

Inhalt

Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Teil II: Übersicht <i>Franz Wienand</i>	2
Bruderheld und Schwesterherz – Geschwister als Ressource <i>Inés Brock</i>	25
ADHS bei Fetalen Alkohol-Spektrumstörungen (FASD) <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	47
Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Verbände und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz - PsychThGAusbRefG)	69
<i>Kolumne:</i> Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i>	80
<i>Buchrezension</i> Seelische Probleme von geflüchteten Kindern und Jugendlichen. Wie Schule und Kinderpsychiatrie kooperieren können	83
Hinweise für Autoren	84
Anzeigen	86
Mediadaten	95
Impressum	96

Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Teil II: Übersicht

Franz Wienand

Vorbemerkung: Der erste Teil dieser Serie (Forum 3/2018, S. 63-76) behandelte die Geschichte, die Prinzipien und die theoretischen Grundlagen der projektiven Diagnostik. Der zweite Teil bietet einen Überblick über die Vielfalt und das Potential projektiver Verfahren. (Quellenhinweis: Der vorliegende Text basiert auf Wienand (2016, 2019): Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart).

Die **Einteilung** der klassischen projektiven Verfahren erfolgt anhand des angesprochenen Ausdrucks- und Gestaltungsmittels Zeichnen, Sprache und Spiel. Daraus ergibt sich die Klassifizierung nach zeichnerischen Gestaltungsverfahren, verbal-thematischen Verfahren, spielerischen Gestaltungsverfahren und Formdeutungsverfahren. Hinzu kommen die vergleichsweise jüngeren Methoden der Bindungsdiagnostik und Familiendiagnostik.

Die unterschiedlichen Zugangsweisen erlauben es, die Wahl der Methode dem Entwicklungsstand und der bevorzugten Ausdrucksebene eines Kindes anzupassen. Jüngere Kinder bis zum Vorschulalter sind noch stark dem primärprozesshaften Denken verhaftet und drücken ihre Befindlichkeit über den Körper, die Aktion und das Spiel aus. Sie können ihre Emotionen nur eingeschränkt verbalisieren, verfügen jedoch schon über Vorstellungskraft und die Fähigkeit zur Symbolisierung. In diesem Alter und auch bei wenig introspektionsfähigen Jugendlichen bieten sich spielerische und zeichnerische Gestaltungsverfahren an.

Ab dem Vor- bzw. Grundschulalter lassen sich zusätzlich verbal-thematische Verfahren mit Gewinn einsetzen. Erfahrungsgemäß können auch im Gespräch nicht offene Kinder ihre Konflikte in den projektiven Tests durchaus auf prägnante Weise ausdrücken.

Die offene Fragestellung projektiver Methodik fordert zu kreativer Gestaltung auf. Vorstellungskraft, Ideenreichtum und Ausdrucksfähigkeit sind Ressourcen, die in der standardisierten Psychodiagnostik üblicherweise nicht erfasst werden, aber eine wesentliche Rolle für die Behandlungsmotivation und den Therapieerfolg darstellen (Grawe & Grawe-Gerber 1999).

Die *Durchführung* aller projektiven Verfahren sollte in einer entspannten, ruhigen Situation ohne Leistungsdruck erfolgen. Bei Kindern kann es nützlich sein, den Vorgang als gemeinsames Spiel zu bezeichnen, bei Jugendlichen sollte erklärt werden, dass es um die Phantasie und nicht um richtig oder falsch geht.

Voraussetzung für die *Auswertung* und *Interpretation* projektiver Tests ist die Kenntnis des jeweiligen Testmanuals und entsprechender Lehrbücher. Ausführliche Übersichten bieten das Handbuch von Wienand (2016, 2019) und das Werk von Lehmhaus & Reiffen-Züger (2017).

Zeichnerische Gestaltungsverfahren

Indikations- und Anwendungsbereiche: Zeichnungen werden in der Entwicklungsdiagnostik ab dem Alter von 3 Jahren routinemäßig als orientierende und Screeningverfahren eingesetzt. Sie können Aufschluss geben über den Stand der psychomotorischen Entwicklung, der Formauffassung und über Gestaltungskraft und Kreativität. Da die Zeichenfertigkeit in dieser Altersstufe einer hohen Variabilität unterliegt, eignen sich Kinderzeichnungen nicht für eine präzise Entwicklungsdiagnostik. In Form der projektiven Zeichentests geben sie jedoch Hinweise auf emotionale Befindlichkeiten, Grundstimmung und aktuelle Gestimmtheit, auf Konflikte und die Sicherheit von Bindungserfahrungen. Aufgrund der leichten Durchführbarkeit und hohen Ökonomie sind sie in der Psychodiagnostik von Kindern und Jugendlichen weit verbreitet.

Zu den gebräuchlichsten *Zeichentests* in der projektiven Psychodiagnostik von Kindern und Jugendlichen zählen die folgenden Verfahren: Der *Baum-*

test von Koch (1949), der *Draw-A-Person-Test* (DAP) von Machover (1949), der *Human-Figure-Drawing-Test* von Koppitz (1968) (Dt.: *Zeichne-einen-Menschen-Test* ZEM, 1972) und die *House-Tree-Person Technique* von Buck (1948), dt. *Haus-Baum-Mensch-Test* H-T-P). Eine erweiterte Fassung stellt der *Baum-Haus-Feuer-Wasser-Mensch-Test* (BHFWM-Test) nach Lutz (2007) dar.

Die Probanden werden aufgefordert, die genannten Elemente auf ein weißes Blatt Papier zu zeichnen. Die Menschzeichnungen werden unter formalen Gesichtspunkten auf sogenannte Entwicklungsmerkmale (Vollständigkeit, Differenziertheit der Darstellung etc.) hin untersucht. Die qualitative Analyse bezieht sich auf sogenannte emotionale Faktoren, die sich unter anderem im Ausdrucksgehalt der Zeichnung, in Verzerrungen der Proportionen und im Fehlen wichtiger Details zeigen. Bei den erweiterten Versionen werden zusätzlich die Beziehungen zwischen den dargestellten Elementen und deren symbolischer Gehalt interpretiert.

Familienzeichnungen werden eingesetzt, um eine Vorstellung davon zu bekommen, wie ein Kind das Klima in seiner Familie, die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander, Koalitionen und Machtverhältnisse und seine Position im Familiensystem erlebt. Am gebräuchlichsten sind in Deutschland die folgenden Verfahren: Die *Familie in Tieren* (FiT) von Brem-Gräser (1957) und die *Verzauberte Familie* (VF) von Kos & Biermann (1973, 2002). Die Wunschfamilie in Tieren (Wienand 2016, S. 104ff) lädt nach der problemorientierten FiT dazu ein, eine lösungsorientierte Darstellung der Familie in Tieren „so wie Du es Dir wünschen würdest“, zu zeichnen.

Das Kind wird unter Hinweis auf die Märchenwelt aufgefordert, sich vorzustellen, *seine* Familie und es selbst seien eine Tierfamilie bzw. in Tiere verwandelt worden (FiT) bzw. es soll sich (VF) vorstellen, es kommt ein Zauberer und verzaubert *eine* Familie und zwar „alle Menschen dieser Familie, Große und Kleine“, und zu zeichnen, was da geschehen ist.

Festgehalten werden die Reihenfolge und Art der gezeichneten Elemente. Die Nachbefragung bezieht sich auf Eigenschaften, die das Kind mit den einzelnen Tieren bzw. Elementen verbindet, auf deren Beziehungen zueinander und wie es denen wohl gehen mag. Bei der VF wird das Kind auch aufgefordert, die Geschichte der Verzauberung zu erzählen, und es wird zuletzt gefragt, in welches Tier es sich am liebsten verwandeln oder welches Tier es nicht sein möchte und warum.

Auswertung und Interpretation: Die formale Interpretation bezieht sich auf die grafische Ausführung, die Sorgfalt und Ausführlichkeit der Zeichnung, auf Gruppierungen und Größenverhältnisse. Sie überschneidet sich mit der inhaltlichen Analyse, die sich auf die symbolische Bedeutung der dargestellten Tiere bzw. Elemente und auf die dargestellten Beziehungen der Elemente untereinander konzentriert. Wer wendet sich wem zu oder hält sich fern, welche Jäger-Beute-Beziehungen sind dargestellt, wie passen die Größendarstellungen zur symbolischen Bedeutung, welche Ängste oder Wünsche verrät die Zeichnung? Jede Interpretation hat sich vorrangig an der Sichtweise des Kindes zu orientieren.

Als weitere Verfahren seien an dieser Stelle noch der Sterne-Wellen-Test und der Warteggtest genannt:

Der Sterne-Wellen-Test (SWT) von Avé-Lallemant (1994) ist ein orientierender Test, der dazu auffordert, einen Sternenhimmel über Meereswellen zu zeichnen. Diese universalen Symbole sind wohl jedem Kind in irgendeiner Weise vertraut. Die Zeichnung wird interpretiert im Hinblick auf die formale Gestaltung, die Raumaufteilung, die emotionale Ausstrahlung und den symbolischen Gehalt.

Der Wartegg-Zeichen-Test (WZT) von Wartegg (1939, 1953) ist ein athematischer projektiver Gestaltungstest, der acht quadratische, schwarz umrandete, in zwei Reihen angeordnete Felder vorgibt. Sie enthalten unterschiedliche Zeichen, die vom Probanden zeichnerisch in beliebiger Weise fortgeführt werden sollen. Interpretiert werden formale Aspekte im Sinne einer graphologischen Ausdrucksanalyse und der Symbolgehalt der entstandenen Gebilde. Nach Warteggs Schichttheorie soll das je spezifische Aufgreifen und Weiterführen des Anmutungsgehalts der Vorlage Hinweise auf Antriebe, Empfindungen, Reflexion, Sinnbezüge und deren gegenseitige Wechselbeziehungen geben. Ausführlich besprochen wird der Wartegg-Test von Avé-Lallemant (2000).

Das Squigglespiel von Winnicott (1989) benutzt die kommunikative Funktion des Zeichnens auch schon bei Kleinkindern zur Kontaktabstimmung und zum Beziehungsaufbau. Es besteht darin, dass Kind und Therapeut abwechselnd aus einem Schnörkel des anderen eine Zeichnung gestalten. Damit entsteht ein Übergangsraum, in dem sich Kreativität, Ideen und Gefühle entfalten können und vom Partner aufgegriffen, beantwortet und weiterentwickelt werden. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Günter (2003).

Verbal-thematische Verfahren

Das Prinzip dieser Methoden besteht darin, dass mithilfe von unbestimmtem Reizmaterial ein Thema vorgegeben wird, das der Proband in sprachlicher Form ausgestalten soll. Die Assoziationen, Kommentare und Geschichten der Probanden erlauben Rückschlüsse auf das angesprochene Thema betreffende Bedürfnisse, Konflikte oder Ängste.

Indikations- und Anwendungsbereich: Verbal-thematische Verfahren eignen sich ab dem Vorschulalter bis ins Erwachsenenalter. Durch die offene Vorgabe und die Einladung zu kreativen Vorstellungen werden bewusste wie unbewusste Probleme und Konflikte angesprochen, aber auch Ressourcen und bereitliegende Lösungen aktiviert.

Die Wunschprobe von Wilde (1950) besteht in der Frage, was der Klient sich wünschen würde, wenn er drei (oder in der Version von Klosinski 1988 zehn) Wünsche frei hätte. Die Frage: „Stell Dir vor, ein Zauberer (oder eine Zauberfee) kommt und gibt Dir drei Wünsche. Du darfst Dir wünschen, was Du Dir vorstellen kannst. Was würdest Du Dir wünschen?“ stellt im Grunde eine Erweiterung der Exploration dar mit einer Akzentverschiebung in den Bereich der positiven Phantasien, der Bedürfnisse und der Ressourcen. Sie eignet sich als Teil der diagnostischen Routine gut als Einstieg in ein vertiefendes Gespräch.

Satzergänzungstests existieren in vielen Varianten, die auf eine Veröffentlichung von Rotter et al. (1950, 2. Auflage 1992) zurückgehen, weiterentwickelt und verändert wurden. Publierte Versionen finden sich bei Rauchfleisch (2001, S. 74ff) und bei Grüttner (1987, S. 29ff).

Die Fertigstellung angefangener Sätze ist eine assoziative Methode und gehört in der Testpsychologie zu den verbalen Ergänzungsverfahren. Die Aufgabe besteht darin, angefangene Sätze, die mündlich oder schriftlich vorgelegt werden, möglichst spontan zu vervollständigen. Satzergänzungstests bieten einen ersten Überblick über Konfliktbereiche, Belastungen und Probleme und dienen als Grundlage für die weitere Exploration. Sie sind nicht normiert, aber ohne großen Aufwand durchführbar. Erfahrungsgemäß sind sie gerade bei Kindern, die sich im Gespräch aus Rücksicht oder Scham nicht offen äußern, wegen ihres doch suggestiven Aufforderungscharakters durchaus ergiebig.

Bei der *Fabelmethode von Düss* (1956) sollen die Kinder (von vier bis etwa 12 Jahren) nicht Sätze, sondern angefangene Geschichten zu Ende erzählen. Die 10 Geschichten sind zum Teil in eine Fabelform gekleidet, um die Äußerung auch verpönter Inhalte zu erleichtern. Themen der Geschichten

sind kindheitstypische Konfliktsituationen wie Bindung und Trennung, Autonomie, Rivalität, Aggression, Angst und Schuld. Der Test orientiert sich an der psychoanalytischen Entwicklungslehre seiner Zeit und dient in der Kinderanalyse zur raschen Identifizierung der unbewussten phasenspezifischen Konflikte und Komplexe (z. B. des Ödipuskomplexes), um die Behandlung von Anfang an gezielt ausrichten zu können.

Der *Picture Frustration Test* (PFT) von Rosenzweig (1945) ist ein semiquantitatives Verfahren, das den Umgang des Probanden mit der auf eine Frustration folgenden Aggression zu erfassen versucht. Der PFT eignet sich für die Psychodiagnostik bei Kindern und jüngeren Jugendlichen mit expansiven Störungen, aber auch mit Hemmungen, Ängsten, sehr angepasstem Verhalten und geringem Selbstvertrauen. Er liefert Hinweise auf das Ausmaß des Aggressionspotentials, aber auch auf Über-Ich-Aspekte wie übermäßige Anpassung und ein strenges Gewissen. Die Kinderversion wurde laut Manual für das Alter von 6–14 Jahren entwickelt (Duhm & Hansen 1957). Sie ist, eventuell mit abgewandelter Instruktion, auch für das Jugendalter geeignet.

Der PFT besteht aus 24 comicartigen schematischen Zeichnungen, die jeweils eine Szene darstellen, in der ein Kind frustriert wird. Der Proband soll spontan antworten, was das Kind wohl darauf wohl sagen würde.

Die Signierung der Antworten erfolgt nach der Richtung der geäußerten Aggression (nach außen, gegen die eigene Person, Aggression wird umgangen) und nach dem sog. Reaktionstyp (das Hindernis wird betont, die Schuld wird vom Ich abgewiesen, die Lösung steht im Vordergrund). Aggressionsrichtung und Reaktionstyp werden noch weiter differenziert und miteinander in Beziehung gesetzt, so dass sich 12 unterschiedliche Kombinationsmöglichkeiten ergeben.

Ein filmisches Denkmal wurde dem PFT (1971 in einer Computerversion!) von Stanley Kubrick in der psychiatrischen Untersuchung des Protagonisten Alex in dem Filmklassiker „A Clockwork Orange“ gesetzt.

Der *Schweinchen-Schwarzfuß-Test* (SFT) von Corman (1977, 2006) ist ein für Kinder ab etwa vier Jahren bis etwa zum Ende des Grundschulalters geeignetes projektives Verfahren. Der SFT zielt darauf ab, die intrapsychischen und familiären Konflikte zu verstehen, indem er die Triebregungen und deren Ich-Abwehr getrennt zu erfassen versucht. Auf 16 Bildkarten werden die Abenteuer des kleinen Schweinchens Schwarzfuß, der zentralen Identifikationsfigur, in verschiedenen Situationen dargestellt. Ein schwarzer Fleck

an der „Pfote“ unterscheidet SF von seinen Geschwistern. Die dargestellten Situationen beziehen sich auf die psychosexuellen Entwicklungsstufen der Psychoanalyse. Es geht um Geschwisterrivalität, Trotz, Aggression, Angst, Autonomiewünsche, Zugehörigkeit und Interesse an Sexuellem.

