

Inhalt

<i>Editorial: Qualitätsmanagement: Der Kundenbegriff im Gesundheitswesen revised?</i> <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
---	---

Themenschwerpunkt Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Teil 1: Praxen

Von der Philosophie über die Strategie zur Zertifizierung: Systematisches Qualitätsmanagement in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie <i>Julia Bellabarba</i>	7
---	---

<i>Bericht aus der Praxis:</i> Ein Jahr Qualitätsmanagement-Projekt im BKJPP <i>Gabriele Schuster</i>	25
---	----

<i>Kommentar: Sprachförderprogramm in NRW</i> <i>Waldemar von Suchodoletz</i>	29
--	----

Zur Therapie des Hyperkinetischen Syndroms inkl. seiner Unterformen (ADS, ADHS, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) sowie der damit einhergehenden komorbiden Störungen in der sozialpsychiatrischen Praxis – Teil 2 <i>Anna Maria Sant’Unione & Matthias Wildermuth</i>	32
---	----

<i>Tagungsrückblick:</i> Mehrsprachigkeit: Chancen und Risiken für die Entwicklung der Laut- und Schriftsprache	105
--	-----

<i>Buchbesprechung:</i> Therapie der Lese- und Rechtschreibstörung	108
---	-----

<i>Hinweise für Autoren</i>	110
-----------------------------------	-----

Editorial: **Qualitätsmanagement: Der Kundenbegriff im Gesundheitswesen revised?**

Der Begriff „Patient“ wird seit Jahrhunderten verwendet. Das Wort entstammt dem Lateinischen (*pati*: erleiden, erdulden; *passio*: das Leiden) und bedeutet „der Leidende, Erduldende“. Seit dem 20. Jahrhundert erfreut insbesondere in psychotherapeutischen und sozialen Behandlungskontexten der Begriff des „Klienten“ wachsender Beliebtheit. Absicht war wohl eine Demedikalisierung des therapeutischen Angebots bzw. die Absicht, die Betonung von Abhängigkeitsverhältnissen zu vermeiden. Die ursprüngliche Bedeutung des Wortes gibt dies aber eigentlich gar nicht her: Im Lateinischen bedeutet *cliens* = Anhänger, Schützling, Höriger. Ein Klient ist heute der Auftraggeber oder Leistungsempfänger bestimmter Dienstleistungsträger, etwa von Rechtsanwälten, Steuerberatern, Sozialpädagogen oder Psychotherapeuten. Die Kollektivform „Klientel“ (abgeleitet von lat. *clientela* = die Anhängerschaft, die Gesamtheit der Schützlinge) bezeichnet ursprünglich die Gesamtheit der Armen („Klienten“) im alten Rom, die sich einem Patron unterworfen haben, der für sie eintritt und im Gegenzug deren Treue verlangt (lat. *clientela* = das zwischen einem Klienten und seinem Patron bestehende Verhältnis der Schutzgenossenschaft).

Kundenorientierung stammt als Idee ursprünglich aus dem Wirtschaftsbereich und bedeutet, das Angebot soll genau auf die Nachfrage abgestimmt sein. Steve de Shazer (1988) war einer der ersten, die den Begriff „Kunde“ (Customer) für Psychotherapieklienten verwendete. Nach seinem Verständnis ist nicht jeder Patient Kunde, sondern er unterscheidet Patienten nach „Besucher“ (Visitor), „Klagender“ (Complainer) und „Kunde“ (Customer): Besucher sind nach seinem Verständnis Klienten, die geschickt (z. B. von Schule oder Jugendamt) oder mitgenommen (z. B. von den Eltern) werden, selbst aber keine Beschwerde haben. „Klagende“ haben Beschwerden, doch wird die Veränderung in erster Linie von anderen erwartet (z.B. vom Therapeuten oder vom Ehepartner). „Kunden“ haben eine Beschwerde und sind bereit, etwas für die Lösung zu tun.

Dem Konzept der Kundenorientierung wurde in der systemischen Therapie der Begriff der „Kundigkeit“ (Hargens 1993) an die Seite gestellt. Dieser Begriff bedeutet: einer der sich auskennt, der selbst Bescheid weiß. Es bedeutet, dass Therapeuten möglichst genau das anbieten sollen, was ihre

Klienten subjektiv haben wollen, und nicht das, was sie nach Meinung der Fachleute „brauchen“.

In der Folge wurde die Verwendung des Begriffs ‚Kunde‘ für Patienten von Ärzten immer wieder vehement kritisiert. Kick (2006) stellt die seiner Meinung nach mit den sehr unterschiedlichen Begriffskonzepten fest verbundenen Unterschiede in polarisierter Tabellenform dar:

	Patient	Kunde
Anthropologische Beziehungskonstellation	Not-Hilfe-Beziehung	Geschäftsbeziehung
Status	nicht frei bestimmbar	frei bestimmbar
Motivation	Krankheit: Not	Bedarf: Wunsch
Aktualisierung	nicht können/können	Nicht wollen/wollen
Freiheitsgrade	krank – abhängig	mündig – autonom
Zielwert	Entlastung	Anforderung
Ethik	Schonung/Privilegien des Patienten	Gleichheit/Fairness der Partner

aus: Kick, H. A. (2006)

Andererseits wird aber auch der ‚kundige Patient‘ favorisiert (Spitzcok von Brisinski 2001).

Zweifellos entwickelt sich das Arzt-Patienten-Verhältnis von der tradierten, treuhänderischen, autoritär-paternalistisch gekennzeichneten Rolle des allein Entscheidenden zur partnerschaftlichen Haltung des sachkundig Beratenden, der dem Patienten dabei hilft, zu einer eigenständigen, für sich selbst angemessenen Entscheidung zu gelangen (Helmchen et al. 2005). Bzgl. Psychopharmakotherapie bedeutet dies, dass Patienten nicht „eingestellt“ werden, sondern dass Psychopharmaka kompetenzorientiert als Werkzeug der Kunden zur Erleichterung aktiver selbstverantwortlicher Arbeit an den Lösungen ihrer Probleme eingesetzt werden, um Patient und Familie in ihrer Autonomie zu stärken und in ihrer Kompetenz, ihre Probleme selbst zu lösen. Aufgabe des Arztes ist es dabei, Risiken und potentielle Nützlichkeit des Werkzeugs aufzuzeigen, und er berät hinsichtlich des sachgerechten Gebrauchs. Der Kunde nutzt das Werkzeug. Angehörige und Arzt/Therapeut können ihn darin unterstützen, mit diesem Werkzeug kompetent umzugehen (Spitzcok von Brisinski 2003). Diese Modellvorstellung einer Partnerbeziehung zwischen Arzt und Patient trägt nicht nur dem heutigen gesellschaftlichen Leitbild des selbstbestimmten Individuums Rechnung, sie entspricht auch den Wandlungen des medizinischen Krankheitspanoramas.

Zur Realisierung einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient gehört aber auch das Wissen, dass es sich zumindest in Teilbereichen um ein asymmetrisches Verhältnis handelt. Kranksein geht oft mit Schwäche, Hilflosigkeit und Nichtkönnen einher. Für manchen Erkrankten ist es daher nicht möglich, dem Arzt von vorneherein auf gleicher Augenhöhe und als selbstbestimmter Klient gegenüberzutreten. Es darf daher nicht erwartet werden, dass der Patient stets in der Lage ist, einen ihm dargelegten medizinischen und/oder psychotherapeutischen Sachverhalt kognitiv und emotional angemessen zu bewerten und dass er auf dieser Grundlage eine diagnostische oder therapeutische Option ohne weiteres annehmen oder ablehnen kann.

Mittlerweile haben wirtschaftliche Rezession und medizinische Kostenexplosion dazu geführt, dass das Gesundheitswesen von einem „Ökonomisierungsvirus befallen wurde“ (Böker 2002). Dieser „Virus“ dringt in das ärztliche Denken und Handeln ein und verändert in grundlegender Weise die Beziehung zwischen Arzt und Patienten. Der Erkrankte versteht sich dabei z. T. als Konsument gesundheitlicher Dienstleistungen, die er vom Arzt erwartet und die er einfordert. Der Arzt wird hierdurch zu einem Gewerbetreibenden, der die Erwartungen bestimmter Konsumentengruppen erfüllt (Unschuld 2006). Er nimmt dabei eine ähnliche Rolle ein wie die Firma Coca-Cola, die ihre Aufgabe nicht darin sieht, sämtlichen Durstenden gerecht zu werden, sondern ihr Produkt lediglich denjenigen Menschen anbietet, die dieses Getränk mögen und es sich leisten können. Sobald der Arzt oder das Gesundheitswesen als Ganzes in das Schlepptau einer solchen einseitigen marktwirtschaftlichen Orientierung geraten, fühlen auch sie sich nur noch für bestimmte Kundenkategorien verantwortlich, und nicht länger dem gesundheitlichen Wohl der Gesamtbevölkerung verpflichtet.

Wenn der Kranke nur noch als Kunde und nicht mehr als Leidender wahrgenommen wird, besteht die Gefahr, dass das Mitgefühl für die schwächsten und bedürftigsten Patienten auf der Strecke bleibt.

Schwerpunktthema dieses Heftes ist Qualitätsmanagement im Bereich kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen. In Heft 3/2007 wird Qualitätsmanagement im Bereich kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken im Vordergrund stehen.

Julia Bellabarba (2007) schreibt in diesem Heft, dass vielen Ärzten und Psychotherapeuten der Begriff „Kunde“ für Patienten suspekt ist, da er mit

Käufer gleichgesetzt wird. Sie plädiert für einen unvoreingenommenen Umgang mit diesem Begriff, und definiert zunächst einmal als Kunden „wer einen Anspruch an unsere Leistung hat“. Dazu meint das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin: „Da der Patient als ‚Kranker‘ in seiner ‚Kundensouveränität‘ bei der Auswahl der Leistung und seines Arztes eingeschränkt ist, hat er einen besonderen Anspruch darauf, dass sich die Leistungserbringer um die Berücksichtigung seiner Wünsche bemühen. Wenn man den Patienten als Kunden ansieht, so hat er auf einmal Rechte, die man ihm bisher häufig verwehrt hat oder die als unnötig angesehen wurden.“

Was hat uns also das Qualitätsmanagement in Bezug auf den Kundenbegriff zu sagen?

Nach DIN EN ISO 9000:2000 geht der Begriff des Kunden („Organisation oder Person, die ein Produkt/eine Dienstleistung empfängt“) über die bis hierher referierte Bedeutung hinaus und umfasst drei Kundengruppen:

1. *eigentlicher Kunde*: Patienten/Klienten. Sie erhalten die Leistung, die den ursprünglichen Zweck der Einrichtung darstellt.
2. *Systempartner*: alle Personen und Organisationen, die zum erfolgreichen Bestehen der Einrichtung beitragen (kooperierende Einrichtungen, Angehörige, Kostenträger, usw.)
3. *interner Kunde*: Alle internen Leistungen in einer Einrichtung haben einen internen Adressaten, der die Arbeitsergebnisse weiterverwendet. Er hat im Qualitätsmanagement ebenfalls ‚Kundenstatus‘.

Diese Kunden definieren die Qualität einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis bzw. Klinik. Die konsequente Kundenorientierung ist daher eine der wichtigsten Grundlagen des Qualitätsmanagements (<http://www.qm-a.de/2definitionen/1qualitaetsdefinition/view>).

Patienten können als Kunde einer Arztpraxis bzw. Klinik gesehen werden. Der Patient nimmt die Dienstleistungen des Betriebes in Anspruch. Dabei ist es unbedingt erforderlich, sich ausführlich mit den Wünschen und Erwartungen der Patienten auseinander zu setzen (BMAGS 1997). Da der Patient oftmals als „Kranker“ in seiner Kundensouveränität bei der Auswahl der Leistung und seines Arztes eingeschränkt ist, hat er einen besonderen Anspruch darauf, dass sich die Leistungserbringer um die Berücksichtigung seiner Wünsche bemühen. Wenn man den Patienten als Kunden ansieht, so hat er Rechte, die man ihm bisher häufig verwehrt hat oder die als unnötig angesehen wurden.

Deber et al. (2005) befragten Menschen mit Brustkrebs, Prostataerkrankungen, Frakturen oder AIDS, und Nair (1998) befragte sowohl Patienten der Radiologie, Inneren Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Pädiatrie, als auch gesunde Angehörige, welche Bezeichnung sie bevorzugen. Beide Befragungen ergaben, dass der Begriff „Patient“ die meisten Sympathien erhielt und als viel passender empfunden. Die Begriffe „Konsument“, „Klient“, „Partner“ oder „Kunde“ wurden eher abgelehnt.

Ihr

Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

- Bellabarba, J.* (2007) Von der Philosophie über die Strategie zur Zertifizierung: Systematisches Qualitätsmanagement in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 17(2), 7 - 24
- Böker, W.* (2002) Psychiatrie und Betriebswirtschaft. *Schweizerische Ärztezeitung* 83, 956 – 959
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Österreich (BMAGS)* (Hrsg.) (1997) Leitfaden Patientenorientierung: Anregungen zur Praxis der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Wien: BMAGS Verlag
www.q-m-a.de/7sonstigeinfos/literaturverzeichnis/pdf/Patientenorientierung.pdf
- Deber, R. B., Kraetschmer, N., Urowitz, S., Sharpe, N.* (2005) Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called? *Health Expectations* 8 (4), 345–351
- de Shazer, S.* (1988) *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: W. W. Norton & Company. Deutsch: de Shazer, S. (1989) *Der Dreh*. Heidelberg: Carl Auer
- Hargens, J.* (1993) KundIn, KundigE, KundschafterIn: Gedanken zur Grundlegung eines "helfenden" Zugangs. *Z.Syst.Ther.* 11(1): 14-20
- Helmchen, H., Kanowski, S., Lauter, H.* (2005) *Ethik in der Altersmedizin*. Stuttgart: Kohlhammer
- Kick, H. A.* (2006) Die Rolle von Patienten und Kunden: Ethische Verantwortung des Therapeuten. *Deutsches Ärzteblatt* 103(18), A-1206
- Nair, B. R.* (1998) Patient, client or customer? *Med J Aust* 169(11-12): 593
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2001): Ist die Zukunft das Land, das der Station gehört? Oder ist die Station das Land, das niemandem gehört? *Ethnologische und politische Metaphern zur Kontextgestaltung stationärer systemischer Kinderpsychotherapie*. In: Rothhaus, W. (Hg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 278-298
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2003): Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für systemische Therapie* 21, 157-167
- Unschuld, P. U.* (2006): Der Patient als Leidender und Kunde. *Deutsches Ärzteblatt* 103(17): A-1136 - 1139

Von der Philosophie über die Strategie zur Zertifizierung: Systematisches Qualitätsmanagement in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Julia Bellabarba

*...there's a dark side to Hell. For one thing, it's totally disorganized.
Jack Handey*

Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung der Patienten ist für niedergelassene Ärzte und Psychologen zur Verpflichtung geworden. Über die gesetzlichen Vorgaben wurde hinlänglich informiert, relevant sind dabei die Vorgaben des SGB V und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.10.2005 (1).

Der folgende Bericht beschreibt den Prozess der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung, der in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Bodo Pisarsky in Berlin stattfindet. Ich möchte niedergelassenen Kollegen und anderen Interessierten im Gesundheitssektor unsere Erfahrungen mit Qualitätsmanagement in der Praxis vermitteln. Wichtig ist mir dabei, diesen (fortlaufenden) Prozess so praxisrelevant und realistisch wie möglich zu schildern.

Ausgangssituation: die Strukturqualität

Die Praxis wurde in der jetzigen Form als Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie mit sozialpsychiatrischem Schwerpunkt im Januar 2000 eröffnet. Die Leitung der Praxis setzte sich von Anfang an aus zwei Personen zusammen: Dr. Bodo Pisarsky, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, und Dipl. Psych. Julia Bellabarba. Das interdisziplinäre Team besteht aus acht Personen. Die Praxis verfügt über 250 qm Behandlungsräume in zentraler Lage in Berlin, das

Einzugsgebiet ist weit und dementsprechend suchen Familien unterschiedlichster sozialer Herkunft die Praxis auf (2).

Warum Qualitätsmanagement?

Wir sind frei, wenn unsere Handlungen aus unserer ganzen Persönlichkeit hervorgehen (Henri Bergson)

Systematisches umfassendes Qualitätsmanagement bezeichnet die durchgängige, fortwährende und alle Bereiche einer Organisation erfassende aufzeichnende, sichtende, organisierende und kontrollierende Tätigkeit, die dazu dient, Qualität als Systemziel einzuführen und dauerhaft zu garantieren.

Üblicherweise werden folgende Gründe genannt, um Motivation für die Einführung von Qualitätsmanagement zu wecken (3). Diese kurze Übersicht ist dem Curriculum des QEP[®] Einführungsseminars der KBV (QEP = Qualität und Entwicklung in Praxen[®]) entnommen:

- *Inhaltliche Gründe:* Innovationsdruck und wachsender wissenschaftlicher Kenntnisstand, sowie die veränderten Patientenerwartungen in Hinblick auf Service und Information
- *Organisatorische Gründe:* die Notwendigkeit, die interdisziplinäre und Sektoren übergreifende Kooperation zu verbessern aufgrund der Komplexität des Leistungsgeschehens und neuer Vertragsformen (Medizinische Versorgungszentren oder Modelle der Integrierte Versorgung).
- *Wirtschaftliche Gründe:* Wettbewerbsdruck, Verschärfte Haftungsregelungen und die Aussicht auf eine „leistungsgerechte“ Abrechnungspolitik seitens der Kostenträger
- *Formalrechtliche Gründe:* Änderung SGB V und damit Verpflichtung zu praxisinternem QM

Auch für uns waren diese Gründe relevant. Allerdings haben uns andere Aspekte mehr motiviert, die Praxis auf der Grundlage einer systematischen Auseinandersetzung über Qualität zu führen. Für mich verwirklicht sich in dem Wunsch nach ständiger Prozessoptimierung ein Anspruch an mich

und an das Team, den ich hier kurz erklären möchte. Qualitätsmanagement ist für mich Ausdruck einer Haltung, die man mit persönlicher Integrität, Hingabe und Zielorientierung beschreiben könnte. Was meine ich damit?

- Unsere Patienten und deren Familien fühlen sich oft überfordert und verunsichert, also bauen wir verlässliche, klare und nachvollziehbare Strukturen auf, die ihnen und uns helfen, Sicherheit zu gewinnen.
- Die Ressourcen sind knapp: also bemühen wir uns um einen optimalen Einsatz.
- Unsere Mitarbeiterinnen und wir arbeiten hart: wir möchten deshalb Stressfaktoren und Fehlerpotentiale minimieren.
- Wir nehmen uns selbst und die Familien, die zu uns kommen, ernst: Zeitverschwendung, Ärger und Chaos möchten wir niemandem zumuten.

Auf den Punkt gebracht: das Leben ist kompliziert genug, versuchen wir wenigstens unsere praxisinternen Prozesse so gut und so einfach wie möglich zu gestalten! Oder, im Vokabular von Kaizen ausgedrückt: wir berücksichtigen die drei „Mus“ und bemühen uns, Muda (Verschwendung), Muri (Überlastung) und Mura (Unregelmäßigkeit) zu vermeiden¹. Das setzt die Bereitschaft voraus, sich regelmäßig auf die Metaebene zu begeben, und sich zu fragen: was machen wir und *wie* machen wir das, was wir machen müssen so, dass sich Sinnhaftigkeit, Sicherheit und Spaß an der Arbeit einstellen? Mit dieser Haltung den Patienten, den Mitarbeitern und nicht zuletzt uns selbst gegenüber, sind wir in die Führung der Praxis und in den Aufbau des Teams eingestiegen. Zynisch, ausgebrannt oder einfach nur „normal genervt“ wollten wir nicht werden! Ich erwähne dies nicht zuletzt deshalb, weil eines der Lieblingsvorurteile im Gesundheitswesen beinhaltet, dass QM aus einer bürokratischen, mechanistischen und „herzlosen“ Einstellung hervorgeht. Ich bin davon überzeugt, dass genau das Gegenteil der Fall ist.

¹ Kaizen (jap. Veränderung zum Besseren) ist ein von Taiichi Ohno entwickeltes japanisches Management-Konzept

Was haben wir konkret gemacht?

The universe is made of stories, not of atoms (Muriel Rukeyser)

Ich möchte im Folgenden insgesamt sieben konkrete Schritte beschreiben, die uns im Bemühen, Qualität kontinuierlich zu verbessern, geholfen haben:

1. Definition unserer internen und externen Anspruchsgruppen
2. Entwicklung des Leitbilds
3. Ein erster Schritt in Richtung Benchmarking
4. Patientenbefragung und Zuweiserbefragung
5. Der Qualitätszirkel
6. Einführung eines QM-Systems
7. Systematische Dokumentation und Zertifizierung

Insgesamt beschreiben diese sieben Schritte unterschiedlich aufwendige Maßnahmen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, die in den Jahren 2003 bis 2006 mit dem Team durchgeführt wurden, teilweise parallel. Sie sind hier *nicht* in chronologischer Reihenfolge beschrieben. Strukturiert wurde dieser Prozess durch regelmäßige Teambesprechungen zum Thema Qualitätsmanagement. Diese Besprechungen wurden im Rahmen sog. Lerntage durchgeführt, die einmal pro Quartal für die praxisinterne Fortbildung für das gesamte Team vorgesehen sind.

1. Definition unserer internen und externen Anspruchsgruppen

Vielen Ärzten und Psychotherapeuten ist der Begriff „Kunde“ für Patienten suspekt, da er mit Käufer gleichgesetzt wird. Ich möchte für einen unvoreingenommenen Umgang mit diesem Begriff plädieren, und zunächst einmal als Kunden definieren „wer einen Anspruch an unsere Leistung hat“. Dazu noch eine Erläuterung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin: „Da der Patient als ‚Kranker‘ in seiner ‚Kundensouveränität‘ bei der Auswahl der Leistung und seines Arztes eingeschränkt ist, hat er einen besonderen Anspruch darauf, dass sich die Leistungserbringer um die Berücksichtigung seiner Wünsche bemühen. Wenn man den Patienten als Kunden ansieht, so hat er auf einmal Rechte, die man ihm bisher häufig verwehrt hat oder die als unnötig angesehen wurden.“

(Quelle: <http://www.q-m-a.de/2definitionen/1qualitaetsdefinition/view>)

Im Rahmen einer vierstündigen, moderierten Besprechung mit dem gesamten Team wurden folgende Fragen diskutiert:

- Wer sind unsere Kunden? (interne/externe Anspruchsgruppen)
- Wer hat welche Erwartungen an Sie/an uns?

Als *interne Kunden* wurden alle Mitarbeiterinnen und die Leitung der Praxis definiert, da jeder im Team für die Kollegen und Vorgesetzten Leistungen erbringt und Gegenleistungen erwartet. Ganz pragmatisch: das Sekretariat kann nicht planungssicher handeln, wenn der Arzt Terminzeiten überzieht. Der Arzt kann wiederum keine Auswertungstermine mit den Eltern vereinbaren, wenn die Testdiagnostik unvollständig ist. Auf einer großen Matrix wurde mittels Kartenabfrage eine Darstellung der Bedürfnisse der verschiedenen internen Kunden erstellt. Dabei war die Frage an jede einzelne Mitarbeiterin und an die Praxisleitung: Wer hat welche Erwartungen an sie?

Im zweiten Schritt wurden die *externen Kunden* der Praxis benannt (die Reihenfolge beinhaltet keine Priorität der Wertigkeit):

- Krankenkassen
- KV
- Kinder/Jugendliche/Eltern
- KJPD
- Krankenhäuser
- Niedergelassene Kollegen anderer Fachrichtungen
- Lehrer/ Schulpsychologen
- Psychotherapeuten/Ergotherapeuten/Logopäden/Physiotherapeuten

Es ging also darum, miteinander zu reflektieren, welche Qualitätsanforderungen verschiedene Interessensgruppen an unsere Arbeit haben. Zu diesem Zeitpunkt hatten wir noch nicht über die Möglichkeit einer Zuweiserbefragung nachgedacht, d.h. wir bewegten uns auf dem Terrain der Mutmaßungen „was wir dachten, was andere von uns dachten...“ Zur Zuweiserbefragung später mehr.

Aus der Diskussion im Team über interne und externe Anspruchsgruppen ergab sich eine differenzierte Analyse der potentiellen und reellen „Leis-

tungsempfänger“, deren Wünsche und Bedürfnisse jede Mitarbeiterin bei ihrer Arbeit berücksichtigen muss (auch wenn nicht immer alle Erwartungen berücksichtigt werden können). Es wurde Allen deutlich, dass die tägliche Arbeit vielmehr beinhaltet, als die kinderpsychiatrische Versorgung der Patienten und dass die originären Wertschöpfungsprozesse der Praxis durch komplexe Unterstützungs- und Managementprozesse ergänzt werden. Abschließend wurde im Team eine Diskussion über die Bedeutung dieser Erwartungen geführt und es wurde überlegt, mit welcher Wertigkeit diese Ansprüche für uns behaftet sind. Es ist m. E. wichtig für das Team und die Praxisleitung, zu entscheiden, welche Erwartungen mit oberster Priorität bedacht werden. Danach wurde ganz konkret geplant: Welche Bereiche in der internen und externen Kooperation wollen wir verbessern? Was soll wer bis wann machen?

Dieses erste Beispiel illustriert die Grundlagen erfolgreichen Qualitätsmanagements:

- Jeder Mitarbeiter steht in seinem Aufgabengebiet für Qualität
- Es gibt niemanden, der nicht mit Qualität zu tun hat
- Fragen werden konkret gestellt, konkret beantwortet und visualisiert
- Verbesserungsziele werden konkret formuliert
- Verantwortlichkeit wird benannt und überprüft
- Termine werden eingehalten
- Soll / Ist-Vergleiche werden routinemäßig durchgeführt
- Wenn ein Ziel erreicht ist, können Standards festgelegt werden
- Qualität wird kontinuierlich überprüft, siehe oben...

2. Entwicklung des Leitbilds

Edel sei der Mensch, hilfreich und gut! (J.W. Goethe)

„Das Leitbild beschreibt Daseinszweck, Wertesystem und strategische Ausrichtung des Unternehmens sowie die Art und Weise der Verwirklichung dieser Aspekte“ (Wölker, 2002). Ein Leitbild entsteht, indem die strategische Zielvorstellung einer Organisation formuliert wird. Wozu braucht eine Praxis ein Leitbild? Ein Leitbild zu *haben* weist per se noch keinen Nutzen auf. Es ist vielmehr der Auseinandersetzungsprozess im Team, der zu Verbindlichkeiten in Hinblick auf Ziele und Arbeitsweise der

Praxis führt (4). In dieser Auseinandersetzung sollten sowohl allgemeingültige „Gebote“ als auch gesundheitspolitische Vorgaben berücksichtigt werden. Leitbilder, die pro forma aufgeschrieben (oder abgeschrieben) werden, haben wenig Substanz und wenig Handlungsrelevanz für die Führung und die Mitarbeiter.

Das Leitbild kann für das Team einer Arztpraxis folgende Funktionen haben:

- *Mitarbeiterorientierung*: das gesamte Team trägt die Verantwortung für die Formulierung
- *Gemeinsame Ausrichtung*: der Prozess der Verständigung auf gemeinsame Ziele und Werte trägt zu Transparenz bei
- *Definition von Zielen*: die Überprüfbarkeit gemeinsam formulierter Ziele schafft Verbindlichkeit
- *Marketingaspekte*: den Patienten verdeutlicht das Leitbild die besonderen Qualitäten der Praxis
- *Haftung (Organisationsverschulden)*: die Praxis dokumentiert durch das Leitbild, Qualitätsziele systematisch zu verfolgen

Die Formulierung unseres Praxisleitbilds erfolgte in mehreren kurzen Etappen. Als Einstieg wurden die Themen des ersten Lerntags (Erwartungen der internen und externen Anspruchsgruppen) weiterentwickelt, und daraus neun „Kernkompetenzen“ des Teams formuliert:

- Zuverlässigkeit
- Freundlichkeit
- Kompetenz und Leitlinienorientierung
- Familienorientierung
- Effizienz
- Gründlichkeit
- Innovationsfähigkeit
- Transparenz
- Wertschätzung

Diese wurden dann ausformuliert, als Text mehrfach überarbeitet, und schließlich auf der Homepage der Praxis im Virtuellen verankert.

3. Ein erster Schritt in Richtung Benchmarking: das ASK-Besucherprojekt

Benchmarking bedeutet in diesem Zusammenhang: vergleichende Beobachtung mit dem Ziel, bestmögliche Lösungen für einen ausgewählten Prozess oder ein Problem zu finden (5a, b). Die Praxisleitung beschloss im Sommer 2005, sich an dem Projekt „Praxen und Kliniken im Dialog“ der Arbeitsgemeinschaft Systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie (ASK) teilzunehmen. An diesem Projekt nahmen Mitarbeiter aus 19 Institutionen teil (Eltern-Kind-Stationen, Tageskliniken, Institutsambulanzen, offene Stationen, Krisenstationen und unsere Praxis). Leiter des Projekts waren Dr. Christoph Hoeger (Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz Göttingen) und Dipl. Psych. Günther Geiken (Kinder- und Jugendpsychiatrie Papenburg). Als Instrument zur Erhebung relevanter Informationen wurde von den Projektteilnehmern ein Leitfaden entwickelt, auf dessen Grundlage die Befragung der Besuchspartner durchgeführt wurde. Das Projekt hatte zwei Fragestellungen zum Inhalt: Wie (gut) arbeiten wir? Was können wir voneinander lernen? Die „systemische Qualität“ der Einrichtungen wurde besonders thematisiert, d.h. der Leitfaden zur Bewertung der Einrichtung beinhaltete eine Vielzahl von Items zur Bewertung der Frage: wie gut werden systemisch-ressourcenorientierte Ideen verwirklicht? Damit ging das Projekt weit über die üblichen QM-relevanten Fragestellungen hinaus (Höger & Geiken, 2006).

