmutzung orientieren. Als Erfolg versprechende Schritte werden erachtet:

- ein Verbot der an Kinder gerichteten Werbung
- Bildschirmmedien sind besonders für Klein- und Vorschulkinder eindeutig schädlich
- Fernsehkonsum für Kinder sollte eingegrenzt werden, z.B. durch Fernsehtagebücher oder elektronische Zeitbegrenzer
- Eltern sollen sich informieren, was ihre Kinder anschauen oder spielen
- Medieninhalte sollen nicht dem Markt überlassen werden
- Ausgedehnter Konsum von Gewaltdarstellungen fördert die Gewaltbereitschaft
- Die öffentlichen Programme sollen ausreichend gefördert werden und in ihrer Vorbildfunktion unterstützt werden.
- Jeder kann in seinem eigenem Bereich aktiv werden

Mit diesem Buch gelang Spitzer eine kritische und sorgfältige Analyse der bisherigen Forschungsergebnisse zu dem immer mehr zunehmenden Einfluss der Bildschirmmedien. Es bleibt zu wünschen, dass dieses Buch unter Eltern, Pädagogen, Politikern, Lehrern und allen sich mit Medien auseinandersetzen Berufsgruppen eine weite Verbreitung findet. Die engagierte Haltung des Autors könnte die Leser sensibilisieren und dazu anregen, auch für die jüngere Generation einen konstruktiveren Zugang zu den Bildschirmmedien zu finden und ihre Nutzung im Alltag zu optimieren. Dieses Buch wird die zukünftige öffentliche Auseinandersetzung mit der „Bildschirmgesellschaft“ nachhaltig prägen.

*Dr. med. Bodo Pisarsky, Berlin*

## 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.