Die Karten werden dem Kind zweimal vorgelegt. Im ersten Testdurchgang soll das Kind die Bilder auswählen, die es möchte, und zu jedem eine Geschichte erzählen. Damit werden seine (Trieb-)Tendenzen erfasst. Im anschließenden zweiten Durchgang soll das Kind alle Bildkarten danach sortieren, wie sehr sie ihm gefallen oder nicht. Die Karten, die es ablehnt, und die Begründungen dafür geben Hinweise auf die Abwehr gegen die Triebregungen. Die Identifikationen des Kindes werden nicht erschlossen, sondern erfragt.

Die Auswertung erfolgt in mehreren Schritten: Zunächst werden für jedes Bild die wichtigsten Themen, die Abwehrreaktionen und die geäußerten Tendenzen und bevorzugten Identifikationen erfasst. Der zweite Schritt gilt den zensierten, abgewehrten Tendenzen, z. B. wenn etwas Offenkundiges übersehen, verleugnet oder ins Gegenteil verkehrt wurde. Es folgt die Synthese aller wesentlichen Thematiken, aus denen sich die relevanten Konfliktmuster und deren Bewältigungsversuche eines Kindes erschließen lassen.

Der SFT erfordert zwar einigen Aufwand für Durchführung und Auswertung, liefert aber gerade bei familiären Konflikten, etwa nach Trennung und Scheidung und bei Patchworkfamilien, ergiebige Informationen über Beziehungskonflikte, Loyalitäten und die emotionale Befindlichkeit der betroffenen Kinder und kann insofern als ein systemisches projektives Verfahren angesehen werden. Er eignet sich daher besonders für die Begutachtung in Familienrechtsfragen wie für die Eingangsdiagnostik für eine Kinderpsychotherapie.

Der Thematische Apperzeptionstest (TAT) von Morgan & Murray (1935) ist ein projektives, verbal-thematisches Verfahren für Kinder ab dem Grundschulalter und für Erwachsene. Er beruht auf der Annahme, dass der Proband sich mit einer Person (dem „Helden“) besonders identifiziert und in seinen Geschichten eigene (bewusste und vorbewusste) Motivationen, Einstellungen, Konflikte und deren Abwehr- bzw. Bewältigungsmechanismen zum Ausdruck bringt.

Die insgesamt 31 Tafeln des TAT zeigen in unscharfer und daher mehrdeutiger Schwarz-Weiß-Darstellung unterschiedliche Themen aus Kindheit und Jugend, Familie und Partnerschaft. Für die klinische Diagnostik lassen sich so je nach Fragestellung, Alter und Geschlecht unterschiedliche Serien von etwa 10-14 Tafeln zusammenstellen, zu denen jeweils eine möglichst spannende Geschichte erzählt werden soll. Eine Tafel ist leer und lädt zur freien Assoziation ein.

Ökonomisch ist die Auswertung nach Revers (1973): 1. Cursorische Durchsicht aller Geschichten, 2. Deskriptive Übersetzung; 3. Situationaler Kontext; 4. Verlauf der Geschichte; 5. Wesentliche Konflikte. Die abschließende Längsschnittanalyse überprüft die Geschichten auf wiederkehrende Themen, Situationen und Verläufe. Daraus ergeben sich Hinweise auf spezifische Konflikte und Belastungen, Muster der Bewältigungsversuche und Hinweise auf seine Persönlichkeitsstruktur.

Der TAT ist ein ausgesprochen ergiebiges projektives Verfahren mit einem auch für Kinder ab dem Vor- bzw. Grundschulalter hohen Aufforderungscharakter, das auf ein tieferes Verständnis der Psychodynamik und Beziehungsdynamik zielt. Die freie Form der Erzählung erlaubt eine assoziative Lockerung und damit den Ausdruck vorbewusster bzw. unbewusster Konflikthalte. In einer verkürzten Form von Durchführung und Auswertung ist er für die Routinediagnostik in der Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie bestens geeignet.

Der Kinder-Apperzeptions-Test (CAT) von Bellak & Bellak (1949) wurde unmittelbar aus dem Murray-TAT für jüngere Kinder (von 3 bis 10 Jahren) entwickelt. Er beruht auf der Annahme, dass sich Kinder dieser Altersstufe leichter mit Tieren als mit Menschen identifizieren. Der CAT besteht aus zehn Tafeln mit Tierzeichnungen und versucht, die Einstellungen des Kindes zu seinen wichtigsten Beziehungspersonen, zu den Geschwistern, zu den Antriebsbereichen Essen, Sauberkeit und den Phantasien über die Sexualität des Elternpaares, zu Angst, Einsamkeit und Aggression zu erkunden. Der CAT ist der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Deutschlands am häufigsten verwendete verbal-thematische Test und steht noch vor dem TAT an vierter Stelle aller in der Praxis verwendeten projektiven Verfahren (Bölte et al. 2000, S. 157).

Durchführung: Die Tafeln werden der Reihe nach vorgelegt und das Kind wird gebeten, zu jedem Bild eine Geschichte zu erzählen, wie sie ihm gerade einfällt; was die Tiere so machen, was vorher los war und wie die Geschichte weitergeht. Die Interpretation bezieht sich auf die Identifikationen des Kindes, auf zentrale Themen und Konfliktbereiche, auf Übersehenes, auf die Art der Ängste und den Ausgang der Geschichte. Außerdem wird auf Hinweise zum Stand der psychodynamischen und seelischen Reife, der Gewissensbildung und auf das Selbstkonzept geachtet.

Der Schlangst-Test (SAT) von Husslein (1978) ist ein verbal-thematisches Verfahren für Kinder von 7-13 Jahren zur Differenzierung von schulbezogenen Ängsten. Er besteht aus zehn Bildtafeln zu Situationen, die die Schule betreffen und zu denen das Kind jeweils eine Geschichte erzählen soll. Die

Bilder zeigen folgende Szenen: Vor dem Schulgebäude, Unterrichtsgespräch, zu-spät-kommender Schüler, Gespräch mit dem Lehrer, Pausenspiel, dran kommen im Unterricht, Nachsitzen, Elterngespräch, Schlüssellochgucker, Zeugnisverteilung.

Die Auswertung erfolgt inhaltsanalytisch nach fünf relevanten Merkmalsbereichen der Angst: Emotionale Befindlichkeit, körperliche Symptome, Ich-Abwertung, soziale Angst und zukunftsorientierte Bedrohung. Jede dieser Dimensionen wird nach Intensität anhand einer sechsstufigen Skala gewichtet. Ein weiterer Auswertungsschritt zielt auf die Identifizierung der wesentlichen angstauslösenden Quelle: Familie, Lehrer, Unterricht, oder Mitschüler.

Märchentests beruhen auf der engen Verbindung zwischen Märcheninhalten und dem Unbewussten.

Zwei Varianten seien hier erwähnt (weitere Verwendungsmöglichkeiten von „Märchen und Märchenspiel in der Psychotherapie“ finden sich bei Franzke 1985):

Der *Märchentest* von Coulacoglou (1996) ist die deutsche Adaptation des *Fairy Tale Test*, eines thematischen projektiven Verfahrens für Kinder zwischen 7 und 12 Jahren. Er besteht aus einem Set von sieben Mal je drei Bildkarten mit verschiedenen Variationen von Szenen aus den beiden Märchen Schneewittchen und die sieben Zwerge und Rotkäppchen, die vorgelegt und zu denen Fragen gestellt werden. Die Antworten werden qualitativ im Hinblick auf 26 Persönlichkeitsmerkmale sowie quantitativ ausgewertet. Dazu gehören Themen wie verschiedene Formen der Aggression, Angst, der Wunsch nach Überlegenheit, Beziehungen, Schutzbedürfnis und Ambivalenz. Für die Durchführung und Auswertung ist mit einer Dauer von bis zu zweimal 45 Minuten zu rechnen.

Die Märchendialoge mit Kindern von Simon-Wundt (1997) sind ein halbstrukturiertes narratives Verfahren im Überschneidungsbereich von Diagnostik und Therapie für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter. Therapeutin und Kind wechseln sich bei der Entwicklung eines Märchens Satz für Satz ab. Die Therapeutin beginnt mit „Es war einmal ein Prinz/eine Prinzessin...“, das Kind formuliert den nächsten Satz und so wird weiter abgewechselt. Die Therapeutin führt dabei Veränderungen ein, die die Geschichte voranbringen, die inhaltliche Ausgestaltung ist Sache des Kindes. Es handelt sich also um ein kreatives, anregendes Verfahren, für das es keine festen Regeln gibt. Gründliche Kenntnis der Märchenwelt ist Voraussetzung für die Durchführung des

Verfahrens. Auswertung und Interpretation erfolgen qualitativ und richten sich sowohl auf die innerpsychischen Konflikte wie auf die zwischenmenschlichen Beziehungen des Kindes in seinem Umfeld. Die vom Kind gewählten Lösungen von Problemen und Konflikten erlauben eine Einschätzung seiner Abwehr- und Bewältigungsmuster, seiner Ressourcen, seiner Realitätsanpassung und seines Entwicklungsstandes.

Spielerische Gestaltungsverfahren

Das Spiel hat eine wesentliche Bedeutung für die motorische, kognitive und soziale Entwicklung eines Kindes. Vor allem spiegelt es seine seelische Verfassung, seine Gestimmtheit und seine Bedürfnisse wie seine Ressourcen.

Eine Untersuchung der *Spielformen von Kindern mit einer klinischen Diagnose* aus psychodynamischer Sicht hat Paulina Kernberg (1995) vorgelegt. Sie stellt die spezifische Pathologie des Spielens einem Profil normalen Spielens gegenüber. Kernbergs Kriterien für die Kategorisierung sind:

- Fähigkeit des Kindes, spielerische Aktivitäten anzufangen
- Vermögen des Kindes, das Spiel zu integrieren – ist das Spiel zielgerichtet oder fragmentarisch?
- Inwiefern entspricht das Spiel der kulturellen Erwartung hinsichtlich des Geschlechts des Kindes?
- Ist das Spiel kreativ?
- Sind Wahl, Form und Inhalt des Spiels altersgemäß?
- Wie sind Art und Intensität der Aggression im Spiel?

Die Beobachtung des Spiels hat einen umso höheren diagnostischen Wert, je jünger ein Kind ist. Die Psychodiagnostik verwendet üblicherweise das freie Spiel, die Sandspieldiagnostik (vgl. Meyer-Enders in Wienand 2016, S. 247ff) und den Scenotest zur Verhaltensbeobachtung, zur Einschätzung des Entwicklungsstandes und zur Beurteilung der emotionalen Verfassung.

Der *Scenotest* von Gerdhild von Staabs (1964) ist eines der ältesten und am weitesten verbreiteten projektiven Gestaltungsverfahren. Er wird Schulen übergreifend international in Diagnostik und Therapie eingesetzt und liefert in Ergänzung zu anderen diagnostischen Verfahren Hinweise auf Problemkonstellationen, Konfliktbereiche und Entwicklungsdefizite, auf die Affektivität, Motivation und Kreativität eines Kindes.

Das Testmaterial muss hier nicht vorgestellt werden. Die Probanden werden aufgefordert, irgendeine Szene aufzubauen, und dann dazu befragt. Am Schluss schlägt die Testautorin drei Fragen vor: Wem von der „ganzen Gesellschaft“ geht es am besten? Wem am schlechtesten? Und warum? Wer von den dargestellten Wesen möchtest du am liebsten sein, wenn das eine wirkliche Szene wäre und du mitspielen dürftest?

Auswertung und Interpretation des Scenotest bestehen in der Analyse des Spielverhaltens, in einer formalen Analyse und der Deutung des Inhalts der aufgebauten Szene.

Verbreitung und anhaltende Beliebtheit des Scenotests in der Praxis unterstreichen seine Eignung als Medium zum Aufbau einer Beziehung, als hypothesengenerierendes, exploratives Verfahren insbesondere bei jungen Menschen in Ergänzung zum oft wenig ergiebigen Gespräch im Sinne einer heuristischen Diagnostik und nicht zuletzt als diagnostische und therapeutische Methode im

Rahmen der Kinderpsychotherapie. Eine Übersicht findet sich bei Meyer-Enders in Wienand (2016, S. 227-272). Ein Praxis-Handbuch zum Scenotest hat Fliegner (2004) publiziert, anschauliche Fallbeispiele enthält das „Fallbuch Scenotest“ von Lehmkuhl & Petermann (2014).

Kritisch anzumerken ist, dass das Material trotz einer Revision durch Fliegner (1995) veraltet ist. Eine Weiterentwicklung, die auch interkulturelle Aspekte berücksichtigt, ist an der Universität Köln in Vorbereitung. Eine Variante stellt der in zwei Größen verfügbare *Plämo-Kasten* der ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e. V. dar, der aktuelle Playmobilfiguren verwendet.

Die neu entwickelte *Spielbühne* für Psychotherapie und Beratung von Nicola Sauer (Kölner Institut für Kindertherapie KIKT-TheMa) stellt ein dreidimensionales therapeutisches Spielmaterial zur Verfügung, das Elemente der Symbolarbeit mit denen einer diagnostischen Szenendarstellung verbindet. Sie ist eine Mischung aus Puppenhaus und offener Bühne und fordert mit den Materialien und Themenkarten zur kreativen Gestaltung von Szenen auf, für die der Proband Regie führt und in denen er seine innere und äußere Welt darstellen kann.

Formdeuteverfahren

Das Prinzip der Formdeuteverfahren (FDV) besteht darin, dass dem Probanden abstraktes, nicht oder kaum strukturiertes visuelles Material (z. B. „Kleckse“) vorgelegt wird mit der Aufforderung, mitzuteilen, was er darin „sieht“, wahrnimmt oder erkennen kann. Aus den formalen und/oder inhaltlichen Besonderheiten der Antworten werden dann Rückschlüsse auf seinen Wahrnehmungsstil, auf kognitive und psychische Merkmale gezogen. Das bekannteste Verfahren ist der *Rorschach-Test*. Von nur noch historischem Interesse sind der *Deutungstest (Auffassungstest)* nach Vetter, der *Diapositiv-Z-Test* und der *Zulliger-Tafeln-Test* von Zulliger sowie die *Holtzman Inkblot Technik (HIT)* von Holtzman. Eine Übersicht findet sich bei Wittkowski (2011).

Der *Rorschach-Test* wurde von dem Schweizer Psychiater Hermann Rorschach im Jahre 1921 veröffentlicht. In der (teil-)stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie steht er heute noch an neunter Stelle der verwendeten projektiven Verfahren (Bölte 2000, S. 157). In dem Kinderfilm „Der kleine Nick“ (2010) wird der Rorschachtest zum Schrecken des Protagonisten, der sich mit seiner Geschwisterrivalität ertappt wähnt, in einer Schulreihenuntersuchung eingesetzt.

Hermann Rorschach bezeichnete seine Psychodiagnostik als ein „wahrnehmungsdagnostisches Experiment, das im „Deutenlassen von Zufallsformen“ besteht. Ihm ging es darum, Einblicke „in die Funktion (Hervorhebung im Original) der Wahrnehmung und Auffassung“ zu gewinnen (1972, S. 19), die Phantasie oder Projektion spielte für ihn dabei keine Rolle.

Durchführung: Dem Probanden werden der Reihe nach die 10 Tafeln mit überwiegend schwarz-weißen, nahezu symmetrischen Zeichnungen vorgelegt, die an Tintenkleckse erinnern. Er soll die Tafeln betrachten und sagen, was er wahrnimmt. Die Antworten werden protokolliert. Es folgt eine Befragungsphase, die dem Probanden noch Gelegenheit zu Ergänzungen gibt und in der untersucht wird, welche Parameter jeder einzelnen Tafel (z. B. Form, Farbe, bestimmte Details) die Antwort bestimmten.

Die Eignung als Persönlichkeitstest beruht auf der Annahme einer Beziehung zwischen Wahrnehmung und Persönlichkeit. Die Auswertung untersucht primär formale Merkmale der Antworten. Jede Antwort wird nach Kategorien signiert: Die Lokalisation stellt fest, auf welchen Klecksteil sich die Antwort bezieht, und die Determinanten erfassen, welche Eigenschaft der Tafel den Probanden in erster Linie zu seiner Antwort veranlasst hat. Der Inhalt ei-

ner Rorschach-Antwort ist gegenüber den formalen Kriterien nachrangig und ergänzt den Gesamteindruck. Häufig vorkommende Deutungen werden als Populärantworten signiert. Das Formniveau bezieht sich auf Genauigkeit, Qualität, Originalität und Spezifität einer Antwort. Die Signierungen werden verrechnet und ergeben ein sogenanntes Psychogramm als Grundlage der Interpretation.