Für unser Qualitätsmanagement war das Projekt aus folgenden Gründen interessant:

- Der Austausch mit den Kollegen ergab viele interessante Anregungen, die sich auch in unserer Praxis verwirklichen lassen, z.B. im Bereich Dokumentation in der Patientenakte
- Die Erfahrung, von „wohlwollenden, nicht unkritischen“ Kollegen auditiert zu werden, war für uns positiv, auch als Einstimmung auf das Zertifizierungsaudit
- Das Stärken/Schwächen-Profil enthielt wertvolle Informationen für unsere Arbeit
- Interessant und anregend war nicht zuletzt die Diskussion in der Gruppe mit allen teilnehmenden Institutionen: ähnliche Fragestellungen, unterschiedliche, sehr kreative Lösungen!

4. Patientenbefragung und Zuweiserbefragung

Manchmal kann das, was zählt, nicht gezählt werden, und das, was gezählt werden kann, zählt nicht. (Albert Einstein)

Patienten- und Elternbefragung

Der Gemeinsame Bundesausschuss fordert Patientenbefragungen („nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten“) explizit. Wir haben über das Thema Patientenbefragungen im Team ausführlich diskutiert, und zwei Fragebögen für die Eltern entwickelt. Und zwar *nachdem* wir über die grundsätzlichere Frage „Welche Daten sind für uns überhaupt qualitätsrelevant?“ nachgedacht hatten. Wir haben uns schließlich *gegen* eine allgemeine Befragung der Patienten und deren Eltern mittels Fragebogen entschieden, weil wir fanden, die Methode passt nicht in unser Behandlungskonzept, und würde nicht gewährleisten, dass wir die Ergebnisse erhalten, die für uns wichtig, d.h. veränderungsrelevant sind. Mit einer Ergänzung: die Eltern, die an den Elterngruppen teilnehmen, erhalten immer einen dreiseitigen, von uns entwickelten Fragebogen zur Erhebung ihrer Zufriedenheit. Dadurch erhalten wir sowohl Rückmeldung über unsere Leistungen, als auch eine Art „therapeutischen Effekt“ (Eltern bewerten Experten).

Um die oben erwähnte Entscheidung gegen einen flächendeckenden Einsatz von Fragebögen zu erläutern, möchte ich zwei Argumente kurz erwähnen:

Kundenintegration: Der Begriff „Kundenintegration“ bezeichnet die Tatsache, dass Nachfrager durch die zur Verfügungsstellung externer Faktoren (Person des Kunden, sachliche Objekte, von Kundenseite gegebene Informationen u. a. m.) in den anbieterseitigen Leistungserstellungsprozess eingreifen und diesen mitgestalten. Im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie/Sozialpsychiatrie wird die interaktive Qualität der Leistung, die erbracht wird, besonders deutlich. D.h. die Vorbedingungen, die die aufsuchende Familie aufweist und deren Mitwirkung im diagnostischen und therapeutischen Prozess spielt eine entscheidende Rolle für die Qualität des Ergebnisses. Ein einseitiger Fragebogen, den die Eltern ausfüllen, bildet diese Realität nur ungenügend ab. Eine solche Befragung suggeriert vielmehr am Ende des Prozesses, den die Familie und der Arzt *gemeinsam* gehen (und sei es „nur“ der diagnostische Prozess), das Ergebnis der Interaktion sei eben einseitig durch die Leistungen des Arztes und des Praxisteam zustande gekommen. Ich halte das für eine unsinnige Botschaft, und warum sollten wir uns in dieser Form von den Patienten verabschieden?

Befangenheit: Unser Anspruch an eine Patientenbefragung ist, dass sie uns relevante Erkenntnisse liefert, aufgrund derer wir unsere Arbeit für die Familien verbessern können. Ich glaube jedoch nicht, dass wir durch Fragebögen an die Familien, die bis zum Ende des Abklärungs- und Behandlungsprozesses bleiben, relevante kritische Informationen erhalten. Dies hat m. E. mit der Befangenheit der Eltern zu tun, und mit deren Abhängigkeit (die Familie braucht die Leistung des Arztes, oder glaubt zumindest, sie zu brauchen, die Nachfrage nach dieser Leistung ist weitaus größer als das Angebot).

Derzeitig führen wir eine kurze Erhebung der Elternzufriedenheit in dialogischer Form durch, im Rahmen einer telefonischen Befragung, die routinemäßig von einer Mitarbeiterin nach Abschluss des diagnostischen Prozesses durchgeführt wird. Diese Befragung beinhaltet auch eine Einschätzung der Mitwirkung der Eltern durch die Eltern selbst. Wir sind auch mit dieser Lösung nicht ganz zufrieden: auch die in dieser Form erhobenen Ergebnisse sind nicht besonders aussagekräftig, teilweise aus denselben Gründen, die oben benannt wurden. Die Frage „Wie erheben wir Rückmeldung von den Eltern, von den Kindern und Jugendlichen, die uns hilft, unsere Prozesse zu optimieren?“ beschäftigt uns weiter...

Eine sehr interessante Variante der Elternbefragung habe ich im Rahmen des kjp-Qualitätsprojekts der Universität Marburg (6) kennen gelernt. In diesem von Mattejat und Remschmidt geleiteten Projekt war eine anonymisierte und von unabhängigen Dritten durchgeführte dreifache Befragung der Eltern möglich, da hier die Eltern der neun KJP-Pilotpraxen von der Universität telefonisch befragt wurden.

Zuweiserbefragung

Den niedergelassenen Kollegen, die wir als unsere Hauptzuweiser kennen, haben wir Fragebögen mit sechs Items geschickt (eine verkürzte Version des Zuweiserfragebogens aus dem QEP[®] Manual). Zum Rücklauf nur soviel: spärlich, aber schön. Gefragt wurde nach der Zufriedenheit über:

- Umfang unseres Leistungsangebotes,
- Medizinischen Qualität unserer Leistung
- Telefonischen Erreichbarkeit unserer Praxis
- Positive Rückmeldung über unsere Praxis durch die Patienten
- Schnellen Rückinformation über die Leistung
- Zusammenarbeit mit unserer Praxis insgesamt

5. Der Qualitätszirkel

*Sicher is', daß nix sicher is', drum bin i' vorsichtshalber misstrauisch.
Karl Valentin*

Qualitätszirkel sind eine anerkannte und verbreitete Methode, im kollegialen Austausch die Qualität der eigenen Leistungen zu reflektieren (7). Die Zusammenarbeit zwischen der Praxis und der nahe gelegenen Klinik erschien uns verbesserungswürdig. Es wurde deshalb der Versuch gemacht, einen Sektoren übergreifenden Qualitätszirkel zu initiieren. Der Qualitätszirkel hatte das Ziel, Fragestellungen zum Thema „Psychopharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ zu diskutieren. Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und deren Kollegen aus der Klinik wurden eingeladen, und über acht Sitzungen entwickelte sich eine fruchtbare, anregende Diskussion. Der Sektoren übergreifende Austausch fand allerdings in unzureichendem Maße statt, vor allem wegen mangelnder Teilnahme des „anderen Sektors“.

6. Einführung eines QM-Systems

Das kontinuierliche Bestreben, Prozesse in einer Organisation zu verbessern, bedarf keiner formalisierten Systematisierung. Jede Organisation kann sich durch Selbstbewertung verbessern. Es gibt allerdings Systeme, oder Modelle, die dieses Bestreben strukturieren, und damit also erleichtern. Diese Systeme sind so aufgebaut, dass alle wesentlichen Ebenen der Qualität bearbeitet werden, und zwar unabhängig von der inhaltlichen Ausrichtung der Organisation. Ein Prozess ist ein Prozess ist ein Prozess. Für jeden Prozess kann ein Anfang und ein Ende definiert werden und jeder Prozess lässt sich auf unterschiedlichen Ebenen in Hinblick auf die Erfüllung des Sollzustands bewerten:

- *Struktur*: stimmt die Ausstattung? Wie gut ist das Material? Ist der Ausführende qualifiziert?
- *Prozess*: stimmt die Verhältnismäßigkeit im Einsatz der Ressourcen, mit denen ein Ziel erreicht wird?
- *Ergebnis*: wie bewerten wir oder andere das Ergebnis? Wie hoch ist die Zufriedenheit der Leistungsempfänger?

Wir wollten dem Qualitätsmanagement in unserer Praxis einen Rahmen geben, daher wurden verschiedene QM-Systeme geprüft und überlegt, welches System für unsere Bedürfnisse geeignet wäre. Es gibt eine Reihe möglicher QM-Systeme für den ambulanten Gesundheitsbereich: DIN ISO 9001, EFQM, KTQ[®] und QEP[®], qu.no und andere (8).

Ich hatte mich im Sommer 2005 bei der Auswahl eines geeigneten QM-Systems für unsere Praxis für QEP[®] entschieden. Das System, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelt, war das neueste und auch kostengünstigste Produkt auf dem Markt, und war bereits in zwei kinder- und jugendpsychiatrischen Pilotpraxen getestet worden. Mir gefiel der anspruchsvolle, umfassende Ansatz dieses Systems, die Bezogenheit auf die Zielgruppe (QEP = Qualität und Entwicklung in Praxen[®]) und ich hatte damals die Idee, QEP[®] könnte so etwas wie ein „Standardmodell“ für QM in der ambulanten Versorgung werden. Es zeichnete sich darüber hinaus ab, dass QEP[®] die Voraussetzungen für die Erfüllung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufweisen würde (9).

Als Einstieg für den zweiten Lerntag wurde diskutiert, mit welcher Zielsetzung die Einführung eines QM-Systems in der Praxis verbunden ist. Es wurde deutlich, dass jede Einzelne im Team das Interesse hat, die Arbeit so zu machen, dass Stolz und Freude dabei maximiert, und dass Fehler, Ärger und Stress minimiert werden. Die Systematisierung von Qualitätsmanagement dient dazu, genau *diese* Interessen zu verwirklichen, und zwar für Alle.

Den Mitarbeiterinnen wurde erklärt, welche konkreten Aufgaben auf sie zukommen würden, welchen Zeitrahmen die Praxisleitung für die Einführung des Systems und für die Erstellung eines Handbuchs vorgesehen hatte (acht bis zwölf Monate). Die Praxisleitung und die Mitarbeiterinnen waren von Anfang an der Meinung, dass dieser Prozess mit dem Ziel der Zertifizierung der Praxis durchgeführt wird, obwohl zum damaligen Zeitpunkt niemand ganz genau wusste, was eine solche „Prüfung“ genau beinhalten würde. Zum gesamten Prozess der Verwirklichung des QEP[®]-Zielkatalogs komme ich im Folgenden.

7. Systematische Dokumentation und Zertifizierung

Genauigkeit ist noch lange nicht die Wahrheit (Henry Matisse)

Wie bereits oben erwähnt, wurde mit der Entscheidung für QEP[®] die Entscheidung für eine bestimmte Systematik getroffen. QEP[®] beruht auf 63 Kernzielen, deren Erfüllung durch insgesamt 228 Indikatoren nachgewiesen wird. Die Dokumentation sämtlicher Nachweise, konform mit der Systematik des QEP[®]-Zielkatalogs, erfolgte in der Zeit von November 2005 bis Mai 2006 mit dem expliziten Ziel, die Praxis zertifizieren zu lassen. Das heißt, in dieser Zeit wurde das QM-Handbuch für die Praxis erstellt.

Zum QM-Handbuch ein kurzer Exkurs: Die Erstellung eines Handbuchs (unabhängig von der Systematik, die genutzt wird) ist sinnvoll, um:

- die wichtigsten Prozesse innerhalb der Praxis zu dokumentieren
- Nachvollziehbarkeit und Orientierung für neue Mitarbeiterinnen zu erhalten
- Transparenz in Hinblick auf Verantwortlichkeit zu schaffen
- Standards offen zu legen

Handbücher sollen also die Dokumentation gelebten Qualitätsmanagements enthalten und Verbindlichkeit im Team schaffen. Die Eingangs erwähnte Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses fordert eine schriftliche Dokumentation, also das führen und aktualisieren eines QM-Handbuchs, *explizit*. Eine Praxis muss also, um den formalrechtlichen Vorgaben gerecht zu werden, ein QM-Handbuch anlegen, egal nach welcher Systematik. Darüber hinaus gibt das Handbuch möglichen Vertragspartnern oder externen Visitoren im Rahmen einer Zertifizierung die Möglichkeit, sich über die Qualität der Leistungen einer Praxis zu informieren. In diesem Zusammenhang möchte ich noch mal darauf hinweisen, dass eine Zertifizierung der niedergelassenen Vertragsärzte freiwillig erfolgt (10). Die QM-Kommissionen der KV prüfen jährlich 2,5 % der Praxen stichprobenartig auf Konformität mit der Richtlinie („Aufforderung zum schriftlichen Nachweis“). Diese Prüfung wird in Form einer Selbsteinschätzung erfolgen, QM-Handbücher werden in diesem Zusammenhang vorerst nicht abverlangt. (Ende des kurzen Exkurses.)

Nachdem feststand, welche Gesellschaften mit der Zertifizierung von Praxen durch die KBV akkreditiert worden sind, haben wir uns bei einer Gesellschaft gemeldet, unser Handbuch eingereicht und dann mit Spannung das Zertifizierungsaudit abgewartet, das im November 2006 stattfand und erfolgreich war. Seit dem 22.11.2006 ist die Praxis also nach QEP[®] zertifiziert. Noch präziser ausgedrückt: im Rahmen des Audits wurde unser Qualitätsmanagement geprüft und für gut befunden, nicht die Qualität der von der Praxis erbrachten ärztlichen Leistung.

Die Erfahrung, von externen Visitoren besucht zu werden, und in Hinblick auf die Erfüllung der QEP[®]-relevanten Indikatoren auch geprüft zu werden, war für die Praxis insgesamt sehr positiv. Die Visitoren waren sehr genau über die Prozesse der Praxis informiert, oder besser: die Visitoren waren durch das Handbuch sehr genau über die *Darstellung* unserer Arbeitsweisen informiert. Im Rahmen des Audits wurde die tatsächliche Ausrichtung der Praxis in Richtung eines systematischen umfassenden Qualitätsmanagements angemessen abgefragt und besprochen. Für uns eine wertvolle Bestätigung, dass selbst das Zertifizierungsaudit, in der Tat eine höchst formalisierte und artifizielle Situation, dem „Geist“ gelebten Qualitätsmanagements entsprechen kann...

Qualitätsmanagement: sechs Wege, die nicht dahin führen

- **Zack,zack!** Nimmt man ein befruchtetes Ei und wärmt es 30 Tage bei konstanter Temperatur, wird aus dem Ei ein lebendes Küken schlüpfen. Wenn man versucht, den Prozess zu verkürzen und das Ei erhitzt und dann zehn Minuten lang kocht, erhält man ein hart gekochtes Ei - kein Küken. QM ist keine schnelle Nummer, und es gibt keine billigen „Tricks und Tipps“, die in Kürze umfassende, systematische, kontinuierliche Verbesserungsprozesse etablieren.
- *Führung*: die Praxisleitung kann Qualitätsmanagement nicht delegieren. Zwar sind die Werkzeuge, die QM braucht, delegierbar, das Beziehungsangebot an die Mitarbeiterinnen und die Patienten, das dem QM zugrunde liegt, kann nur von der Praxisleitung gestaltet werden.
- *Partizipation*: wenn sich die Praxisleitung mit der Überzeugung wohl fühlt, das Mitarbeiterinnen nur Probleme schaffen, aber auf keinen Fall Lösungen verantworten können, ist von QM dringend abzuraten.

- *Bürokratie*: Protokolle, Checklisten, Fragebögen, Arbeitsanweisungen und Handbücher können sinnvoll sein, sind mitunter unverzichtbar, ersetzen aber nicht Managementprozesse, d.h. Strategien und Entscheidungen.
- *Genie und Wahnsinn*: narzisstische Befriedigung kann auch erringen, wer täglich im Kampf gegen das selbst geschaffene Chaos siegt. Ordnung würde da nur stören.
- *Konflikte*: wenn die Harmonie im Team höher bewertet wird als die Verbesserung der Teamleistungen und wenn Konflikte gescheut werden, auch wenn sie notwendig wären, dann wird aus QM ein kurzer Weg, der vor der Auseinandersetzung endet.

Weiter so!

Für unsere Praxis ist der Weg kontinuierlicher Prozessoptimierung nicht mit der Zertifizierung abgeschlossen. Unser QEP Zertifikat hat die Bedeutung eines Meilensteins, der – das sei hier nicht verschwiegen - mit erheblichem Aufwand erreicht wurde. Dass wir das tägliche systematische Streben, Qualität zu halten und zu verbessern, als rekursiven fortwährenden Prozess begreifen, habe ich am Anfang des Artikels dargestellt. Es gibt Bereiche in der Patientenversorgung, Praxisführung und Sektoren übergreifenden Kooperation, die für uns langfristige Qualitätsziele darstellen. Benchmarking, Patientenbefragung, Patienteninformation, Therapieevaluation und Personalentwicklung gehören dazu. Geplant ist daher die Gründung eines Netzwerks von KJP-Praxen, mit dem Ziel, die genannten und darüber hinaus gehende Prozesse gemeinsam zu verbessern. Über Rückmeldung von Interessenten für ein solches Netzwerk freut sich die Autorin.

Adresse der Autorin:

Julia Bellabarba, Diplom-Psychologin
Tempelhofer Damm 138
12099 Berlin
Tel. 030 72 00 6780
info@kinderpsychiatrie-praxis.de

Links zum Text

- (1) Weitere Informationen zu den **gesetzlichen Vorgaben** unter:
www.g-ba.de/cms/upload/pdf/richtlinien/RL_QM-Vertragsarzt-2005-10-18.pdf
- (2) Weitere Informationen zu unserer **Praxis** unter:
www.kinderpsychiatrie-praxis.de
- (3) Weitere **allgemeine Informationen zu QM in der ärztlichen Praxis** unter:
www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement.html
www.q-m-a.de
www.bundesaerztekammer.de/30/Qualitaetssicherung/78Glossar.html
- (4) Weitere Informationen zum Thema **Leitbild in der Arztpraxis** unter:
www.q-m-a.de/4eckpunkte/2leitbild/view
- (5a) Weitere Informationen zum Thema **Benchmarking in der Medizin** unter:
<http://www.benchmarking-qm.de>
- (5b) Weitere Informationen zum Thema **Benchmarking in der vertragsärztlichen Versorgung** unter:
www.q-m-a.de/5instrumente/6extern/3verbesserung/1einleitung/0index/2projekte/view
- (6) Weitere Informationen zum **KJP-Qualität Projekt der der Universität Marburg** unter:
www.kjp.uni-marburg.de/qs
- (7) Weitere Informationen zu **Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung** unter:
www.q-m-a.de/5instrumente/1qualitaetszirkel/0index/view
- (8) Weitere Informationen zu den **verschiedenen QM-Systemen** unter:
www.q-m-a.de/6qmsysteme/3ktq/view
- (9) Weitere Informationen zu **QEP®** unter:
www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement.html
- (10) Weitere Informationen zur **Zertifizierung** unter:
www.kbv.de/themen/9042.html

Literatur

Amon, U. (Hg.) (2004) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. 2. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hg) (2004) Kompendium Q-M-A: Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. 2. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Barchewitz, C. (2005) Sichtbar machen und bedenken, was wir tun. Qualitätsentwicklung in einer SPV-Praxis. Vortrag BKJPP Tagung, Würzburg

Bell, K., Janssen, P., Meermann, R., Senf, W. Wirsching, M., Scheidt, C. (1996) Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Medizin. In: *Psychotherapeut* 41. 250 ff.

Bellabarba, J. (1993) Magnet Spitäler: Krankenhäuser mit Magnetwirkung, Krankenhaus Umschau, 11, 986-990

Bellabarba, J., Schnappauf, D. (Hg) (1996) Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Bilke, O., Mollering, M. (1997) Der multidisziplinäre Qualitätszirkel- ein Qualitätssicherungsmodell für Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46(4), 257 ff.

Bitzer E.M., Dierks M.L., Dörning H., Schwartz F.W. (1999) Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive – Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstrumentes. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*. 7(3):196 ff.

Bitzer, E.M., Dierks, M.L. (1999) Wie kann man Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten im Qualitätsmanagement berücksichtigen? Erhebungsverfahren und Erfahrungen aus der ambulanten Versorgung. Das Bundesministerium für Gesundheit (Hg.). Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. 125 ff. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Böttger-Linck, K., Yaguboglu, R., Kasten, C. (2004) Der Patient als Kunde. In: Amon (Hg) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Hersbruck: Springer-Verlag.

Dierks, M.L., Bitzer, E.M., Schwartz, F.W. (2000) Patientenbefragungen in der Arztpraxis - Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten. *Ärztliche Fortbildung Qualitätssicherung*; 94(8): 389 ff.

Dierks, M.L., Bitzer, E.M. (1998) Die Patientenperspektive im Qualitätsmanagement - Focus-group-discussions als qualitatives Erhebungsinstrument. Ruprecht Th (Hg.). Expertenfragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. 69 ff.

Frank, M. (2002) Praktisches Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Arbeitshilfen und Checklisten. Schattauer Verlag

Graf, V., Riemann, J.-F. (1997) Von der Qualitätssicherung zum Qualitätsmanagement. Zur Verknüpfung klassischer Ansätze der Qualitätssicherung mit dem TQM-Konzept. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2. 126 ff.

Geisler, E. (1998) Zertifizierung für Psychotherapiepraxen als Zukunftschance? In: Lai-reiter, A.-R., Vogel, H. (Hg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT-Verlag. 715 ff.

Höger C., Geiken, G. (2006) Praxen und Kliniken im Dialog – das Besuchsprojekt der Arbeitsgemeinschaft systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie (ASK), *Kontext* 37(3), 261-274.

Kamiske, G.F., Ehrhart, K.J., Jacobi, H.-J., Pfeifer, T., Ritter, A., Zink, K.-J. (Hg) (1997) Bausteine des innovativen Qualitätsmanagement. München, Wien: Carl Hanser Verlag

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Stufe IV (2002) Praktische Umsetzung und Einführung von medizinischem Qualitätsmanagement in eigener Praxis. 1. Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems, München

Knon, D., Ibel, H. (2005) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Hanser Wirtschaft

Kostka, C., Kostka, S. (2002) Der Kontinuierliche Verbesserungsprozess. München: Carl Hanser Verlag

Piechotta, B. Psychoanalyse im Elch-Test – analytische Behandlungsqualität und Behandlungsziele unter veränderten Rahmenbedingungen für ambulante Psychotherapie. Schlösser A.M. und Höfeld K. (Hg) Psychoanalyse als Beruf. Gießen: Psychosozial-Verlag. 367 ff.

Poimann & Schuster (2003) Fünf kostenfreie Schritte zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement. Würzburg: Huttenscher Verlag fünfnulsieben

Siebolds, M., Kirchner, H., Diel, F. (2004) Handbuch Qualitätszirkel, Köln: Deutscher Ärzteverlag

Simon, F. B. (1992) Radikale Marktwirtschaft. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag

Schweitzer, J., Nicolai, E., Hirschenberger, N. (2005) Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

Wölker, T. (2002) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis: So managen Sie Qualität. 3. Aufl. Neu-Isenburg: Ärzte-Zeitung-Verlags-Gesellschaft

Bericht aus der Praxis:
**Ein Jahr Qualitätsmanagement-Projekt im
BKJPP**

Gabriele Schuster

Am 19. Mai 2007 feierte das QM-Programm des BKJPP seinen ersten Geburtstag. Das erste kinder- und jugendpsychiatrie-spezifische QEP®-Seminar fand vom 19. bis 20. Mai 2006 in Hannover statt. In diesem Jahr wurde aus einem kleinen Seminar ein größeres Projekt: In der Zwischenzeit haben 302 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 151 Praxen an insgesamt 15 Seminaren bundesweit teilgenommen. Circa 80% der Teilnehmer/innen kamen aus größeren Praxen, die Einzelpraxen waren mit 20% in den Reihen der Teilnehmer vertreten. Bei der Verteilung der Seminare in der Republik zeigte sich ein signifikantes West-Ost-Gefälle: Fast alle QEP®-Seminare fanden in den so genannten „alten“ Bundesländern statt. Jedes Seminar wurde mit Hilfe eines Zufriedenheits-Fragebogens evaluiert. Nach den QM-Seminaren waren alle Teilnehmer sicher, mit dem Aufbau des QM-Systems beginnen zu können. Alle Praxen nahmen einen individuellen Projektplan aus dem Seminar mit nach Hause.

Erfahrungen mit der Umsetzung

Um arbeitsfähig und wirtschaftlich zu sein, umfassten die Seminare 12 bis 25 Teilnehmer. Als wichtiger Erfolgsfaktor hat sich herausgestellt, dass jede Praxis durch mindestens einen Praxisinhaber und eine(n) Mitarbeiter/in im Seminar vertreten ist.

QEP® hat sich für kinder- und jugendpsychiatrische Praxen als gut geeignet erwiesen. Der QEP®-Katalog stellte eine pragmatische Unterstützung beim Aufbau eines QM-Systems dar. Fast alle der befragten Teilnehmer kamen sowohl mit der Sprache als auch mit den Anforderungen gut zurecht. Annähernd jedes der befragten QM-Teams konnte über erfolgreiche

Verbesserungsprojekte in der eigenen Praxis berichten, die sich in Folge der Bearbeitung des QEP®-Katalogs ergaben. Viele berichteten über Änderungen in der Terminplanung, die Einführung von Teamsitzungen, eine andere Herangehensweise an ausfallende Termine etc. Viele der teilnehmenden Praxen hatten deutliches Verbesserungspotential in den Bereichen Datenschutz, Brandschutz und Notfallschulung. Im Zuge dessen wurde ja auch im Rahmen der letzten BKJPP-Tagung in Leipzig eine Notfallschulung angeboten.

Etwas hölzern wurde QEP im Rahmen der Fragen zur Hygiene erlebt. Hier sahen die Teilnehmer/-innen den geringsten Verbesserungs-Schub. Dies liegt natürlich auch an den geringen Anforderungen an die Hygiene im Vergleich z.B. zu einer chirurgischen Praxis.

Als Herausforderung erwies sich auch das Thema „Leitbild“. Viele Praxen berichteten, dass es gar nicht so einfach sei, ein Leitbild zu formulieren, ohne in Plattitüden abzurutschen und letztendlich unnötig Zeit in ein wenig hilfreiches Thema zu investieren. Alle Praxen, die das Schreiben des Leitbildes als Möglichkeit zur Selbstreflexion und -definition nutzten („Was wollen wir eigentlich?“, „Wie möchten wir sein?“) erstellten exzellente, lebendige Leitbilder und erlebten auch diese Aufgabe als echte Bereicherung.

Was muss schriftlich dokumentiert werden? Eine Liste der notwendigen Dokumente bei QEP® hilft weiter

Im Rahmen der Gestaltung der Dokumente ergaben sich in der Zeit nach dem Seminar eine ganze Reihe von Fragen. Hierzu gehört z.B. die immer wieder gestellte Frage „Was muss ich eigentlich alles aufschreiben?“ Im QEP®-Katalog ist genau definiert, zu welchen Aspekten ein Dokument gefordert wird (z.B. eine Beschreibung des Leistungsspektrums der Praxis in Ziel 1.1.1.1), teils weist die Formulierung „Es liegt eine schriftliche Regelung zum Thema ... vor“ auch daraufhin. Die KBV hat eine Liste der erforderlichen Dokumente erstellt. Diese „Anlage 2: Checkliste notwendiger Dokumente im QM-Praxis-Handbuch, Verweistabelle“ kann von der Homepage der KBV unter www.kbv.de//themen/9042.html heruntergeladen werden.

Das QEP®-Manual

wird von den meisten Teilnehmer/innen als hilfreich erlebt. Eine ganze Reihe berichtete jedoch auch, dass sie von der Fülle der Dokumente zunächst einmal „erschlagen“ seien.

Viele fragen nach, ob die „Projektpläne“, die sich im Manual finden, verpflichtend auszufüllen und bei der Visitation vorzuzeigen seien. Die Antwort ist hier ein klares „Nein“. Diese „Aufgabenlisten“ oder „Projektpläne“ sollen lediglich als Arbeitshilfe für das QM-Team sein.

Im Umgang mit dem Manual zeigten sich zwei sehr unterschiedliche Herangehensweisen an das Thema:

- Ein Teil der QM-Teams „nahm“ sich im QEP®-Katalog Ziel für Ziel „vor“ und erstellte für jedes QEP®-Ziel, orientiert am Manual, ein eigenes Dokument. Diese Herangehensweise hat den Vorteil, dass nichts vergessen wird und das QM-System sehr nachhaltig dargestellt werden kann. Insgesamt wird jedoch mehr dokumentiert als z.B. für eine Visitation nach QEP® verlangt wird.
- Andere QM-Teams orientierten sich sehr genau an den Fragen des QEP®-Katalogs und erstellten wirklich nur für die Fragen, in denen eine schriftliche Dokumentation gefordert wird, die entsprechenden Unterlagen. Die anderen Fragen des Katalogs wurden bearbeitet, entstehende Verbesserungsideen umgesetzt und damit war das Ziel für diese Praxen zufrieden stellend bearbeitet.

Beide Herangehensweisen sind im Sinne des jeweiligen, individuellen Ziels hilfreich. Ein „richtig“ und „falsch“ gibt es hier nicht.

Das Buch „Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“

von Lisa Schlüter, Norbert Roeder und Christa Schaff, das inzwischen einen großen Verbreitungsgrad gefunden hat, wurde von allen befragten Teilnehmern als sehr umfassend und hilfreich empfunden. Viele QM-Teams berichten, dass sie sich aus der Fülle von Materialien für ihre Praxis

interessante Aspekte „herausgepickt“ und umgesetzt haben. Vor Allem beim Erstellen der internen Ablaufdokumentationen für QEP® wird dieses Buch als sehr hilfreich erlebt.