Die *Interpretation* eines Rorschachprotokolls geht im Prinzip von der Annahme aus, dass die Antworten eines Probanden auf seinen Wahrnehmungsmustern (ganzheitlich oder einzelheitlich), seiner Art zu denken (starr oder flexibel, gründlich oder oberflächlich) und mit Emotionen umzugehen (mehr oder weniger kontrolliert) beruhen. So lassen sich aus den formalen, quantitativ erfassten Merkmalen des Protokolls Rückschlüsse auf Aspekte seiner Persönlichkeit ziehen. Klopfer und Davidson (1971, S. 27 ff) nennen kognitive, emotionale bzw. affektive und ich-strukturelle Aspekte als hauptsächliche Kategorien, über die der Rorschach-Test Aufschluss geben soll

Der Einsatz des Rorschach-Tests als Teil der Psychodiagnostik bei Kindern (ab dem Vorschulalter) setzt aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungsvoraussetzungen jeder Altersstufe eine gründliche Ausbildung und sehr viel Erfahrung voraus. Die Ergebnisse müssen mit den anderen diagnostischen Informationen verglichen und im Gesamtkontext beurteilt werden.

Projektive Bindungsdiagnostik

Die Einbeziehung der Familie in Diagnostik und Therapie ist umso wichtiger, je jünger und abhängiger vom Elternhaus ein Kind ist. Die Familie darf dabei nicht nur als Quelle von Problemen und Konflikten, sondern muss auch als Ressource gesehen werden, „weil sie wesentlich zur Bewältigung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen beitragen kann“ (Mattejat 2008, S. 65). Die Erfassung der Qualität der familiären Beziehungen ist daher wesentlicher Bestandteil der Diagnostik im Kindes- und Jugendalter.

In den bisher vorgestellten projektiven Verfahren (wie z. B. Familie in Tieren, TAT, Scenotest) finden sich vielfältige Anreize, Bindungs- und Beziehungsaspekte darzustellen, es gibt aber auch spezifische bindungsorientierte Methoden. Die folgende Übersicht konzentriert sich auf die Diagnostik in der Praxis. Mehrere neuere Bindungstests werden bislang nur in der Forschung verwendet, haben jedoch durchaus das Potential für den Einsatz in der Praxis. Hierzu zählen beispielsweise der *Bochumer Bindungstest für 8- bis 14-Jähri-*

ge von Trudewind & Steckel (1999, 2009) und das *Adult Attachment Projective* (AAP) für Jugendliche und Erwachsene von George et al. (1999).

Projektive Verfahren erfassen die Bindungsrepräsentationen der Beteiligten, also ihre inneren Arbeitsmodelle als Ergebnis von Erfahrungen und Erwartungen in Bezug auf eine bestimmte Beziehung. Bindungsdiagnostik verwendet im Vor- und Grundschulalter symbolische Darstellungen bindungsrelevanter Situationen wie Zeichnungen oder das Puppenspiel. Ältere Jugendliche und Erwachsene verfügen über sehr komplexe, internale Arbeitsmodelle von sich selbst in der Beziehung zu Bindungspersonen und können erlebte Interaktionen mit anderen nachvollziehen bzw. antizipieren, interpretieren und sprachlich mitteilen.

Das *Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5–8-jähriger Kinder* (GEV-B) von Gloger-Tippelt & König (2009) ist die Weiterentwicklung und Adaptation der *Attachment Story Completion Task* (ASCT) von Bretherton und Ridgeway (1990, deutsch Bretherton et al. 2001) an deutsche Verhältnisse. Es erfasst die symbolisch und narrativ dargestellte Bindungsrepräsentation von Kindern zwischen 5 und 8 Jahren. Mit einer Puppenfamilie und Spielmaterial werden dem Kind die Anfänge von sieben Geschichten vorgespielt, die es zu Ende spielen und dabei erzählen soll, was geschieht. Die dargebotenen bindungsrelevanten Situationen beziehen sich auf alltägliche Belastungen (etwa: Das Kind hat seinen Saft verschüttet, es kommt nachts aus Angst vor Monstern zu den Eltern, es hat sich am Knie verletzt, die Eltern gehen weg und die Oma bleibt beim Kind). Der Untersucher stellt die Figuren auf und spielt den Beginn der Szene bis zum Problem, das Kind wird dann gebeten, zu Ende zu spielen. Das Kind wird angeregt, das inszenierte Problem zu lösen und seine Erwartungen und Vorstellungen über das Fürsorgeverhalten seiner Bezugspersonen im Spiel und Gespräch mit den Figuren darzustellen. Nachfragen beziehen sich auf die Gefühle und Gedanken des Kindes in Verbindung mit seiner Geschichte.

Die Protokollierung erfolgt durch eine Videoaufnahme oder/und ein wörtliches Transkript. Jede Geschichte wird für sich nach vorgegebenen Kategorien kodiert. Zusätzlich werden bindungsrelevante Merkmale und Hinweise auf Bindungsstrategien erfasst. Für jede Geschichte wird ein Bindungssicherheitswert ermittelt. Das arithmetische Mittel dieser Werte ergibt den globalen Bindungssicherheitswert. Schließlich erfolgt die Klassifikation des Bindungsmusters (B: sicher gebunden, A: unsicher-vermeidend, C: unsicher ambivalent und D: desorganisiert gebunden).

Das Geschichtenergänzungsverfahren GEV-B ist eines der wenigen neu entwickelten und empirisch gut fundierten projektiven Verfahren. Es eignet sich aufgrund der spielerischen Methode und der kindgerechten Themen sehr gut zur Erfassung der Bindungsrepräsentation und zur Bindungsklassifikation von Kindern im Alter von 5–8 Jahren. Für das GEV-B liegt ein ausführliches Manual mit einer standardisierten und detaillierten Anleitung zur Durchführung und Auswertung samt DVD in deutscher Sprache vor.

Bei der *imaginativen Bindungsdiagnostik* mit den Eltern werden die Bezugspersonen aus dem Gespräch (der Problemtrance) über ihr Kind heraus gebeten, sich zu entspannen und sich ein Symbol, eine Märchenfigur oder ein Tier zu ihrem Kind vorzustellen (Einzelheiten und Beispiele s. Wienand 2016, S. 328ff). Durch Nachfragen auf der Symbolebene arbeitet der Therapeut die imaginierte Szene heraus und vertieft ihren emotionalen Gehalt. Diese Imagination kann mit der Mutter bzw. dem Vater alleine oder beiden Eltern oder auch in variiert Form mit einem Elternteil und dem Kind durchgeführt werden. Die Bilder werden anschließend gezeichnet und miteinander besprochen. Wenn der Vater/die Mutter in einer unmittelbar anschließenden Sequenz sich selbst als Symbol in die Szene hineinnimmt, wird die Beziehung zwischen Elternteil und Kind deutlicher. In einer abschließenden Sequenz imaginieren die Protagonisten die aus ihrer Sicht ideale Beziehung zwischen sich und ihrem Kind.

Typische Aspekte sind z. B. die Dämonisierung des Kindes, das als gefährliches Raubtier imaginiert wird und den hilflosen Elternfiguren Angst einflößt; nicht altersentsprechende Vorstellungen von Nähe, Fürsorge und Einhüllen bei sich ablösenden Kindern; die Verweigerung der Annahme der Elternrolle und die Idealvorstellung einer konfliktfreien Beziehung.

Die Imaginationen führen den Protagonisten Anteile ihres Beziehungserlebens vor Augen, die zumeist von ihrem bewussten Erleben bislang verdrängt bzw. verleugnet worden waren, und wirken dadurch emotional bewegend oder aufrüttelnd. Oft weisen sie aber auch auf Ressourcen und Stärken des Kindes hin, die den problemorientierten Blick auf das Kind positiv verändern können. Nicht selten reicht diese einmalige Bewusstwerdung bislang unbewusster Anteile der Bindungsrepräsentation aus, um die Beziehung zwischen Mutter/ Vater und dem Kind auf Dauer zu entspannen.

Grundsätzlich bieten diese Techniken einen raschen und emotional getragenen Einstieg in Beratung bzw. Therapie bei Beziehungs- und Interaktionsproblemen. Ein großer Vorteil imaginativer Techniken besteht darin, dass sie auch rationalisierenden, stark kognitiv orientierten Eltern, die von außen kommende Deutungen oder Interpretationen abwehren, einen Zugang zu ihren unbewussten Beziehungsaspekten eröffnen.

Projektive Familiendiagnostik

Allgemeine Ziele der Familiendiagnostik sind die Beschreibung von typischen Familienstrukturen, die Erfassung der Position jedes einzelnen Familienmitglieds und der Beziehungen untereinander sowie die Abgrenzung von funktionalen und dysfunktionalen Familiensystemen. Die System- und Strukturdiagnose ergibt - quasi in der Horizontalen - ein aktuelles Bild des Funktionierens der Familie, während der psychodynamische Befund - vertikal - die gegenwärtigen Interaktionsmuster mit vergangenen Beziehungserfahrungen, mit auf die Zukunft bezogenen Projektionen und mit dem Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen verzahnt (Cierpka 2008, S. 306). Projektive Verfahren können über einen symbolischen Zugang zu bewussten und unbewussten Themen die Anamnese, Aussagen der Familienmitglieder und die Verhaltensbeobachtung der Interaktionen sinnvoll ergänzen.

Der Family Relations Test (FRT) von Flämig & Wörner (1977) ist „ein Instrument zur Erfassung des kindlichen Erlebens der sozial-emotionalen Familienbeziehungen“ (Beelmann & Schmidt-Denter 2001, S. 64). Er nimmt unter den projektiven Verfahren insofern eine Sonderstellung ein, als er zwischen dem thematischen Apperzeptionstest und den Satzergänzungsverfahren steht und die Testdaten metrisch erfasst werden.

Der FRT liegt in zwei Versionen (für Vorschul- und Grundschulkindern) vor. Er ermittelt Qualität und Intensität der vom Kind erlebten Beziehungen zu den einzelnen Mitgliedern seiner Familie und erlaubt Aussagen über das erlebte Selbstbild eines Kindes sowie über seine Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung, Idealisierung und Projektion.

Der FRT wird als Einzelverfahren in etwa 30–40 Minuten durchgeführt. Das Testmaterial besteht aus 21 Kartonfiguren mit unterschiedlichem Aussehen, aus denen das Kind seine Familie zusammenstellt, dazu kommt noch ein „Herr Niemand“. Der Testleiter liest die 40 Testitems der Vorschulversion (Schulversion: 86) vor, die positive oder negative vom Kind ausgehende und

auf das Kind gerichtete Gefühle des Kindes in der Beziehung zu einem seiner Familienmitglieder ausdrücken und die das Kind der entsprechenden Spielfigur oder dem „Herrn Niemand“ zuordnen soll.

Die ausgezählten Daten werden zu drei Hauptkategorien zusammengefasst: positive und negative, vom Kind ausgehende oder von ihm empfangene und starke bzw. schwache Gefühle. Weitere Kategorien sind mütterliche bzw. väterliche Überbesorgtheit und Verwöhnung, ich-bezogene Antworten (die das Kind sich selbst zuordnet) und Hinweise auf Abwehrmechanismen.

Die Gesamtzahl der Items, die eine Person erhält, ist ein Maß für die emotionale Verbundenheit des Kindes mit dieser Person. Die positive oder negative Färbung dieser Gefühle weist auf Zuneigung bzw. Ablehnung hin. So lässt sich ermitteln, von welchem Familienmitglied sich das Kind in welchem Ausmaß geliebt bzw. abgelehnt fühlt, und welches Familienmitglied es selbst mehr oder weniger stark liebt bzw. ablehnt.

Der FRT ist ein spielbasiertes, semiprojektives Verfahren, das sich aufgrund des doch relativ hohen Aufwandes vor allem für die Begutachtung bei familienrechtlichen Fragestellungen eignet. Er ist seit 2018 als FRT-KJ in einer überarbeiteten und neu gestalteten Adaptation von Schürmann und Döpfner für Kinder (87 Items) und Jugendliche (94 Items) bei Hogrefe erhältlich.

Der Familien-Beziehungs-Test (FBT) von Howells & Lickorish (1963, dt. 1994) ist ein projektives verbalthematisches Testverfahren für Familien mit Kindern im Schulalter zur Klärung der gegenseitigen Beziehungen in der Familie. Den Kindern im Alter von 7–12 Jahren und den Eltern werden im Einzeltest bis zu 40 Karten mit Zeichnungen vorgelegt, auf denen typische Familiensituationen dargestellt sind. Die Probanden sollen sagen, was sie über die dargestellten Situationen denken, was die dargestellten Personen ihrer Meinung nach tun oder sagen.

Auswertung: Die geschilderten Interaktionen, Persönlichkeitsmerkmale, Gefühle und Haltungen werden in Form von sog. Informationseinheiten für jedes Familienmitglied in ein Beziehungsraster übertragen. Die Informationseinheiten werden in vier Kategorien (Beschreibung, Interaktion, Persönlichkeitsmerkmale und Verschiedenes) klassifiziert und die Interaktionen und Merkmale werden in eine Beziehungsmatrix (Vater, Mutter, Junge und Mädchen) übertragen.

Interpretation: Die unterschiedlichen Sichtweisen innerhalb der Familie werden dann miteinander verglichen und für die Familiendiagnostik und -therapie verwendet. Der FBT erlaubt also Aussagen darüber, wie jedes Familienmitglied die Interaktionen und die Persönlichkeit der anderen erlebt. Er erfordert keine weitergehenden Annahmen über unbewusste Konflikte oder Abwehrmechanismen.

Der Familien-Beziehungs-Test ist ein verbalthematisches Verfahren, das im Gegensatz zu anderen projektiven Methoden nicht unbewusste Konflikte und Bedürfnisse erfassen soll, sondern kognitiv-emotionale Schemata von Beziehungen und Persönlichkeitsmerkmalen innerhalb einer Familie abbildet. Die Durchführung mit ganzen Familien erscheint sehr aufwändig und eigentlich nur von therapeutischen Teams oder im Rahmen von Forschungsprojekten zu leisten. Dabei erscheint er grundsätzlich gut geeignet für die Diagnostik und Therapie familiärer Probleme auch in der Praxis.

Familienbrett-Verfahren (Übersicht bei Meyer-Enders in Wienand 2016, S. 361ff) bieten die Möglichkeit, die Konstellationen, Beziehungen, Koalitionen und Konflikte in einer Familie auf einer begrenzten Fläche mit Figuren symbolisch darzustellen. Verschiedene Varianten der Aus- und Durchführung gestatten dem Patienten, das eigene Lebens- und Beziehungssystem mit seinen unterschiedlichen Subsystemen auf eine konkrete und gleichzeitig distanzierte Weise aufzustellen, zusammen mit dem Therapeuten zu betrachten und Lösungs- oder Wunschvorstellungen zu entwickeln. Das erste in Deutschland publizierte „*Hamburger Familienbrett*“ wurde von Ludewig et al. (1983) mehr als Mittel der Kommunikation innerhalb der Familie und mit den Therapeuten denn als Test konzipiert. Da der Therapeut eingreifen und auf der Symbolebene Veränderungen im System einführen kann, ist das Familienbrett ein wichtiges Mittel der Familientherapie auch im Einzelsetting. Mittlerweile sind verschiedene Familien- und Systembretter in unterschiedlichen Formaten entstanden. Die Figuren reichen von sehr schematisch reduzierten Holzsymbolen bis hin zu farbigen Klötzchen und haben angedeutete Gesichter, sodass sich die Blickrichtung einstellen lässt.

Speziell für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wurde am Kölner Institut für Kindertherapie KIKT das *Familienbrett von KIKT-TheMa* entwickelt. Das am Blickfeld des Kindes orientierte 42x42 cm große Brett ist in der Mitte durch einen gezackten Schnitt geteilt, so dass das Brett wie ein Puzzlestück aussieht. So können zwei Felder mit einer Grenze wahrgenommen werden. Die Figuren bestehen aus drei unterschiedlichen Vierergruppen – jeweils zwei

große und zwei kleine Figuren – und fünf farbigen Figuren. Die Trennungslinie ist besonders bei getrennten Familien, Adoptions- und Pflegefamilien wichtig. Erweitert wird das Set noch durch Tiere, Grenzen und Mauern und Symbolfiguren für Schule, Arbeit und Freizeit.

Der Familiensystemtest (FAST) von Gehring (1989, 2. Auflage 1998) ist in 81 Felder unterteilt, wodurch sich Nähe und Distanz der Figuren messen lassen. Er enthält zusätzlich noch Klötzchen in drei unterschiedliche Höhen, die als Basis für die Figuren verwendet werden können und Unterschiede in Macht und Bedeutung ausdrücken sollen. Damit bietet er die Möglichkeit einer metrischen Auswertung und wurde ein verbreitetes Forschungsinstrument.

Durchführung: Der Proband wird gebeten, für jedes Mitglied aus der Familie eine Figur zu wählen und die Figuren so aufzustellen, wie sie in der Familie zueinander stehen und welche Bedeutung sie haben. Nach dem Ende der Aufstellung wird erfragt, wen die einzelnen Figuren repräsentieren und welche Bedeutung die Einzelheiten der Aufstellung haben.

Die *Auswertung* erfasst die Entfernung zwischen den Figuren als Merkmal für emotionale Nähe und Distanz bzw. Abhängigkeit oder Autonomie, die Blickrichtung als Ausdruck von Bezogenheit, die Erhöhung als Hinweis auf Macht und Einfluss und Gruppierungen als Ausdruck von Subsystemen bzw. Kohäsion oder Koalitionen. Geschlossenheit oder Offenheit einer Gruppierung weisen auf Abgrenzung oder Flexibilität hin.

Die *Interpretation* erfolgt im Kontext der Aufstellung mit Anamnese und Familienbeobachtung und beinhaltet auch die Reaktion des Probanden auf vom Therapeuten eingeführte Veränderungen in der Aufstellung der Figuren, etwa wenn er auf übersehene Personen aufmerksam macht, geschlossene Gruppierungen öffnet oder mit Nähe und Distanz spielt und erfragt, was sich emotional beim Probanden ändert. Somit entsprechen Familienbrettverfahren dem Interesse der systemischen Therapie an Ressourcen, Lösungen und Veränderung.

Die Reihe wird fortgesetzt.

Literatur:

- Avé-Lallemant, U.* (1994) *Der Sterne-Wellen-Test*. München: Reinhardt
- Avé-Lallemant, U.* (2000) *Der Wartegg-Zeichentest in der Lebensberatung*. 3. Aufl., München: Reinhardt
- Beelmann, W., Schmidt-Denter, U.* (2001) *Der Family Relations Test (FRT)*. In: D. Sturzbacher (Hrsg.). *Spielbasierte Befragungstechniken*. S. 64-90. Göttingen: Hogrefe
- Bellak L., Bellak, S. S.* (1949) *The Childrens Apperception Test (C.A.T.)*. New York: C.P.S. Inc.
- Bölte S., Adam-Schwebe, S., Englert, E., Schmeck, K., Poustka, F.* (2000) *Zur Praxis der psychologischen Testdiagnostik in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 18, S. 151-161
- Brem-Gräser, L.* (2001) *Familie in Tieren. Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung. Entwicklung eines Testverfahrens*. 8. Aufl., München: Reinhardt
- Bretherton, I., Suess, G., Golby, B., Oppenheim, D.* (2001) *Attachment Story Completion Task (ASCT). Methode zur Erfassung der Bindungsqualität im Kindergartenalter durch Geschichtenergänzungen im Puppenspiel*. In: Suess, G., Scheuerer-Englisch, H, Pfeifer, W.K. (Hrsg.) *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial Verlag, 83-124
- Buck, J. N.* (1948) *The H-T-P Technique. A Qualitative and Quantitative Scoring Manual*. *Journal of Clinical Psychology* 4, 317-396
- Cierpka, M. (Hg.)* (2008) *Handbuch der Familiendiagnostik* 3. Aufl. Heidelberg: Springer
- Coulacoglou, C.* (1996) *Märchentest Fairy Tale Test. Ein projektiver Persönlichkeitstest für Kinder*. München: Ernst Reinhardt
- Corman, L.* (2006) *Der Schwarzfuß-Test. Grundlagen, Durchführung, Deutung und Auswertung*. Übersetzt aus dem Französischen von Renate Krieger. 4. Aufl. München: Reinhardt
- Düss, L.* (1956) *Fabelmethode und Untersuchungen über den Widerstand in der Kinderanalyse*. Biel: Institut für Psycho-Hygiene
- Duhm, E., Hansen, J.* (1957) *Der Rosenzweig P-F Test. Deutsche Bearbeitung der Rosenzweig „Picture Frustration Study“, Form für Kinder*. Göttingen: Hogrefe
- Exner, J. E.* (2010) *Rorschach-Arbeitsbuch für das Comprehensive System. Deutschsprachige Fassung des „A Rorschach Workbook for the Comprehensive System - 5th Edition“*. 5. Aufl. Bern: Huber
- Flämig, J., Wörner, U.* (1977) *Standardisierung einer deutschen Fassung des Family Relations Test (FRT) an Kindern von 6 bis 11 Jahren*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 26 (1), 5-11 und 38-46
- Fliegner J.* (1995) *„Sceno-R“: Eine Materialrevision des Scenotests*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44 (6), 215-221

- Fliegner, J.* (2004) *Scenotest-Praxis*. Ein Handbuch zur Durchführung, Auswertung und Interpretation. Heidelberg: Asanger
- Franzke, E.* (1985) *Märchen und Märchenspiel in der Psychotherapie*. Der kreative Umgang mit alten und neuen Geschichten. Bern: Huber
- Gehring, T. M., Funk, U., Schneider, M.* (1989) Der Familiensystem-Test (FAST). Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38 (5), 152-164
- George, C., West, M., Pettem, O.* (1999) The Adult Attachment Projective: Disorganization of Adult Attachment at the Level of Representation. In: Solomon, J. & George, C. (Hg.) *Attachment Disorganization*. New York: Guilford, 318-347
- Gloger-Tippelt, G., König L.* (2009) *Bindung in der mittleren Kindheit*. Das Geschichten-ergänzungsverfahren zur Bindung 5- bis 8-jähriger Kinder (GEV-B). Weinheim: Beltz
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M.* (1999) Ressourcenaktivierung - Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44, 63-73
- Grüttner, T.* (1987) *Helfen bei Legasthenie*. Berlin: Rowohlt
- Günter, M.* (2003) *Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern*. Winnicotts Squiggle-technik in der Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta
- Howells, J. G., Lickorish, J. R.* (1994) *Familien-Beziehungs-Test FBT* (Aus dem Englischen von Karl Klüwer). 5. Aufl. München: Reinhardt
- Husslein, E.* (1978) *Der Schulangst-Test (SAT)*: Ein psychodiagnostisches Verfahren zur qualitativen Erfassung schulischer Ängste. Göttingen: Hogrefe
- Jenni, O. G.* (2013) *Wie Kinder die Welt abbilden - und was man daraus folgern kann* (Elektronische Ressource). *Pädiatrie up2date* 8, 227-253. DOI: 10.1055/s-0032-1326475
- Kernberg, P.* (1995) Die Formen des Spielens. In: Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.). *Studien zur Kinder-Psychoanalyse*. Jahrbuch XII. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 9-34
- Klopfer, B., Davidson, H. H.* (1971) *Das Rorschach-Verfahren*. Eine Einführung. 2. Aufl. Bern: Huber
- Klosinski, G.* (1988) Das „10-Wünsche-Phantasiespiel“. Gedanken und Erfahrungen zum „projektiven Fragen“ am Beginn des therapeutischen Dialoges mit Kindern und Jugendlichen. *Acta paedopsychiatrica* 51, 164-171
- Koch, K.* (2003) *Der Baumtest: Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel*. 11. Aufl., Bern: Huber
- Koppitz, E. M.* (1972) *Die Menschendarstellung in Kinderzeichnungen und ihre psychologische Auswertung*. Stuttgart: Hippokrates
- Kos, M., Biermann, G.* (2002) *Die verzauberte Familie*. Ein tiefenpsychologischer Zeichentest. 5. Aufl. München: Reinhardt

- Lehmhaus, D., Reiffen-Züger, B.* (2017) Psychodynamische Diagnostik in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Die Praxis projektiver Tests: Probatorik, Indikation und OPD-KJ. Frankfurt: Brandes & Apsel
- Lehmkuhl G., Petermann, F. (Hg.)* (2014) Fallbuch Scenotest. Göttingen: Hogrefe
- Ludewig, K., Pflieger, K., Wilken, U., Jacobskötter, G.* (1983) Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung von Familienbeziehungen: Das Familienbrett. *Familiendynamik* 8, 235-251
- Lutz, C.* (2007) Projektive Verfahren und ihre Verwendung für die psychodynamische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. In: Hopf H., Windaus E. (Hg.) Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München: CIP-Medien, 159-176
- Machover, K.* (1949) Personality Projection in the Drawing of the Human Figure. A Method of Personality Investigation. Springfield, IL: Charles C. Thomas
- Mattejat, F.* (2008) Familienbezogene Interventionen. In: Remschmidt, H., Mattejat, F., Warnke, A. (Hg.) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Thieme, 65-80
- Morgan, C.D., Murray, H. A* (1935) A Method for Investigating Fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurological Psychiatry* 34, 289-306
- Rauchfleisch, U.* (2001) Kinderpsychologische Tests. Ein Kompendium für Kinderärzte. 3.Aufl.). Stuttgart: Thieme
- Revers, W. J.* (1958) Der Thematische Apperzeptionstest (TAT). Bern: Huber
- Rorschach, H.* (1972) Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen). 9. Aufl., Bern: E. Bircher
- Rosenzweig S.* (1945) The Picture-Association Method and its Application in a Study of Reactions to Frustration. *Journal of Personality* 14, 3-23
- Rotter, J. B., Lah, M. I, Rafferty, J. E* (1992) The Rotter Incomplete Sentences Blank RISB. Manual. 2. Aufl., San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Simon-Wundt, T.* (1997) Märchendialoge mit Kindern. Ein psychodiagnostisches Verfahren. München: Pfeiffer.
- Staabs, G., von* (1964) Der Scenotest. Beitrag zur Erfassung unbewußter Problematik und charakterologischer Struktur in Diagnostik und Therapie. 9. Aufl. 2004, Bern: Huber
- Trudewind, C., Steckel, R.* (2009) Diagnostik der Bindungsqualität bei 8-14-jährigen Kindern. Der Bochumer Bindungstest (BoBiTe). In: Julius, H., Gasteiger-Klicpera, B., Kißgen, R. (Hg.) Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Interventionen. Göttingen: Hogrefe, 175-198

- Wartegg, E.* (1939) Gestaltung und Charakter. Zeitschrift für Angewandte Psychologie und Charakterkunde (Beiheft 2), 84
- Wartegg, E.* (1953) Schichtdiagnostik. Der Zeichentest (WZT). Einführung in die experimentelle Graphoskopie. Göttingen: Hogrefe
- Wienand, F.* (2016) Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. 2. Auflage 2019, Stuttgart: Kohlhammer
- Wilde, K.* (1950) Die Wunschprobe. Psychologische Rundschau 1, 213-224
- Winnicott, D. W.* (1989) The Squiggle Game. In: Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M (Hg.) Psycho-Analytic Explorations. London: Karnac, 299-317
- Wittkowski J.* (2011) Projektive Verfahren. In: *Hornke, L., Amelang, M., Kersting, M.* (Hg.) Enzyklopädie der Psychologie. Persönlichkeitsdiagnostik. (Bd. 4). Göttingen: Hogrefe, 299-410

Autor:

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand
71034 Böblingen, Wilhelmstraße 24
Email: info-praxis-wienand.de
Website: www.praxis-wienand.de

Bruderheld und Schwesterherz – Geschwister als Ressource

Inés Brock

Der Titel dieses Vortrags basiert auf dem Buch, das ich 2015 herausgegeben habe. Da mein Hauptvortrag hier Einführungscharakter haben soll, passt das auch ganz gut – dabei sind auch die Kollegin Frau Adam-Lauterbach, die wir heute noch hören werden, und viele andere Kollegen, die sich zu diesem Thema in Deutschland einen Namen gemacht haben.

Zunächst meine Gliederung: was habe ich vor? Ich möchte kurz einen Einstieg in die wissenschaftliche und publizistische Community geben, auch was die Aktualität des Themas betrifft, dann was zur Relevanz von Geschwisterdynamik und Psychotherapie sagen. Ein Thema, das immer wieder ganz wichtig ist im Zusammenhang mit Geschwisterdynamik, ist der Geburtsrangplatz und die Geschwisterkonstellation, die damit in Zusammenhang stehen. Ich werde auch noch einige andere Schlaglichter der Geschwisterforschung behandeln, in der Hoffnung, dass ich damit auch die Türen für einzelne andere spezifische Vorträge und Workshops öffne. Und dann habe ich mir vier Themen herausgesucht, die ich für bemerkenswert halte und zu denen ich auch gerne ein paar spezifischere Argumente zusammentragen werde: das ist einerseits die Problematik der Lieblings- und Schattenkinder, das ist des Weiteren die besondere Form der Geschwisterschaft bei Zwillingen, das sind außerdem Geschwister in Stieffamilien. Wir haben ja heutzutage durch unsere Entwicklung in der Gesamtgesellschaft sehr viele Familien, die Patchworkfamilien heißen. Ich mag das Wort nicht so gerne, weil „Flickwerk“ finde ich keine schöne Konnotation. „Stieffamilien“ ist aber auch irgendwie negativ besetzt, vielleicht fällt jemandem noch ein positiveres Wort dafür ein. Aber wir haben eben viele Kinder, die auf diese Art und Weise zu Geschwistern kommen. Doch es gibt schon einen Vorschlag, „Bonusfamilien“ glaube ich. Und dann werde ich das Thema Geschwisterverlust nochmal anreißen. Der Bereich Erziehung in Mehrkindfamilien greift auf meine eigenen Forschungsergebnisse

zurück; ich habe nach der Promotion nicht aufgehört mich mit dem Thema zu beschäftigen und einige andere kleine Studien gemacht, unter anderem durch meine Tätigkeit an der Diploma-Hochschule und die Betreuung von Masterarbeiten, die ich auch vorstellen möchte.

Geschwisterforschung ist eigentlich eine relativ junge Disziplin, auch wenn 40 Jahre ein halbes Menschenleben sind, aber für eine wissenschaftliche Historie ist es ein relativ kurzer Zeitraum., Erst in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts begannen sich intensiver Menschen mit der Thematik „Geschwister“ auseinander zu setzen, auch wenn es vorher punktuell immer schon mal eine Rolle gespielt hat. Es war aber nicht so, dass es eine Art Themenschwerpunkt war, die Theoriebildung ist immer noch in Gang. Am Anfang haben vor allen Dingen die Geschwisterkonstellationsforschung und die sozialökologischen Perspektiven eine Rolle gespielt, zu denen ich auch nochmal anreißend später kommen werde.

Den zweiten Punkt, der die publizistische Community betrifft, finde ich auch ganz spannend: gerade hatte die Zeitschrift „Psychologie heute“ im Heft 10 den Schwerpunkt Geschwister! Ich weiß nicht, ob es jemand von ihnen wahrgenommen hat: da ist auch ein Interview mit Frau Adam-Lauterbach drin. Auch die Zeitschrift „Eltern“, die ja die größte Zeitschrift für Eltern in Deutschland ist, hat den Schwerpunkt in ihrem 11. Heft in diesem Jahr auf Geschwister gelegt, der Kinderärzte-Kongress jetzt im September in Leipzig hatte ein Symposium zu Mehrkindfamilien – also man könnte daraus ableiten, dass es momentan ein besonderes Interesse an der Thematik gibt und es könnte auch damit zusammen hängen, dass die Geburtenraten in Deutschland wieder steigen. Wir haben jetzt den Trend zum 3. Kind – ja nicht den Trend zum Zeitwagen sondern den Trend zum dritten Kind – und aktuell haben wir in Sachsen-Anhalt eine Geburtenrate von 1,62 und deutschlandweit von 1,59. Das ist auf jeden Fall in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Es sind also nicht die kinderlosen Frauen, die sich entschieden haben Kinder zu kriegen, sondern es sind die Familien, die schon zwei Kinder haben, die sich entscheiden, noch ein drittes zu bekommen, die die Zahlen in die Höhe gehen lassen. Daraus folgt, dass die Eltern sich natürlich auch intensiver mit Geschwisterschaft beschäftigen und es auch immer mehr Geschwisterkurse an Geburtskliniken gibt. Unter anderem einer meiner kleineren Erfahrungsräume, die ich einmal im Monat genießen darf, ist bei uns in Halle in der Geburtsklinik die Begegnung mit den Eltern und den Geschwistern. Die Geschwister gehen

mit der Hebamme „Baby angucken“ und die Eltern sind dann mit mir zusammen und das finde ich immer ganz spannend, was die so beschäftigt – so viel vielleicht zur Aktualität des Themas.