Folgetreffen als Motivationsschub „Unterwegs“

Drei der durchgeführten Seminargruppen haben sich für ein bis mehrere Folgetreffen nach dem Seminar entschieden. Bei diesen Treffen, die zwischen 4 bis 6 Stunden dauerten, wurden intensiv Erfahrungen ausgetauscht und Ideen besprochen, Anlaufschwierigkeiten ebenso wie geglückte Ansätze. Wo notwendig wurden Lösungen gesucht und auch gefunden. In einem Teil der Folgetreffen wurden ausgewählte QEP®-Ziele in der Gruppe erarbeitet und somit die individuelle Umsetzung vertieft vorbereitet. Die Treffen stützten die Nachhaltigkeit in der QM-Umsetzung und die Motivation der QM-Teams in den Praxen erheblich.

Blick in die Zukunft

Erstellung eines KJP-spezifischen „Material-Pools“: In allen Seminaren wurde der Austausch von QM-Dokumenten angedacht und besprochen. Die Firma Athene hatte angeboten, die individualisierten Unterlagen im Rahmen des BKJPP-Mail-Verteilers an die anderen Seminarteilnehmer weiterzuleiten. Bislang ist jedoch noch kein Dokument zu diesem Zweck eingegangen. Interessenten können sich per E-Mail an die Autorin wenden.

Weitere Seminare sind im zweiten Halbjahr 2007 sowie 2008 geplant.

Adresse der Autorin:

Gabriele Schuster
Athene Akademie GmbH
Huttenstrasse 10, 97072 Würzburg
Telefon: 0931-88029396, Fax: 0931-88029398
email: athene@athene-qm.de
www.athene-qm.de

Literatur

DRG Research Group Münster u. BKJPP (Hg.) (2006) Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster: Schöling

Kommentar:
Sprachförderprogramm in NRW

Waldemar von Suchodoletz

Endlich, möchte man sagen, folgen Worten auch Taten. Seit langem ist nicht nur unter Fachleuten unbestritten, dass Schulerfolg sprachliche Kompetenz voraussetzt und dass eine Sprachförderung spätestens im Kindergartenalter beginnen sollte. Initiativen, die den Ausgleich von Sprachdefiziten vor Schuleintritt anstreben, sind dringend erforderlich und zu begrüßen.

Dem Grundgedanken des NRW-Programms – Prävention von Schulschwierigkeiten und deren Folgen durch eine frühzeitige Sprachförderung – ist uneingeschränkt zuzustimmen. Das Programm ist als gestuftes Screening mit sich anschließender Förderung, die verpflichtend ist, vom Ansatz her überzeugend aufgebaut. Besonders positiv zu bewerten ist die vollständige Einbeziehung aller 4-jährigen Kinder, denn nur so profitieren davon auch Kinder aus Migranten- und Unterschichtfamilien, die am häufigsten einer sprachlichen Förderung bedürfen.

Für die Effektivität ist entscheidend, dass beim Screening sprachauffällige Kinder ausreichend sicher erfasst werden und dass die Förderung tatsächlich geeignet ist, Sprachdefizite zu beheben. Ob das NRW-Programm diese Anforderungen erfüllt, ist für Außenstehende bislang kaum zu beurteilen. Angaben über die einzelnen Bausteine sind vage und werden auch auf Nachfrage nicht weiter präzisiert. Eine Bewertung des NRW-Programms auf der Grundlage bisher bekannter Informationen ist deshalb unsicher und eher spekulativ.

Zum Sprachscreening der ersten Stufe mit „Delfin 4“ liegen die meisten Angaben vor. „Delfin 4“ ist theoretisch gut begründet und setzt sich überwiegend aus Testbausteinen zusammen, die sich bereits in anderen Sprachtests als aussagefähig erwiesen haben (Sätze und Kunstwörter nachsprechen, Handlungsanweisungen ausführen). Nur der Baustein „Bilderzählung“ erscheint fragwürdig, da kaum objektiv auswertbar. Der Test ist, wie

aus dem im Netz verfügbaren Video hervorgeht, kindgerecht gestaltet und zeitökonomisch durchführbar.

Die Testautorinnen betonen die Notwendigkeit der Erfüllung von Testgütekriterien und insbesondere von Normwerten, teilen aber keine entsprechenden Daten mit, obwohl in einer Pilotphase 700 Kindern untersucht worden waren. Ob angeleitete Grundschullehrerinnen, die das Screening durchführen werden, tatsächlich zu einer reliablen Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder kommen, ist unklar. Nach bislang bekannten Daten sind Zweifel angebracht, denn laut Pressemitteilung wurden bei der Überprüfung im März diesen Jahres landesweit 43% der untersuchten Kinder als sprachauffällig eingestuft, ein Prozentsatz der deutlich über dem zu erwartenden Wert liegt.

Eine Stellungnahme zur zweiten Stufe der Sprachuntersuchung und zum Förderprogramm ist nicht möglich, da detailliertere Angaben fehlen.

Insgesamt lässt sich wohl sagen, dass die NRW-Initiative gut gemeint und überfällig ist. Ob sie in dieser Form den betroffenen Kindern auch hilft, ist offen. Nicht jedes Präventionsprogramm, das sinnvoll und plausibel erscheint, ist auch effektiv. Erinnert sei an das Drogenpräventionsprogramm „Drug Abuse Resistance Education – DARE“, das in den USA zeitweise drei Viertel aller Schulkinder erfasste und Milliarden verschlang und das sich doch bei einer Überprüfung als unwirksam erwies.

Grundvoraussetzungen für eine gezielte Förderung von Risikokindern scheinen im NRW-Programm nicht erfüllt. Weder ist gesichert, dass sprachauffällige Kinder mit ausreichender Sicherheit erkannt werden, noch dass die vorgesehene Förderung zu einer Verbesserung der sprachlichen Kompetenz führt. Die Strategie, eine Überprüfung der Effektivität von Diagnostik und Förderung erst nach Einführung in die Praxis vorzunehmen, ist riskant. Breit angelegte Präventionsprogramme bedürfen der Akzeptanz der Betroffenen. Akzeptanz wird aber kaum erreicht, wenn die Einführung unzureichend vorbereitet wird, Erfolge trotz großem Aufwand nicht sicher erwartet werden können und negative Begleiteffekte auftreten. Negativ wird sich auswirken, dass die Diagnostik ohne personelle Aufstockung durch Lehrerinnen aus Grundschulen, insbesondere aus Integrations- und Förderklassen, durchgeführt wird und damit Förderstunden zum Nachteil anderer Kinder ausfallen.

Eine zusammenfassende Bilanz der NRW-Initiative fällt bislang zwiespältig aus. Die Initiative ist einerseits dringend erforderlich, aber andererseits mit den Betroffenen zu wenig abgestimmt, mit viel Reibeverlusten eingeführt und von fraglicher Effizienz. Ein Scheitern ist nicht auszuschließen, wäre aber für die betroffenen Kinder fatal.

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Abteilung für Entwicklungsfragen
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität
Waltherstr. 23, D-80337 München
Tel.: 089/4522-9030, Fax: 089/5160-5942
Email: suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de
/www.kjp.med.uni-muenchen.de

Zur Therapie des Hyperkinetischen Syndroms inkl. seiner Unterformen (ADS, ADHS, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) sowie der damit einhergehenden komorbiden Störungen in der sozialpsychiatrischen Praxis

Teil 2

Anna Maria Sant'Unione & Matthias Wildermuth

Gesamtgliederung:

1. Vorbemerkungen und Intentionen
- 1.1. Zum Störungsbild: Leitlinien
- 1.2. Bisherige Studienansätze
- 1.3. Psychodynamische Überlegungen
- 1.4. Praxis- und Vernetzungsaspekte
2. Spezifische Fragestellungen und Hypothesen
3. Methodische Vorbemerkungen
4. Zur Datenerhebung
- 4.1. Der therapeutische Ansatz als Basis der multimodalen integrativen Arbeit: Beschreibung der sozialpsychiatrischen Praxis
- 4.2. Expertenurteil und Elternbefragung (informed consent)
5. Beschreibung der Stichprobe
- 5.1. Zur Katamnese-technik
- 5.2. Ergebnisse der Nachbefragung
6. Diskussion der Ergebnisse inkl. Methodenkritik
7. Schlussbemerkungen und Empfehlungen
8. Kasuistiken
9. Literatur

Die Abschnitte 1 bis 4 sind in Heft 1-2007 erschienen.

5. Datenerfassung: Häufigkeiten

1. Katamnese zuhause

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Gültig	gleich geblieben	31	33,3	35,6	35,6
	mäßige Verbesserung	21	22,6	24,1	59,8
	gute Verbesserung	35	37,6	40,2	100,0
	Gesamt	87	93,5	100,0	
Fehlend	System	6	6,5		
Gesamt		93	100,0		

2. Katamnese Schule

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Gültig	Verschlechterung	2	2,2	2,3	2,3
	gleich geblieben	32	34,4	36,4	38,6
	mäßige Verbesserung	35	37,6	39,8	78,4
	gute Verbesserung	19	20,4	21,6	100,0
	Gesamt	88	94,6	100,0	
Fehlend	System	5	5,4		
Gesamt		93	100,0		

3. Katamnese Freizeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Gültig	Verschlechterung	1	1,1	1,1	1,1
	gleich geblieben	34	36,6	39,1	40,2
	mäßige Verbesserung	26	28,0	29,9	70,1
	gute Verbesserung	26	28,0	29,9	100,0
	Gesamt	87	93,5	100,0	
Fehlend	System	6	6,5		
Gesamt		93	100,0		

4. Familientyp (Ende der Behandlung)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ursprungsfamilie	46	49,5	49,5	49,5
	Allein erziehend	23	24,7	24,7	74,2
	Stieffamilie	13	14,0	14,0	88,2
	Pflege oder Adoptivfa- milie	8	8,6	8,6	96,8
	Fremdunterbringung	3	3,2	3,2	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

5. Behandlungsdauer

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Prozen- te
Gültig	bis 1 Jahr (kurz)	39	41,9	41,9	41,9
	1-2 Jahre (mit- tel)	41	44,1	44,1	86,0
	> 2 Jahre (lang)	13	14,0	14,0	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

6. Alter (zu Beginn der Behandlung)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	5	9	9,7	9,7	9,7
	6	8	8,6	8,6	18,3
	7	4	4,3	4,3	22,6
	8	18	19,4	19,4	41,9
	9	6	6,5	6,5	48,4
	10	17	18,3	18,3	66,7
	11	7	7,5	7,5	74,2
	12	8	8,6	8,6	82,8
	13	8	8,6	8,6	91,4
	14	5	5,4	5,4	96,8
	15	3	3,2	3,2	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

7. Beendigung der Behandlung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	regulär	74	79,6	79,6	79,6
	Ab- bruch	19	20,4	20,4	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

8. Intelligenzquotient

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	< 85	13	14,0	14,0	14,0
	85-115	73	78,5	78,5	92,5
	>115	7	7,5	7,5	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

9. Geschwisterposition

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Einzelkind	23	24,7	24,7	24,7
	Erster	41	44,1	44,1	68,8
	Mittlerer	11	11,8	11,8	80,6
	Jüngster	18	19,4	19,4	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

10. Schulform (am Ende der Behandlung)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Grundschule	34	36,6	36,6	36,6
	Gesamt- Realschule	16	17,2	17,2	53,8
	Walddorfschule	6	6,5	6,5	60,2
	Gymnasium	6	6,5	6,5	66,7
	Hauptschule	18	19,4	19,4	86,0
	Sonderschule	13	14,0	14,0	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

11. Vorbehandlung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	47	50,5	50,5	50,5
	Ja	46	49,5	49,5	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

12. Nachbehandlung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	63	67,7	72,4	72,4
	Ja	24	25,8	27,6	100,0
	Gesamt	87	93,5	100,0	
Fehlend	System	6	6,5		
Gesamt		93	100,0		

13. Jugendhilfe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine	72	77,4	77,4	77,4
	Ja	21	22,6	22,6	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

14. Expertenurteil

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gut	31	33,3	33,3	33,3
	mittel	34	36,6	36,6	69,9
	schlecht	28	30,1	30,1	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

15. Externalisierend - Internalisierend

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	externalisierend	55	59,1	59,1	59,1
	internalisierend	38	40,9	40,9	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

16. Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	81	87,1	87,1	87,1
	weiblich	12	12,9	12,9	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

17. Psychotherapie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine	28	30,1	30,1	30,1
	Einzeltherapie	57	61,3	61,3	91,4
	Gruppentherapie	8	8,6	8,6	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

18. Übungsverfahren

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine	64	68,8	68,8	68,8
	Heilpädagogik	24	25,8	25,8	94,6
	Kunsttherapie	5	5,4	5,4	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

19. Diagnose

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F90.0	26	28,0	28,0	28,0
	F90.1	67	72,0	72,0	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

19a. Informationen zur Stichprobe: Komorbiditäten-Häufigkeiten

Komorbiditäten	Anzahl der Kinder	Prozent
F 93.0 - F 93.3	54	58,1
F 92.0 - F 92.8	34	36,6
F 94.1 - F 98.1	11	11,8
F 43.1 - F 43.2	33	35,5
F 45.0	8	8,6
F 95.1	15	16,1
F 98.0 - F 98,4	9	9,7

20. Medikation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	1	1,1	1,1	1,1
	gar nicht	56	60,2	60,2	61,3
	vorübergehend	29	31,2	31,2	92,5
	dauerhaft	7	7,5	7,5	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

21. Störungsniveau

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	leicht	37	39,8	39,8	39,8
	mittel	38	40,9	40,9	80,6
	schwer	18	19,4	19,4	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

22. Grad der psychosozialen Anpassung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausreichend	43	46,2	46,2	46,2
	mangelhaft	31	33,3	33,3	79,6
	ungenügend	19	20,4	20,4	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

Korrelation der therapeutischen Methoden und der Katamnese

23. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Psychot erapie	Katamnes zuhause
Kendall-Tau-	Psychotherapi	Korrelationskoeffizie Sig. (2- N	1,000 . 93	-,050 ,614 87
	Katamnese	Korrelationskoeffizie Sig. (2- N	-,050 ,614 87	1,000 . 87
Spearman-	Psychotherapi	Korrelationskoeffizie Sig. (2- N	1,000 . 93	-,054 ,623 87
	Katamnese	Korrelationskoeffizie Sig. (2- N	-,054 ,623 87	1,000 . 87

24. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Psychoth erapie	Katamnese Schule
Kendall-Tau-b	Psychotherapie	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 . 93	-,013 ,897 88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-,013 ,897 88	1,000 . 88
Spearman-Rho	Psychotherapie	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 . 93	-,014 ,897 88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-,014 ,897 88	1,000 . 88

25. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Psychoth erapie	Katamnese Freizeit
Kendall-Tau-b	Psychotherapie	Korrelationskoeffizient	1,000	,061
		Sig. (2-seitig)	.	,533
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	,061	1,000
		Sig. (2-seitig)	,533	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Psychotherapie	Korrelationskoeffizient	1,000	,066
		Sig. (2-seitig)	.	,541
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	,066	1,000
		Sig. (2-seitig)	,541	.
		N	87	87

26. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Übungsv erfahren	Katamnese zuhaus
Kendall-Tau-b	Übungsverfahren	Korrelationskoeffizient	1,000	,057
		Sig. (2-seitig)	.	,567
		N	93	87
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	,057	1,000
		Sig. (2-seitig)	,567	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Übungsverfahren	Korrelationskoeffizient	1,000	,061
		Sig. (2-seitig)	.	,575
		N	93	87
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	,061	1,000
		Sig. (2-seitig)	,575	.
		N	87	87

27. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Übungsv erfahren	Katamnese Schule
Kendall-Tau-b	Übungsverfahren	Korrelationskoeffizient	1,000	,053
		Sig. (2-seitig)	.	,593
		N	93	88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	,053	1,000
	Sig. (2-seitig)	,593	.	
	N	88	88	
Spearman-Rho	Übungsverfahren	Korrelationskoeffizient	1,000	,060
		Sig. (2-seitig)	.	,579
		N	93	88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	,060	1,000
	Sig. (2-seitig)	,579	.	
	N	88	88	

28. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Übungsv erfahren	Katamnese Freizeit
Kendall-Tau-b	Übungsverfahren	Korrelationskoeffizient	1,000	-,008
		Sig. (2-seitig)	.	,939
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	-,008	1,000
	Sig. (2-seitig)	,939	.	
	N	87	87	
Spearman-Rho	Übungsverfahren	Korrelationskoeffizient	1,000	-,007
		Sig. (2-seitig)	.	,947
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	-,007	1,000
	Sig. (2-seitig)	,947	.	
	N	87	87	

Korrelationen Vorbehandlung und Katamnese

29. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Vorbehandlung	Katamnese zuhause
Kendall-Tau-b	Vorbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,172
		Sig. (2-seitig)	.	,091
		N	93	87
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	-,172	1,000
		Sig. (2-seitig)	,091	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Vorbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,182
		Sig. (2-seitig)	.	,091
		N	93	87
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	-,182	1,000
		Sig. (2-seitig)	,091	.
		N	87	87

30. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Vorbehandlung	Katamnese Schule
Kendall-Tau-b	Vorbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,131
		Sig. (2-seitig)	.	,195
		N	93	88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	-,131	1,000
		Sig. (2-seitig)	,195	.
		N	88	88
Spearman-Rho	Vorbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,139
		Sig. (2-seitig)	.	,197
		N	93	88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	-,139	1,000
		Sig. (2-seitig)	,197	.
		N	88	88

31. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Vorbehandlung	Katamnese Freizeit
Kendall-Tau-b	Vorbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,094
		Sig. (2-seitig)	.	,353
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	-,094	1,000
		Sig. (2-seitig)	,353	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Vorbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,100
		Sig. (2-seitig)	.	,356
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	-,100	1,000
		Sig. (2-seitig)	,356	.
		N	87	87

32. Nichtparametrische Korrelationen

Die Korrelation der Vorbehandlung mit Art der Beendigung der Behandlung ist signifikant, d.h. ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Vorbehandlung und der Art, wie die Therapie beendet wurde, besteht. Wenn es keine Vorbehandlung gab, dann wurde die Therapie auch hier eher regulär beendet. Gab es Vorbehandlungen in der Vergangenheit, so wurde hier die Therapie eher abgebrochen.

Korrelationen

			Vorbehandlung	Beendigung der Behandlung
Kendall-Tau-b	Vorbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	,245*
		Sig. (2-seitig)	.	,019
		N	93	93
	Beendigung der Behandlung	Korrelationskoeffizient	,245*	1,000
		Sig. (2-seitig)	,019	.
		N	93	93
Spearman-Rho	Vorbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	,245*
		Sig. (2-seitig)	.	,018
		N	93	93
	Beendigung der Behandlung	Korrelationskoeffizient	,245*	1,000
		Sig. (2-seitig)	,018	.
		N	93	93

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Korrelationen zur Nachbehandlung und Katamnese

33. Nichtparametrische Korrelationen

Die Korrelation der Nachbehandlung mit den Katamnesen sind signifikant, d.h., ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Nachbehandlung und dem Ergebnis der Katamnesen besteht. Wenn es eine Nachbehandlung gab, dann ist in allen Katamnesen das Ergebnis eher schlecht. Gab es keine Nachbehandlung, so war das Ergebnis der Katamnesen auch eher gut.

Korrelationen

			Nachbehandlung	Katamnese zuhause
Kendall-Tau-b	Nachbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,532**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	87	87
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	-,532**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Nachbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,562**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	87	87
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	-,562**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	87	87

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

34. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Nachbehandlung	Katamnese Freizeit
Kendall-Tau-b	Nachbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,441**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	87	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	-,441**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Nachbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,469**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	87	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	-,469**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	87	87

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

35. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Nachbehandlung	Katamnese Schule
Kendall-Tau-b	Nachbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,387**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
	N	87	87	
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	-,387**	1,000
Sig. (2-seitig)		,000	.	
N	87	88		
Spearman-Rho	Nachbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,410**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
	N	87	87	
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	-,410**	1,000
Sig. (2-seitig)		,000	.	
N	87	88		

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

36. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Nachbehandlung	Beendigung der Behandlung
Kendall-Tau-b	Nachbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	,238*
		Sig. (2-seitig)	.	,027
	N	87	87	
	Beendigung der Behandlung	Korrelationskoeffizient	,238*	1,000
Sig. (2-seitig)		,027	.	
N	87	93		
Spearman-Rho	Nachbehandlung	Korrelationskoeffizient	1,000	,238*
		Sig. (2-seitig)	.	,026
	N	87	87	
	Beendigung der Behandlung	Korrelationskoeffizient	,238*	1,000
Sig. (2-seitig)		,026	.	
N	87	93		

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Expertenurteil und Katamnese (37.-39.)

37. Nichtparametrische Korrelationen

Die Korrelationen des Expertenurteils mit den Katamnesen sind signifikant, d.h., ein Zusammenhang zwischen dem Urteil des Experten und dem Ergebnis der Katamnesen besteht. Wenn das Expertenurteil gut ist, dann ist tendenziell das Urteil in den Katamnesen auch gut. Experten und Urteil der Eltern oder des Kindes stimmen in der Katamnese gewissermaßen überein.

Korrelationen

			Expertenurteil	Katamnese zuhause
Kendall-Tau-b	Expertenurteil	Korrelationskoeffizient	1,000	-,559**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	93	87
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	-,559**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Expertenurteil	Korrelationskoeffizient	1,000	-,613**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	93	87
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	-,613**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	87	87

** · Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

38. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Expertenurteil	Katamnese Schule
Kendall-Tau-b	Expertenurteil	Korrelationskoeffizient	1,000	-,452**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	93	88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	-,452**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	88	88
Spearman-Rho	Expertenurteil	Korrelationskoeffizient	1,000	-,498**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	93	88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	-,498**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	88	88

** · Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

39. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Expertenurteil	Katamnese Freizeit
Kendall-Tau-b	Expertenurteil	Korrelationskoeffizient	1,000	-,465**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	-,465**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Expertenurteil	Korrelationskoeffizient	1,000	-,528**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	-,528**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	87	87

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Verarbeitungsstil und Katamnese

40. Nichtparametrische Korrelationen

Die Korrelationen des Verarbeitungsstils (Externalisierend/ Internalisierend) mit den Katamnesen zum Thema Zuhause und Schule sind signifikant, d.h. ein Zusammenhang zwischen dem Verarbeitungsstil des Kindes und dem Ergebnis der Katamnesen in diesen beiden Lebensbereichen besteht. Wenn der Verarbeitungsstil externalisierend ist, dann ist tendenziell das Urteil in den Katamnesen zum Thema Zuhause und Schule eher schlecht. Wenn der Verarbeitungsstil internalisierend ist, dann ist tendenziell das Urteil in den Katamnesen zum Thema Zuhause/ Schule eher gut.

Korrelationen

			Externalisierend-Internalisierend	Katamnese zuhause
Kendall-Tau-b	Externalisierend-Internalisierend	Korrelationskoeffizient	1,000	,267**
		Sig. (2-seitig)	.	,009
	N	93	87	
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	,267**	1,000
Sig. (2-seitig)		,009	.	
N	87	87		
Spearman-Rho	Externalisierend-Internalisierend	Korrelationskoeffizient	1,000	,283**
		Sig. (2-seitig)	.	,008
	N	93	87	
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	,283**	1,000
Sig. (2-seitig)		,008	.	
N	87	87		

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

41. Nichtparametrische Korrelationen**Korrelationen**

			Externalisierend-Internalisierend	Katamnese Schule
Kendall-Tau-b	Externalisierend-Internalisierend	Korrelationskoeffizient	1,000	,221*
		Sig. (2-seitig)	.	,028
	N	93	88	
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	,221*	1,000
Sig. (2-seitig)		,028	.	
N	88	88		
Spearman-Rho	Externalisierend-Internalisierend	Korrelationskoeffizient	1,000	,235*
		Sig. (2-seitig)	.	,028
	N	93	88	
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	,235*	1,000
Sig. (2-seitig)		,028	.	
N	88	88		

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

42. Nichtparametrische Korrelationen

Die Korrelation des Verarbeitungsstils (Externalisierend/ Internalisierend) mit der Katamnese zum Thema Freizeit ist nicht signifikant, d.h. ein Zusammenhang zwischen dem Verarbeitungsstil des Kindes und dem Ergebnis der Katamnese in diesem Lebensbereich besteht statistisch gesehen nicht.

Korrelationen

			Externalisierend-Internalisierend	Katamnese Freizeit
Kendall-Tau-b	Externalisierend-Internalisierend	Korrelationskoeffizient	1,000	,114
		Sig. (2-seitig)	.	,262
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	,114	1,000
		Sig. (2-seitig)	,262	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Externalisierend-Internalisierend	Korrelationskoeffizient	1,000	,121
		Sig. (2-seitig)	.	,264
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	,121	1,000
		Sig. (2-seitig)	,264	.
		N	87	87

43. Nichtparametrische Korrelationen

Die Korrelation des Verarbeitungsstils (Externalisierend/ Internalisierend) mit dem Auftreten einer Nachbehandlung ist signifikant, d.h. ein Zusammenhang zwischen dem Verarbeitungsstil des Kindes und dem Auftreten einer Nachbehandlung besteht. Wenn der Verarbeitungsstil des Kindes externalisierend ist, dann tritt eher eine Nachbehandlung ein. Wenn der Verarbeitungsstil des Kindes internalisierend ist, dann tritt eine Nachbehandlung eher nicht ein.

Korrelationen

			Externalisierend-Internalisierend	Nachbehandlung
Kendall-Tau-b	Externalisierend-Internalisierend	Korrelationskoeffizient	1,000	-,284**
		Sig. (2-seitig)	.	,009
		N	93	87
	Nachbehandlung	Korrelationskoeffizient	-,284**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,009	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Externalisierend-Internalisierend	Korrelationskoeffizient	1,000	-,284**
		Sig. (2-seitig)	.	,008
		N	93	87
	Nachbehandlung	Korrelationskoeffizient	-,284**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,008	.
		N	87	87

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Korrelation Verarbeitungsstil und Medikation

44. Nichtparametrische Korrelationen

Die Korrelation des Verarbeitungsstils (Externalisierend/ Internalisierend) mit dem Auftreten einer Medikation ist signifikant, d.h. ein Zusammenhang zwischen dem Verarbeitungsstil des Kindes und einer Medikation besteht. Wenn der Verarbeitungsstil des Kindes externalisierend ist, dann tritt eher eine Medikation ein. Wenn der Verarbeitungsstil des Kindes internalisierend ist, dann tritt eine Medikation eher nicht ein.

Korrelationen

			Externalisierend-Internalisierend	Medikation
Kendall-Tau-b	Externalisierend-Internalisierend	Korrelationskoeffizient	1,000	-,279**
		Sig. (2-seitig)	.	,006
	Medikation	N	93	93
		Korrelationskoeffizient	-,279**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,006	.
		N	93	93
Spearman-Rho	Externalisierend-Internalisierend	Korrelationskoeffizient	1,000	-,289**
		Sig. (2-seitig)	.	,005
	Medikation	N	93	93
		Korrelationskoeffizient	-,289**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,005	.
		N	93	93

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Störungsniveau und Katamnese

45. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Störungsniveau	Katamnese zuhause
Kendall-Tau-b	Störungsniveau	Korrelationskoeffizient	1,000	,305**
		Sig. (2-seitig)	.	,002
		N	93	87
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	,305**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,002	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Störungsniveau	Korrelationskoeffizient	1,000	,333**
		Sig. (2-seitig)	.	,002
		N	93	87
	Katamnese zuhause	Korrelationskoeffizient	,333**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,002	.
		N	87	87

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

46. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Störungsniveau	Katamnese Schule
Kendall-Tau-b	Störungsniveau	Korrelationskoeffizient	1,000	,219*
		Sig. (2-seitig)	.	,022
		N	93	88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	,219*	1,000
		Sig. (2-seitig)	,022	.
		N	88	88
Spearman-Rho	Störungsniveau	Korrelationskoeffizient	1,000	,241*
		Sig. (2-seitig)	.	,024
		N	93	88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient	,241*	1,000
		Sig. (2-seitig)	,024	.
		N	88	88

* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

47. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Störungs niveau	Katamnese Freizeit
Kendall-Tau-b	Störungsniveau	Korrelationskoeffizient	1,000	,163
		Sig. (2-seitig)	.	,090
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	,163	1,000
		Sig. (2-seitig)	,090	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Störungsniveau	Korrelationskoeffizient	1,000	,183
		Sig. (2-seitig)	.	,090
		N	93	87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient	,183	1,000
		Sig. (2-seitig)	,090	.
		N	87	87

Korrelation Grad der psychosozialen Anpassung und Katamnese

48. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Grad der psychosoziale n Anpassung	Katamnese zu Hause
Kendall-Tau-b	Grad der psychosozialen Anpassung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,356**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	93	87
	Katamnese zu Hause	Korrelationskoeffizient	-,356**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	87	87
Spearman-Rho	Grad der psychosozialen Anpassung	Korrelationskoeffizient	1,000	-,396**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	93	87
	Katamnese zu Hause	Korrelationskoeffizient	-,396**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	87	87

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

49. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Grad der psychosoziale n Anpassung	Katamnese Schule
Kendall-Tau-b	Grad der psychosozialen Anpassung	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 . 93	-,216* ,024 88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-,216* ,024 88	1,000 . 88
Spearman-Rho	Grad der psychosozialen Anpassung	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 . 93	-,240* ,024 88
	Katamnese Schule	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-,240* ,024 88	1,000 . 88

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

50. Nichtparametrische Korrelationen

Korrelationen

			Grad der psychosoziale n Anpassung	Katamnese Freizeit
Kendall-Tau-b	Grad der psychosozialen Anpassung	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 . 93	-,235* ,014 87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-,235* ,014 87	1,000 . 87
Spearman-Rho	Grad der psychosozialen Anpassung	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 . 93	-,273* ,011 87
	Katamnese Freizeit	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-,273* ,011 87	1,000 . 87

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

51. Logistische Regression - Katamnese Schule

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Ungewichtete Fälle ^a		N	Prozent
Ausgewählte Fälle	Einbezogen in Analyse	88	94,6
	Fehlende Fälle	5	5,4
	Gesamt	93	100,0
Nicht ausgewählte Fälle		0	,0
Gesamt		93	100,0

a. Wenn die Gewichtung wirksam ist, finden Sie die Gesamtzahl der Fälle in der Klassifizierungstabelle.