Im Folgenden zur der Relevanz von Geschwisterdynamik für die Psychotherapie (und ich denke, das ist ja insbesondere ihr Interesse, ihr professionelles Interesse, auch wenn ich das hier natürlich nur anreißen kann). Wir haben ja durch die Geschwister, anders als in der Einzelkindfamilie, ein eigenes Subsystem, das sich horizontal generiert, innerhalb der Familie. Es ist die längste verwandtschaftliche Beziehung in Kernfamilien, weil ja unsere Kinder später geboren werden, unsere Eltern sterben im allgemeinen früher, unsere Partner finden wir später, insofern teilen wir die längste Zeit mit unseren Geschwistern! Das Spannende daran ist auch unsere Lebenslaufperspektive: dass wir sozusagen die Nähe von Geschwisterbeziehungen, also von funktionalen Geschwisterbeziehungen in der frühen Kindheit besonders eng erleben, dann in der mittleren Kindheit das eine selbstverständliche Normalität geworden ist (auch wenn die ersten Orientierungen in Richtung Peerkontakte auch bedeutungsvoller werden). Dann etwas entfernter in der Pubertät: – möglicherweise ist es auch nochmal spannend so den Bruder zu fragen, wie Jungs so ticken – dann beginnt es sich eher auseinander zu bewegen bis zur eigenen Partnersuche, Partnerfindung. Wenn dann aber eine eigene Familie gegründet wird und man die Geschwister zu Tanten und Onkeln macht, dann wird es wieder etwas enger, auch wenn das natürlich vielleicht nicht heißt, dass man miteinander, nebeneinander wohnt, aber zumindest was die Kontakthäufigkeit betrifft. Dann wird es nochmal intensiver bei der Pflege von den eigenen Eltern und im eigenen Alter. Das heißt: wir wissen also, dass Pflegebeziehungen innerhalb der Familie unter Geschwistern oder von Geschwistern erbracht, eine hohe Relevanz haben. Und das ist etwas, was sie auch von Freundschaften unterscheiden: das sind ja diese Wahlverwandschaften, die einen ganz anderen Charakter haben.

Der zweite Punkt, der es relevant macht für Psychotherapie, ist, dass wir in Geschwistern signifikante Bindungspersonen haben, d. h. auch die Bindungsforschung hat die Geschwister entdeckt, allerdings erst vor noch nicht allzu langer Zeit. Das heißt, zunächst hat man sich hauptsächlich mit der Mutter beschäftigt, dann kam der Vater noch hinzu. Wie gesagt hat man in den letzten Jahren festgestellt, dass auch Geschwister sichere Basis sein können, also alle Charakteristiken aufweisen, die eine sichere Bindungsperson ermöglichen.

Es ist so, dass wir es in therapeutischen Kontexten mit Menschen zu tun haben, die in ihrem existentiell relevanten Zugehörigkeitssystem ihre bezogene Individuation erleben und dabei sind natürlich Geschwister die Identifikationsobjekte, aber eben auch Übertragungsobjekte. Das spielt vor allen Dingen auch in der Psychotherapie eine Rolle. Ich bin Tiefenpsychologin und Systemikerin und deshalb ist auch dies meine Perspektive: dass man als Therapeut durchaus auch in die Geschwisterübertragung kommen kann – ja also, ich bin jetzt eher so die ältere Schwester einer Patientin und verbünde mich mit ihr gegen die Mutter oder so in diesem Sinne. Dafür Sensibilität zu haben finde ich ganz wichtig für uns, die wir mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Ein Argument ist auch, dass in der Psychotherapie Relevanz hat, dass wir die Bezugspersonen-Kompetenz von Geschwistern auch in der Psychotherapie nutzen können. Wir wissen aus der Forschung, dass Geschwister oft mehr übereinander wissen, auch über das innere Seelenleben wissen, als die Eltern. Wenn wir Bezugspersonenkontakte haben, wäre es ein Verlust, auf diese Kompetenz zu verzichten. Geschwister vor diesem Hintergrund dieser Kompetenz sind Experten für das seelische Erleben jenseits der Elternperspektive und sie haben zusätzlich oft auch eine kompensatorische Funktion. Insbesondere in dysfunktionalen Familien wissen wir, dass Geschwister viel abfedern können, auch wenn natürlich die Gefahr einer Parentifizierung immer mitschwingen könnte. Aber dennoch ist es so, dass Geschwister in Familien, in denen es schwierig ist, eine Ressource füreinander darstellen. Nicht immer nur die Älteren für die Jüngeren! In meinem Mehrkindforschungsprojekt zeigte es sich, dass oft die Jüngeren die Älteren in bestimmten Lebenssituationen unterstützt haben.

Also angenommen, wir haben jetzt einen Patienten (ich nehme mal die systemische Terminologie auf und nenne ihn den Indexpatienten) und der hat ein Geschwistersubsystem: dann wäre es im Prinzip wichtig zu schauen, ob es eine dysfunktionale Beziehung oder eine funktionale Beziehung zwischen den Geschwistern gibt? Wenn das funktional ist, dann kann natürlich die Beziehung als Therapieressource genutzt werden, entweder im Familiensetting oder im Geschwistersetting, also in den Bezugspersonengesprächen die Geschwister auch mal mit hinzunehmen. Das kann ich jetzt natürlich in dem Vortrag nicht im Detail differenzieren, hat natürlich auch was mit Elternzustimmung zu tun und auch mit dem Alter, was nicht heißt, dass ich nur große Geschwister hinzunehmen kann. Also wir hatten unter meinen Supervisanden auch ein Zwillingspaar, wo der eine Junge in Therapie war und es für den Therapieprozess total bereichernd war, dass man in größerem Abstand

die Schwester mal dabei hatte. Wenn es aber eine dysfunktionale Beziehung zwischen den Geschwistern gibt, dann ist die Frage, ob die Beziehung, die gestörte Beziehung der Kern des Problems ist und dann ist es wahrscheinlich sinnvoller, über Projektion im Einzelsetting zu arbeiten, (das kann man natürlich immer machen) oder auch die Eltern als Unterstützer ins Boot zu holen. Da ist etwas relevant, was ich jetzt nicht vergessen möchte zu erwähnen, dass wir natürlich die Qualität von Geschwisterbeziehungen immer in Abhängigkeit vom Elternverhalten sehen müssen. Das heißt, eine pathologische Geschwisterrivalität hat immer etwas damit zu tun, wie in der Familie interagiert wird, d. h. ohne die Eltern kann man da auch keine Heilung herbeiführen. Und wenn die problematische Beziehung nur ein Hintergrundthema ist, dann kann man durchaus (wie gesagt, das hängt dann vom Einzelfall ab) auch über die aktive Geschwisterbeteiligung nachdenken.

So viel in Kürze zum Bereich Psychotherapie, da haben sie ja noch viele differenzierte Workshops, in denen Sie spezielle Themen vertiefen können. Der zweite Punkt, den ich ihnen angekündigt habe, war der Bereich Geburtsrangplatz und Geschwisterkonstellation. Ich hatte ja schon gesagt, das war der Kern der ersten Forschungen, die sich mit Geschwistern beschäftigen und seitdem gab es bezüglich der Bedeutsamkeit des Geburtsrangplatzes sehr kontroverse Debatten, insbesondere im Zusammenhang mit dem von Frank Sulloway veröffentlichtem Buch „Der Rebell in der Familie“, der historische Persönlichkeiten untersucht hat und versucht hat daraus abzuleiten, was die für Karrieren abhängig vom Geburtsrangplatz gemacht haben. Ich verkürze jetzt mal auf minimalste Art und Weise: amerikanische Präsidenten waren Erstgeborene, Forscher und „Draufgänger“ wie Galileo Galilei und Kopernikus waren Letztgeborene und Mutter Theresa war ein Mittelkind. Also das war das, was Frank Sulloway in – ich glaube 500 Seiten – zusammengefasst hat und darauf gab’s eine intensive Debatte in der wissenschaftlichen Community und viele Forscher haben sich danach nochmal „draufgestürzt“. Ich habe gerade jetzt ganz aktuell einige Forschungsergebnisse rezipiert, in denen deutlich wird, dass die Persönlichkeitsstruktur nur wenig Korrelation mit dem Geburtsrangplatz hat. Man kann es eigentlich nur mit dem IQ nachweisen, also Erstgeborene sind klüger, als ihre Nachgeborenen, jedenfalls nach den Standards, die wir beim IQ haben – die kann man ja auch nochmal hinterfragen. Die Geschlechtszusammensetzung hat natürlich auch wiederum etwas damit zu tun, was es für spezifische Konstellationen gibt. Große Schwester zu sein macht einen Unterschied zum kleinen Bruder sein, großer Bruder zu sein macht einen Unterschied zum kleineren Bruder sein. Insofern gibt es bedeuten-

de Entwicklungseffekte und das Spacing hat natürlich auch eine Bedeutung, also wie groß ist der Altersabstand zwischen den Geschwistern; insofern kann man also sagen, es ist möglicherweise nicht evidenzbasiert nachweisbar, aber es hat eine subjektive Relevanz, an welcher Stelle der Geburtsrangfolge ich geboren bin und es hat eben auch eine intrapsychische Wirksamkeit und insbesondere, da komme ich nachher nochmal kurz hin, bei Zwillingen ist es erstaunlich, wie viel Wert oft Zwillinge darauf legen, wer von ihnen beiden der Erstgeborene ist. Und das meine ich mit dem intrapsychischen Wirksamkeitsaspekt.

Nun weitere Schlaglichter aus der Geschwisterforschung, auch die kann und will ich hier nur anreißen: natürlich haben wir bei Geschwistern immer diese Koexistenz von Liebe und Rivalität und auch von Eifersucht, die zum Teil im Minutentakt wechseln kann. Insbesondere, wenn Bedrohungen von außen kommen, wechselt die Rivalität ganz plötzlich zu einer starken Solidarität, also entweder sich gegen die Eltern zu verbünden oder den Bruder auf dem Schulhof zu verteidigen. Das gehört einfach dazu: auch Rivalität und Eifersucht zu entwickeln. Gerade bei den erwähnten Geburtsvorbereitungskursen sage ich immer zu den Eltern, ich würde mir eher Sorgen machen, wenn die älteren Kinder nicht eifersüchtig sind, weil es dann offensichtlich keine Erlaubnis in der Familie gibt, auch solche Gefühle zu zeigen. Insofern ist diese Apposition, Aufmerksamkeit und viele andere Ressourcen teilen zu müssen, natürlich eine Krise und ein Transitionsaspekt, der Aspekte wie Eifersucht und Rivalität beinhaltet.

Der zweite Punkt, der in der Geschwisterforschung immer wieder eine Rolle spielt, ist das Nachahmungslernen und die Vorbildfunktion, auch die „Gate-Opener-Funktion“ der Erstgeborenen. Was das erstgeborene Kind ausgehandelt hat, braucht das zweite nicht mehr zu tun, sondern kann das sozusagen schon gleich nutzen. Imitation und das Lernen voneinander unter Geschwistern ist eine der besonderen kognitiven Ressourcen – auch weil die Kinder natürlich besser am nahen Vorbild lernen. Nicht umsonst gibt es auch altersgemischte Gruppen in Kitas, weil wir in der Zone der nächsten Entwicklung am besten lernen können. Sprache ist ein einfaches Beispiel: ich kann Sprache einfacher lernen von einem 5-Jährigen, der einfache Sätze spricht, als von den Eltern, die mit drei Relativsätzen und fünf Attributen agieren. Insofern ist die Sprachentwicklung besonders beeinflussend.

Vorhin hatte ich gesagt, die sozialökologische Perspektive hat in den 80er und 90er Jahren auch eine Rolle gespielt, und das meint die Betrachtung der sogenannten nicht-geteilten Umwelt, weil die die Unterschiede unter Geschwistern verstärkt. Man geht davon aus, dass plusminus fünfzig Prozent der Gene bei normalen Geschwistern identisch sind und man könnte eigentlich davon ausgehen, dass sie entsprechend auch sehr ähnlich sind. Im Äußeren ist es manchmal so, dass man ein Kind aus einer Familie wirklich erkennt, aber in dem Moment, wo die Kinder sich in der Konkurrenz um die elterliche Aufmerksamkeit finden, verstärken sie durch dieses Nischenphänomen, so wird das genannt, auch ihre Unterschiede, d. h. sie verstärken eher die Unterschiede, sie nehmen eher die Anregung aus den nicht-geteilten Umwelten und dadurch sind Geschwister letztlich unterschiedlicher als beliebig zusammengesuchte Kinder, die nichts miteinander verwandtschaftlich zu tun haben. Das ist die sozialpsychologische Perspektive, die grade in Amerika viel publiziert worden ist und versucht hat, diese starken Unterschiede zu erklären. Diese Nischen bedeuten letztendlich, dass jedes neugeborene Kind in einer Familie sich wieder eine neue Nische suchen muss, in der es eine autonome Aufmerksamkeit bekommen kann. Auch da haben wir natürlich wieder den Geschlechteraspekt, also ein erstes Mädchen nach fünf Brüdern braucht nicht mehr so sehr viel nach einer Nische zu suchen, die hat sie dann sowieso schon, aber der vierte Bruder hat vielleicht dann doch ein Problem, womit er sich noch in irgendeiner Form zeigen kann.

Dann wissen wir, dass die Mentalisierungsfähigkeit bei Geschwistern früher entsteht, also die Fähigkeit sich in jemanden andern, in dessen Absichten und Bedürfnisse hineinzusetzen. Das ist etwas, was uns grade auch in der Therapie, jedenfalls in der tiefenpsychologischen, sehr begleitet und das entsteht unter Geschwistern früher und eben auch wechselseitig, nicht nur im Sinne von Älteren zu Jüngeren. Ein nächster Aspekt wäre der Bereich der Konfliktlösungsstrategien und der Frustrationstoleranz, auch da gibt es etliche Forschung, die sagt, dass die Kinder durch diese Konfliktlösungsstrategien im Kindersystem und auch die Frustration, die sie möglicherweise erleben, eine soziale Kompetenz erarbeiten, die ihnen in Peerkontakten hilft. Ich gehe jetzt mal von einer Verhandlungserziehung von Eltern aus, also wenn Zuhause Bedürfnisse besprochen werden, verhandelt wird, wenn der ein oder andere Erziehungsschritt dem Kind begründet wird: der Bruder wird möglicherweise nur eine kurze Ansage machen und das Computerspiel einfach aus dem Regal nehmen, nicht großartig verhandeln – die Frustration, die dann entsteht (möglicherweise ist er stärker und dann lass ich das lieber ...) führt

dazu, dass dann Strategien entwickelt werden, wie ich mit einem gleichaltrigen Peerkontakt umgehe. Ein Schlaglicht aus der Kita: die Eingewöhnung ist bei Nachgeborenen wesentlich einfacher und sie können sich wesentlich leichter in solchen Gruppen orientieren.