Block 1: Methode = Vorwärts Schrittweise (Likelihood-Quotient)

Insgesamt wurden 67% der Fälle richtig beurteilt (Klassifizierungstabelle).

Klassifizierungstabelle^a

Beobachtet		Vorhergesagt		
		Katamnese Schule		Prozentsatz der Richtigen
		1	2	
Schritt 1	Katamnese Schule	1	2	
		11	23	32,4
		6	48	88,9
	Gesamtprozentsatz			67,0

a. Der Trennwert lautet ,500

Folgende berechneten Koeffizienten zeigen Signifikanz als Prädiktorwert für eine gute Katamnesebeurteilung (Schule): Das Störungsniveau

Variablen in der Gleichung

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1	Störniv	-,737	,308	5,722	1	,017	,479
	Konstante	1,807	,616	8,615	1	,003	6,093

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Störniv.

52. Logistische Regression – Katamnese Zuhause

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Ungewichtete Fälle ^a		N	Prozent
Ausgewählte Fälle	Einbezogen in Analyse	87	93,5
	Fehlende Fälle	6	6,5
	Gesamt	93	100,0
Nicht ausgewählte Fälle		0	,0
Gesamt		93	100,0

a. Wenn die Gewichtung wirksam ist, finden Sie die Gesamtzahl der Fälle in der Klassifizierungstabelle.

Block 1: Methode = Vorwärts Schrittweise (Likelihood-Quotient)

Insgesamt wurden in 74,7% der Fälle richtig beurteilt.

Klassifizierungstabelle^a

Beobachtet			Vorhergesagt		Prozentsatz der Richtigen
			Katamnese Zuhause		
			1	2	
Schritt 1	Katamnese	1	14	17	45,2
	Zuhause	2	5	51	91,1
Gesamtprozentsatz					74,7

a. Der Trennwert lautet ,500

Folgende berechnete Koeffizienten zeigen Signifikanz als Prädiktorwert für eine gute Katamnesebeurteilung (Zuhause): der Grad der psychosozialen Anpassung

53. Logistische Regression – Katamnese Freizeit

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Ungewichtete Fälle ^a		N	Prozent
Ausgewählte Fälle	Einbezogen in Analyse	87	93,5
	Fehlende Fälle	6	6,5
	Gesamt	93	100,0
Nicht ausgewählte Fälle		0	,0
Gesamt		93	100,0

a. Wenn die Gewichtung wirksam ist, finden Sie die Gesamtzahl der Fälle in der Klassifizierungstabelle.

Block 1: Methode = Vorwärts Schrittweise (Likelihood-Quotient)

Insgesamt wurden 70,1 % der Fälle richtig beurteilt (Klassifizierungstabelle)

Klassifizierungstabelle^a

Beobachtet		Vorhergesagt		
		Katamnese Freizeit		Prozentsatz der Richtigen
		1	2	
Schritt 1	Katamnese Freizeit 1	14	21	40,0
	2	5	47	90,4
Gesamtprozentsatz				70,1
Schritt 2	Katamnese Freizeit 1	17	18	48,6
	2	8	44	84,6
Gesamtprozentsatz				70,1

a. Der Trennwert lautet ,500

Folgende berechnete Koeffizienten zeigen Signifikanz als Prädiktor für eine gute Katamnesebeurteilung (Freizeit): Der Grad der psychosozialen Anpassung (GdPsyA) und die Behandlungsdauer, die Behandlungsdauer mit weniger Signifikanz.

Variablen in der Gleichung

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1	GdPsyA	-,947	,301	9,900	1	,002	,388
	Konstante	2,091	,595	12,367	1	,000	8,091
Schritt 2	GdPsyA	-1,005	,313	10,296	1	,001	,366
	Behdau	,665	,344	3,744	1	,053	1,945
	Konstante	1,048	,782	1,796	1	,180	2,852

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: GdPsyA.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Behdau.

6. Diskussion der Ergebnisse:

Wenden wir uns den **Häufigkeiten** zu, so fällt Folgendes auf:

1. Die Aufteilung zwischen männlichen (81) und weiblichen (12) PatientInnen ist für das Störungsbild charakteristisch. In der Literatur wird an verschiedenen Stellen erwähnt, dass Jungen um den Faktor 3 bis 6 häufiger betroffen sind als Mädchen.

2. Familientyp am Ende der Behandlungszeit: Die Prävalenz der Ursprungsfamilie (49,5%), der Ein-Elternfamilien (24,7%) und der Stieffamilien (14,4%) entspricht dem Vorkommen dieser Familientypen in der allgemeinen Bevölkerung.

Bezogen auf das untersuchte Störungsbild scheint der Ein-Eltern- bzw. Stieffamilientyp nicht per se ein Risikofaktor zu sein, entscheidend sind vielmehr die interaktionellen Erfahrungen der Kinder mit ihren Eltern und/oder Stiefeltern bzw. mit weiteren bedeutenden Bezugspersonen. Anders ausgedrückt scheint die Ursprungsfamilie alleine kein Schutzfaktor für die Entwicklung eines ADS/ADHS zu sein. Benannt werden muss, dass bei vielen Ursprungsfamilien das Ausmaß der Konflikthaftigkeit extrem hoch und für die Kinder unmittelbar erlebbar war, wobei eine Entscheidung zur Trennung aus verschiedenen Gründen (z.B. Angst vor noch größerer Einsamkeit, Angst vor finanzieller Benachteiligung, Angst vor Verstoßung durch die Familie des jeweils anderen Elternteils, Gewöhnung, ganz allgemein „wegen der Kinder“) nicht getroffen wird, so dass die ehelichen Konflikte entweder in Form von chronifizierten Streitmustern oder Kälte oder Feindseligkeit oder Rückzug bis zur Ignoranz zwischen den Elternteilen den Kindern vorgelebt und mit den Kindern teilweise ausgetragen wurden.

Der Familientyp veränderte sich in einigen Fällen zwischen Beginn und Ende der Behandlung, weshalb wir die Entscheidung trafen, den Familientyp am Ende der Behandlungszeit zu wählen.

Ob die Behandlung selbst einen Einfluss auf Entscheidungen zwischen den Eltern bzgl. ihrer eigenen Beziehungsführung ausübte, kann nur vermutet werden.

Bei Kindern, die fremduntergebracht lebten, fiel auf, dass die „Familienarbeit“ mit ErzieherInnen nur in Ausnahmefällen so intensiv verlief, wie mit leiblichen Eltern.

Bezüglich der Adoptiv- und Pflegeeltern, lässt sich beobachten, dass sie sich spontan noch weniger an der Störung des Kindes beteiligt fühlen als leibliche Eltern. An dieser Stelle wird spür- und benennbar, dass Pflege- und Adoptiveltern sich mit den Kindern nicht ursprünglich „verwandt“ fühlen, sondern dass sie das Kind als fremd empfinden und meistens unbewusst mit den leiblichen Eltern verbinden. Dieses „genetische“ Empfinden scheint weniger mit Vorinformationen bezüglich des erbgenetischen Ursprungs der Störung zusammenzuhängen, sondern vielmehr mit unverarbeiteten Fremdenrepräsentanzen des Kindes in den Pflege- und Adoptiveltern selbst sowie mit unbewussten inneren Bildern und Verbindungen der Kinder mit den leiblichen Eltern.

3. Die Geschwisterposition zeigt eine hochsignifikante Dominanz der erstgeborenen (43,0%) bzw. Einzelkinder (24,7%), während die mittleren Kinder am wenigsten von der Störung betroffen zu sein scheinen (11,8%) oder seltener vorgestellt und behandelt werden.

Auch bzgl. dieser auffälligen und interessanten Aufteilung können verschiedene Hypothesen aufgestellt werden. Fraglich wäre z.B. inwiefern Parentifizierung oder Partnerersatzposition bei Einzelkindern und Erstgeborenen ausgeprägter als bei jüngeren Geschwistern ist und ob sie spezifisch mit der Entwicklung eines ADS/ADHS steht oder ob sie generell die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen erhöht.

Eine andere Hypothese wäre, dass Einzel- und erstgeborene Kinder sowie im geringeren Maße jüngste Kinder länger im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, evtl. auch der Erwartungen ihrer Eltern verbleiben als die mittleren Kinder, somit evtl. häufiger Fachleuten vorgestellt werden, obwohl ihre Symptomatik sich objektiv betrachtet möglicherweise nicht wesentlich von der der mittleren Kinder abweicht.

Diesbezüglich verweisen wir auf die zahlreiche Literatur zum Thema „Geschwisterlichkeit“ und regen zu weiteren Untersuchungen an, zumal die demographische Entwicklung in der BRD zu zunehmender Geschwisterlosigkeit führt, so dass sich die Frage stellt, ob Geschwisterlosigkeit als Risikofaktor für die nächsten Generationen relevant sein könnte.

4. Zur Schulform: Auch hier wird die Schulform am Ende der Behandlungszeit angegeben, da es häufig zu Schulwechseln im Laufe der Behandlung kam, wobei hierzu der übliche Übergang von der Grund- auf die weiterführende Schule sowie vom Kindergarten auf die Grundschule gehört.

Drei Kinder wechselten während der Behandlung von einer Regel- auf eine LB-Schule. Diese Entscheidung, getroffen von Eltern und Lehrern, hatte

weniger mit der Grundstörung zu tun als vielmehr mit der Tatsache, dass im Testverfahren deutlich wurde, dass diese Kinder unterdurchschnittlich begabt waren.

Ähnlich bei zwei Kindern, die vom Gymnasium auf einer Real- bzw. Hauptschule umgeschult wurden. Drei Kinder wechselten auf eine überregional sehr gefragte Waldorf-Sonderschule, die für die Kinder deshalb eher eine Gratifikation als eine Zurückstufung darstellte.

Ansonsten war gerade die „Angst vor der Sonderschule“ ein häufiges Motiv für die Eltern, nach psychopharmakologischen Möglichkeiten zu fragen und Bedenken zu überwinden.

5. Vorbehandlungen: Hier ergibt sich eine sehr ausgewogene Aufteilung von nahezu 50% zu 50%. Auf die Form der Vorbehandlung und die möglichen Auswirkungen auf die „Bindung zu der Praxis“ wurde an anderer Stelle bereits eingegangen.

6. Nachbehandlungen: Lediglich 24 Kinder, d.h. 27% der Nachbefragten benötigten eine zusätzliche Behandlung. 5 von den 24 Kindern werden in unserer Praxis weiter behandelt, davon 3 psychiatrisch-psychopharmakologisch.

63 der nachbefragten Kinder (73%) mussten nicht erneut behandelt werden. Das Vertrauen, das während der therapeutischen Zusammenarbeit wuchs, das Vertrautwerden der BehandlerInnen und der Kinderpsychiatrinnen mit der Störung der Kinder führt dazu, dass bei nachträglichen Kriseninterventionen oft wenige Kontakte zur Praxis nötig sind, um eine erneute Stabilisierung zu erlangen. Manchmal reicht ein telefonischer Kontakt, um eine Krise zu bewältigen oder eine Eskalation abzubremsen. Dies scheint uns ebenso unter ökonomischen Gesichtspunkten und der Effizienzüberprüfung relevant.

7. Jugendhilfen: Hierunter wird die Notwendigkeit einer Fremdunterbringung oder einer sozialpädagogischen Familienhilfe verstanden, die bereits bei Beginn der Behandlung beansprucht wurde.

8. Alter: Der Altersgipfel bei den 8- bis 10-Jährigen bzw. insgesamt bei den Grundschulkindern entspricht der Häufigkeit der Störung in der Gesamtpopulation.

9. Intelligenzquotient: Die überwiegende Mehrheit der Kinder (78,5%) liegen im durchschnittlichen Bereich, dies entspricht ebenfalls den Ergebnissen anderer Studien.

10. Behandlungsdauer: Eine mittelfristige Zusammenarbeit von ca. 2 Jahren (44,1%) ist unserer Erfahrung nach notwendig, um die mehrschichtige Problematik sowohl im emotionalen wie auch im affektiven Bereich zu bewältigen, wie auch um die kognitiven Funktionen sowie andere adaptive Mechanismen wie Konzentration, Selbststeuerung und Selbstorganisation, die wiederum eng mit den emotionalen Prozessen verknüpft sind und durch unbewusste Mechanismen wie Abwehrform und Widerstände aufrecht erhalten werden, zu fördern.

Eine kurze Behandlungsdauer kann zu Remission der Hauptsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität führen, ist aber sehr wahrscheinlich nicht in der Lage, die Ich-strukturellen Defizite sowohl im kognitiven als auch im emotionalen Bereich zu beheben. Wir gehen davon aus, dass sowohl die Affektregulation als auch die Selbstreflexivität im Sinne der Mentalisierung nur in kleinen Schritten, die in regelmäßigen Sitzungen erlangt werden können und dementsprechend Zeit als wichtigen Faktor voraussetzen, möglich sind.

Zu der Behandlungsdauer zählen nicht die Zeit der Diagnostik bzw. die Wartezeit, sowie die Zeit nach Beendigung der Behandlung, in der gelegentlich Überprüfungskontakte oder Krisenintervention stattfinden, obwohl diese Zeiten für das Wachsen des Kontaktes zur Praxis und der therapeutischen Beziehung von Bedeutung sind.

11. Medikation: Die Art der Medikation war bei 6 Kindern eine neuroleptische (Risperidon, Pipamperon, Chlorprothixen), in den übrigen Fällen bekamen die Kinder eine Methylphenidat-Medikation.

Zu der Methylphenidatmedikation: Die Dosierungen wurden bei allen Kindern minimal gehalten, die Kinder bekamen nicht mehr als 10mg einmal täglich vormittags verabreicht, Retardpräparate wurden nicht verabreicht. Die Dauer der Medikation betrug zwischen 4 Wochen und 6 Monate. Wurde die Medikation abgesetzt, erfolgte dies in 5 mg-Schritten („Rückwärts-Titration“) in Laufe von einigen Wochen und in Absprache mit Lehrern, Eltern und dem Kind selbst. Die Methylphenidatgabe beschränkte sich auf die Werktage, Wochenenden und Ferienzeiten blieben medikamentenfrei. Nebenwirkungen traten in dieser Form extrem selten auf (Appetitmangel, Einschlafstörungen, Rebound-Phänomene) wobei Veränderungen im seelischen Erleben von den Kindern selbst häufig genannt wurden, insbesonde-

re das bewusstere Erleben von Angst und Traurigkeit, bei anderen Kindern die Steigerung der Aggressivität.

Vor Beginn der Medikation wurde ein EEG extern abgeleitet (Kinderärzte, SPZ). Regelmäßige Kontrolle der Blutwerte erfolgten bei den Kinderärzten.

Die Gabe von Neuroleptika war länger notwendig, maximal bis zu einem Jahr und erfolgte kontinuierlich. Die Blutwerte wurden ebenfalls von den Pädiatern überprüft.

Bekam ein Kind eine Medikation, wurde es alle 4 Wochen unabhängig von der durchgeführten Therapieform kinderpsychiatrisch kontaktiert, dabei wurden die Parameter: Blutdruck, Pulsfrequenz, Körpergröße und Gewicht kontrolliert.

Bei den 3 Kindern, die nach Beendigung der Therapie eine psychopharmakologische Behandlung benötigten, handelte es sich in einem Fall um Risperidon, bei 2 Kindern um Methylphenidat. Lediglich eins dieser Kinder blieb nach einem Auslassversuch bei einer Dauermedikation mit Methylphenidat. Die anderen beiden Kinder konnten zwei Jahre ohne Medikament unproblematisch leben, dann benötigte ein Kind über ein Jahr erneut Risperidon und zwar im Zusammenhang mit einer erneuten Verlassenheit durch den Vater. Der Junge konnte erst auf die Medikation verzichten, als er im Rahmen von breitmaschigen Kriseninterventionen die mit der Verlassenheit verbundenen Gefühle von Wertlosigkeit und Hass versprachlichen, aushalten und verarbeiten konnte.

Das dritte Kind reagierte auf die sehr feindselige Eskalation des langjährigen Elternkonfliktes, der von den Eltern erst jetzt benannt, obwohl noch nicht gelöst werden konnte. Nach drei Monaten konnte die Medikation wieder abgesetzt werden, als es ihm gelang, sich vom Konflikt der Eltern zu distanzieren.

12. Komorbiditäten: Diese werden nur bzgl. der Häufigkeit und nicht des Schweregrades aufgeführt. Das gleichzeitige Auftreten von verschiedenen Komorbiditäten bedeutet nicht automatisch, dass die Gesamtstörung des Kindes schwerwiegender ist als beim Auftreten einer einzigen Komorbidität. Anpassungsstörungen bzw. posttraumatische Belastungsstörungen weisen regelmässig auf Abnormitäten der Achse V, in selteneren Fällen auf Traumatisierungen jenseits der Familie, wobei sich diese Aussage nur auf diese Stichprobe bezieht.

Auf die Remission von begleitenden Symptomen wie Einnässen, Einkoten, Tics sowie psychosomatische- somatopsychische Beschwerden wird nicht eingegangen, da dies zwar hochinteressant wäre, den Rahmen dieser Studie jedoch übersteigen würde.

Da das Grundverständnis für die untersuchte Störung von einer mehrschichtigen Problematik ausgeht, in der die Hauptsymptome einschließlich der emotionalen Instabilität als Ausdruck einer zugrundeliegenden emotional – affektiven Störung ansieht, setzt voraus, dass die Entwicklung von Bewältigungsmechanismen – bzw. von Verarbeitungsformen nicht nur die drei Hauptsymptome des ADS/ADHS, sondern auch die emotionale Problematik selbst positiv verändert.

Die Frage, „wie viel“ im Gesamtstörungsbild des Kindes „ADS/ADHD“ und „wie viel“ „Komorbidität“ ist, sowie die Frage, was zuerst da war oder, ob die Hauptsymptome von ADS/ADHS eigenständig bestehen oder doch Symptome der emotionalen Störung darstellen, bleibt aus unserer Sicht offen.

Diskussion der untersuchten Korrelationen:

Korrelationskoeffizienten, die signifikant auf dem 0,05-Niveau liegen, werden mit einem einfachen Stern angezeigt, während die, die signifikant auf dem 0,01-Niveau liegen mit zwei Sternen angezeigt werden.

Binäre logistische Regressionen: mit diesem Verfahren wird die Abhängigkeit einer dichotomen Variablen von anderen unabhängigen Variablen, die beliebiges Skalenniveau aufweisen können, untersucht.

Unsere Fragestellungen und Hypothesen wurden unter Punkt 2 dargestellt. Folgende signifikante Korrelationen können beschrieben werden:

1. Das Störungsniveau korreliert signifikant mit der Katamnese zu Hause und in der Schule.
2. Der Grad der psychosozialen Anpassung korreliert signifikant mit der Katamnese zu Hause und in der Schule.
Beide Variablen können als Schätzung der Wahrscheinlichkeit für eine positive bzw. negative Katamnese zu Hause und in der Schule genutzt werden. Je niedriger der Grad der psychosozialen Anpassung, bzw. je niedriger das Störungsniveau der Persönlichkeitsentwicklung, umso unwahrscheinlicher ist die Entwicklung einer posi-

tiven Katamnese zu Hause und in der Schule.

3. Die Korrelation zwischen Vorbehandlungen und Art der Beendigung der Behandlungen ist signifikant, d.h. dass Behandlungsabbrüche signifikant häufiger bei Kindern auftreten, die vorbehandelt wurden.
4. Die Häufigkeit der Nachbehandlungen korreliert signifikant mit der Katamnese zu Hause, in der Schule und in der Freizeit, d.h. dass nur Kinder nachbehandelt wurden, die eine negative Entwicklung in allen drei Bereichen zeigten.
5. Die Nachbehandlungen korrelieren mit der Art der Behandlungsbeendigung, d.h. dass Nachbehandlungen bei den Kindern am meisten durchgeführt wurden, die die Therapie abbrachen.
6. Das Expertenurteil korreliert signifikant mit der Katamnese in allen drei Lebensbereichen, d.h. dass die fachliche Einschätzung der Entwicklung der Kinder durch die Behandlung ein brauchbarer Prädiktor für die Art der Entwicklung nach Therapiebeendigung ist.
7. Eine andere signifikante Korrelation besteht zwischen internalisierenden bzw. externalisierenden Störungen und der Katamnese zu Hause und in der Schule sowie mit der Gabe einer Medikation.

Externalisierende Verhaltensweisen scheinen hartnäckiger zu persistieren als internalisierende bzw. werden sowohl zu Hause wie auch in der Schule als störender bewertet. Im Freizeitbereich fallen sie seltener unangenehm auf. Internalisierende Symptome werden häufig übersehen oder bagatellisiert. Bei externalisierenden Symptomen wird der Einsatz einer Medikation aktiver erwünscht als bei internalisierenden.

Zwischen Eltern- und Expertenurteil entsteht dann eine Diskrepanz, wenn z.B. Eltern das Ausbleiben der Hyperaktivität bereits als „Heilung“ bewerten, während die kinderpsychiatrische Beobachtung abweichend davon z.B. ergibt,

dass die ängstlichen, depressiven oder traumatischen Anteile der Störung erst jetzt deutlicher werden.

Diskussion der katamnestischen Elternurteile

Die Katamnese zu Hause ergab in 60,2% der Fälle eine mäßige oder gute Verbesserung der Symptomatik, während in 33,3% der Fälle die Symptomatik gleichgeblieben war.

Die Katamnese in der Schule ergab in 68,0% der Fälle entweder mäßige oder gute Verbesserung, in 34,4% war die Symptomatik gleichgeblieben. Bei 2,2% der Kinder war eine Verschlechterung eingetreten.

In der Freizeit ergab die Katamnese bei 66,1 % der Kinder eine mäßige oder gute Besserung, während 26% der Fälle gleichgeblieben waren. Eine Verschlechterung wurde bei einem Kind angegeben.

Die kritische Betrachtung der Katamnesetechnik zeigte, dass viele Eltern spontan katamnestiche Vergleiche zu dem Zeitpunkt der Therapiebeendigung angaben, d. h. sie verglichen nicht den jetzigen Zustand des Kindes mit dem Zustand vor Beginn der Therapie, sondern bezogen ihn auf den Zeitpunkt der Beendigung der Therapie. Somit meinten viele Eltern mit dem Wort „gleichgeblieben“, dass ihre Kinder noch so waren, wie **nach** dem letzten therapeutischen Kontakt. Bei telefonischen Kontakten konnte jeweils geklärt werden, worauf sich die Angaben der Eltern bezogen. Die Rückmeldungen über Elternfragebögen blieben jedoch unkommentiert.

Somit bedeutete in einigen Fällen die Einschätzung „gleichgeblieben“, dass die bis zum Therapieende erreichte Besserung beibehalten wurde, was mit einer Besserung der Symptomatik gleichzusetzen wäre, zumindest bei nicht abgebrochenen Behandlungsverläufen.

Bezüglich der Freizeit wurde bereits erwähnt, dass gerade bei externalisierenden Störungen dieser Bereich am wenigsten belastet beschrieben wurde, so dass die Einschätzung „gleichgeblieben“ bezogen werden kann sowohl auf die Zeit vor wie nach der Therapie.

Bei internalisierenden Patienten war oft der Freizeitbereich durch Isolation oder Ängstlichkeit geprägt, so dass eine Besserung in der Regel angegeben wurde, wenn Kinder nach der Behandlung mehr soziale Kontakte geknüpft hatten.

Nur bei einem Jugendlichen gaben die Eltern an, dass er eine Substanzabhängigkeit (Cannabis) entwickelt habe, die nach einer stationären Entzugsbehandlung remittierte.

Vergleicht man die katamnestiche Ergebnisse der Nachbehandlung, so ergibt sich eine Diskrepanz zwischen 5 und 13% zugunsten der Nichtnotwendigkeit einer Nachbehandlung, d.h. dass bei diesen Kindern, trotz Angabe eines gleichbleibenden Zustands, keine weitere Behandlung beantragt wurde. Zu dieser Diskrepanz können verschiedene Hypothesen aufgestellt werden, die diese Studie jedoch nicht belegen wird. So könnte z.B. eine „Therapiemüdigkeit“ oder Resignation bewirkt haben, dass weitere Versuche ausgeblieben waren, oder die als gleichgeblieben beschriebene Symptomatik wurde nicht mehr als bedrängend oder schwerwiegend erlebt, was wiederum mit der Stärkung der elterlichen Kompetenzen oder

mit einem größeren Schwanken der Symptomatik selbst nach der Behandlung zu tun haben könnte.

Die unter Punkt 2 aufgeführten spezifischen Fragestellungen und Hypothesen können anhand der Ergebnisse beantwortet werden:

1. Die um den Aspekt der emotionalen Instabilität erweiterte Kernsymptomatik spricht zumindest in 60-68% der Fälle positiv auf einen mehrdimensionalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ansatz an.
2. Praktische Ansätze (Heilpädagogik, Ergotherapie, Kunsttherapie) können dann, wenn sie durch eine zusätzliche verstehens- und konfliktorientierende Arbeit umrahmt werden, nutzbar werden. Korrigierende Erfahrungen sowie ein positiv verändertes Selbsterleben und ein Zuwachs an Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeitsgefühlen bilden dann erlebnisnahe Grundlagen für ein verändertes Verständnis seitens der Eltern und der betroffenen Kinder. Es sei angemerkt, dass keine signifikante Korrelation zwischen den katamnestischen Ergebnissen und den oben genannten Therapieformen besteht, d.h. dass die angewandten Ansätze gleich gute Ergebnisse zeigen. Dies kann damit zusammenhängen, dass nach der diagnostischen Phase eine für die Störung passende Therapieform ausgewählt wurde, wodurch die Indikation zur jeweiligen Therapieform bestätigt wurde.
3. Psychodynamische Verfahren bewirken offensichtlich, dass sowohl verhaltens- wie handlungstherapeutische Ansätze und elternbezogene Interventionen nach und nach von allen Beteiligten angenommen und ihr Verstehen und Handeln integriert werden können. Hierbei zeigt sich eine Korrelation zwischen den Vorbehandlungen, der Form der Therapiebeendigung und dem Erfolg, d.h. die gemeinsame Arbeit wird fruchtbarer, wenn die therapeutischen Ansätze von Anfang an „unter einem Dach“ und mit allen Beteiligten entwickelt werden.
4. Das Strukturniveau der Persönlichkeitsentwicklung sowie der Grad der psychosozialen Anpassung (Achse VI) korrelieren signifikant mit den Therapieerfolgen. Die frühen Störungen können als Vorstufe der Persönlichkeitsstörung gesehen werden und neigen zur Persistenz. In diesen Fällen wäre wahrscheinlich eine analytische Psychotherapie, die längerfristig die ich-strukturelle Defizite durch Nachreifung korrigieren könnte, angebrachter. Da die Eltern in vielen Fällen das gleiche Persönlichkeitsstrukturniveau zeigen wie ihre

Kinder oder unwesentlich reifer, dürfte auch die Mitarbeit zwischen Eltern und Therapeuten bei frühen Störungen erschwert sein, auch die Häufigkeit von schwerwiegenden realen Konflikten ist bei diesen Patienten erhöht. Der Grad der psychosozialen Anpassung zeigt, dass die Nachreifung eines Systems, die Integration von korrigierenden Erfahrungen, die Affektregulation, die Selbstreflexivität psychosoziale Ressourcen brauchen, um sich entwickeln zu können. Die Familie wird durch eine ambulante Therapie nicht in erster Linie entlastet, sondern sie leistet mit den Helfern eine tiefgreifende Arbeit, die vorübergehend zu Destabilisierungen führen kann. Regression bei Kindern, evtl. auch geringfügig bei den Eltern kann zeitweilige Entgleisungen verursachen. Entlastend wirkt sich die Sicherheit aus, dass das System von außen begleitet wird, und in der Bewältigung der oben genannten Situationen unterstützt wird.

5. Die Vermutung, dass die Entwicklung einer ausreichend guten Bindung zwischen allen Beteiligten eine wesentliche Bedeutung für den Verlauf einer Behandlung, die vorwiegend psychodynamisch ausgerichtet ist, und deren Erfolg hat, lässt sich bestätigen. Der Grad der guten Bindung spiegelt sich in der Form der Therapiebeendigung signifikant wieder.

7. Zusammenfassung und Ausblick:

Die Evaluation der Ergebnisse zeigt, dass, wenn es zu einem stabilen therapeutischen Bündnis kommt, sowohl ein Behandlungsfortschritt möglich ist, als auch, was noch bedeutender erscheint, die Alltagstauglichkeit der Behandlung gegeben ist. Dies bezieht sich weitgehend auf die Felder Schule, Freizeit und Zuhause. Es zeigen sich in Abhängigkeit vom Störungslevel und dem Grad der psychosozialen Anpassung Unterschiede in den Ressourcen, die sich auch in den Behandlungsergebnissen niederschlagen. Die Wahl der Methode zeigt keine signifikanten Unterschiede, sofern, wie in der Praxis vorgestellt, indikationsbezogen gearbeitet wird. Je nach Zugangswegen der Kinder und Eltern zu den Aspekten Übung, Training, Verständnis und Erfahrung sowie abhängig von der Kooperation und der Symptomatik wurden die Verfahren ausgewählt.

Da die psychodynamisch orientierten familientherapeutischen Interventionen ein zentraler Bestandteil der Arbeit waren, wurde hierzu keine Vergleichsgruppe gebildet. Die Verfasser gehen jedoch davon aus, dass dieses Element der Arbeit einen entscheidenden Einfluss auf einen nachhaltigen Fortschritt hat.