Die Pufferfunktion bei Krisen und elterlicher Dysfunktionalität (auch wieder so ein Forschungsbericht) hatte ich vorhin schon angedeutet. Die Geschwister stehen als Bindungsperson oder auch als Krisenmanager zur Verfügung, wenn die Eltern ausfallen oder in bestimmten Lebensphasen sich eher weniger um die Bedürfnisse der Kinder kümmern können. Insbesondere bei Trennung und Scheidung kann man das beobachten, dass Geschwister sich oft gegenseitig in dieser schwierigen Phase stärken. Dabei gibt es allerdings einen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen: Jungen leiden mehr darunter, sind vulnerabler in solchen Krisen als Mädchen, da haben wir wieder die oft eher unterstützende Funktion der Mädchen. Der Einfluss der Eltern ist etwas, das ich vorhin auch schon angedeutet hatte und den wir, glaube ich, in unseren therapeutischen Settings besonders in den Blick nehmen sollten, weil ja jedes Kind eine andere Familie erlebt, d.h. ein Dreijähriger erlebt eine andere Familie, als sein sechsjähriger Bruder. Erstens, weil er in eine Familie hineingeboren worden ist, wo schon ein Kind da war, zweitens haben sich die Eltern möglicherweise entwickelt in ihrem Erziehungshandeln. Es gibt sozusagen eine andere Wahrnehmung der Familie und das ist gleichzeitig natürlich auch die Quelle elterlicher Ungleichbehandlung. Das finde ich einen wichtigen Punkt, da komme ich nochmal bei den Schatten- und Lieblingskindern dazu, dass dieses Gerechtigkeits erleben für Geschwister eine unheimlich große Rolle spielt; das fängt bei der Größe des Puddings an und endet bei der Erbschaft. Diese Vergleichsprozesse sind also immer irgendwie relevant.

Der Einfluss der Eltern ist natürlich dennoch begrenzt, weil Geschwister auch eine horizontale Subkultur entwickeln. Wir wissen, dass die Kinder konfliktfreier agieren ohne die Eltern, d.h. wenn die Eltern nicht da sind, sind sie konfliktfreier in ihrer Interaktion. Sie haben Regeln und Geheimnisse und Dinge, die sich uns als Eltern nie erschließen werden, trotzdem erziehen sie einander am Vorbild der Eltern. D. h. sie potenzieren letzten Endes das elterliche Erziehungshandeln in die Geschwisterschaft hinein. Finde ich auch wieder aus der Sicht einer Mutter ganz spannend, dass all die Fehler, die man beim ersten Kind gemacht hat, dieses dann sozusagen an seine Geschwister

weitergibt. Ja wie ist es mit den Müttern? Es gibt natürlich auch da wieder Unterschiede zwischen Vätern und Müttern: die Mütter haben eher die Funktion, das Größenselbst zu stärken. Emotionale Wärme ist ein ganz wichtiges Kriterium in der kommunikativen Interaktion. Wir wissen, dass Mütter viel mehr mit ihren Kindern sprechen und das ist sehr persönlichkeitsprägend. Hingegen haben die Väter eher die Funktion der Omnipotenz-Begrenzung, beeinflussen die Affektsteuerung durch ihr eher affektgesteuertes und mutigeres Spiel und fördern eher die explorative Interaktion, also das Gehen in die Welt, das ermutigende Explorieren der Welt. Das ist etwas, was strukturbildend ist, also zur Strukturbildung beiträgt. Und auch wenn das jetzt wirklich nur angerissen werden kann: diese Väterlichkeits- und Mütterlichkeitsaspekte haben natürlich auch wiederum einen Einfluss auf die Geschwister. D.h. wie agiert der Vater, wie agiert die Mutter, wie gibt es möglicherweise eine Nähe zu der Tochter oder wie wird die Nähe zu dem Sohn generiert, wie ist es in gleichgeschlechtlichen Geschwisterkonstellationen, gibt es Loyalitäten innerhalb der Familie, das sich Verbünden gegen die Minderheiten, d.h. es spielt natürlich immer eine große Rolle, wie auch die Geschlechtszusammensetzung innerhalb der Geschwisterschaft ist und wie die Eltern ihre Funktion erfüllen. Auch wenn das jetzt sehr paradigmatisch ist: wir gehen davon aus, dass es mütterliche Qualitäten und väterliche Qualitäten sind, die durchaus vom reinen Geschlecht her wechseln können.

Die Eltern sind natürlich auch die Verursacher oder mehr oder weniger diejenigen, die Phänomene begünstigen, dass Lieblings- und Schattenkinder entstehen. Ich finde den Begriff mit den Schattenkindern – also ich finde nicht das Phänomen schön, aber den Begriff finde ich schön, besser als schwarzes Schaf oder so ... Er bedeutet eine latente Benachteiligung eines Kindes und eine latente Bevorteilung des anderen Kindes. Nichtsdestotrotz haben funktionale Familien (das ist jetzt mein Fokus) das Ideal der Gleichbehandlung durch die Eltern. Das ist ein ganz wichtiger Punkt: gerade, wenn ein neues Kind geboren wird, entsteht die Frage, kann ich denn alle meine Kinder gleichbehandeln, kann ich denn die Liebe teilen? Da gibt's ja diesen berühmten Spruch, die Liebe müssen sie nicht teilen, die verdoppelt sich. Aber das ist der Wunsch erstmal aller Eltern, sie haben also eine Illusion, einen Ausgleich schaffen zu können, aber auch da ist sich die Forschung einig, dass es gar nicht geht. Es hängt von dem unterschiedlichen Erleben der Kinder ab, von den Persönlichkeiten, von den Passungen der Temperamente von bestimmten Neigungen usw. und natürlich von Alters- und Entwicklungsphasen, Bedürf-

tigkeitsaspekten von Kindern usw. Das Gerechtigkeits erleben sowohl von Seiten der Kinder als auch seitens der Eltern kann nicht objektiv sein und diese Vergleichsprozesse auch nicht. Wir wissen aus der Forschung, dass Kinder durchaus zeitweise mal zurückstecken können, vor dem Hintergrund, dass sie die Bedürftigkeit eines anderen Geschwisterkindes anerkennen, also vor dem Hintergrund, wenn da mal eine schwerere Krankheit ist oder so. Schwierig wird es dann, wenn es eine chronische Vernachlässigung gibt, die auf einer Ungleichbehandlung beruht. Es gibt einen Unterschied, den ich jetzt nicht vertiefen kann, wenn es um behinderte Kinder geht und Geschwister, die von chronischen Krankheiten oder lebenszeitverkürzenden Krankheiten betroffen sind. Das ist nochmal eine andere Art von Geschwisterbeziehung, aber wie gesagt, das kann ich jetzt hier nicht vertiefen, mir geht es um Geschwister, die aus ganz anderen Gründen bevorzugt und benachteiligt werden. Das heißt, eine latente Vernachlässigung für eines der Kinder in der Geschwisterreihe entwickelt dramatische Folgen. Aber – und das erwartet man natürlich erstmal nicht – auch die Lieblingskinder leiden darunter. Warum? Einerseits, weil sie in ihrem horizontalen Subsystem natürlich auch eine Art von Empathie und Mitleid haben und diese Vorteile nicht nur genießen können; und weil im Raum steht, man könnte ja jeweils auch möglicherweise in den Schatten rücken. D.h., es gibt immer auch eine latente Bedrohung: wer weiß, ob ich diese Position behalte (ohne dass die Kinder das reflektieren oder gar aussprechen können)? Die Formen elterlicher Ungleichbehandlungen sind natürlich vielfältiger, als ich das hier in Kürze darstellen kann. Das könnte auf der einen Seite heißen: zu viel Kontrolle gegenüber einem Kind, während die anderen eher nicht so kontrolliert werden – oder zu wenig Akzeptanz einem Kind gegenüber, während die anderen halt mehr Wertschätzung erfahren. Da gibt es zwei Begriffe, die ich ganz spannend finde, die man an der Stelle gegenüberstellen kann: Equality oder Equity. Die Gleichheit im Sinne von Equality, also zu versuchen, gleich zu machen, ist eher etwas, das kontraproduktiv ist. Wir können die Kinder nicht gleich behandeln, weil das auch schon wieder ungerecht wäre. Also wenn ich eine 16-Jährige und ihre 12-jährige Schwester immer zur gleichen Zeit ins Bett schicke, dann ist das nicht gerecht, weil das einfach etwas mit den Entwicklungsphasen zu tun hat. D.h., das ist eher nicht das Erstrebenswerte, sondern die Equity. Die wird so erklärt, dass man genau altersentsprechend, bedürfnisentsprechend die Teile der Aufmerksamkeit, die Teile der Kontrolle, die Teile der Wertschätzung angemessen verteilt. Das ist natürlich eine große Herausforderung, aber Lieblings- und Schattenkinder entstehen wirklich nur, wenn das über eine lange Phase anhält und nicht nur mal für kurze Zeit.

Zur Geschlechtsspezifität habe ich immer schon mal ein bisschen was eingestreut, nochmal vielleicht ein paar Punkte an dieser Stelle zusammengefasst: wenn wir uns Mädchen angucken, sehen wir, dass diese stärker fürsorgend und konfliktreduzierend agieren. Wir wissen, dass in Geschwisterreihen bereits ein Mädchen die Konflikte reduziert, insbesondere ältere Schwestern in der Geschwisterreihe sehr konfliktreduzierend wirken und eben auch ihr Fürsorgeverhalten sehr auf die jüngeren Geschwister ausrichten. Auch das kann ich hier jetzt nicht vertiefen, aber wir haben halt eine Sozialisation, die diese Merkmale von weiblichem Verhalten unterstützt. Insofern identifizieren sich die Mädchen dann auch damit, insbesondere mit dem Fürsorgeverhalten der Mutter. Da folgen die Mädchen ihrem Bedürfnis nach Harmonie und nach sprachlicher Verarbeitung der Konflikte. Das ist z.B. auch ein Aspekt, der ihnen hilft, Krisen besser zu bewältigen, weil sie darüber sprechen und dadurch die Verarbeitungsprozesse voranbringen. Man darf aber nicht vergessen, dass Mädchen oder Schwestern keine besseren Menschen sind, die haben dann die relationale Gewalt. Finde ich einen ganz spannenden Begriff, weil das letztlich ein Objektivierungsversuch ist für Lästern hinter dem Rücken, sich verbünden und was halt Mädels alle miteinander machen können, ohne dass es so offensichtlich wird – und das ist natürlich auch nicht immer schön ... Ja, krisenadaptiver sind sie, das habe ich schon erwähnt, und sie sind eben auch wieder für ihre Brüder die Identifikationsobjekte. Bei den Jungen könnte man jetzt erwarten (und ist in der Forschung de facto auch so nachgewiesen), dass sie eine stärkere Konkurrenz untereinander haben, was damit zusammen hängt, dass Jungs insgesamt eher wettbewerbsorientierter interagieren. Die Subkultur in Jungengruppen ist eher auf Konkurrenz orientiert und so agieren natürlich auch Brüder miteinander. Eine große Bedeutung spielt der Vorbildcharakter, eine Idealbildung insbesondere durch die jüngeren Brüder den älteren Brüdern gegenüber. Das ist, so wird es jedenfalls beschrieben, auch für die Eltern oft die herausforderndste Geschwisterkonstellation: nur Brüder – weil die eben ihre Konflikte offen austragen (und körperbetont) und an dieser Stelle möglicherweise auch häufiger die Intention der Eltern antriggern, da auch einzugreifen. Wohingegen: wenn die Mädels da so still und leise vor sich hin sich ausgrenzen, greift man vielleicht nicht so schnell ein. Ja, Jungen sind vulnerabler in Transitionsphasen. Den Themenbereich Trennung und Scheidung hatte ich schon erwähnt, aber auch in Übergangsphasen wie z.B. in die Schule zu kommen, da wissen wir, dass Jungen das schwieriger meistern

und da vulnerabler sind. Da sind es wieder Schwestern und auch Brüder, die schon diese Phase überlebt, also überstanden haben, die hilfreich und unterstützend sein können. Letzten Endes ist es eine Ressource gemeinsam in eine Einrichtung zu gehen, gemeinsam in eine Schule zu gehen, das kann solche Vulnerabilitäten reduzieren. Der Bereich der Identifikation und De-Identifikation in Richtung Mädchen: wenn ich mir jetzt die Zeit nehmen würde, was ich nicht tue, noch mehr in die Psychodynamik auszugreifen, dann würde es sogar so weit gehen, dass wir sagen können, dass gegengeschlechtliche Geschwister auch die Ödipuskrise abpuffern oder abfedern können. Da gibt es sehr viele wunderschöne Literatur dazu, die Zeitschrift "Psyche" hatte vor einiger Zeit eine Ausgabe, die sich unter einer psychodynamischen Perspektive ausschließlich mit Geschwistern beschäftigt hat, das lohnt sich für die Kollegen, die sich für diesen Therapiebereich interessieren.

Zwilling zu sein ist eine ganz besondere Geschwisterkonstellation, ein ganz besonderer Aspekt der Geschwisterschaft und wir haben in Deutschland im Moment 1:40 zweieiige Zwillinge, also auf 40 Geburten kommt eine Zwillingengeburt mit zweieiigen Zwillingen und auf 286 Geburten kommt eine mit eineiigen Zwillingen. Vielleicht kurz zum Hintergrund: die eineiigen Zwillinge sind ja zufällige Trennungen, das Auftreten ist also nicht genetisch vererbbar, also gibt es keine familiären Häufungen von eineiigen Zwillingengeburt. Bei den Zweieiigen gibt es durchaus Familienhäufungen und wir hatten noch vor 30 Jahren bei den Zweieiigen eine Verteilung von 1:80. Es hat sich also die Anzahl von Zwillingen verdoppelt. Nun zwei kurze Erklärungen dazu: einerseits sind die Frauen heute älter und es kommt in der späteren Fruchtbarkeit häufiger vor, dass Zwillinge entstehen. Es gibt mehr Reproduktionsmedizin, d.h. wenn Eier eingesetzt werden, dürfen in Deutschland bis zu drei eingesetzt werden und da entstehen eben auch häufiger Zwillingsschwangerschaften. Und die Frauen sind (das ist jedenfalls das, was man liest) besser ernährt. Deshalb können sie auch eher Zwillinge austragen. Wir hatten früher viele unerkannte intrauterine Fruchttode von einem Zwilling und das hatte natürlich auch etwas mit der Konstitution der Mutter zu tun. Also das sind jedenfalls die drei Erklärungen, die man in der Literatur findet, wieso sich das verdoppelt hat. Aber das heißt natürlich für uns als Therapeuten, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, dass uns auch häufiger Zwillinge begegnen. Was kann man zu Zwillingen noch sagen? Ich komme nachher nochmal kurz zu einem eigenen Forschungsgebiet, aber erstmal aus der Literatur: dass sie eine pränatale gemeinsame Geschichte haben, dass sensorische Erinnerungen aus dieser Zeit existieren und dass es auch zielgerichtete Berührungen

im Uterus gibt (heute kann man ja vieles ganz genau beobachten). Dadurch entwickeln sie verzögert ein individuelles Selbstgefühl und auch die Sprachentwicklung ist verzögert, bis dahin, dass es auch Zwillingssprachen gibt. Bei 40 Prozent aller Zwillinge kommen solche Geheimsprachen vor, die sich also jeder allgemeinen Syntax entledigt haben und wirklich nur für die Verständigung unter den beiden geeignet sind. Dieses miteinander Aufwachsen führt dazu, dass das Bedürfnis, Sprache zu lernen ein wenig später einsetzt, aber ich glaube mit 7 oder 8 Jahren haben die dann die Gleichaltrigen eingeholt, wenn sie nicht durch andere Beeinträchtigungen daran gehindert sind. Das individuelle Selbstgefühl entsteht deshalb später, weil man ja immer einen Spiegel vor sich hat, d.h. das Ich-Konzept entwickelt sich über Spiegelung, das passiert dann einfach ein bisschen später, weil man erstmal immer jemanden hat und sich nicht individualisieren muss – und auch das ist nichts, was pathologisch ist, sondern ist einfach ein bisschen später. Und dieser ganze Twinning-Prozess, also diese Idealisierung, die in der Literatur beschrieben wird, bedeutet, dass es eine horizontale Objektbeziehung gibt, die sowohl interpsychische als auch intrapsychische Wirkungen hat, im gesamten Lebensverlauf. Die Nähe zwischen Zwillingen ist nochmal intensiver als zwischen Kindern mit größerem Spacing, wobei es auch da wieder Übergangsbereiche gibt: wir sprechen bei den Kindern von bis zu ca. 18 Monaten Altersabstand, wo sich ja das Ich bei den Erstgeborenen noch nicht entwickelt hat, von sogenannten Pseudozwillingen. Diese entwickeln sich ab einem Alter von anderthalb, zwei Jahren auch sehr ähnlich, d.h. das ältere Kind wartet ein bisschen auf das jüngere Kind und man hat dann mit 5-6 Jahren gar nicht mehr die Fähigkeit sofort zu sagen, wer jetzt der Ältere und wer der Jüngere ist. Sie gleichen sich ein bisschen aneinander an – das ist auch wichtig zu wissen, wenn man die Befürchtung hat, dass das ältere Kind irgendwie retardiert oder regrediert sei auf Grund des nachgeborenen Kindes. Das ist erstmal ein ganz natürlicher Prozess, dass das Jüngere sich wiederum schneller entwickelt und dass sie sich annähern und dann so ein bisschen auch diesen Charakter von Zwillingbeziehungen in der Objektwahrnehmung haben.