Bindungsvermeidung mit Flucht nach außen, mangelnde Ablösungsmöglichkeit bei "verklebter" Mutter-Kind-Beziehung und „Misslingen der Flucht“ sollte ebenso berücksichtigt werden wie die mangelnde Triangulierung durch den realen oder inneren Vater. Die frühe Verunsicherung mit übersteigter kontrollierender Aufmerksamkeit statt entspannter elterlicher Zugewandtheit sollte Thema der Elternarbeit unter Berücksichtigung verschiedener unterschiedlicher therapeutischer Methoden sein.

Die Wechselwirkung zwischen Hyperaktivität und Bindungsirritation und die sich erschwert einstellende ruhige Erfahrung des Miteinanderseins ist ein zentraler Behandlungsfokus mit dem Ziel, Anschlussfähigkeit zu frühen entsprechenden Erfahrungen und deren Veränderbarkeit zum Positiven hin zu gewinnen. Die Berücksichtigung genetischer sowie frühkindlicher und in der Persönlichkeit liegender Aspekte (Temperamentsfaktoren) sollte unter der Perspektive potentieller Veränderbarkeit angesehen werden und vor allem unter dem Aspekt der Bewältigung und der Verarbeitungsmöglichkeiten genutzt werden.

Neben noradrenergen und serotonineren Wiederaufnahmehemmern als erweiterten pharmakotherapeutischen Optionen sollte speziell die Impulsivität und Aggressivität mit hierfür angemessenen Medikamenten behandelt werden (atypische Neuroleptika), allerdings jeweils in der Hand des erfahrenen Kinder- und Jugendpsychiaters und bei erheblicher Symptomatik.

Die emotionale Instabilität bedarf gegebenenfalls der Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren. Gleichwohl gilt die Devise einer sorgsam psychopharmakotherapie: Möglichst gut geprüfte, nebenwirkungsarme, evidenzbasierte Pharmaka in sorgfältiger, entwicklungspharmakologisch begründeter Dosierung zu geben.

Eine differenzierte Elternarbeit mit Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Psychoedukation, Interaktionsarbeit und Förderung der Eltern in Erziehungs-, aber auch Beziehungsfähigkeit ist zentraler Bestandteil der

komplexen Behandlung einer komplexen Störung mit sehr unterschiedlichen Subtypen.

In der Zukunft scheinen für die psychotherapeutische Arbeit Untersuchungen zu strukturierten psychodynamischen Verfahren mit Einschränkung der Regression und langsamer Öffnung des Spielraums sinnvoll. Weiterhin geht es mit dem Ziel besserer Kooperation im Sinne auch substantieller Netzwerkbildung um die gesellschaftliche Desaktualisierung von polarisierten Positionen mit dem Ziel, das Selbstbewusstsein, die Selbstwahrnehmung, die Selbstwirksamkeit und die emotionale Verletzlichkeit der Betroffenen in der Arbeit zu integrieren, ohne durch jeweils eigene Positionen die hilfreichen Ansätze Anderer zu diffamieren.

Ziel der Therapiebewertung sollten neben den evidenzbasierten Aspekten auch zentrale fachliche psychopathologische, entwicklungspsychopathologische, entwicklungspsychologische und psychodynamische Dimensionen sein. Insbesondere sollten diesbezüglich prospektive Studien unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der jeweiligen Therapieverfahren eingesetzt werden.

Die vorgelegte Studie versteht sich als praxisorientierte Studie mit besonderer Berücksichtigung der Alltagstauglichkeit der integrativen multimodalen Arbeit.

Es sei abschließend darauf hingewiesen, dass Kontinuität der therapeutischen Beziehung, differenzierte strukturelle Rahmenbedingungen und die interkollegiale Beratung inklusive der Nutzung von fachlicher Weiterentwicklung durch Fortbildung und externer Supervision eine Qualität darstellen, wie sie in der sozialpsychiatrischen Praxis für Kinder und Jugendliche genutzt werden kann.

Die Nutzung geordneter Vielfalt in Diagnostik, Therapie und psychosozialer Beratung unter Einbeziehung der Helfersysteme kann nicht genug gewürdigt werden.

7.1. Die Relevanz für die sozialpsychiatrische Praxis:

Fasst man die theoretischen und praktischen Betrachtungen zusammen, so wird deutlich, dass die Behandlung durch einen mehrdimensionalen psy-

chiatisch- psychotherapeutischen Ansatz unter besonderer Berücksichtigung interaktioneller Konflikte und struktureller Probleme ein effizientes und störungsadäquates Modell darstellt. Die personellen und fachlichen Voraussetzungen sind entscheidend, um langfristig diese Form von Behandlung im Rahmen einer sozialpsychiatrischen Praxis zu etablieren.

Das Beschriebene verdeutlicht, dass dieser Ansatz ein hohes Maß an Kommunikations- und Integrationsfähigkeit seitens der Mitarbeiter einschließlich der Kinderpsychiaterinnen erfordert. Dies setzt nicht nur entsprechende fachliche Aus- und Fortbildungen voraus, sondern auch genügend Selbsterfahrung, um mit den real auftauchenden Konflikten zwischen Personal und Patienten und ihren Familien und nicht zuletzt im multiprofessionellen Team, wo „Schulter an Schulter“ gearbeitet wird, sowie auch in der Vernetzungsarbeit mit externen Kollegen umgehen zu können.

Aus ökonomischer Sicht bietet gerade der neue EBM2005 einen günstigen Rahmen an, da erstmalig die intramurale Kommunikation über einzelne Patienten und die extramurale Koordinationsarbeit der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen abgerechnet werden kann (*Schaff* 2005). Dies sichert einen methodischen Ansatz, in dem sowohl interne wie externe Kommunikation für den Erfolg entscheidend ist.

Die psychohygienische Seite einer psychodynamisch orientierten Methode bedeutet, dass jeder, der mit den Kinder und deren Familien arbeitet, sich weitgehend auf deren Problematik einlässt. Die Fähigkeit sich einzulassen und sich wieder distanzieren zu können, stellt eine weitere sowohl professionelle als auch persönliche Herausforderung an die Helfer und an das multiprofessionelle Team dar.

Teaminterne Intervision, externe Supervision, privat stattfindende Selbsterfahrung sowie Fortbildungen sind unverzichtbare Voraussetzungen um gerade Gegenübertragungspänomene wahrzunehmen, zu verstehen und konstruktiv für die professionelle Arbeit zu nutzen, ohne dass die Helfer selbst durch die Problematik der Familien überschwemmt werden.

Werden diese Bedingungen im sozialpsychiatrischen Team erfüllt, kann dieser Arbeitsansatz nicht nur den Familien Erfolg, Kraft und Zuversicht geben, sondern auch den Mitarbeitern Arbeitsfreude und Erfüllung im Spüren und Erleben des eigenen Könnens.

8. Kasuistiken:

Im folgenden werden 15 Kinder/Jugendliche aus der Stichprobe herausgesucht, die bezüglich Diagnostik, Hauptkonfliktthemen, Verlauf, Entwicklung und katamnestischen Daten skizzenhaft beschrieben.

Es werden aus allen Behandlungsbereichen der Gemeinschaftspraxis einige Kinder gewählt, damit die Kasuistik einen kleinen Einblick in die verschiedenen Behandlungs- und Vernetzungsmöglichkeiten geben kann.

Aus dem Bereich „Kunsttherapie“

Fall Nr. 12

Der Junge besuchte zum Zeitpunkt der Erstvorstellung die dritte Klasse der Grundschule und lebte in der kompletten Ursprungsfamilie mit dem jüngeren Bruder (< 2 Jahre) zusammen.

Anamnestisch sei erwähnt, dass der Junge bereits als Säugling unruhig gewesen sei. Er habe sich „weggeschrien“ wenn er nicht bei der Mutter sein durfte. Durch die Geburt des jüngeren Bruders verstärkte sich die Unzufriedenheit des Kindes, dass sowohl im Kindergarten wie zu Hause als motorisch unruhig, unaufmerksam und impulsiv beschrieben wurde. Nach der Einschulung erhebliche Verschlechterung der Symptomatik, weshalb das Kind auf Anraten der Lehrerin in der Praxis vorgestellt wurde. Die Lehrerin hatte bereits die Mutter mit der Diagnose „HKS“ konfrontiert, da sie mehrere Fortbildungen für Lehrer zu diesem Thema besucht hatte und sich, auch dadurch verstärkt dass sie mehrere „solche Kinder“ in der Klasse hatte, als Expertin für diese Störung sah, und den Jungen als „Lehrbuchfall“ typisierte. Der Kinderarzt hatte die Diagnose der Lehrerin bestätigt. Eine Medikation war von Kinderarzt und Lehrerin empfohlen worden, die Mutter wehrte sich jedoch dagegen, sie hielt am Bild fest „mein Kind ist nicht krank“. Der Vater beteiligte sich an dieser Entwicklung nicht.

Zur Familiendynamik sei erwähnt, dass der Vater seine erste Frau als sie gerade mit dem zweiten gemeinsamen Sohn schwanger war, verließ um die Beziehung zu der Mutter des Patienten aufzunehmen. Die Mutter wurde unmittelbar schwanger, so dass die zwei Halbbrüder fast gleichzeitig geboren wurden. Der Vater konnte aufgrund der Konflikte mit der ersten Frau, die Beziehung zu den älteren Söhnen nicht aufrechterhalten. Er verhielt sich diesbezüglich durchgängig sehr passiv. Die Mutter des Patienten war aufgrund der Unsicherheit in der Beziehung zum Vater des Kindes wäh-

rend der gesamten Schwangerschaft sehr bedrückt und ängstlich. Es war in dieser Zeit noch unklar, ob sie oder die erste Frau verlassen werden wird. Der Vater schwieg, trug den Konflikt mit seinen beiden Frauen nicht aus, zog sich zurück. Der Patient scheint durch Schuldgefühle mit dem Vater verbunden zu sein. Schuldgefühle werden später dadurch gefestigt, dass er durch sein Verhalten die Familie stört und alltägliche Sorgen besonders seit der Einschulung verursacht. Der zweite Sohn ist zwar in einer erheblichen Geschwisterrivalität mit dem ersten Sohn verklinscht, bleibt jedoch vom ursprünglichen Konflikt der Eltern freier. Die aggressiven Gefühle der Mutter besonders gegenüber des Mannes sind für die Mutter selbst nicht zugänglich und werden wahrscheinlich vom Kind ausagiert. Ihre Wut, besonders zu Beginn der ehelichen Beziehung, hätte wahrscheinlich dazu geführt, dass sie die noch nicht gesicherte Beziehung zum Vater ihres Kindes verloren hätte. Die Mutter band in dieser Situation das Kind an sich, um ihr Selbstwertgefühl zu stabilisieren, während der Vater das Kind vernachlässigte, um seine Schuldgefühle gegenüber den Kindern aus erster Ehe zu neutralisieren. Der Junge spürte seine Verpflichtung der Mutter gegenüber, gab seinen Wunsch nach Identifikation mit dem Vater jedoch nicht auf und fantasierte gar eine Beziehung zu den ersten Söhnen des Vaters, die er gar nicht kannte. Er brachte die Sehnsucht nach diesen verlorenen Geschwistern zum Ausdruck, was der Vater nicht tat.

Im Verlauf sei genannt, dass eine vierwöchige Behandlung des Kindes mit Methylphenidat in der Dosierung 10 mg pro Tag zu einer zufrieden stellenden Remission der Symptomatik führte, so dass der junge bessere Noten in der Schule erzielen konnte und die Lehrerin ihn ohne Bedenken versetzte. Während der Schulferien konnte er mit der Kunsttherapie anfangen. Die Entscheidung zur Kunsttherapie hatte einerseits das Ziel in der kleinen Gruppe die sozialen Kompetenzen des Kindes zu stärken, seine Aufmerksamkeit und Arbeitsbezogenheit durch die Bindung an das Material zu erhöhen während die konflikthaftern, intrapsychischen und interpersonellen Themen in der begleitenden Familientherapie und psychiatrischen Behandlung bei der Kinderpsychiaterin behandelt wurden. Im vierten Schuljahr trat eine krisenhafte Zuspitzung der Situation ein dadurch, dass die Lehrerin erneut Medikamente anforderte, die Mutter ihr jedoch diesen Wunsch nicht erfüllen wollte. Der Vater, der persönlich im gesamten Therapieverlauf nie erschien, unterstützte die Mutter dabei. Der Streit zwischen Mutter und Lehrerin konnte nach einiger Zeit geklärt werden, dadurch dass ein Telefonat zwischen ihr und der Kinderpsychiaterin Verständnis für die tiefer

gehende Störung des Kindes wecken konnte und alternative Umgangsmöglichkeiten für den schulischen Alltag entwickelt werden konnten.

In der Kunsttherapie erreichte der Junge die angestrebten Ziele, seine Mitarbeit war sehr motiviert und freudig. Entscheidend für das Beziehungsgeflecht der Familie war dass der Junge seine in der Kunsttherapie handwerklich ausgebildete Kompetenzen nutzte, um Nähe zum Vater herzustellen, der ebenfalls handwerklich interessiert war. Dadurch löste sich zumindest äußerlich die Verklebung zwischen Mutter und Kind. Der Vater bekam durch den Sohn eine Möglichkeit, Ziel orientiert und selbstverständlich seine Nähe ohne Schuldgefühle genießen zu können.

In der familientherapeutischen Begleitung, die teilweise auch den Bruder einschloss war der Vater trotz Abwesenheit erstaunlich präsent, zumal die Mutter die Inhalte der Familientherapie an den Vater herantrug und die Position des Vaters im familientherapeutischen Setting vertrat. Eine entscheidende Sequenz der familientherapeutischen Arbeit entstand als die Mutter die Familiengeschichte zum Zeitpunkt der Schwangerschaft mit dem Patienten beschrieb, wobei ihr der Patient selbst durch ein Spiel unbewusst Anlass gegeben hatte. Die Sequenz wurde zunehmend geprägt durch die Emotionen der Mutter. Positiv war die Fähigkeit des Kindes, empathisch auf das Leid der Mutter zu reagieren, ohne ihren Affekt symbiotisch zu übernehmen. Die beginnende Separation von der Mutter schien einen tief greifenden Individuationsschritt einzuleiten, weshalb der weitere Verlauf sich sehr positiv gestaltete. Die schulischen Leistungen und das Sozialverhalten in der Schule besserten sich zunehmend, so dass keine weiteren Beschwerden seitens der Lehrerin an die Eltern herangetragen wurden und eine Versetzung von der vierten Klasse auf die Gesamtschule stattfinden konnte. Nach Beendigung der Therapie wurde das Kind sechs Monate später von der Mutter wie verabredet erneut vorgestellt, lediglich um zu überprüfen wie die Entwicklung verlaufen war. Der Patient war mittlerweile einer der Klassenbesten, berichtete schmunzelnd über Kinder, die den Unterricht störten, und schien sehr erleichtert darüber, dass er nicht mehr zu ihnen gehörte. Seine Fähigkeit, humorvoll auf seine Vergangenheit zu schauen und sich gleichzeitig über seine entwickelten Kompetenzen zu freuen, ließen ihn sehr reif wirken. Die Beziehung der Eltern zueinander hatte sich geöffnet, die Mutter hatte entschieden auf die Austragung bestimmter Konflikte bestanden, worauf der Vater sich tatsächlich eingelassen hatte. Für die Mutter war wahrscheinlich wichtig, dass die Therapeutin auf die Präsenz des Vaters verzichten konnte, da sie zu dem damaligen Zeitpunkt das „Tei-

len“ ihres Mannes mit einer zweiten Frau, zu sehr zumindest unbewusst an die erlittenen Kränkungen erinnerte. Die Kinderpsychiaterin spürte dieses Ausschließlichkeitsbedürfnis der Mutter, so dass sie nicht auf einer realen Teilnahme des Vaters an der Familientherapie bestand.

Eine Wiedervorstellung des Jungen, die im Fall eines Rückfalls vereinbart wurde, war bis zum heutigen Tag, drei Jahre nach Therapiebeendigung nicht nötig.

Fall Nr. 26

Der Junge nicht deutscher Nationalität besuchte eine europäische Schule, lebte mit dem um zwei Jahre jüngeren Bruder und den Eltern zusammen, die im pädagogischen Bereich tätig waren. Der Junge wurde von der Mutter bereits im Kindergartenalter vorgestellt, weil die Eltern trotz ihrer pädagogischen Kompetenzen den Eindruck hatten, das Kind nicht erziehen zu können. Er sei oppositionell / stur, „höre nicht was man ihm sage“, halte sich an keine Regeln und sei dem Bruder aber auch gelegentlich den Eltern gegenüber sehr aggressiv. Mit der Einschulung verstärkte sich die Problematik, weil der Junge die Erledigung der Hausaufgaben verweigerte oder stundenlang am Schreibtisch saß ohne mit seinen Aufgaben fertig zu werden. Weder Vater noch Mutter noch Bekannte der Familie oder die Großeltern schienen einen Einfluss auf den Jungen zu haben. Die Lehrer beschrieben ihn als unruhig und unaufmerksam sowie sehr darauf bedacht durch Geltungsdrang zu imponieren. Die Eltern schämten sich vorwiegend wegen ihrer Profession und weil der Junge im Mehrfamilienhaus bereits als Störer bekannt war. Er schrie oft so laut und andauernd, dass die Nachbarn der Familie klingelten und die Befürchtung äußerten, dass der Junge misshandelt würde. Bis der Junge eine regelmäßige therapeutische Begleitung bekam, vergingen drei Jahre, weil sowohl der Junge wie auch die Eltern starke Schamgefühle empfanden, in der Vorstellung, eine kinderpsychiatrische Behandlung nötig zu haben. Der Junge, der während der vergangenen drei Jahre in breitmaschigen Abständen wiederholt vorgestellt wurde, schwieg oder weinte während aller Familiengespräche. Sprach er, so versuchte er die Aussagen der Eltern zu entkräften oder zu relativieren, er fühlte sich entblößt und bettelte darum positive Verhaltensweisen seinerseits hervorzuheben. Die Entscheidung für eine Kunsttherapie hatte in erster Linie mit dem Schamkonflikt des Jungen zu tun, der sich auf diese Therapieform einlassen konnte, weil er den Eindruck hatte nicht „krank oder verrückt zu sein“ sondern eine gute Freizeitbeschäftigung oder Förderung

in einem Bereich der ihm lag, bekommen zu dürfen. Sehr problematisch blieben die Familiengespräche mit der Kinderpsychiaterin, die ihn unausweichlich daran erinnerten, dass er sich doch in kinderpsychiatrischen Behandlung befand. Erst im Laufe der Zeit wurde der Konflikt, der die Eltern seit Jahren zerriss, deutlich.

Psychodynamisch zeigte sich der Hauptkonflikt des Jungen als ein nicht gelöster ödipaler Konflikt mit starker Konkurrenz bis hin zur Ablehnung des Vaters und libidinöser Verbindung zur Mutter, von aggressiver Leugnung begleiteten Verklebung zuungunsten der Individuationsbestrebungen des Jungen. In der Kunsttherapie arbeitete der Junge vorwiegend mit Gips, womit er einen Abdruck seiner Hände oder Masken seines Gesichtes anfertigte. Er zeigte die Angst, besonders wenn die anderen Gruppenkinder ihn auf seine Problematik ansprachen. Später wollte er Juwelen für seine Mutter herstellen, die er ihr schenken wollte, wodurch er auf seine ödipale Verklebung aufmerksam machte. Er fühlte sich in der Gruppe geschützt, Schamgefühle entwickelte er dort erst, als er wahrnahm, dass eine Kommunikation zwischen der Kunsttherapeutin und der Kinderpsychiaterin bestand. Vater und Mutter beanspruchten einige Gespräche für sich, um einen Weg aus dem unlösbar zu scheinenden Konflikt zu finden. Der Vater begann eine Einzeltherapie, die Mutter beschäftigte sich eher mit dem Thema der Trennung und äußerte Angst vor Gewalt seitens ihres Mannes. Dem Jungen gelang es, sich in der Schule zu konzentrieren, Gleichberechtigung auf Kinderebene zu erfahren und sich für andere Modelle des Erwachsenseins zu interessieren, wodurch er sich von der Mutter distanzieren konnte. Er begann seine Hausaufgaben selbstständig zu machen, gute Noten in der Schule zu bekommen, überhaupt fand er in der Schule und im Freizeitbereich einen Ausgleich für die in der Familie fehlende Anerkennung und Warmherzigkeit zwischen den Familienmitgliedern. Er begann an einer Theater - AG teilzunehmen und machte regelmäßig Sport. Letztendlich wurde der Konflikt dadurch gelöst, dass der Vater im Laufe seiner eigenen Entwicklung entschied, in sein Heimatland zurückzukehren, während die Mutter mit den Kindern in der Bundesrepublik verblieb. Zu diesem Zeitpunkt war die Individuation des Jungen soweit fortgeschritten, dass er die Beziehungswünsche zum Vater zulassen konnte und den Schmerz über die fehlende Nähe zwischen ihm und den Vater wahrnehmen und äußern konnte. Die Mutter konnte aufgeben den Sohn als Partnerersatz zu nutzen, sie war verzweifelt ob ihrer Einsamkeit, war jedoch in der Lage ihre Söhne kompetent zu begleiten. Sie hoffte auf eine spätere bessere Partnerbeziehung.

Bereich der Heilpädagogik

Fall Nr. 33

Der Junge lebte als Einzelkind in seiner kompletten Familie, der Vater studierte, die Mutter hatte eine abgeschlossene Ausbildung und arbeitete halbtags. Der Junge besuchte den Kindergarten im letzten Jahr vor der Einschulung. Die Eltern wurden durch die Kindergärtnerinnen alarmiert, die ihnen mitteilten, dass der Junge so wie er sei auf keinen Fall auf einer Regelschule beschult werden könne, weshalb es „Zeit sei, etwas für den Jungen zu unternehmen“. Zu Hause war der Junge recht oppositionell, zeige häufiger Wutausbrüche, erhebliche Gemütsschwankungen zwischen Wut und Ängstlichkeit, konnte sich weder beim Basteln noch bei Tischspielen noch beim Malen länger als ein paar Minuten konzentrieren. Beim Spielen bekam er schnell einen Wutausbruch, wenn er nicht gewann. Die Mutter selbst beschrieb sich als sehr ängstlich und beschämt. Sie hatte Angst als Mutter zu versagen, die Angst ging soweit, dass sie Schlafstörungen, Magen- und Kopfschmerzen entwickelte, weshalb sie sich in ärztlicher Behandlung begeben musste, ohne jedoch dass ein pathologischer Befund erhoben werden konnte. Der Vater schien zuversichtlicher und unbeschwerter zu sein, er beschrieb seinen Sohn, wenn auch hibbelig und temperamentvoll, so doch als gesund, und er ließ spüren, dass er Freude im Umgang mit seinem Sohn hatte, teilte jedoch die Bedenken seiner Frau bezüglich der Äußerungen der Kindergärtnerinnen und konnte trotz Zuversicht das Thema der anstehenden Einschulung nicht gelassen betrachten.

Nach den testpsychologischen Untersuchungen in unserer Praxis wurden die diagnostischen Ergebnisse mit den Eltern besprochen. Eine wichtige Rolle spielte die psychodynamische Betrachtung der Eltern-Kind-Beziehung sowie die der Interaktionen der Eltern untereinander und mit der Außenwelt. Die Familie wurde dann ohne weitere Begleitung entlassen, mit der Vereinbarung, sich wieder melden zu können, wenn die Veränderung z.B. im Erziehungsstil und im Miteinander der Eltern keine ausreichende Beruhigung der Situation erzielen würde. Ca. sechs Monate später meldete sich die Familie: Das Kind sei auf der Regelschule eingeschult worden, es habe eine vorübergehende gute Entwicklung gegeben, einige Monate nach der Einschulung seien jedoch Beschwerden seitens der Lehrer gekommen, die die Eltern erneut beunruhigt hatten. Die Störung des Sozialverhaltens, die Ablenkbarkeit, das impulsive Verhalten im Klassenverband, das Stören der Mitschüler und eine gewisse Neigung zur Isolation und „Prügelknabenposition“ wurden beschrieben.

Da zu diesem Zeitpunkt eine relativ schnelle Übernahme des Kindes in eine heilpädagogische Behandlung möglich war, aber auch aufgrund der deutlichen Retardierung in der gesamtmotorischen und sprachlichen Entwicklung sowie aufgrund eines randnormalen recht inhomogenen Begabungsprofils und nicht zuletzt aufgrund des jungen Alters des Kindes wurde eine heilpädagogische Behandlung der zuerst angedachten psychotherapeutischen Behandlung vorgezogen. Der Junge entwickelte sehr schnell eine innige Beziehung zur Heilpädagogin, nahm die Spielangebote eifrig und freudig an bis die Heilpädagogin auf die Idee kam, da die Behandlung sich sehr positiv entwickelte, ihn in eine kleine Gruppe mit einem gleichaltrigen Jungen weiter zu behandeln. An dieser Stelle, ausgelöst durch einen minimalen Konflikt mit dem zweiten Jungen, dekompenzierte der Junge vorübergehend in der Behandlungsstunde. Er zeigte zuerst massiven unkontrollierten Zorn mit Zerstörungslust und Schreien, später brach er ängstlich und verzweifelt zusammen, regredierte vorübergehend in eine Ecke gekauert, ließ jedoch zu, dass die Heilpädagogin ihn begleitend ermutigte und tröstete. Er konnte in der nächsten Stunde das Geschehen reflektieren, die Eifersucht und die Konkurrenzgefühle zum anderen Kind, aber auch die Schamgefühle über seine Unkontrolliertheit verbal ausdrücken. Diese entscheidende Episode vertiefte die therapeutische Beziehung zwischen Jungen und Heilpädagogin, auch die begleitende, beratende Beziehung zwischen Heilpädagogin und Eltern, da besonders die Mutter ihren Jungen „erkannte“, eine gewisse Erleichterung spürte, dass er auch im Therapieraum sein „wahres Gesicht“ zeigte, so dass sie ihre eigene Eifersucht auf die gute Beziehung zwischen ihrem Sohn und der Heilpädagogin relativieren konnte und sich in der Beratung gut aufgehoben fühlte. Sie konnte zulassen, dass die Heilpädagogin sicher und konstruktiv im Alltag mit ihrem Sohn umging und spürte, dass sie von deren Kompetenzen profitierte. Es wurde klar, dass die Mutter zuhause solche Situationen eher bestrafend, vorwurfsvoll oder panisch begleitete, während der Vater dazu neigte eine rationalisierende Haltung einzunehmen. Klar war auch, dass die Eltern sich wegen der Erziehung des Sohnes vorwurfsvoll stritten, dass die Mutter sich durch den Vater nicht genügend unterstützt fühlte, was auch damit zu tun hatte, dass sie die Familie finanziell absichern musste, während er noch „studieren durfte“. Das Selbstwertgefühl der Mutter als Mutter war gekränkt zumal der Vater als auch die Heilpädagogin zumindest vordergründig eine unbelastetere Beziehung zum Sohn lebten. Die Vertiefung des Themas „Eifersucht und Neid“, das der Junge in der Behandlungsstunde eingeleitet hatte, wurde von den Eltern übernommen. Die Mutter hatte sich

in ihrer eigenen Kindheit immer minderwertig und beschämt gefühlt und nahm an, dass ihre Eltern mit ihr nie zufrieden waren.

Die Entwicklung in der Schule verlief erstaunlich schnell positiv. Die Heilpädagogin nahm Verbindung zur Schule auf, so dass einige Umgehensweisen abgesprochen werden konnten, z.B. schien es wichtig zu sein, dass der Junge im Klassenverband einige Aufgaben übernahm, die ihm ein Gefühl von Wichtigkeit und Zugehörigkeit verliehen. Die Begleitung durch die kinderpsychiatrischen / familientherapeutischen Gespräche zeigte seitens der Eltern zunehmend Mut und Offenheit sowie eine für das Alter erstaunliche eigene Motivation des Kindes, das sehr bemüht war, der Kinderpsychiaterin seine Fortschritte z.B. in Form von Zeichnungen zu beweisen, wodurch er auch das Thema des Leistungsdruckes hineinbrachte. Das Gespräch zwischen Vater und Mutter wurde konstruktiver, nahezu freundschaftlich, die Reflektion ihrer eigenen Kindheit brachte die Ehepartner einander näher, die Typisierung „Vater unbeschwert, leichtfüßig“ und „Mutter schwermütig / miesepetrig“ konnte aufgegeben werden. Die Eltern konnten gelassen und spielerischer ihren Sohn fördern, der dann, überraschend für die Eltern, von sich aus anfang „den ganzen Tag zu malen und zu basteln“. Eine erneute Testung nach Beendigung der heilpädagogischen Behandlung ergab deutlich positivere Ergebnisse sowohl im Rahmen des Begabungsprofils wie der motorischen und sprachlichen Entwicklung. Im Klassenverband blieb das Kind unauffällig. Die Katamnese bezieht sich auf zwei Jahre, das Kind befindet sich mittlerweile in der dritten Klasse und kommt weiterhin problemlos mit.

Fall Nr. 23

Der Junge lebte mit der zwei Jahre älteren Schwester und den Eltern zusammen. Der Junge wurde von der Mutter in großer Not vorgestellt, er besuchte die dritte Klasse der Grundschule, störte den Unterricht, spielte den Clown, schwätzte, verpasste dadurch große Teile des Unterrichts, schien wenig mitzubekommen, so dass die Lehrer den Verdacht äußerten, dass bei dem Jungen eine Lernbehinderung vorliegen könnte und den Eltern vorschlugen, den Jungen auf die Sonderschule umzuschulen. Der Junge erschien bei der Erstvorstellung sehr schamhaft, errötete, tigte, versuchte verzweifelt seine Situation zu positivieren. Die Mutter schien einerseits Mitleid mit dem Jungen zu haben, sich mit ihm zu solidarisieren und die Lehrer als Schuldige abzustempeln, andererseits beschämte sie selbst den Jungen durch Titulierungen „unter der Gürtellinie“, die sie später als „Ironie“ zu relativieren versuchte.

Zuhause wurden weniger Schwierigkeiten beschrieben, wobei die Mutter benannte, dass sie sich um die Hausaufgaben des Jungen nicht kümmerte, und sich durch die Lehrer sehr belästigt fühlte. Schwierigkeiten gab es nur, weil der Junge recht faul wurde, im Haushalt nicht half bzw. weil zwischen den Geschwistern eine Atmosphäre herrschte, die mit dem Satz „Mord und Totschlag“ etikettiert wurde. Als weiteres familiäres Problem wurde die „Nikotinsucht“ (60 Zigaretten am Tag) der Mutter benannt, die von dem Jungen selbst sozusagen als Retourkutsche lustvoll der Untersucherin präsentiert wurde. Anamnestisch gab die Mutter zu, auch während der Schwangerschaft intensiv geraucht zu haben. Ansonsten „sei alles in Ordnung.“ Dieser Satz begleitete eine längere Phase der Behandlung. Die Kränkung vor allem der Mutter durch die Problematik des Sohnes, der sie auf der bewussten Ebene ehren wollte, jedoch durch sein Verhalten in der Öffentlichkeit sie indirekt beschämte, stellte diesen Satz immer wieder in Frage. Aufgrund der schulischen Eskalation und der zunehmenden Stigmatisierung des Jungen wurde zuerst nach einer Methylphenidatprobe, die den Jungen als guten Responder zeigte, eine Behandlung mit 10 mg Methylphenidat eingeleitet. Die pharmakologische Unterstützung bewirkte eine schnelle Verbesserung der schulischen Situation, das Problem der Verweigerung der Hausaufgaben blieb. Die Mutter konnte sich entscheiden, sie zu beaufsichtigen und merkte, dass ihr Kind „träumte“ statt zu arbeiten. Die Entscheidung eine heilpädagogische Behandlung durchzuführen, obwohl aufgrund des Schamkonfliktes und der ödipalen Verstrickung des Jungen eine psychotherapeutische Behandlung indiziert war, hatte mit der fehlenden Motivation des Jungen zu tun sowie mit der Haltung der Eltern, die letztlich dem Lehrer vorwarfen mit ihrem Jungen nicht fertig zu werden. Besonders die Mutter hatte den Eindruck „die Unannehmlichkeiten der Therapie“ auf sich nehmen zu müssen, weil die Lehrer ihre Arbeit nicht gut genug ausübten. Kompromisshaft wurde von den Eltern und dem Jungen ein Aufmerksamkeitstraining akzeptiert. Der Junge sah als einziges Ziel für sich, das Wiederabsetzenkönnen der Tabletten, die er ablehnte, da er dadurch den Eindruck bekam, „krank zu sein“. Das kränkte ihn zusätzlich. Er hatte Angst, die Mitschüler könnten herauskriegen, dass er Tabletten nahm und ihn hänselten. Die Vorstellung, dass bei ihm im Gehirn etwas nicht funktionierte, versetzte ihn nahezu in hypochondrische Angst, während die Eltern die „Krankheitshypothese“ als eher entlastend fanden, da sie damit mit dem Verhalten des Jungen am wenigsten zu tun hatten. Eine gewisse „Beziehungsverwahrlosung“ wurde deutlich, es war klar,

dass Konflikte im familiären Rahmen dadurch gemieden wurden, dass man sich nicht miteinander beschäftigte oder buchstäblich ging.

Die Mutter konnte sich in einer späteren Phase der Therapie als sehr jähzornig, impulsiv und unberechenbar beschreiben, wobei wieder der Junge derjenige war, der diese schwerwiegenden Themen einleitete. Er beschrieb, dass die Mutter die Wohnung einige Mal wutentbrannt verlassen hatte und für ihn unklar war, ob sie jemals wiederkommen würde. Er beschrieb tief liegende Ängste vor Verlassenheit, Schuld und Scham, er konnte reflektieren wie sehr er sich einerseits bemüht hatte seine Mutter zufrieden zu stellen, z.B. dadurch dass er ausführlich mit ihr schmuste, andererseits wie sehr er sich schämte sie verraten zu haben, weil er seine Pflichten nicht erfüllte und täglich Angst hatte erwischt zu werden. Er beneidete seinen Vater um die Beziehung zur Mutter, aber auch für die Autonomie, die er ihm z.B. im Arbeitsbereich vorlebte. Er fühlte sich sowohl Vater wie Mutter und Schwester gegenüber als Versager. Er hatte die Fantasie, dass er es als Junge schwerer habe als seine Schwester und beneidete die vermutete Nähe zwischen Schwester und Mutter genauso wie die zwischen Mutter und Vater. Dass alle Beziehungen letztendlich „sehr dünn“ waren und auch eine später benennbare Unzufriedenheit auf Elternebene und eine bis dahin geleugnete Schulproblematik der Tochter vorlag, übersah er. Erst durch eine psychosomatische Symptombildung, die dazu führte, dass der Junge nicht mehr in der Lage war eine Defäkation zu Hause zuzulassen, so dass er Strategien entwickeln musste, um auf dem Schulweg rechtzeitig eine Toilette zu finden, führte die Familie zu einer offeneren und tieferen Reflexion. Die Eltern entdeckten im Symptom des Jungen eine Art Metapher für die familiäre Art, jenseits der Familie „zu stänkern“ damit die eigene Wohnung vordergründlich rein bleiben könne.

Nach dieser Erkenntnisfindung im familientherapeutischen Setting, der die heilpädagogische Behandlung begleitete, wurde das Symptom im Laufe von wenigen Wochen aufgegeben. Der Junge konnte seine Verzweiflung im Rahmen der Familie offener benennen. Er konnte äußern wie tief seine Angst sei von der Mutter „geschlagen zu werden“, obwohl er nur gelegentlich eine Ohrfeige bekommen hatte. Er erkannte die tief liegende Wut und Enttäuschung der Mutter bezüglich seiner Entwicklung, die erst jetzt seit der frühesten Kindheit als auffällig benannt wurde. Das späte Benennen dieser enttäuschenden Realität, die nur durch Verschiebung auf die Außenwelt aufrechterhalten werden konnte, ließ eine tiefe Verzweiflung in dem Jungen ausbrechen, der vorübergehend manifest depressiv symptomati-

tisierte. Die Trennung von der Medikation, trotz der vordergründigen Ablehnung durch den Jungen, gestaltete sich genauso schwierig wie die Lösung von der Mutter, was der Junge selbst erkannte. Er wollte sich von der Tablette befreien, konnte jedoch keine eigenen Kompetenzen entwickeln um sich von ihr zu emanzipieren, das gleiche geschah zwischen ihm und der Mutter. Das Thema der Abhängigkeit, das sich in der Sucht der Mutter fortsetzen ließ, begleitete den Jungen über mehrere Stunden. Die Spaltung zwischen Innenwelt (Familie) und Außenwelt (Schule) übertrug sich auf die Behandlung, wo das kinderpsychiatrische Setting als Ursprungssetting, während die heilpädagogische Behandlung in der Übertragung als „böse Außenwelt“ galt. Durch die regelmäßige fachliche Kommunikation zwischen Heilpädagogin und Kinderpsychiaterin war es möglich eine Integration und Weiterentwicklung zu bewirken, die besonders die Mutter reflektieren konnte. Da sie bei den heilpädagogischen Stunden nicht mit dabei war, empfand sie eine Art „Fremdgehen“ ihres Sohnes mit der Heilpädagogin, während sie die Kinderpsychiaterin nie als gefährlich erlebte, da sie bei den Gesprächen in ihrem Setting immer anwesend war. Interessanterweise konnte sie nach dieser Entdeckung den Jungen auch bei der Kinderpsychiaterin alleine lassen. Der Junge nutzte diese Einzelstunden für seine Konfliktbewältigung und zur Entwicklung von Strategien zur Autonomiefindung so dass er letztendlich doch auf die Tablette verzichten konnte, was ihn sekundär narzisstisch gratifizierte. Der Junge befand sich am Ende der Behandlung am Ende der sechsten Klasse der Hauptschule und kam schulisch mittlerweile so gut zurecht, dass eine Umschulung auf eine Gesamtschule erwogen werden konnte. Es sei interessenthalber genannt, dass eine Retestung des Jungen nach Beendigung der Therapie Ergebnisse zeigte, die er vorher nur unter Methylphenidat erreichen konnte. Dadurch hatte der Junge sich tatsächlich von der Medikation im wahrsten Sinne des Wortes emanzipiert. Sicherlich wäre bei ausreichender Motivation des Familiensystems zu Beginn der Behandlung und bei unmittelbarer Kapazität im psychotherapeutischen Budget der Praxis, in diesem Fall günstiger gewesen, eine psychotherapeutische Behandlung von Anfang an durchzuführen. Das Aufmerksamkeitstraining war jedoch ein günstiger „Umweg“ bis ein Arbeitsbündnis entwickelt werden konnte.

Fall Nr. 50

Der Junge lebte in seiner Ursprungsfamilie mit der um drei Jahre jüngeren Schwester. Die Erstvorstellung erfolgte kurz nach der Einschulung. Die Lehrerin äußerte sich „entsetzt“ darüber, dass der Junge ohne Anlass mit-

ten im Unterricht zu weinen anfang, scheinbar Zuspruch nicht zuließ, bei anderen Situationen in Wut ausbrach und um sich schlug, ansonsten vom Unterricht wie abgeschnitten schien, sich nicht meldete, nicht zuhörte und geschweige denn wusste, was gerade besprochen wurde. Dieser impulsiver Wechsel der Stimmungslage, der der Lehrerin unberechenbar vorkam, sowie die Tatsache, dass er den schulischen Anforderungen nicht gerecht wurde und wie lernbehindert wirkte sowie die Tatsache, dass er phasenweise immer wieder geschwätzig und clownesk den Unterricht störte, führten die Lehrerin zum Entschluss ihn für die Sonderschule vorzusehen. Die Eltern reagierten mit Empörung. Sie benannten zwar Schwierigkeiten in der Erziehung des Jungen, gaben an, jedoch immer wieder Zugangsmöglichkeiten zu ihm gefunden zu haben, obwohl er zwischendurch auch Prügel bezogen hatte, weil er „nicht hörte“. Die Tatsache, dass der Junge Auffälligkeiten zeigte, beschämte die Familie und führte zu einem tiefgehenden Konflikt zwischen Mutter und Lehrerin, später zwischen einer Lehrerin und dem Vater. Die Lehrerin schien den Eltern die Schuld für die Aufmerksamkeitsstörung zu geben, die Eltern warfen der Lehrerin vor, pädagogisch inkompetent zu sein. In diesem Rahmen eskalierte das Verhalten des Kindes noch mehr, so dass er weder Schulmaterialien noch Hausaufgaben mit in die Schule nahm und zu Hause über mehrere Stunden und Wochen hinweg in seinem Zimmer bleiben musste, da er ansonsten mit Eltern oder Schwester stritt. Ein Gespräch mit zwei Lehrerinnen und den Eltern, indem nur ganz am Anfang der Junge miteinbezogen wurde, wurde in der Klasse durchgeführt, es folgten mehrere beratende Gespräche zwischen Lehrerin und Kinderpsychiaterin sowie Mutter und Kinderpsychiaterin, so dass sich die Situation zumindest zuerst stabilisieren konnte.

Erst im dritten Schuljahr wurde das Kind erneut vorgestellt, die gleichen Schwierigkeiten hatten sich, von allen unerwartet, wieder eingestellt, der Konflikt zwischen Eltern und Lehrern war jedoch ausgeblieben, wieder stellte die Lehrerin die Frage ob das Kind sonderbeschult werden sollte. Da der Junge bei zweimaligen Testungen eine durchschnittliche wenn auch randnormale Begabung gezeigt hatte, nahm die Lehrerin von einer Sonderbeschulung Abstand. Die Motivation einer Behandlung war bei den Eltern mittlerweile gewachsen, der Junge war sehr zurückhaltend und ablehnend, die einzige Eigenmotivation kam durch seinen Ehrgeiz, besser werden zu wollen, er räumte aber ein, dass er ein bisschen „das Arztschild“ am Eingang der Praxis abgeschraubt hätte.

Die Entscheidung zur Heilpädagogik wurde dadurch getroffen, dass der Junge im motorischen Bereich sowie im Bereich der Aufmerksamkeit und Ausdauer erhebliche Defizite zeigte, wobei die Behandlung familientherapeutisch flankiert wurde. In der heilpädagogischen Behandlung wurde deutlich, wie wenig der Junge sich zutraute, wie unmittelbar seine Aufmerksamkeit und Aufgabenbezogenheit nachließen, sobald er Dinge tun musste, die ihm nicht gelangen, es sei denn er selbst hatte den Wunsch dazu geäußert. Am schmerzlichsten erlebte er seine Berührung mit dem Klavier, die er mit der Vorstellung versucht hatte, sofort ein Musikstück spielen zu können. Sein Versagen ließ ihn verzweifeln, erröten und von Scham verzerrt, grimassierte er über das ganze Gesicht, er wollte den Raum mit dem Klavier nicht mehr betreten. Etwas milder fiel seine Enttäuschung im Umgang mit Ton aus, wobei er mehr aufgrund der geduldigen Begleitung durch die Heilpädagogin es schaffte, seine Werke nicht in den Mülleimer zu schmeißen, sondern immer wieder an die Korrekturen heranzubringen, bis er bei einem Familiengespräch stolz und berührt einer der Tiere aus Ton zeigen konnte, die die Eltern intensiv würdigten. Die Erfahrung, dass er in der Lage war, seine Verzweiflung zu überwinden, ohne auszurasen oder zu verzweifeln, dass er also sein Handeln wie Affekte steuern konnte, führte zu einem angemesseneren Umgang mit Gefühlen und zur Weiterentwicklung der Empathie sich selbst und anderen gegenüber.

In Familiengesprächen wurden die eigenen schulischen Erfahrungen der Eltern besprochen, die die Kinder sehr amüsierten. Insbesondere den Jungen entlasteten, dies zumal der Vater beispielhaft eine sehr rührselige und letztlich gebrochene Schulkarriere hinter sich gebracht hatte und heute noch unter Minderwertigkeitskomplexen seinem Bruder gegenüber leidet. Auch zwischen Mutter und Vater wurde eine „Hierarchie“ angedeutet, unangesprochen war die Mutter immer die Klügere und die Beherrschte gewesen. Der Vater hatte es letztlich nie gewagt, sich mit ihr zu messen, aus Angst, sich gegenüber seiner Frau so unterlegen zu fühlen, wie früher als Kind seinem Bruder gegenüber und sich jetzt als der Schlechtere seiner Frau gegenüber zu beweisen. Hinzu kam die Sorge und Erfahrung selbst seine Affekte nicht gut regulieren zu können. Zwischendurch gab es verschiedene Wutausbrüche, bei denen er auch den Jungen verprügelte. Die Mutter wiederum, die als Einzelkind immer unauffällig und erfolgreich gewesen war, hatte den Sohn in unbewusster Identifikation mit dem Vater, in einer ihr unterlegenen Position festgehalten, hatte ihm ohne ihre Hilfe kaum etwas zugetraut. Der Rivalitätskonflikt mit der Lehrerin hatte sie sehr verletzt, da sie unbewusst davon ausging, dass immer sie die Beste sei. Was am Anfang der Diagnostik noch extrem Scham beladen war und

konsequent geleugnet wurde, konnte ab Mitte der Therapie humorvoll und konstruktiv besprochen werden.

Drei Jahre nach der Beendigung der Therapie wurde der Junge einmalig erneut in einer Krisensituation vorgestellt. Er besuchte mittlerweile erfolgreich die Hauptschule, war einer der Klassenbesten und hatte in einem Konflikt mit einem Schulkameraden erneut erlebt, dass er unkontrolliert zu weinen anfang. Obwohl er die Situation für sich, auch mit dem Lehrer, bereits sehr gut aufgearbeitet hatte, hatte er sich gewünscht, im therapeutischen Rahmen diese Situation noch mal durchzugehen. Eine einmalige Bearbeitung des Erlebten, in der der Junge an frühere Therapiesitzungen anschließen konnte, reichte zur Stabilisierung aus.

Bereich der Psychotherapie

Fall Nr. 11

Der Junge lebte als Einzelkind mit beiden Eltern zusammen. Er wurde von der Mutter im Alter von vier Jahren erstmalig vorgestellt, weil er vierzehn Tage nach Beginn des Kindergartenbesuchs aufgrund seines Verhaltens aus der Betreuung ausgeschlossen wurde. Sowohl im Kindergarten wie zuhause zeigte der Junge ein expansives, aufgedrehtes und deutlich aggressives Verhalten gegenüber Kindern sowie Erwachsenen. Die Impulsivität des Jungen war so ausgeprägt, dass er unberechenbar wirkte. Unruhe und Unaufmerksamkeit verhinderten jede Form von Beschäftigung mit dem Jungen, nicht nur Malen, Basteln oder Vorlesen waren unmöglich, sondern auch Lego- oder Autospielen. Der Vater schien keinen Zugang zu dem Jungen zu finden, so dass er ihn der Mutter überließ, die ihrerseits im Dauerstreit mit dem Sohn lebte. Lediglich das Schmusen mit der Mutter würde den Jungen beruhigen, so dass diese Tätigkeit als einzige Erholungsmöglichkeit von der Mutter ausgedehnt genutzt wurde. Die Oma väterlicherseits gab als einzige Person an, mit dem Jungen keine Probleme zu haben. Bezüglich der Eigenanamnese sei genannt, dass die Schwangerschaft zuerst durch starkes Erbrechen belastet wurde später dadurch, dass der Gynäkologe den Eltern offenbarte, dass das Kind behindert sei und die Mutter eine späte Abtreibung überlegte. Die Fruchtwasseruntersuchung brachte Klärung, das Kind sei gesund. Die Mutter erholte sich nicht von dem Schock und behielt eine massive Angst. Die Geburt setzte drei Wochen zu früh ein und wurde als sehr schmerzlich erlebt. Die Mutter entwickelte postnatal eine Depression. Drei Monate blieb das Kind ziemlich ruhig, bis der Junge eine Neurodermitis entwickelte und die Unruhe anfang. Ab dem

zwölften Lebensmonat beschrieb die Mutter ein „zorniges Schreien“ ihr gegenüber. In der Familie traten erste Konflikte zwischen Schwiegermutter und Mutter auf, der Vater hielt sich heraus. Ab dem dritten Lebensjahr, nach Eintritt in den Kindergarten entwickelte sich eine sekundäre Enuresis nocturna.

Nach Ausschluss aus dem Kindergarten waren die Eltern auf die Betreuung durch die Schwiegermutter angewiesen, weil die Mutter halbtags arbeitete. Dadurch verschärfte sich der Konflikt zwischen den Generationen. Schwiegermutter und Mutter warfen sich gegenseitig Schuld für das Verhalten des Kindes vor. Der Vater versuchte sich weiterhin herauszuhalten, was die Mutter als Ignoranz ihr gegenüber empfand. Zu einem späteren Zeitpunkt konnte die Mutter berichten, dass sie ab dem zwölften Lebensmonat den Jungen regelmäßig geschlagen hatte, teilweise auf den Kopf.

Die Diagnose HKS wurde durch den Kinderarzt geäußert, der Stimulanzen empfahl, die Eltern lehnten ab. In unserer Praxis wurde zuerst eine diagnostische Phase eingeleitet, die mit einem Gespräch mit den Eltern abgeschlossen wurde. Die Indikation für eine Psychotherapie wurde gestellt. Nach einer zweimonatigen Wartezeit konnte die psychotherapeutische Behandlung begonnen werden. Es wurden dreißig psychotherapeutische Sitzungen und siebzehn begleitende Familieninterventionen entweder mit der ganzen Familie oder mit dem Paar oder der Mutter alleine, sowie unter Einbeziehung der Großmutter, durchgeführt. Als das Kind eingeschult wurde, wurde die Lehrerin zweimal kontaktiert.

Die Psychotherapie war in der ersten Phase durch Ausagieren und Reinszenieren der Gewalterfahrung bzw. der tief greifenden Ambivalenzen und der Bindung zur Mutter geprägt und stellte eine große Herausforderung dar. Der Junge konnte seine inneren Ambivalenzen nicht adäquat versprachlichen, seine Symbolisierung und Phantasiefähigkeit waren sehr unreif und brüchig, so dass im ersten Drittel der Psychotherapiezeit der Junge das Erlebte ausagierte und real die Therapeutin und in geringfügiger Form sich selbst angriff. Die Angriffe waren zum Teil von existenzieller Bedrohlichkeit, zumal der Junge wiederholt versuchte, der Therapeutin Spielsachen an den Kopf zu werfen oder sie heimtückisch, gerade in vordergründig entspannten Situationen, zum Beispiel im Puppenspiel, tötlich angriff. In diesen Situationen musste das Kind pädagogisch eingegrenzt werden, damit der therapeutische Rahmen nicht zerstört wurde. Triangulierungen führten zu unmittelbar aggressiv - impulsiven Handlungen, die wie in der Mutter-Kind Dyade zwischen Verschmelzung und Zerstörung unvermittelt wechselten. Die abwesende Mutter wurde idealisiert, die Verlustangst des Kindes war übermächtig und konnte während der ersten Be-

handlungsphase nur durch Übergangsobjekte abgemildert werden. Hierfür überließ die Mutter dem Jungen in der Trennungssituation etwas Eigenes, was ihm half, die Trennung auszuhalten. Dennoch verbrachte der Junge einen Teil der Therapiestunde am Fenster, in der Hoffnung die Mutter draußen zu sehen. In dem Maße wie die Gewalterfahrung durch Reinszenierung konstruktiv bewältigt werden konnte, nahm die Objektverlustangst ab, das Kind beruhigte sich, fing an ausdauernd zu spielen und begann im Rollenspiel sowie im künstlerischen Bereich die erlebte Gewalt zu symbolisieren. Anforderungen wie z.B. das Aufräumen oder das zu Ende führen eines Spiels oder eines Kunstwerkes, lösten nicht mehr wie früher Zerstörung aus, sondern konnten toleriert werden. Freude an der Erfüllung eines Ziels wurden spürbar.

Zu den familientherapeutischen Interventionen sei benannt, dass diese zunächst extrem turbulent verliefen, da das Kind in jeder Form versuchte, das Gespräch sowohl zwischen den Eltern selbst wie zwischen den Eltern und der Therapeutin zu unterbrechen. Beide Eltern fühlten sich verpflichtet, erzieherisch zu intervenieren, was in der Regel nicht gelang, so dass Eskalationen entstanden, die vorwiegend der Vater zu bewältigen versuchte.

Die Mutter blieb eher zurückhaltend, die Eltern kommunizierten nicht miteinander, sondern ausschließlich mit dem Kind und die Mutter versuchte, sich bei der Therapeutin Rat zu suchen. In der triadischen Situation verschob sich in der Regel der Konflikt von der Eltern-Kind-Ebene auf die Paarebene, der Vater zog sich beleidigt zurück, die Mutter übernahm die Verantwortung für das Kind, beide fühlten sich vom Mann und Vater nicht geliebt. Im Laufe der Zeit konnte die Mutter das Kind eindeutiger spüren lassen, dass sie in Beziehung zum Vater stand, der Vater konnte diesen Impuls nutzen und die Beziehung zu seiner Frau vertiefen, die ihm wiederum Kraft gab, sich auf das Kind verantwortlicher einzulassen.

Er fing an, alltägliche Verrichtungen wie z.B. das Zu-Bett-Gehen im Wechsel mit seiner Frau zu übernehmen. Die Mutter vertraute ihm, zumal sie reflektieren konnte, dass Gewalt bislang nur zwischen ihr und dem Kind entstanden war und nicht zwischen Kind und Vater, obschon sie es fantasierte. Der Konflikt zwischen Schwiegertochter und Schwiegermutter wurde in zwei Gesprächen bewegt, wobei entscheidend war, dass der Vater sich an der Konfliktlösung beteiligte, d. h. mit der eigenen Mutter kommunizierte. Die Schwiegermutter konnte realisieren, dass sie nicht mehr die Mutter dieser beiden „Kinder“ ,d. h. ihres Sohnes und der Schwiegertochter war, sondern dass die vormaligen Kinder selber Eltern geworden waren und kompetent ihre Aufgabe erfüllten. Da der Junge anfangs selbstständig

zu spielen und rasch einzuschlafen, ergab sich für die Eltern Zeit, die sie als Paar nutzen konnten. Die endlosen Schmusestunden zwischen Mutter und Sohn wurden eingestellt.

Eine psychoedukative Begleitung des therapeutischen Prozesses war ebenfalls von Bedeutung. Es war wichtig, mit den Eltern Fragen wie „Warum ist unser Sohn so?“ oder „Was soll ich denn dann machen?“ zu beantworten, d. h. Umgangsmöglichkeiten mit den Besonderheiten des Kindes im Alltag abzuwägen und diese mit der Entwicklung im therapeutischen Setting zu parallelisieren. Eine sehr wichtige und verletzliche Frage war die impulsive Gewaltanwendung zwischen Mutter und Kind. Das im therapeutischen Setting gewachsene Vertrauen zwischen Eltern und Therapeutin ermöglichte eine offene Auseinandersetzung mit den Ambivalenzen beider Eltern dem Kind gegenüber. Die frühere einseitige Beschuldigung des Kindes wich zugunsten eines interaktionellen Verständnisses der Eskalationen. An dieser Stelle war die Umsetzung der pädagogischen Vorsätze möglich und erfolgreich. Durch die Tatsache, dass beide Eltern sich vornahmen unabhängig vom Verhalten des Kindes nicht mehr zu schlagen, wuchs ein gutes Gefühl von Unabhängigkeit von den Verhaltensweisen des Kindes.

Als die Behandlung beendet wurde, neigte sich das erste Schuljahr in einer integrativen Schule dem Ende zu. Durch die Kontakte mit der Lehrerin, die zu dem Jungen einen guten Zugang hatte, wurde deutlich, dass für sie keine zu problematischen Situationen entstanden waren. Sie empfand den Jungen als eines der stabilsten Kinder in der Klasse und schätzte seinen Lernwillen und seine Konfliktfähigkeit. Da mittlerweile der Junge aufgaben- und anstrengungsbereit geworden war, war eine längere Psychodiagnostik möglich. Es wurde festgestellt, dass der Junge eine mäßige Lernbehinderung hatte, die in der integrativen Schule berücksichtigt werden konnte. Die Familie fühlte sich nun in der Lage, alleine zurecht zu kommen. Die Mutter hatte eine halbtägige Berufstätigkeit aufgenommen. Der Vater und der Junge pflegten gemeinsame sportliche Tätigkeiten. Waren die Familienmitglieder zusammen, so beschrieben sie sich als zufrieden. Im letzten Drittel der Behandlung hatte der Junge angefangen zuzunehmen. Die oralen aggressiven Verschlingungsbedürfnisse, die früher an die Mutter gerichtet wurden, wurden jetzt auf den Konsum von Süßigkeiten verschoben, so dass ein neues Spannungsfeld entstand, das für die Eltern jedoch besser handhabbar war als die unmittelbare körperliche Aggression des Kindes.

Anamnestisch sei benannt, dass zwei Jahre nach Beendigung der Therapie die Mutter die Therapeutin anrief und äußerte „wir sind glücklich“. Weitere zwei Jahre später bekamen die Eltern einen Elternfragebogen zugeschickt, den sie zurückschickten. Die Symptomatik sei nicht mehr aufgetreten, Probleme in der Schule gab es nach wie vor nicht. Erwähnt wurde, dass das Wichtigste an der Therapie die „Einbeziehung des Vaters“ gewesen sei. Der Fragebogen wurde von der Mutter ausgefüllt. Als der Junge in der fünften Klasse war, mittlerweile besuchte er eine Waldorfschule mit kleinen Klassen, nahm der Klassenlehrer Kontakt zur Kinderpsychiaterin auf. Er kam mit dem Jungen, den er als lernwillig und -fähig sowie sozial kompetent einschätzte, gut zurecht. Er wollte gerne verstehen, warum der Junge bei vom Lehrer eingeleiteten Spaßkämpfen, einen sehr roten Kopf bekam und verzweifelt aussah. Nach dem Gespräch mit der Kinderpsychiaterin entschied der Lehrer, die Spaßkämpfe mit dem Jungen nicht mehr durchzuführen. Bezüglich des Gewichtes hatte das Kind sich stabilisiert. Weitere Behandlungen waren bis zum heutigen Tag, fünf Jahre nach Abschluss der Therapie, nicht mehr notwendig gewesen.

Fall Nr. 2

Der Junge war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung sieben Jahre alt und kam in Begleitung der Mutter, die er während der Erstvorstellung körperlich zu attackieren begann. Die Mutter blieb regungslos bis gleichgültig, zwischendurch erzählte sie monoton, dass der Junge immer so sei, er würde nur noch ausrasten, sie schlagen, kratzen und beißen. Zu Ende der Erstvorstellung schaffte der Junge es doch, für die Untersucherin ein Bild zu malen.