Ein Punkt aus der Literatur, der mir auch ganz wichtig ist, ist, dass es keinen Entwicklungsvorteil für Zwillinge gibt, wenn sie getrennt werden. Das ist so ein Mythos, der sich grade im pädagogischen Kontext gehalten hat und bis heute zum Teil relevant ist, so dass es die Empfehlung gibt, die Kinder nicht in eine Klasse (oder sogar schon im Kindergarten: nicht in eine Gruppe) zu geben, weil die sich ja individuell entwickeln müssen usw. Es gibt wirklich gute und schöne belastbare Literatur aus Amerika, die besagt, dass es kei-

nerlei Vorteil einer Trennung, aber die Möglichkeit eines Nachteiles einer Trennung gibt, nämlich die latente Sehnsucht nach dem Zweiten, nach dem Gegenüber. Eine Studie aus den USA hat Lehrer, Eltern, Leiter von Einrichtungen und Zwillinge gefragt ob sie in getrennte Schulklassen gehen wollen. Die Leiter haben zu 75 Prozent gesagt, ja, die müssen unbedingt getrennt werden; die Lehrer haben zu 66 Prozent gesagt, ja, Trennung ist das Beste für die Kinder; bei den Eltern waren es noch 33 Prozent. Was glauben sie: bei den Zwillingen, wie viele wollten da getrennt werden? Bei den eineiigen 0, bei den zweieiigen 10%! Das fand ich sehr bemerkenswert. Trotzdem haben natürlich Zwillinge auch eine starke Konkurrenz untereinander, weil sie in dem gleichen Entwicklungsfenster sind und sich dadurch diese Nischen, die sie sich suchen müssen, etwas schwieriger erkämpfen. Oder sie sind sehr symbiotisch und eigentlich kaum zu trennen, was häufiger wieder bei eineiigen Zwillingen vorkommt, so dass sie eigentlich ihr ganzes Leben mehr oder weniger nicht ohne einander sein können. Das eine ist genauso wenig gut wie das andere, aber nichtsdestotrotz macht das schon einen Unterschied, ob man mit einem Zwilling aufwächst oder ob man andere Geschwister hat.

Den nächsten wichtige Punkt, also als Schlaglicht zu verstehen, hatte ich vorhin schon angedeutet, das ist der Bereich Geschwister in Stieffamilien, weil wir immer mehr dieser Familien haben. Ich habe Ihnen hier mal eine Familienbrettaufstellung mitgebracht. Es geht hier um diesen Jungen, der hat seine Mutter und seine leiblichen Geschwister hier und seinen leiblichen Vater hat er da –das ist sozusagen eine reale Aufstellung gewesen und jeder, der schon einmal mit dem Familienbrett gearbeitet hat, hat jetzt ein Gefühl dafür, wie sich der Junge möglicherweise fühlt, wie 's dem so geht. Diese Zerrissenheit trifft man häufig bei den Kindern. Wenn diese Schwester hier die Halbschwester ist, wenn er dann bei dem Vater in der Familie ist, wie fühlt sich das da an und wie ist es, wenn er hier lebt, mit dem neuen Partner, mit dem sozialen Partner der Mutter?! Diese Aspekte sind etwas, das sich auch auf die Geschwisterqualität auswirkt. Nicht automatisch verbindet er sich jetzt sehr liebevoll mit einer Halbschwester und mit seinen leiblichen Geschwistern entsteht möglicherweise auch nochmal eine stärkere Konkurrenz, auch vor dem Hintergrund, dass der Vater nicht mehr da ist und er der Erstgeborene ist, der sich gerne am leiblichen Vater orientieren möchte und die nachgeborene Schwester sowieso sehr stark in der Nähe der Mutter ist und der kleine Bruder noch nicht in dem Alter ist, wo er diese Vater-Identifikation so dringendst braucht. Nicht, dass er seinen Vater nicht braucht, aber der Patient in der Mitte hat halt an der Stelle die größten Schwierigkeiten und das zeigt sich in

heftigster Geschwisterrivalität und letzten Endes, wenn man's genau nimmt, hat es was mit der Familienkonstellation zu tun und nicht damit, dass die Geschwister offensichtlich dysfunktional sind. Das ist das, was mir an dieser Stelle wichtig ist zu betonen, da wächst die Literatur gerade erst langsam. Wir haben noch nicht sehr viel Literatur dazu, wie man Geschwister in solchen Systemen gut begleiten kann und eben nicht die Qualität der Geschwisterbeziehungen, sondern eher die Gesamtzusammenhänge in den Fokus rückt. Auf der anderen Seite bei Stieffamilien, wo gar keine leibliche Verwandtschaft da ist, sprich: wenn die Kinder wirklich zusammengeworfen sind durch die Liebesentscheidung ihrer Eltern, kann man nicht natürlicherweise davon ausgehen: „Ach du hast dir doch immer einen großen Bruder gewünscht, jetzt hast du hier einen im Nebenzimmer“, Dass da nicht große Liebe entsteht oder jedenfalls nicht selbstverständlich entsteht, das zu akzeptieren und hinzunehmen, ist manchmal für die Eltern nicht so einfach.

Und das letzte Thema, was ich anreißen wollte, ist der Geschwisterverlust. Auch ein Thema, was uns in der Therapie immer wieder mal begegnen kann und wichtig ist dabei insbesondere der Zeitpunkt des Verlustes. Ist es ein pränataler Verlust oder ein perinataler Verlust, sprich: um die Geburt herum, oder möglicherweise ein verstorbenes Kind im Uterus? Da ist immer die Frage, inwieweit die Geschwister da in irgendeiner Form involviert sind. Da muss man gut entscheiden, inwieweit das altersangemessen kommuniziert werden kann. Auf jeden Fall brauchen die Kinder das Wissen um diese toten Geschwister. Das ist eine ganz zentrale Botschaft, die alle Kollegen, die sich intensiver damit beschäftigen, vertreten, jedenfalls alle Kollegen, die ich kenne. Und dann ist es wichtig und macht einen Unterschied, ob es ein vorgeborenes Geschwisterkind ist oder ein nachgeborenes, das verstorben ist. Insbesondere bei den vorgeborenen Geschwisterkindern gibt es das Risiko des sogenannten „Replacementchild“ oder Ersatzkindes. Was das für eine Hypothek für ein Kind sein kann, wenn es an Stelle seines verstorbenen Geschwisters in die Welt gesetzt worden ist und möglicherweise implizit oder auch ganz offen diesen Platz auch ausfüllen soll! Viele Eltern heute sind möglicherweise reflektierter und sensibilisierter, aber noch in meiner Generation kenne ich da Menschen, die dann sogar den gleichen Namen bekommen haben, und das ist natürlich etwas, was man wirklich gut in der Therapie bearbeiten muss. Und dann ist natürlich die Frage, wie weit haben die Geschwister den Prozess des Sterbens miterlebt? Es gibt, wie gesagt, eine sehr schöne, gut organi-

sierte Selbsthilfegruppe von Geschwistern von lebenszeitverkürzt erkrankten Kindern, die den ganzen Prozess über Jahre miterlebt haben und die dann praktisch aufgefangen werden. Als Botschaft noch zu diesem zugegebenermaßen schwierigem Thema (mir ist es sehr wichtig, dass man das nicht außen vor lässt): die emotionale und eben auch reale Beteiligung der Kinder daran ist enorm bedeutsam, weil es wieder etwas bedeutet für den Platz in der Geschwisterreihe. Ich bin eben nicht wirklich die Erstgeborene, wenn mein Bruder vorher am plötzlichen Kindstod verstorben ist – auch wenn ich ihn nicht gekannt habe und meine Eltern darüber nicht gerne sprechen. Das ist eben die Frage: wie können diese Verluste verarbeitet werden, wie können Erinnerungen, wenn es denn welche gibt, bei nachgeborenen Geschwistern auch ihren Platz bekommen, wie werden Trauer und Abschiedsrituale und -prozesse begleitet und wie ist die kind- und altersgerechte Beteiligung und Aufarbeitung? Das ist auch ein Thema, das manchmal (habe ich jedenfalls die Erfahrung gemacht) erst viel später in den Bezugsgesprächen mit den Eltern thematisiert wird. D.h., wir wissen das möglicherweise am Anfang gar nicht, außer wir sind sehr intensive „Anamnestierer“, die wirklich Geogramme machen am Anfang usw., in denen die Eltern auch diese Dinge veröffentlichen. Manchmal ist es so: wir arbeiten und arbeiten und irgendwie kommt dann im Verlauf der Therapie hoch: da gab's ja noch was, was möglicherweise die entsprechende Wirkung entfaltet. Ja, also das nur als Sensibilisierung für diesen Bereich und jetzt würde ich gerne noch zu ein paar eigenen Studien kommen, bevor ich uns auch noch ausreichend Zeit zum Austausch geben möchte.

Das Thema meiner Promotion war die Geschwisterdynamik in Mehrkindfamilien. Und was ich dazu hier mit in die Runde bringen will, ist die multiple Beziehungsbereicherung, die bei Geschwistern zu beobachten ist und die sonst noch nicht besonders gut erforscht ist. Meine Arbeit war qualitativ, und nichts, was man jetzt statistisch in irgendwie einer Form bewerten könnte, aber die Theoriegenerierung einer symmetrischen Reziprozität, die die Kinder untereinander zeigen, war total spannend. Bei den Eltern sieht man eine Responsivität, also eine Antwortbereitschaft. Bei den Geschwistern ist es eher so, dass diese miteinander agieren. Bei Zwillingen geht das dann sogar in eine prozessuale Geschichte über, so dass sie sich untereinander ergänzen, also Interaktionssequenzen und Erlebnissequenzen immer teilweise erleben. Das dyadische Coping ist bisher nur in Freundschaften und in Partnerschaften erforscht worden – ich habe jedoch gefunden, dass es durchaus bei den Geschwistern auch die gleichen Kriterien gibt, die man erleben und beobachten kann. Was ich bei dieser Beziehungsbereicherungsperspektive auch span-

nend finde und fand, ist die Ko-Konstruktion von Wirklichkeit. Die Prozesse des Verstehens von Welt werden bei den Geschwistern, vorausgesetzt es ist eine funktionale Geschwisterbeziehung, wirklich ko-konstruiert. Der Begriff Ko-Konstruktion wird in der Psychologie häufiger verwendet, aber seltener im Bereich dieser Geschwisterthematik.

Bei den Zwillingen ist es so (auch das ist eine eigene Studie), dass sie eine lebenslange emotionale Verbundenheit zeigen. Meine Probanden waren von 11 bis 57 Jahre alt, unterschiedlichen Geschlechts und unterschiedlicher Zusammensetzung und zeigten dennoch diese bemerkenswert stärkere Verbundenheit als andere Geschwister sie haben. Der Geburtsrangplatz, hatte ich vorhin schon angedeutet, spielt wirklich in den Interviews eine sehr bedeutsame Rolle; ohne, dass danach gefragt wird, wird das betont. Ein Zwillingsspaar hat mir ganz ausführlich erzählt, was es für eine wichtige Bedeutung für sie hat, dass sie an zwei verschiedenen Tagen Geburtstag haben, d.h., sie sind vor und nach Mitternacht geboren. Wie gesagt, die Ko-Konstruktion von Wirklichkeit und auch die symmetrische Reziprozität ist bei Zwillingen noch viel intensiver und wenn ich hier prozessual schreibe, dann illustriere ich das mal an einem Beispiel: Die beiden 11-jährigen Mädels, die ich interviewt habe, haben zum Teil innerhalb einer Gesprächssequenz fünf Mal gewechselt, d.h. sie haben ihre Sätze gegenseitig ergänzt. Das war bei den beiden wirklich ganz spannend wie auch bei älteren Geschwistern, die ich interviewt hatte: ein Paar von 22-jährigen Mädchen, die Gesprächssequenzen zum Teil gemeinsam erzählt haben, indem sie sich immer abgewechselt haben. Was ich auch noch ganz bemerkenswert finde, ist, dass das „Co-beding“, d.h. das gemeinsame Schlafen in einem Bett bei Zwillingen eine viel größere Rolle spielt als bei anderen Geschwistern. Die körperliche Nähe ist insgesamt sehr hoch und wird auch als sehr wichtig beschrieben. Auch innerhalb der Interviews kam immer wieder zum Tragen, wie wichtig emotionale Nähe ist, auch wenn die manchmal nur über whatsapp hergestellt werden kann. Ein Beispiel: ein männliches Geschwisterzwillingsspaar mit 33, die sich täglich immer noch, obwohl sie an unterschiedlichen Orten leben, mitteilen müssen. Körperliche Nähe und emotionale Nähe sind hochrelevant und insbesondere bei Mädchen ist das so, dass sie dieses gemeinsame Körperliche ganz, ganz wichtig finden. Und vielleicht noch eine Fußnote dazu: ich habe auch nie verstanden, warum man Zwillinge, wenn man sie in den Kinderwagen legt, in zwei Schalen legen muss. Sie sind im Uterus auch zusammen gewesen und solange sie in einen Kinderwagen reinpassen, kann man sie nebeneinanderlegen und braucht da nicht eine Wand dazwischen! Es gibt einige Mütter in dieser Studie, die mir auch berichtet

haben, dass das dazu beigetragen hat, dass die Kinder viel schneller eingeschlafen sind. Tja, unser Individualisierungs-Mythos...

Dann will ich noch zu drei Forschungsbefunden aus der Erziehung in Mehrkindfamilien zurückkommen (ich darf im wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes für kinderreiche Familien mitwirken und die fanden das besonders interessant und spannend). Kinderreich ist man in Deutschland schon ab drei Kindern und die Entlastungen für diese Eltern sind das Spannende. Meine Perspektive ist eine ressourcenorientierte und auch wenn mir jetzt der ein oder andere vielleicht vorwerfen kann, dass ich zu positiv bin, weil Sie möglicherweise auch eher mit dysfunktionalen Geschwisterbeziehungen zu tun haben im therapeutischen Kontext. Nichtsdestotrotz ist es mir immer wichtig, auf Ressourcen zu fokussieren, weil man allzu schnell dabei ist, zu sagen, kinderreiche Familien sind ein Risikofaktor (das findet man oft in der Literatur). Es ist aber eher ein Risikofaktor, der armutsbedingte Risiken meint, der andere Parameter hat, aber nicht das Geschwistersein in einer größeren Geschwistergruppe an sich. Und wenn man die Mehrkindfamilien anguckt, dann gibt es eine umgekehrte Gaußsche Normalverteilung, d.h. die Menschen mit schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen haben häufiger mehr Kinder und die Menschen mit besseren ökonomischen Bedingungen haben mehr Kinder und die, die sozusagen in der Mitte sind, haben 1-2 Kinder. Es verschiebt sich aber im Moment grade, dass die 3-Kind-Familie und auch die 4-Kind-Familie in die Mittelschicht rutscht. Wenn man das aus der Elternperspektive betrachtet, dann gibt es eine Entlastung, die das Zeitmanagement betrifft. Das finde ich spannend, also Dinge die Eltern berichten: Eltern in Interviews sagen, dass die verringerte Kindzentrierung des Elternhandelns entlastend ist. D.h., man muss nicht mehr mit jedem Kind einzeln den Legoturm bauen, sondern das machen die Geschwister dann untereinander, d.h. dieses horizontale Lernen im Geschwistersubsystem. Da kann man viele Alltagsbeispiele aus den Familien hinzu nehmen, z.B. gemeinsam irgendwo hingehen, da muss man nicht hinfahren. Die Familien berichten das tatsächlich, dass es ein besseres, ein einfacheres Zeitmanagement gibt, was sich möglicherweise, wenn's um 5, 6, 7, 8 Kinder geht, wieder relativiert. Trotzdem: ich war mal vor vielen, vielen, vielen Jahren in einer Mutter-Kind-Kur und die Frau mit den sechs Kindern war immer zuerst bei ihren Anwendungen, während die Einzelkindmütter noch in der Kinderbetreuung geheult haben, weil sie das Kind nicht loslassen konnten ...