Die Mutter erzählte, dass der Junge immer schwierig gewesen sei, er habe nie alleine spielen können, auch nie mit anderen. In der Schule sei der Junge von Anfang an sowohl aggressiv wie unaufmerksam und störend. Bei den Hausaufgaben brauche der Junge zwei bis drei Stunden und werde trotzdem nicht fertig. Nach der Trennung der Eltern ein Jahr zuvor, habe die Aggressivität gegenüber der Mutter eingesetzt. Der Junge habe außerdem eine sekundäre Enuresis nocturna entwickelt. Der Junge hatte eine kleine Schwester, die mit einem Morbus Hirschsprung und einem komplexen Herzfehler geboren wurde. Nach der Trennung lebten die Eltern ca. ein dreiviertel Jahr noch im gleichen Haus. Ein ausgeprägter Sorgerechtsstreit fing an. Die Mutter versuchte das Umgangsrecht mit dem Vater zu verhindern, während der Vater versuchte, das Kind zu sich zu nehmen. Anamnestisch sei erwähnt, dass der Junge bereits während der Schwangerschaft „der Mutter Schwierigkeiten machte“, die sich bis zu Ende des fünften

Monats übergeben musste und aufgrund von Unterernährung stationär behandelt werden musste. Bereits in der zweiten Lebenswoche sei der Junge auffällig gewesen. Er war ständig krank, die Mutter isolierte ihn von anderen Kindern, aus Angst er könne sich anstecken. Der Vater verlor sehr bald das Interesse an dem Kind, die Mutter erlebte den Vater als dem Jungen gegenüber aggressiv, aus Angst wollte sie Vater und Kind nicht alleine lassen. Vater und Kind wurden bald zu Rivalen um die Zuneigung der Mutter, die sich nur noch als Mutter, nicht mehr als Ehefrau empfand, was die Eifersucht des Mannes vertiefte. War der Vater mit dem Kind alleine, so wurde es vollständig verwöhnt, auch deshalb gab es zwischen Vater und Mutter Streit. Zu einer Einigung kam es nie. Im Kindergarten blieb der Junge isoliert, konnte weiterhin nicht selbstständig spielen, störte, raste durch die Räume, es war unmöglich, ihn ruhig zu bekommen, jede Form von Spiel, auch motorische Spiele, hielt er nicht durch. Mit Erwachsenen war das Spielen so lange möglich, wie er nur mit einem Erwachsenen alleine war und das Spiel dominieren konnte.

Stimmungsschwankungen prägten den Alltag, so dass sowohl die Kindergärtnerinnen wie später die Lehrerin und die Eltern selbst den Eindruck hatten, dass man sich auf den Jungen nicht verlassen konnte: Kam man mit ihm gerade gut zurecht, konnte die Situation innerhalb von Sekunden kippen. Der Vater berichtete nach der Trennung, dass er mit dem Jungen keinerlei Schwierigkeiten mehr habe. Als später der Vater in eine andere Stadt zog, unterbrach er die Kontakte zum Sohn vollständig, mit der Begründung, dass er dem Sohn den Streit zwischen sich und seiner Ex-Frau nicht zumuten wollte.

Psychodynamische Aspekte:

Die ausschließliche Mutter-Kind-Beziehung wurde bereits in der Herkunftsfamilie der Mutter erlebt. Ihr Vater war Alkoholiker, einmal schlug er seine Töchter, daraufhin trennte sich seine Frau von ihm und erlaubte keinen Kontakt mehr zwischen Kindern und Vater.

Die Mutter erlebte dann eine ausschließlich weibliche Sozialisation und war mit ihrer Mutter überidentifiziert. Die Ambivalenz, die sie zu ihrem eigenen Kind entwickelte, blieb ihr unbewusst. Bereits in der Schwangerschaft verschlechterte sich die Beziehung zu ihrem Mann, mit dem sie zuvor noch sehr gut klar gekommen war, zumal der Mann sie sehr verehrte und verwöhnte.

Der Vater strebte ebenfalls duale Beziehungen an, wechselte zwischen Identifikation mit dem Sohn, den er von der Mutter gegenüber der Schwester als benachteiligt erlebte und Konkurrenz, wenn er erlebte, dass die Mut-

ter ihn an sich band. Er benutzte das Kind entweder um die Mutter zu gewinnen oder gegen die Mutter zu kämpfen. Das Kind zeigte äußerlich eine auffällige Ähnlichkeit zum Vater, die ihm nach der Trennung nahezu zum Verhängnis wurde, da die Mutter ihn manchmal regelrecht mit dem Vater verwechselte. Die Tochter wurde von der Mutter deutlich weniger ambivalent betrachtet, sie war wie ein gutes Selbstobjekt für die Mutter, während der Sohn wie ein böses Introjekt war, den sie letztlich abzustoßen versuchte. Bis zum Ende der Behandlung nahm sie nie eigene aggressive Gefühle gegenüber dem Sohn wahr, sie empfand sich in ihrer Aggression ausschließlich reaktiv, „nur weil er so ist, muss ich so sein“.

Der Junge war nahezu von Geburt an in Behandlung gewesen: beim Kinderarzt, beim Krankengymnasten, beim Heilpädagogen, beim Ergotherapeuten, beim Motopäden sowie in einer kinderpsychiatrischen Institutsambulanz, in der die Diagnose „Hyperkinetisches Syndrom“ gestellt worden war. Die Pathologisierung des Kindes war bereits sehr fortgeschritten, als die psychotherapeutische Behandlung anging. Die Behandlung in unserer Praxis erstreckte sich über gute zwei Jahre. Zwischendurch erfolgte eine stationäre Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, da die häusliche Situation für die Mutter nicht mehr zu ertragen gewesen war. Eine zuerst eingeleitete medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien führte nur vorübergehend zu einer Beruhigung der Symptomatik und wurde bald für die Eltern zu einem weiteren Streitpunkt, so dass der Junge selbst die regelmäßige Einnahme ablehnte.

Zu der Behandlung gehörten sowohl Einzelstunden sowie einige wenige Familiengespräche mit Eltern und Kindern, mehrere Gespräche zwischen Mutter und Sohn und einige Einzelgespräche mit dem Vater. Eine engere Mitarbeit wurde auch mit der Lehrerin aufgebaut, die sich sehr verständnisvoll zeigte. Die Aggressivität des Kindes, die zuerst auch im psychotherapeutischen Raum dominierte und zu recht bedrohlichen Situationen zwischen Therapeutin und Kind führte, da er körperliche Attacken regelmäßig inszenierte, ließ nach der ersten Hälfte der Behandlung vollständig nach. Schwieriger war das Kind auf ein Spiel oder ein Thema oder sogar auf einen Raum zu fixieren, da er sich extrem unruhig, expansiv und unkonzentriert umtrieb. Er schien eine regelrechte Angst vor Berührung auf interaktioneller Ebene zu spüren, er empfand jegliche Form von Rückmeldung, Spiegelung oder Deutung als Angriff und Kränkung. Erst nach dem ersten Behandlungsjahr war es dem Jungen möglich im Rollenspiel oder bei motorischen Spielen Konzentration zu entwickeln, einen sprachlichen Austausch zuzulassen und Themen zu bewegen. Er konnte sich mit seinen

Machtwünschen, seinen Ohnmachtsängsten, seinen Ambivalenzen gegenüber Vater, Mutter und Schwester auseinandersetzen, wobei die Verlust- und Kastrationsangst das Bild immer wieder dominierten. Die Angst vor Verlust der Therapeutin beunruhigte ihn sehr, so dass er gegen Ende der Stunde immer unruhiger wurde und aggressive Handlungen einsetzte, um sich vom therapeutischen Raum entfernen zu können. Triangulierte Situationen, z.B. zwischen Mutter, sich selbst und Therapeutin konnte er sehr schwer aushalten: er empfand den Verlust der Dualität als Bestrafung oder als Bedrohung, fühlte sich schnell verraten und beschämt.

Erst später gelang es ihm, die Therapeutin für eine erleichterte Kommunikation zwischen sich und der Mutter zu nutzen.

Nach anderthalb Jahren Therapie war der Freizeitbereich soweit stabilisiert, dass der Junge regelmäßig auf Freizeiten mitfuhr, ohne dass sich Verhaltensauffälligkeiten entwickelten. Er hatte die erste Kommunion bekommen und wurde als Messdiener von dem Priester gerne gesehen und eingesetzt. Erstaunlich gut schaffte er es in dieser Situation ruhig und konzentriert seine Aufgaben zu erfüllen. In der Schule entwickelte sich der Junge zunehmend positiv, seine Leistungen ließen bereits in der dritten Klasse vermuten, dass er eine Gymnasial- oder Realschulempfehlung erhalten könnte. Lediglich zu Hause ließ sich an der Anspannung und Gewaltbereitschaft zwischen Mutter und Sohn wenig ändern. Die Mutter begann die therapeutische Beziehung als bedrohlich zu empfinden, sie rivalisierte mit dem Sohn um die Therapeutin, wirkte sehr entnervt, je mehr der Junge die Therapiestunden für sich nutzte, sie konnte es nicht ertragen, dass mittlerweile ihr Kind in der Umwelt eine gute Position erreicht hatte und offensichtlich „nur mit ihr“ denselben alten Krieg fortführte. Es gelang ihr nicht, ihre eigenen Anteile an diesem Kampf anzuschauen. Die Überlegung eine eigene Therapie zu machen empfand sie als reine Kränkung, als würde man ihr unterstellen, dass sie jetzt „die Kranke“ sei und nicht der Sohn. In dem Maße wie die Mutter das Thema der Fremdunterbringung bewegte, nahm die Aggressivität des Jungen ihr gegenüber zu oder er vermied Aggression dadurch, dass er sich solange wie möglich von zu Hause fernhielt, was die Mutter ebenfalls als Attacke gegen sich selbst empfand.

Letztendlich wurde vereinbart, dass der Junge in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung behandelt werden sollte, von der aus er ohne Unterbrechung fremd untergebracht wurde. Der Kinderpsychiaterin wurde bekannt, dass es der Mutter auch im stationären Setting nicht gelang, ihre

eigenen Ambivalenzen dem Sohn gegenüber aufzulösen. In der Einrichtung hatte sich der Junge von Anfang an gut eingliedern können, daraus entsprang ein gleicher Konflikt zwischen Gruppenpädagogen und Mutter, wie zwischen Mutter und Kinderpsychiaterin. Der Konflikt war offensichtlich eine Reinzenerierung der Mutter-Vater-Kind-Beziehung, die trotz aller therapeutischen Bemühungen nicht weiter entwickelt werden konnten.

Fall Nr. 9

Als der Junge von der Mutter erstmalig in der Praxis vorgestellt wurde, war er fünf Jahre alt und besuchte den Kindergarten im letzten Jahr vor der Einschulung. Die Mutter berichtete von Integrationsschwierigkeiten in der Kindergartengruppe, von Entwicklungsrückständen, die die Kindergärtnerinnen beobachtet hätten, von erheblichen Konflikten zwischen dem Jungen und seinem zwei Jahre jüngeren Bruder sowie ein sehr oppositionelles Verhalten ihr gegenüber.

Nach einer kurzen diagnostischen Phase, bei der die motorischen Entwicklungsrückstände und ein sehr inhomogenes Begabungsprofil deutlich wurden, entschied die Mutter den Jungen für eine heilpädagogische Behandlung in einer auswärtigen Praxis anzumelden, was die Kinderpsychiaterin indiziert fand. Zwei Jahre später wurde der Junge erneut von der Mutter vorgestellt. Mittlerweile besuchte er die zweite Klasse der Grundschule, nahm seit ca. anderthalb Jahren Methylphenidat, und zeigte unter der Medikation gravierende Nebenwirkungen, insbesondere Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und eine erhebliche Gewichtsabnahme, weshalb die Mutter angefangen hatte, ein schlechtes Gewissen dem Sohn gegenüber zu entwickeln, weil sie ihm das Medikament gab. Tatsächlich sah der Junge sehr blass und dürr aus, imponierte dadurch, dass er im Gespräch kein einziges Wort von sich gab, sehr schnell den Blick senkte und nahezu regungslos auf seinem Stuhl saß. Die Mutter, die die Erstvorstellung zwei Jahre zuvor noch erinnerte, brach in Tränen aus und schluchzte, dass es „nicht ihre Schuld sei, dass ihr Kind Medikamente nehmen müsse.“ Sie sehe die Veränderung, aber sie müsse doch tun, was ihr von der Kinderärztin vorge-schrieben würde. Die Lehrerin habe ihr auch keine Ruhe mehr gegeben, das Kind sei nicht mehr in der Klasse tragbar gewesen, er dachte auf die Sonderschule zu kommen. Er war in der Klasse extrem unruhig, unaufmerksam und stimmungsschwankend. Er blieb isoliert, lernte wenig, machte keine Hausaufgaben und schien auf Ansprache kaum Reaktionen zu zeigen, vor allen Dingen änderte er sein Verhalten nicht. Mit dem jüngeren Bruder benannte die Mutter keinerlei Schwierigkeiten. Schwieriger gewor-

den sei das Verhältnis zwischen ihr und dem Vater, der auch kaum ein Wort mit ihr sprach, sich konsequent zurückziehe und sie mit den Kindern ganz alleine lasse. Die Mutter schämte sich für die Verhaltensauffälligkeiten ihres Sohnes und steckte letztlich in einem unauflösbaren Dilemma. Dem Vater warf sie vor, ihr nicht zu helfen und auch zu dem Jungen ignorant zu sein.

Nach einer erneuten kurzen diagnostischen Phase, bei der deutlich wurde, dass die Defizite trotz heilpädagogischer Behandlung geblieben waren, wurde das Kind auf die Warteliste für eine Psychotherapie gesetzt. Ca. sechs Monate später konnte eine psychotherapeutische Behandlung anfangen. Zu diesem Zeitpunkt stand der Junge nach wie vor unter Methylphenidat, die gesamte Situation hatte sich jedoch nicht geändert. Im Kontakt mit der Kinderärztin wurde deren Hilflosigkeit der Symptomatik des Jungen gegenüber und der von ihr als sehr widersprüchlich und sehr impulsiv empfundenen Mutter deutlich. Sie bat die Kinderpsychiaterin um Kooperation und hoffte auf Unterstützung bezüglich der Methylphenidatmedikation, die zuerst beibehalten wurde, um einschätzen zu können, inwiefern er und die Familie sich auf eine gemeinsame Arbeit mit uns einlassen konnten. Deutlich war die Enttäuschung aller: Der Vater, der sich bereit erklärte an einigen Familiengesprächen teilzunehmen, war von seinem Sohn, auch von seiner Frau und den Helfern enttäuscht, er räumte ein, dass er sich wenig beteiligt habe, zeigte jedoch die Erwartung, dass seinem Sohn geholfen werde. Dass seine Person und Position eine wichtige Rolle in der Entwicklung des Jungen spielen konnte schien ihn eher zu überraschen.

Der Vater stammte aus einem Mittelmeerland und war der Überzeugung, dass die Erziehung die exklusive Aufgabe der Frauen sei. Im ersten Drittel der Behandlung inszenierte der Junge zuerst sehr regressive Szenen, er verblieb im Spielzelt, verhielt sich meist mutistisch, wirkte ängstlich und traurig, während er in der zweiten Hälfte der Stunde das Spiel „Sperrmüll“ inszenierte, dabei sehr aufgeregt, hektisch und umtriebig wurde, zwischen durch provokantes und zum Teil aggressives Verhalten der Therapeutin gegenüber zeigte und sie mit dem „Sperrmüll“ ohne Verabschiedung verließ. Als klar wurde, dass die Therapeutin aufgrund einer eigenen Schwangerschaft die Arbeit beenden musste, nahm die Aggressivität des Jungen zu, er versuchte gezielt ihr in den Bauch zu treten und schien sadistische Handlungen seinerseits lustvoll zu besetzen. Die Behandlung wurde von einem männlichen Kollegen fortgeführt, der zuerst vollständig ignoriert wurde. Der Junge verhielt sich erneut zuerst mutistisch, später nahm er das

„Sperrmüllspiel“ wieder auf und äußerte in diesem Zusammenhang Vorwürfe gegenüber der früheren Therapeutin, die ihn verlassen hatte. Seine sadistisch - zerstörerische Fantasie bezüglich des Kindes der Therapeutin waren sehr beunruhigend, seine gesamte Aggressivität projizierte er auf sie. Er gab an von ihr geschlagen und misshandelt worden zu sein und von ihr gezwungen worden zu sein den „Sperrmüll“ ganz alleine aufzuräumen, während sie sich ein „schönes Leben machte.“ Dem Therapeuten gelang es deutend die Situation zu begleiten, das Kind fasste Zutrauen, wandte sich dem Thema der Geschwisterrivalität sowie der Beziehungswünsche an den Vater zu, erst später konnte er sich mit seinen ambivalenten Gefühlen zur Mutter auseinandersetzen. Zu diesem Zeitpunkt war die Beziehung zum Therapeuten bereits sehr vertieft, so dass der Junge sich auch gleichzeitig mit der Tatsache auseinandersetzte, dass der Therapeut keine reale Bezugsperson für ihn war, sondern dass auch er ihn am Ende der Therapie verlassen wird. In diesem Rahmen nahmen Aggressionen wieder zu, der Junge zeigte dem Therapeuten gegenüber starke Einsamkeitsgefühle. Im familientherapeutischen Setting wurden diese Themen angesprochen, die Eltern spürten, dass der Sohn sich einsam und emotional verlassen fühlte und dass er die Beziehungskälte zwischen den Eltern schmerzlich wahrnahm. Zwischenzeitlich hatte die Mutter die Methylphenidatmedikation eigenmächtig und ohne Absprache mit Kinderärztin oder Kinderpsychiaterin abgesetzt. Das war im Rahmen einer Verzweigungskrise geschehen, bei der sie sich als ohnmächtig und von Helfern abhängig fühlte, den Helfern aber vorwarf genau wie ihr Mann, ihr nie wirklich zu helfen, aber sie zu entmündigen und ihre Kompetenz nicht wahrzunehmen. An dieser Stelle blieb eine Zeitlang unklar, ob die Behandlung fortgesetzt werden konnte. In einem Telefonat mit der Kinderpsychiaterin konnte die Mutter ihre Vorwürfe allmählich konstruktiv in ein Arbeitsbündnis umwandeln, die therapeutische Arbeit wurde fortgesetzt.

Das Verhalten des Jungen in der Schule wurde stabiler, er besuchte die Schule gerne, lernte und schien erstmalig seine intellektuellen Fähigkeiten zu entfalten.

Zwei Jahre nach Behandlungsbeginn und anderthalb Jahre nach Aufgabe der Medikation konnte die Psychotherapie abgeschlossen werden. Weitere zwei Jahre später wurde den Eltern ein Fragebogen zugeschickt, der von der Mutter ausgefüllt zurückkam. Sie beschrieb, dass der Junge stabil geblieben war und mittlerweile eine Hauptschule besuchte, was seiner intellektuellen Begabung entsprach. Die eheliche Beziehung sei warmherziger geworden, der Vater spreche immer noch sehr wenig im Vergleich zu ihr, sei jedoch präsenter und unternehme regelmäßig mit den Kindern et-

was, sie habe sich mit einigen Frauen angefreundet und genieße regelmäßige Kaffeestündchen. Die Beziehung zwischen den Brüdern war „normal“, sie stritten und liebten sich. Eine weitere Behandlung des Jungen war in der gesamten Zeit nicht nötig geworden, die Mutter unterstrich, dass sie sich ansonsten bei uns gemeldet hätte.

Fall Nr. 11

Der Junge war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung acht Jahre alt, lebte mit dem älteren geistigbehinderten Bruder und einem zwei Jahre jüngeren Bruder und der Mutter zusammen. Der Vater lebte seit ca. zwei Jahren von der Familie getrennt, die Besuchskontakte zwischen Vater und Söhnen waren unregelmäßig. Die Mutter war berufstätig und zeigte sich selbst und den Söhnen gegenüber besonders im Leistungs- und Haushaltsbereich recht anspruchsvoll. Die Vorstellung erfolgte auf Anraten des Kinderarztes, der bereits zwei Jahre lang Methylphenidat verschrieben hatte, weil er eine ADHS-Störung diagnostiziert hatte, mittlerweile jedoch unsicher war, ob die Medikation die einzige und beste Behandlungsmöglichkeit sei. In der Schule seien die Verhaltensauffälligkeiten durch die Medikation nur vorübergehend besser geworden, der Junge habe einen schlechten Stand in der Klasse, er werde nicht gemocht, zumal er störe, unbeherrscht sei, manchmal Aggressivität zeige und deutliche Leistungsdefizite besonders im sprachlichen Bereich aufweise. Er sei auch oft ausgelacht worden, wenn er vorlesen musste, da ihm das Lesen noch nicht gelinge. Zu Hause sei der Junge recht oppositionell, höre nicht auf die Mutter, habe viel Ärger mit den Geschwistern, erledige seine Hausaufgaben nicht, lüge, habe sich kaum alleine beschäftigen können. Mit ihm zu spielen sei katastrophal, da er jegliche Form von Niederlage nicht aushalte und Wutausbrüche bekomme. Er sei so unruhig und umtriebig, dass die Mutter meinte „verrückt zu werden“. Es wurde deutlich, dass die Mutter sehr reglementierend und eher rigide im Umgang mit den Kindern besonders mit dem Patienten umging.

Bezüglich der frühen Anamnese sei benannt, dass der Junge als Zweitgeborener aufgrund der geistigen Behinderung des älteren Bruders sehr schnell von der Mutter parentifiziert und später als Partnerersatz gesehen wurde. Der Vater sei von der Mutter „rausgeschmissen worden“, da er die Mutter wiederholt geschlagen und sexuell genötigt habe. Die Mutter sprach von einem versuchten Mord, den der Junge zu Hause mitbekommen habe. Sie war beim Erzählen noch so aufgeregt, dass sie verzweifelt in Tränen

ausbrach und ihre noch aktuelle panische Angst nicht verbergen konnte. Sie habe lediglich um ein Haar ihr Leben retten können, der Junge habe versucht ihr zu helfen, sie habe jedoch gemerkt, dass der Junge auch an dem Vater hänge, weshalb sie gewünscht habe, dass der Vater den Kontakt zu den Kindern aufrecht erhält. Im weiteren Umgang mit dem Jungen wurde deutlich, dass er einerseits seinen Vater verabscheute, andererseits den Kontakt zu ihm suchte und sich von ihm verlassen fühlte. Er suchte die Anerkennung durch den Vater und hatte gleichzeitig Angst vor Identifikation oder Gleichsetzung mit ihm. Hilfreich war, dass die Mutter im Laufe der therapeutischen Behandlung dem Jungen gegenüber äußern konnte, was sie positiv an den Vater gebunden hatte, welche gute Qualitäten der Vater in ihrer Beziehung gezeigt hatte, bevor er angefangen hatte zu schlagen. Sie habe ihn eine Weile lang sehr geschätzt. Die Mutter räumte auch ein, dass der Vater, so unberechenbar er ihr gegenüber gewesen sei, immer den Kindern gegenüber korrekt war.

Sie hatte nie Angst gehabt, die Kinder mit ihm allein zu lassen. Deshalb bedauerte sie umso mehr, dass der Vater so unzuverlässig im Kontakt zu den Kindern blieb. Später, als sie eine erneute Beziehung anfang und der neue Partner in die Familie einzog, gab es zwischen dem Jungen und dem Stiefvater zuerst eine feindselige Ablehnung, da der Junge an die Mutter libidinös gebunden war und nicht erlaubte, dass ein Mann sich ihr näherte. Sicherlich spielte auch eine Rolle, dass er Angst vor erneuten Übergriffen seiner Mutter gegenüber verspürte. Besonders stark war seine Angst vor eigenen Gewaltphantasien und aggressiven Handlungen, so dass er der Mutter gegenüber die Aggression vollständig zurücknahm und woanders auslebte. Auch der Leistungsanspruch der Mutter dem Sohn gegenüber konnte relativiert werden. Der Junge bewältigte diesen Selbstwertkonflikt dadurch, dass er im Spiel seine Angst zu versagen, „eine Null zu sein“ auf den Therapeuten projizierte. Dieser wurde jedes Mal verspottet und entmutigt wurde, wenn er einen Fehler beging, sei er noch so klein.

Die Mutter konnte die Not des Kindes allmählich spüren und ihn aus der Parentifizierung und der Partnerersatzposition entlassen. Sie konnte sich mit seiner Rechtschreibstörung versöhnen und davon Abstand nehmen, dass diese nur auf Böswilligkeit und Faulheit seinerseits beruhe. Der Kontakt zum Vater wurde seitens des Jungen immer spärlicher, er verteufelte den Vater nicht, er erreichte jedoch für sich einen lebhaften Kompromiss zwischen Wunsch und Realität und konnte in diesem Rahmen den Stiefvater als Ersatzvater zulassen, was in einer guten Distanz geschah. Er spürte für sich sehr klar, dass z.B. der Name „Papa“ für seinen leiblichen Vater reserviert blieb. Als die Therapie sich dem Ende zuneigte, hatte der Junge

die vierte Klasse gut abgeschlossen, die Mutter hatte ihn auf einer Hauptschule angemeldet, die er auch für sich wünschte. Er nahm den einstündigen Busweg dorthin ohne Widerspruch an. Sechs Monate nach Beendigung der Therapie wurde der Junge erneut, wie vereinbart, zur Überprüfung der Entwicklung vorgestellt. Er hatte mittlerweile in der Klasse auf der Hauptschule einen recht guten Stand. Er war im Klassenverband integriert, hatte Freunde, seine Leistungen waren ausreichend gut und die Mutter hatte im Gespräch mit den Lehrern recht positive Bewertungen über ihren Sohn gehört, so dass sie sich sichtlich stolz zeigte. Sie schien das Phantom aufgegeben zu haben, dass ihr Sohn wie der leibliche Vater ein „Monster“, oder ein „Peiniger“ ihr gegenüber werden könnte, vertraute ihm und sah in ihm das Kind und nicht mehr den Ersatzpartner. Die Traurigkeit gegenüber der Vergangenheit konnten sowohl die Mutter wie der Sohn in dem Therapieraum lassen. Auch ein Jahr nach Beendigung der Psychotherapie blieb die Situation stabil, weitere Behandlungen wurden nicht nötig. Entscheidend schien zu sein, dass die Mutter Empathie für die Gefühlswelt des Sohnes hatte entwickeln können und ihre Bitterkeit ihm gegenüber aufgab.

Bereich der Gruppenpsychotherapie

Fall Nr. 15

Der Junge war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung vierzehn Jahre alt. Er kam in Begleitung der Mutter, die vom Kinderarzt geschickt wurde, wobei sie benannte, dass sie diesen gerade gewechselt hatte, weil der erste ihm Methylphenidat verschrieben hatte und „ansonsten nichts gemacht hatte“. Im weiteren Verlauf wurde deutlich, dass der Junge eine Methylphenidatabhängigkeit insofern entwickelt hatte, dass er eigenständig für längere Zeit mit allen Mitteln versucht hatte, die Dosierung zu erhöhen, zuerst den Arzneimittelschrank, später den Haustresor der Mutter, in dem die Tabletten eingeschlossen waren, aufgebrochen hatte, um an sie heranzukommen und zuletzt zu dem ersten Kinderarzt gegangen war, von den Arzhelferinnen ein BTM-Rezept verlangt hatte, welches er auch bekommen hatte. Die Mutter war über diese Entwicklung entsetzt und hatte deshalb den Kinderarzt gewechselt. Der zweite Kinderarzt zeigte sich ebenfalls empört und verunsichert über den Verlauf, so dass er eine BTM-Rezeptierung ohne kinderpsychiatrische Abklärung verweigerte. Die Mutter zeigte sich mit diesem Prozedere einverstanden, was jedoch die Konfliktlage mit dem Sohn verschlechterte, der regelrecht nach Tabletten bettelte.

Der Junge lebte mit seinen leiblichen Eltern und dem drei Jahre jüngeren Bruder zusammen, der nach Angaben der Eltern keine Auffälligkeiten aufwies. Er sei immer ein schwieriger Junge gewesen, bereits im Kindergarten unkonzentriert, unruhig, später im Leistungsbereich unmotiviert, eher gelangweilt und ideenlos. Aggressivität habe der Junge nie gezeigt, bei Verweigerung der Tablette habe er zum ersten Mal seine Mutter angebrüllt und später die Hand erhoben. Die Mutter war erschüttert und überlegte, ob sie überhaupt mit ihrem Sohn noch zusammenleben könne. Die schulischen Leistungsdefizite waren trotz der Methylphenidatmedikation nicht weniger geworden. Auch seine Isolation blieb bestehen.

Der Junge zeigte im Testverfahren ein knapp durchschnittliches Begaunungsprofil, besucht eine Realschule und war wahrscheinlich real überfordert. Der Vater löste die Mutter bei der Betreuung der Hausaufgaben ab, die erschöpft und verzweifelt aufgab. Auch er verlor sehr bald die „Lust“ an der Begleitung des Sohnes mangels Erfolg. Es wurde vereinbart, dass der Junge weiterhin keine Medikation bekomme und an einer psychotherapeutischen Gruppe für Jungen teilnehme. Der Junge machte kein Hehl daraus, dass er unmotiviert sei und nicht kommen wolle. Er bestand darauf, dass er seine Tabletten brauchte. In der Gruppe selbst verweigerte er entweder die Mitarbeit oder jammerte über die Tatsache, dass er zur Teilnahme gezwungen wurde, wobei er sehr häufig gar nicht oder zu spät erschien. Eine Konfliktbereitschaft schien er kaum zu besitzen, lieber versuchte er sich zu drücken, es gelang ihm nicht zu seiner Situation und sich selbst zu stehen, sie zu reflektieren, er versuchte nur die Vorgaben der Eltern zu boykottieren. Letztendlich, nach mehreren verzweifelten Telefonaten mit der Mutter, die es nicht mehr schaffte, den Jungen gegen seinen Willen in die Gruppe zu bringen, wurde die psychotherapeutische Arbeit abgebrochen. Die Eltern überlegten, ob sie den Jungen in ein Internat oder in einer Wohngruppe unterbringen könnten. Diese Möglichkeiten besprachen die Eltern mit der Kinderpsychiaterin und mit den zuständigen Sachbearbeitern des Jugendamtes. Auch dieser Entscheidung entzog sich der Junge, der nur die Präferenz benannte, dass nichts geschehen solle. Trotz vordergründig guter Kooperation zwischen den Eltern, wurde im Verlauf deutlich, dass die Ehe bereits seit vielen Jahren zerrüttet war, da der Vater seit vielen Jahren eine andere Paarbeziehung hatte. Der Junge sei von der Mutter sowohl als „Richter“ aber auch als Partnerersatz in den Konflikt einbezogen worden, habe einige Jahre lang aktiv mit der Mutter solidarisiert und den Vater verteufelt. Die Parallele zwischen der Situation des Jungen und des Ehepaares schien die Lösungslosigkeit und die Konfliktunfähigkeit zu sein.

Auch eineinhalb Jahre nach Abbruch der Therapie gab die Mutter katamnestisch an, dass „sich nichts verändert hätte“, es sei für sie nicht möglich gewesen, eine Entscheidung mit oder ohne den Jungen zu treffen. Der Junge sei jetzt auf einer Hauptschule, werde aber offensichtlich keinen Schulabschluss bekommen. Die Mutter sagte der Psychologiepraktikantin, die sie interviewte, dass die Kinderpsychiaterin sie gerne anrufen könne, falls sie eine Lösung für sie habe.

Fall Nr. 59

Das Mädchen war zur Zeit der Erstvorstellung dreizehn Jahre alt, lebte mit der Mutter, dem Stiefvater und dem Halbbruder, der neun Jahre jünger war, zusammen. Sie besuchte die Gesamtschule, hatte jedoch trotz guter Begabung schlechte Ergebnisse im gesamten Leistungsbereich, da sie in der Schule entweder träumte, aus dem Fenster guckte oder vor sich hin malte, schrieb oder sich ziel- und planlos mit Material beschäftigte. Sie hatte wenige soziale Kontakte in der Schule, blieb auf Ansprache eher stumm, da sie nicht wusste, worum es ging und sich schämte. Zuhause sei sie „unerträglich“ gewesen. Sie habe alles vergessen, was man ihr sagte, habe es zum Beispiel nicht geschafft, Geschirr oder Besteck in den Küchenschrank einzuräumen, sondern habe alles wahllos in die Schubladen hinein gestopft, so dass darüber immer wieder Ärger entstand. Die Eltern warfen ihr vor absichtlich „so blöd zu tun“. Das Mädchen wurde als unordentlich, unpünktlich und vollständig unorganisiert beschrieben. Sie übernahm keine Verantwortung, war jedoch nicht offen oppositionell. Trotzdem ärgerten die Eltern sich, wenn das Mädchen entweder mit den Achseln zuckte oder unbeteiligt wiederholte, dass sie sich an nichts erinnere oder, dass sie nicht wüsste, warum sie alles nicht oder falsch gemacht habe. Zwischendurch brach das Mädchen in Tränen aus, wirkte sehr verzweifelt und hilflos, versprach sich sehr zu bessern, was ihr jedoch nicht gelang. Die Mutter, die sie zuerst geschützt hatte, klagte sie jetzt genauso wie ihr zweiter Mann an und schien einen Konflikt mit ihm zu befürchten. Der kleine Halbbruder wurde sehr betätschelt, sollte von dem Mädchen nicht geschwisterlich behandelt werden, sondern es wurde von ihr erwartet, dass sie den Jungen mitezog, mit gutem Vorbild voranging und ihn verwöhnte.

Es sei benannt, dass der Vater des Mädchens Alkoholiker war und sich im Obdachlosenmilieu aufhielt. Das Mädchen hatte ihn einige Male auf der Straße angetroffen und erkannt, obwohl sie seit Jahren keinen Kontakt

mehr zu ihm hatte. Sie schämte sich zutiefst seinetwegen. Die Mutter reagierte in diesen Situationen panikartig und zerrte die Tochter regelrecht von der Straße weg. In der Psychotherapiegruppe für Mädchen konnte die Patientin mit zunehmender Offenheit ihre Position in der Familie reflektieren, ihre widersprüchlichen Gefühle sowohl dem leiblichen Vater sowie der Mutter und dem Stiefvater gegenüber entfalten. Das Schmerzlichste für sie war zu erkennen, dass sie trotz Entsetzen ihrem leiblichen Vater gegenüber auch ein bisschen Verbundenheit und Sehnsucht nach ihm empfand, worüber sie sich sehr schämte.

Sie fühlte sich ihrer Mutter sehr verpflichtet, vertrat die Ansicht, dass ihre Mutter immer alles richtig gemacht hatte und dass sie keinen Vorwurf an die Mutter habe. Das relativierte sie im Laufe der Behandlung, ohne von ihren eigenen aggressiven Gefühlen überflutet zu werden. Die Unterstützung der anderen Mädchen, die sie in der Auseinandersetzung ermutigten und ihr solidarisch beistanden, konnte sie sehr gut annehmen, so dass sie meistens kräftiger und ausgeglichener die Therapiegruppe verließ. Auf eigenen Wunsch arbeitete sie in der Gruppe über zwei Jahre mit. In dieser Zeit waren die Verhaltensauffälligkeiten rückläufig, das Mädchen hatte in der Schule hervorragende Ergebnisse, war sozial integriert und hatte in der Familie ein gutes Ansehen bekommen. Die begleitenden familientherapeutischen Gespräche verliefen recht konfrontativ und waren durch mutige Offenheit gekennzeichnet. Das einzige „Tabuthema“ war die Erziehung des jüngeren Sohnes. Zwei Jahre nach Abschluss der Gruppenpsychotherapie meldeten die Eltern des Mädchens den jüngeren Sohn, mittlerweile neun Jahre alt, wegen einer aggressiven Symptomatik zur Erstvorstellung an. Sie berichteten, dass es dem Mädchen „wunderbar“ ginge, sie sei gewissenhaft und erfolgreich, sie habe ihren Abschluss mit guten Zensuren bekommen und habe einen stabilen Freundeskreis.

Bereich Vernetzung zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis und Jugendhilfe

Fall Nr. 30

Der Junge war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung vierzehn Jahre alt, besuchte die Hauptschule und bekam seit dem sechsten Lebensjahr eine Methylphenidat-Medikation zu dem Zeitpunkt 36 mg täglich. Der Junge lebte mit den leiblichen Eltern als Einzelkind zusammen. Da trotz der bisherigen Behandlungen (Psychopharmaka und Ergotherapie) die Schulschwierigkeiten und die Verhaltensauffälligkeiten zu Hause nicht besser geworden wa-

ren, hatte die Familie beim Jugendamt eine flexible Erziehungshilfe beantragt und wurde seit einigen Monaten von einem Sozialpädagogen mit einer Zusatzausbildung in Familientherapie begleitet. Der Erziehungshelfer schlug eine Vorstellung in unserer Praxis vor, die Eltern bejahten, obwohl sie bereits bei mehreren Kinder- und Jugendpsychiatern bzw. Kinderärzten gewesen waren. Sie waren zum Teil enttäuscht, zum Teil verärgert darüber, dass bis auf die Ergotherapie lediglich medikamentös vorgegangen wurde, wogegen sie sich aber nicht aktiv aufgelehnt hatten.

Ein eigenständiger Versuch, sechs Monate vor der Erstvorstellung die Methylphenidat-Medikation abzusetzen, weil der Junge sie mittlerweile ungerne nahm, hatte dazu geführt, dass der Junge extreme Panikattacken entwickelt hatte, weshalb er über mehrere Wochen die Schule nicht besuchen konnte. Die Eltern hatten dann die Medikation wieder angesetzt, woraufhin sich die Symptomatik unmittelbar legte. Aus den Unterlagen, die die Eltern mitbrachten, ging hervor, dass der Junge bereits mehrfach getestet worden war, dass er eine randnormale Begabung aufwies und ansonsten unauffällig in seiner Entwicklung gewesen sei. Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, wurde der Junge lediglich zu einer Methylphenidatprobe eingeladen, d.h. er wiederholte einen psychometrischen Test mit oder ohne Methylphenidatgabe, um zu klären, ob eine Responderwirkung zu beobachten sei. Darüber hinaus wurde er gebeten, einige projektive Testverfahren durchzuführen, was er gerne tat. Das Ergebnis der Methylphenidatprobe war negativ. Die projektiven Testverfahren wurden gemeinsam mit den Eltern und dem Jungen besprochen. Es ergaben sich deutliche Hinweise auf tief liegende Ängste, die sich besonders auf Gefühle der Verlassenheit und der Hilflosigkeit bezogen. Orale, für das Alter noch sehr ausgeprägte Versorgungswünsche wurden an die Mutterfigur gerichtet, pubertäre Ablösungsphantasien oder emanzipatorische Wünsche spielten kaum eine Rolle. Die Vaterfigur wurde aufgrund seiner Wirksamkeit und Unabhängigkeit beneidet, Hinweise auf Identifikation mit der Vaterfigur fehlten. In einem weiteren Gespräch wurde mit dem Erziehungshelfer und den Eltern sowie nach telefonischer Absprache mit der rezeptierenden Kinderärztin besprochen, in welcher Form die Methylphenidatmedikation abgesetzt werden könnte ohne eine erneute Entzugsreaktion auszulösen.

Es sei genannt, dass die Pädiaterin sich sehr über die Kontaktaufnahme seitens Kinderpsychiaterin freute, sie äußerte ihr gegenüber eine schon länger andauernde Unzufriedenheit mit der alleinigen Rezeptierung und eine gewisse Hilflosigkeit sowohl der Symptomatik, wie auch der Familie gegenüber so dass sie bei den weiteren Planung „mit ins Boot“ genommen wer-

den wollte. Hilfreich war von ihr die langjährige Erfahrung mit der Familie, zu hören besonders die Widersprüchlichkeiten der Eltern, die einerseits immer wieder die Gesundheit des Jungen „bestätigt haben wollten“, andererseits jede Menge Material lieferten, um die Pathologie des Jungen zu unterstreichen, was die Pädiaterin in eine Dilemmasituation geführt hatte. Durch eine Umstellung auf ein Kurzzeitpräparat konnte die Methylphenidat-Medikation in 5 mg Schritten innerhalb von ca. sechs Wochen abgesetzt werden. Panikattacken wurden dabei zu keinem Zeitpunkt beobachtet. Der Familienhelfer, der von den Ergebnissen der kinderpsychiatrischen Diagnostik für seine weitere Arbeit sehr profitiert hatte, konnte vor Ort im Familiensystem so weit hilfreich werden, dass der Junge sich allmählich emanzipierte und in Begleitung des Erziehungshelfers zusammen Aktivitäten mit Gleichaltrigen aufnahm.

Kontakte zu der Kinderpsychiaterin wurden erneut nötig, als der Junge, wahrscheinlich in einer Überprüfungssituation bezüglich der Bereitschaft seiner Eltern, ihn weiter individuieren zu lassen, eine erneute schulphobische Reaktion über zwei Tage zeigte, die die Eltern, die ebenfalls panisch reagierten, in ihrer Entwicklung stark zurückwarf. Die baldige Kontaktaufnahme zur Praxis ermöglichte eine akute Auseinandersetzung mit dem Geschehen, der Entwicklungshelfer konnte seine Position gegenüber den Eltern mit Hilfe der Kinderpsychiaterin reflektieren, Widerstände der Eltern ihm gegenüber wurden genauso deutlich, wie der Junge die subtile manipulative Art des Jungen dem Erziehungshelfer gegenüber, den er als „Versager“ seinen Eltern lieferte. Letztlich wurde der Konflikt humorvoll und konstruktiv gelöst, so dass der Junge schon am nächsten Tag die Schule besuchen konnte. Wichtig war, dass der Vater Mut entwickelte, den Jungen in seiner Loslösung von der Mutter zu unterstützen. Die Mutter spürte jetzt, dass sie diejenige war, die Angst vor Separation bekam, als ihr Sohn sich tatsächlich von ihr emanzipierte. Sie realisierte, dass sie sich an die „Krankheit“ des Sohnes geklammert hatte, um unbewusst seine Individualität zu verhindern.

In einer weiteren Kontaktaufnahme wurde die Entwicklung überprüft, der Erziehungshelfer und die Familie hatten eine sehr vertrauensvolle und lebendige Form der Zusammenarbeit gefunden, das Thema der Pathologisierung des Jungen stand im lebendigen Mittelpunkt, die Eltern konnten ihre eigenen Anteile an der Entwicklung und nicht nur „die Schuld der Ärzte“ betrachten. Ein anderthalb Jahre nach Beendigung der kinderpsychiatrischen / psychotherapeutischen vernetzenden Arbeit war der Junge immer noch stabil und stand kurz vor dem Abschluss seiner Hauptschule. Der Erziehungshelfer war noch in der Familie, sein Abschied war jedoch bereits

geplant. Eine neue medikamentöse Behandlung wurde nicht nötig, die Pädiaterin berichtet telefonisch, dass der Junge auch bezüglich „somatische Erkrankungen“ viel seltener in ihrer Praxis erschienen sei, sie habe den Eindruck, dass er sich insgesamt gekräftigt habe.

9. Literaturverzeichnis

- Berger, M. (1993): Und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum. *Kinderanalyse* 2/1993, S. 131-150.
- Besser, L. U. (2005) *Psychotraumata, Gehirn- und Suchtentwicklung*. In: Möller, C. H. (Hrsg.): *Drogenmißbrauch im Jugendalter*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bonney, H. (2000): Neues vom "Zappelphilipp" - die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, S. 285-299.
- Bovensiepen, G. (2001): Vom Körper zum Symbol. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, Heft 9. 32. Jg. 1/2001.
- Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.) (2002): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.
- Brisch, K. H. (2002): *Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung aus der Sicht der Bindungstheorie*. In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt/Main. Brandes & Apsel. S. 45-69.
- Damasch, S. (2002): "Er weiß nicht, wo er anfängt und wo er aufhört!" In: Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hg.): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt/Main. Brandes & Apsel. S. 257-311.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Hrsg.) 2003: *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen*. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002): *Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 51, S. 419-440.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000 a): *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsycho-Therapie*, Bd. 1, Göttingen, Hogrefe.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (1998): *Therapieprogramme für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*, 2. korrigierte Auflage, Weinheim: Psychologieverlags-Union.
- Döpfner, N. & Lehmkuhl, G. (2000): *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*, 2. korrigierte und ergänzte Auflage, Bern, Huber.
- Eggers, Ch. (2003): *Entwicklungspsychologische Aspekte aggressiven Verhaltens*. In: Lehmkuhl, U.: *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Frölich, J., Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (2002): *Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternteraining bei hyperkinetischen Kindern*. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 51: 476-493.

- Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000 b): Ratgeber über hyperkinetische Störungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Ratgeber Kinder- und Jugend-Psychotherapie, Bd. 1, Göttingen, Hogrefe.
- Gerspach, M. (2001): Hyperaktivität aus der Sicht der psychoanalytischen Pädagogik. In: Passolt, M. (Hrsg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München, Reinhardt, S. 50-79.
- Grawe, K. & Fliegel, S. T. (2005) "Ich glaube nicht, dass eine Richtung einen Wahrheitsanspruch stellen kann!" Psychotherapie im Dialog 2/2005, 127-236.
- Günter, M. (2001): Körperbild, Identität und Objekterfahrung - Das Bild des eigenen Körperers als Beziehungsangebot. In: Passolt, M. (Hrsg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München. Reinhardt, S. 80-92
- Häußler, G. & Hopf, H. (2001): Frühe Faktoren in der Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Aufmerksamkeit. Analytische Kinder- und Jugend-Psychotherapie, Heft 112, 22. Jg. 4/2001.
- Häußler, G. (2002): Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 51, S. 454-465
- Horn, H. (2002). Strukturelle Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Rudolf, E., Grande, T. & Henningsen, P.: Die Struktur der Persönlichkeit (2002), Stuttgart, Schattauer-Verlag
- Huss, M. (2003). Chancen und Pflichten einer modernen Stimulanzientherapie. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. & Bonney, H.: Neues vom "Zappelphilipp". Olten, Walther.
- Koch, I. N. & Günter, M. (2002): Veränderungen mentaler Repräsentationen bei aufmerksamkeitsgestörten Kindern unter Methylphenidat - Eine Pilotstudie (2003), Postervortrag, Wien.
- Konrad, K. & Herpertz-Dahlmann, B. (2003): Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS. *Kinder- und Jugendmedizin* 4/2003.
- Lauth, G. W. & Schlotke, P.F. (1999): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. 4. korrigierte Auflage, Weinheim: PVU.
- Leichsenring, F., Rabung S. & Leibling, S. (2004): The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2004, 61: 1208-1216.
- Mickley, M. & Pisarsky, B. Ch. (2003): Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung. Von der multimodalen Therapie zur systemischen Perspektive. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* 1, 2003, S. 10-26.
- MTA-Cooperative-Group (1999): A 14 months randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit / hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 56 1073-1086.
- Overmeyer, S. & Ebert, D. (1999): Die hyperkinetische Störung im Jugend- und Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt* 96. S 1275-1278.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M. & Greiner, A. R. (2000): Behavioral versus Behavioral and Pharmacological Treatment in ADHD Children a Attending a Summer Treatment Program. *J. Abn Child Psychol.* 28:6, 507-525.
- Remschmidt, H. & Heiser, Ph. (2004): Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen. *Deutsches Ärzteblatt* 37, 2071-2078.
- Rothenberger, A. & Hüther, G. (1997): Die Bedeutung von psychosozialem Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung. *Neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 46. S. 623-644.

- Salbach, H., Huss, M. & Lehmkuhl, U. (2002): Impulsivität bei Kindern mit hyperkinetischem Syndrom. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 51: S. 466-475.
- Schaff, C. (2001): Das hyperkinetische Kind im Spannungsfeld des Geist-Körper-Dialogs. *Oder: Jakob, wo bist du? Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.* 32 (4), S. 543-560.
- Schaff, Chr. (2002): Eindrücke von der 2. Konsensustagung des BKJPP zum Thema ADS/ADHS, *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.* 2, 2002, S. 11-15.
- Schmeck, K. (2003): Die Bedeutung von spezifischen Temperamentsmerkmalen bei aggressiven Verhaltensstörungen. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen.* Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Spitzcok von Brinsinski, I. (2003): Tagesklinische und vollstationäre Diagnostik und Behandlung von bei ADS und ADHS / HKS - Aspekte der Indikation und Verweildauer (2003). *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* 1/2003, S. 48-60.
- Stork, J. (1993): Über die psychischen Hintergründe des hyperkinetischen Verhaltens. *Kinderanalyse* 2/1993, S. 203-230.
- Trott, G.-E. (2002): ADHS Wenn Zappelphilipp erwachsen wird. *Neurotransmitter* 4/2002.
- Vitiello, B., Severe, J. B., Greenhill, L. L., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Bukstein, O. G., Elliott, G. R., Hechtmann, Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., March, J. S., Newcorn, J. H., Swanson, J. N. & Cantwell, D. P. (2001): Methylphenidate dosage for children with ADHD over time under controlled conditions: lessons from the MTA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 188-196.
- Warnke, A. & Wewetzer, Chr. (2003): Therapie der ADHS. *Kinder- und Jugendmedizin* 4/2003.
- Wells, K. C., Pelham, W. E. & Kotkin, R. A. (2000): Psychosocial Treatment Strategies in the MTA-Study: Rationale, Methods and Critical Issues in Design and Implementation *J. Abn Child Psychol.* 28:6, 483-505.
- Winnicott, D. W. (1935): Die manische Abwehr. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse.* Frankfurt/Main, Fischer, 1985.
- Winnicott, D. W. (1962): Ich-Integration in der Entwicklung des Kindes. In: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt.* Frankfurt/Main, Fischer, 1985.
- Wolke, R., Rizzo, P. & Woods, S. (2002): Persistent Infant Crying and Hyperactivity Problems in Middle Childhood. *Pediatrics* 109, 1054-1060.

Unser Dank gilt in besonderem Mass Frau cand.psychol. Christina Posseik für ihre vielfältige Unterstützung.

Adressen der Verfasser:

Anna Maria Sant'Unione
Friedrich-Engels-Allee 268, 42285 Wuppertal

Matthias Wildermuth
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Rehbergpark, Austr. 40, 35745 Herborn

Tagungsrückblick

„Mehrsprachigkeit: Chancen und Risiken für die Entwicklung der Laut- und Schriftsprache“

13. Münchner kinder- und jugendpsychiatrisches Frühjahrssymposium über Entwicklungsstörungen am 10. März 2007 in München

Mehrsprachigkeit ist in unserer globalisierten Welt eher die Regel als die Ausnahme. Für Migrantenkinder ist sie Voraussetzung für ein Gelingen der Integration und für muttersprachliche Kinder ein Ziel, das am Ende der Schulzeit erreicht sein soll. Gelungene Mehrsprachigkeit ist eine Bereicherung und eröffnet Grenzen überschreitende Chancen.

Doch der Erwerb von Mehrsprachigkeit kann auch scheitern. Sprachtherapeuten kennen dieses Problem seit langem, denn ihnen werden überproportional häufig Kinder mit Migrationshintergrund zur Therapie überwiesen. Von der Forschung werden sie bislang allerdings weitgehend im Stich gelassen. Zwar gibt es zahlreiche Studien zum mono- und bilingualen Spracherwerb, doch aus diesen werden Kinder mit Entwicklungsproblemen gezielt ausgeschlossen. Erst seit wenigen Jahren beschäftigen sich einzelne Forschungsprojekte mit der Frage, wie ein Mehrspracherwerb bei Kindern mit Beeinträchtigungen der Entwicklung der Laut- oder Schriftsprache verläuft und welche diagnostischen und therapeutischen Besonderheiten bei diesen Kindern zu berücksichtigen sind. Ziel der Tagung war es, den gegenwärtigen, noch recht begrenzten Wissensstand zu Sprachentwicklungsstörungen im Kontext von Mehrsprachigkeit zusammenzufassen.

Im Einführungsvortrag ging Herr Klein (Nijmegen) auf Mechanismen des Erst- und Zweitspracherwerbs in unterschiedlichen Altersstufen und Sprachen ein. Nicht nur für den Erst-, sondern auch für den Zweitspracherwerb beschrieb er typische Übergangsstadien. Über den optimalen Zeitpunkt des Beginns eines Zweitspracherwerbs werde auch heute noch kontrovers diskutiert. Nach bisherigen Erfahrungen gelingt der ungesteuerte Zweitspracherwerb vor dem 10. Lebensjahr etwas besser als in späterem Alter, während dies für den gesteuerten Zweitspracherwerb eher umgekehrt der Fall zu sein scheint.

Frau Rothweiler (Hamburg) erläuterte auf der Grundlage eines von ihr geleiteten Forschungsprojekts Sprachbesonderheiten bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern mit und ohne Spracherwerbsstörungen. Sie konnte beobachten, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder häufig Sprachkonstruktionen benutzen, welche die „Basissprache“ bei ungesteuertem Zweitspracherwerb im Erwachsenenalter charakterisieren. Diese Besonderheiten wurden einprägsam anhand einer Schimpfkanonade von Trapatoni nach einem verlorenen Spiel des FC Bayern erläutert. Frau Rothweiler führte aus, dass es bislang keine Belege für negative Auswirkungen eines mehrsprachigen Umfeldes auf die Entwicklung sprachgestörter Kinder gibt, eine für die Beratungspraxis bedeutsame Feststellung.

Auf Probleme der Sprachdiagnostik bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern ging Frau Triarchi-Herrmann (München) ein. Es wurde deutlich, dass Verfahren, die hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit überprüft wurden, bislang kaum zur Verfügung stehen. Für die Differentialdiagnose zwischen Sprachstörung und mangelndem sprachlichem Input bedeutsam seien insbesondere genaue Informationen zum Sprachkontakt und die sprachlichen Fähigkeiten in der Muttersprache.

Mechanismen des bilingualen Spracherwerbs wurden von Frau Tracy (Mannheim) thematisiert. Anhand typischer Beispiele aus ihren zahlreichen Forschungsprojekten zeigte sie, dass einzelne Meilensteine des Spracherwerbs in gleichzeitig erlernten Sprachen nicht parallel durchlaufen werden. Eine Sprachmischung in Übergangsphasen deutete sie als Zeichen für Sprachkompetenz. Die Kinder würden so in effizienter Weise fehlende Ausdrucksmöglichkeiten in der einen Sprache durch Elemente der anderen Sprache kompensieren.

In einem engagierten Vortrag setzte sich Frau Leuninger (Frankfurt a. M.) für ein Erlernen der Gebärdensprache als Muttersprache bei tauben und hochgradig hörgestörten Kindern ein. Nur bei einem Beginn des Lernens vor dem vierten Lebensjahr könne ein differenziertes Sprachsystem und damit die Voraussetzung für den effektiven Erwerb anderer Sprachen, wie z. B. der Schriftsprache, erworben werden. In Interaktion mit dem Auditorium demonstrierte Frau Leuninger, wie in der Gebärdensprache durch eine simultane Übermittlung von Informationen eine der Lautsprache vergleichbare Geschwindigkeit erreicht werden kann.

Herr Hopf (Potsdam) hinterfragte verbreitete Überzeugungen zur optimalen schulischen Förderung mehrsprachig aufwachsender Kinder. Er führte aus, dass der Nutzen eines Unterrichts in der Herkunftssprache bislang nicht belegt sei. Hingegen hätten Studien gezeigt, dass Migrantenkinder,

die Deutsch als Alltagssprache benutzen, ähnliche Schulleistungen wie deutschsprachige Kinder erreichen, während Kinder, die mit Gleichaltrigen überwiegend in ihrer Muttersprache kommunizieren, einen Rückstand von 2 bis 3 Jahren aufweisen. Auch unter Berücksichtigung der Vielfalt der von Migranten in Deutschland gesprochenen Sprachen kam er zu dem Ergebnis, dass ein Unterricht und eine Förderung in Deutsch im Mittelpunkt der Bemühungen stehen sollten. Die Evaluation des Effekts einer Sommerschule hätte ergeben, dass durch einen gezielten Sprachunterricht deutliche Lernfortschritte zu erreichen seien, nicht jedoch durch eine unstrukturierte Sprachförderung mittels Theaterspiel.

Der abschließende Beitrag setzte sich mit dem Schriftspracherwerb im Kontext von Mehrsprachigkeit auseinander (v. Suchodoletz, München). Drei Themenkomplexe wurden angesprochen: 1. Besonderheiten der LRS in Abhängigkeit von der Art der Schriftsprache, 2. Symptomatik und Diagnostik der LRS bei Mehrsprachigkeit und 3. Probleme von LRS-Kindern beim Fremdspracherwerb. Aus den Darlegungen wurden konkrete Vorschläge für die Betreuung von LRS-Kindern und die Beratung von deren Eltern abgeleitet.

Alles in allem wurde im Laufe des Symposiums deutlich, dass zwar einerseits erhebliche Forschungsdefizite bestehen und unser Wissen über Spracherwerbsstörungen und Mehrsprachigkeit in weiten Bereichen auf Einzelfallbeobachtungen und praktischer Erfahrung beruht, dass aber andererseits die Bemühungen der letzten Jahre um eine Überprüfung von Vorannahmen erste Früchte tragen und für die Betreuungspraxis bedeutsame Ergebnisse erbracht haben. Wie relevant die Thematik für zahlreiche Fachgebiete ist, zeigte die große Teilnehmerzahl. Obwohl die Tagung im Audimax mit über 800 Plätzen stattfand, musste aus Platzgründen manchen Interessenten abgesagt werden.

Die Beiträge werden demnächst in einem Themenheft der Zeitschrift „Sprache-Stimme-Gehör“ nachzulesen sein.

Waldemar v. Suchodoletz

Buchrezensionen

Waldemar von Suchodoletz (Hrsg.): **Therapie der Lese- und Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick.** 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 2006. 306 Seiten, 35,00 €
ISBN-13: 9783170188457

Erfreulicherweise ist jetzt seit 2006, drei Jahre nach der Erstausgabe, die 2. erweiterte Auflage im Handel zu erwerben. Die glänzende Grundidee des Buches, einen Überblick über die Vielzahl der Behandlungsmethoden der LRS aus dem Blickwinkel der Wissenschaft zu liefern, hat offensichtlich eine wichtige Lücke schließen können und ist bei den Lesern auf sehr gute Resonanz gestoßen (vgl. die Rezension der 1. Auflage im Forum 1/2004). Die Neuauflage wurde nun um 29 Seiten erweitert. Neben vielen Textverbesserungen wurden auch noch weitere Behandlungsverfahren in die Übersicht aufgenommen. Neu in dieser Auflage sind die Beschreibungen der Methode der sensorischen Integration, der HANDLE- und der Padovan-Therapie. Das neu aufgenommene Verzeichnis der Behandlungs- und Diagnostikverfahren erleichtert das Auffinden dieser Methoden.

Wichtige Botschaften des Buches bleiben: 1. ein gutes Betreuungskonzept für LRS-Kinder umfasst immer die Bereiche der Schule, des Elternhauses und außerschulische Behandlung 2. Eltern können zuhause eine positive Entwicklung der Kinder unterstützen, indem sie Teilbereiche der Förderung übernehmen. 3. Eine außerschulische Behandlung ist bei allen stärker betroffenen LRS-Kindern unverzichtbar. 4. Auch die dabei zusätzlich auftretenden Probleme, wie z.B. Aufmerksamkeit, Verhalten, Sprache u.a. sollten berücksichtigt werden 5. Alle Behandlungsangebote, die ohne große Anstrengung schnelle Erfolge versprechen, sollten misstrauisch stimmen 6. Eine enge Kooperation von Schule, Elternhaus und Therapeuten stellt eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Betreuung eines LRS-Kindes dar.

„Dem Herausgeber ist es gelungen einen kompakten und gut strukturierten Überblick über die wichtigsten traditionellen und alternativen Behandlungsmethoden für die Lese-Rechtschreibstörung vorzulegen. Für die betroffenen Eltern, Lehrer, (Schul-)Psychologen, Kinder- und Jugendpsy-

chiater sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten stellt das Werk eine sehr nützliche Lektüre dar. Sie gibt dem Leser eine Art Kompass an die Hand und erlaubt eine bessere Orientierung in dem Dschungel der unterschiedlichen Fördermaßnahmen. Eine Art Stiftung Warentest für die LRS - Behandlung. Testurteil: sehr gut.“ (vgl. Forum 1/2004). Dies gilt heute für die verbesserte Neuauflage genau so.

Dr. Bodo Christian 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.: 02162/965000, 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 (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden 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.