Der zweite Bereich ist der Bereich der mentalen Entlastung, der auch von kinderreichen Eltern beschrieben wird. Die haben einen entspannten Umgang mit den Nachgeborenen, weil sie einfach eingeübte Kommunikations- und Handlungsabläufe haben, also die sogenannte Habitualisierung eingesetzt hat. Man kann auch super in der Säuglingsforschung nachweisen, dass es weniger Schreikinder gibt, je später der Geburtsrangplatz ist. D.h., die Erstgeborenen sind häufiger Schreikinder, weil sich die Nervosität und die Haltung, „ich weiß nicht, was ich machen soll“, und so weiter, auch auf das Kind überträgt, wohingegen die Gelassenheit beim dritten, vierten Kind so groß ist, dass die Babys wenig schreien – außer, es gibt andere Gründe für das Schreien, die eher biologisch sind. Das betrifft aber nicht nur die Säuglingszeit, sondern auch die nächste Zeit: das aufgerissene Knie, das die völlige Katastrophe für die erstgeborene Mutter ist, hat beim dritten Kind vielleicht noch ein müdes Lächeln und ein Draufpusten zur Folge. Das bedeutet: da ist eine Habitualisierung, die zu einer mentalen Entlastung führt.

Ein Befund, den ich auch ganz spannend finde, ist der der motivationalen Stärkung. Das heißt, es gibt reduzierte negative Selbstzuschreibungen und geteilte Verantwortung, die dazu führt, dass es zur Relativierung von Schuldgefühlen auf Seiten der Eltern kommt. Eine Mutter von vier Kindern – das dritte Kind hatte eine Sprachentwicklungsverzögerung – hat im Interview gesagt: „wenn das mein erstes und einziges Kind gewesen wäre, hätte ich ständig darüber nachgedacht, was habe ich jetzt falsch gemacht“. Da aber die anderen Kinder ganz normal gesprochen haben, hat sich das für sie als Entwicklungsbesonderheit gezeigt, aber ohne diese Selbstzuschreibung. Eine andere Mutter hatte als Mittelgeborene, ein abgängiges, pubertierendes Mädchen, – abgängig im Sinne von, dass man sie abends immer holen oder suchen musste und die nicht nach Hause kam (also nicht in Richtung Delinquenz, aber in Richtung Zeitüberziehung, so dass hin und wieder auch mal die Polizei sie gebracht hat). Die Mutter konnte aber relativ entspannt damit umgehen, weil sie von den älteren Geschwistern wusste, dass die sich schon wieder regulieren. Das meint das, was diese Relativierung von Schuldgefühlen bedeutet. Diese Reduzierung der Selbstzuschreibung hat auch etwas damit zu tun, dass die Kinder so unterschiedlich sind, dass man eben nicht mehr diese 1:1 Vermutung hat, „das Kind ist so, weil ich so und so gehandelt habe“, sondern in einer größeren Geschwistergruppe die Kinder, auf Grund der Phänomene, die ich beschrieben habe, eben wirklich sehr unterschiedlich sind. Man könnte sagen: unter dem gleichen Elternhandeln, im gleichen Elternhaus entstehen so verschiedene Persönlichkeiten, also kann ich eigentlich als

Mutter, Vater nicht für alles verantwortlich sein. Das ist diese motivationale Stärkungskategorie. Was wir auch wissen, ist, dass die Partnerschaftszufriedenheit in kinderreichen Familien größer ist. Ab dem dritten Kind steigt die Partnerschaftszufriedenheit. Können sie nachlesen, habe ich mir nicht ausgedacht.

Bevor ich zum Schluss komme, noch zwei andere Studien, die ich Ihnen zumindest kurz punktuell vorstellen will. Wer sich da vertiefen möchte, kann in meinen beiden Büchern die ganze Studie finden. Thema homosexuelle Geschwister: es zeigt sich, dass Geschwister eine emotionale Ressource für ihre homosexuellen Geschwister gegenüber den Eltern und insbesondere den Vätern sind. Also nach wie vor, dass mag man nicht glauben, ist es so, dass Väter oft schlechter mit Homosexualität umgehen können als Mütter. Insgesamt ist es doch immer noch so, wenn es die eigene Familie betrifft, dass es noch Ressentiments gibt. Wenn man da ein Geschwister hat, ist das eine emotionale Quelle von Entlastung durch eben diese Unterstützung in der Kernfamilie durch Geschwister und auch im Außenverhältnis gegenüber den Peers. Wenn es eine tragfähige Geschwisterbeziehung gibt, sind die auch beim Coming Out früher beteiligt als alle anderen und sie federn so die Identitätsdiffusion, die damit einher geht, ab. Das als die Kernaussagen dieser Studie. Eine Studie, die mich auch begeistert hat, ist die, in der Väter und Geschwister zum Management rund um die Geburt befragt worden sind. Insbesondere die Relevanz des Vaters hat eine ganz große Rolle gespielt, also wie der Vater sich einbringt. Auch das kann und will ich hier nicht vertiefen, dazu gibt es wunderbare Literatur, nicht nur von mir, sondern auch von anderen Kollegen, die Väterforschung machen.

Es gibt eine ganz wichtige Vorbereitung als Prävention von Rivalität: vielleicht doch noch ein Satz dazu, zu dem Unwort, das ja immer noch in der psychologischen Theorie kursiert, dieses sogenannte "Entthronungstrauma". Da haben wir Alfred Adler, 1920 rum: er hat seine Patienten beobachtet und gesagt, die Erstgeborenen erleben ein Entthronungstrauma, wenn ein Geschwister zur Welt kommt. Wenn man sich aber anguckt, wie vor 100 Jahren das Geburtsmanagement war, dann weiß man: erstens sind die Kinder wirklich von einem Tag auf den anderen von der Mutterbrust abgeworfen worden. Es gab keinen Vater, der das Ganze abgefedert hat. Die Kinder wussten nicht, wo die Kinder herkommen, sind nicht darauf vorbereitet gewesen und dass das traumatische Folgen haben kann, das kann ich mir gut vorstellen. Wenn wir uns aber unsere heutige Realität ansehen: die Kinder wissen schon von frühester Zeit an, dass das Kind im Mutterleib heranwächst, haben eine Idee

davon, dass sie da selber mal drin waren, sind neugierig und begleiten die Bewegungen im Bauch und bauen letztlich schon eine Beziehung vorher auf und die Väter sind nach der Geburt zur Verfügung am Wochenbett, um sich um die Älteren zu kümmern. Diese Dinge sind natürlich ganz anders, deshalb kann man heute nicht mehr generell davon ausgehen, dass es eine traumatische Erfahrung ist, sondern es ist eine Transitionsphase, es ist eine Krise, mit den entsprechenden Herausforderungen, aber wenn die entsprechend abgefedert und begleitet wird, dann haben sich die Familien nach so ca. 1 ½ Jahren wieder eingerüttelt, sagt man so umgangssprachlich. Man kann die Anwesenheit von Geschwistern bei der Geburt in den Blick nehmen – auch dazu gab 's im letzten Sonderheft der Eltern-Zeitschrift einen Beitrag von Betroffenen. Ich habe Geschwister von 7 bis 12 Jahren alt befragt, die wirklich dabei waren, . Es war spannend, dass sie erstens eine ganz eigene Dynamik der Nähe-Distanzregulation haben, dass sie zweitens eher ein exploratives Interesse zeigen am Geburtsprozess, bis dahin, dass intensivst die Plazenta und die Nabelschnur analysiert werden (bis zum dran Ziehen und Gucken, wie lange hält die!). Drittens sind Geschwister emotional eher unbeteiligter als der Vater. Der Vater, der vom Geburtsprozess auch nicht direkt betroffen ist, ist natürlich emotional intensiv beteiligt. Die Kinder hingegen entfernen sich zum Spielen, wenn „heilige“ Momente kommen. Sie haben ein ganz gutes Verhältnis zu ihrem eigenen Bedürfnis nach Nähe und Distanz. Letzten Endes ist die Basis für Zugehörigkeit die “Family Unit“ . Dieser Begriff der Family Unit im Zusammenhang vom Geburtserleben von Geschwister stammt nicht von mir sondern aus einer englischen Studie. Die positive seelische Verarbeitung und der Stolz waren bemerkenswert: mit leuchtenden Augen haben die Geschwister mir über die Geburten berichtet – und was man erstmal vermuten würde, Blut und Schreien und so – um Gottes Willen! Das sind alles Dinge, die für die Kinder keine große Rolle gespielt haben. Die sind, wenn es ihnen zu laut wurde, einfach gegangen. Wenn das Badewannenwasser rot wurde, fanden sie das spannend und insofern wäre das Beteiligen von Geschwistern – natürlich nicht für eine größere und breitete Bevölkerungsgruppe – bei der Geburt ein protektiver Faktor für eine gute Beziehung zum Baby. Das braucht ein häusliches Setting, aber zumindest finde ich es ganz spannend, dass man nicht von sich als Erwachsener auf die Kinder schließen kann, wie die Kinder das erleben.

Ich möchte jetzt gerne jetzt zum Fazit und zum Ausblick kommen. Geschwisterschaft kann zur frühen Entwicklung von emotionaler Kompetenz führen, Geschwister sind Übergangs- und eben auch Brückenobjekte. Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz und Bedürfnisaufschub werden gefördert, sie haben Entwicklungsvorteile und eine lebenslange Verbundenheit, die in dieser längsten verwandtschaftlichen Beziehung liegt und sie entwickeln Solidarität und prosoziales Verhalten auch in der Gesellschaft –man kann zum Beispiel an einigen Studien die in China gemacht worden sind, beobachten, wie die dortige Einzelkind-Politik zu einer Endsolidarisierung in der gesamten Gesellschaft geführt hat. Und letzten Endes, die Konzeptualisierung von Geschwisterbeziehung ist erst am Anfang, die Forschung und das Interesse beginnt zu wachsen und ich denke, all ihre Aufmerksamkeit hier und ihr Dasein hier auf diesem Kongress ist ein Zeichen dafür, dass das Bewusstsein und die Aufmerksamkeit gegenüber Geschwistern und Geschwisterbeziehungen eine ganz wichtige Rolle spielt. Sie werden als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in ihren Kontexten sicherlich nach diesem Kongress den ein oder anderen Fokus deutlicher auf diesen Bereich legen.

Verschriftlichte Version des Vortrages auf der bkjpp-Jahrestagung 2018 in Magdeburg

Autorin:

Dr. Inés Brock

Nathusius- Institut für Psychologie, Bildung und Beratung

Ulestr. 10

06114 Halle(Saale)

www.ines-brock.de

www.nathusius-institut.de

ADHS bei Fetalen Alkohol-Spektrumstörungen (FASD)

Ingo Spitzcok von Brisinski

Unterscheiden sich Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Menschen mit Alkohol-Spektrumstörung im Vergleich zu nicht vorliegender FASD? Gemäß Peardon & Elliott (2010) besteht einige Evidenz dafür, dass es sich bei ADHS in Kombination mit FASD um einen spezifischen klinischen Subtyp handelt und daher möglicherweise eine andere Behandlung benötigt. Lohnt es sich, bei bereits diagnostizierter ADHS als zusätzliche Diagnose FASD in Betracht zu ziehen? Und warum ist es sinnvoll, bei bekannter FASD abzuklären, ob AD(H)S, also eine Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen mit oder ohne Hyperaktivität vorliegt?

Immer noch wird die Mehrzahl der von FASD betroffenen Kinder nicht oder erst spät richtig diagnostiziert. Professionelle Helfer im Gesundheits- und Sozialsystem sind bislang über die Symptome und die notwendige Diagnostik der FASD oftmals nur unzureichend informiert. Frühzeitige Diagnosestellung sowie ein konstantes förderndes und gewaltfreies Umfeld sind jedoch als wichtigste protektive Faktoren für den Langzeit-Outcome von Menschen mit FASD identifiziert worden (Landgraf et al. 2016).

Zunächst werden daher einige Fakten zu Alkoholgenuß während der Schwangerschaft und Hinweise auf eine leitliniengerechte FASD-Diagnostik referiert.

44 % der Deutschen kennen die Gefahren bleibender Schäden von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft für das Kind nicht (TNS Infratest 2014).

Alkohol während der Schwangerschaft

Popova et al. (2017) führten einen systematischen Literatur-Review sowie eine Meta-Analyse durch. Von 23.470 identifizierten Studien zur Prävalenz von Alkoholkonsum flossen 328 Studien ein, von 11.110 identifizierten Studien zur Prävalenz von FAS 62 Studien. Es ergab sich eine weltweite Prävalenz von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft von 9,8% (95% Konfidenzintervall 8,9–11,1) und eine weltweite Prävalenz von FAS (Vollbild) in der Allgemeinbevölkerung von 14,6 pro 10 000 Menschen (95% Konfidenzintervall 9,4–23,3). Eine von je 67 Frauen mit Alkoholkonsum während der Schwangerschaft bekam ein Kind mit FAS, was etwa 119.000 Geburten jährlich entspricht.

Die 5 Länder mit der geschätzt höchsten Prävalenz von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft sind Russland (36,5%, 95% Konfidenzintervall 18,7–56,4), Großbritannien (41,3%, 95% Konfidenzintervall 32,9–49), Dänemark (45,8%, 95% Konfidenzintervall 30,9–61,2), Weißrussland (46,6%, 95% Konfidenzintervall 42,4–50,7) und Irland (60,4%, 95% Konfidenzintervall 42,8–76,8).

Die 5 Länder mit der geschätzt niedrigsten Prävalenz von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (z. B. 0%) sind Oman, Vereinigte Arabische Emirate, Saudi-Arabien, Katar und Kuwait.

Etwa ein Viertel aller Frauen in Europa trinkt Alkohol während der Schwangerschaft.

Zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft konnten bzgl. Deutschland insgesamt 5 Studien aus den Jahren 1987-2006 berücksichtigt werden. Die Häufigkeit der Angaben zu Alkoholkonsum während der Schwangerschaft schwankte zwischen diesen Studien sehr stark mit 0,2 bis 89,1% (M=25,8%, 95% Konfidenzintervall 0-64,3%). Die neueste und größte Studie (2003-2006, N=17.641) ergab 14%.

Nach Landgraf et al. (2016) trinken 8 % der Schwangeren so viel, dass es auch für nicht schwangere als gesundheitlich riskant gilt. Riskanter Konsum beginnt bei Frauen ab 12 g reinem Alkohol pro Tag. Das entspricht 1 kleinen Glas Wein (Drogenbeauftragte 2015). 12 % der Schwangeren geben ein Rauschtrinken (≥ 5 Getränke pro Gelegenheit) seltener als einmal pro Monat, knapp 4 % jeden Monat und 0,1 % mindestens jede Woche an.

Zwar trinken gesunde Frauen durchschnittlich weniger und seltener als gesunde Männer, riskanter Alkoholkonsum der Frauen hat jedoch in den letzten Jahren zugenommen, besonders bei jungen Frauen. Mit dem steigenden Alkoholkonsum der Frauen hat auch ihr Anteil an den Alkoholkranken zugenommen. Während Anfang der 1960er Jahre das Verhältnis alkoholkranker Frauen zu Männern noch mit 1:20 bis 1:10 angegeben wurde, hat sich dieses Verhältnis ab Mitte der 70er Jahre in 1:3 gewandelt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2015).

Alkoholranke Frauen tendieren stärker als Männer dazu, ihren Alkoholkonsum zu verheimlichen. Im Falle einer bestehenden Schwangerschaft hat dies gravierende Konsequenzen: Fragen nach dem Alkoholkonsum werden in der Schwangerenberatung oft ausweichend beantwortet. Der Konsum wird aus Scham heruntergespielt oder gänzlich negiert (Landgraf et al. 2016).

Die europäische FAS-Prävalenz ist weltweit die höchste und liegt um das 2,6fache über dem weltweiten Durchschnitt (Popova et al. 2017).

Zur FAS-(Vollbild-)Prävalenz in Deutschland konnte nur 1 Studie berücksichtigt werden (N=998 Neugeborene, 0 FAS, geschätzt in der Meta-Analyse: 38,3 auf 10.000). Nach Spohr (2016) leiden in der Allgemeinbevölkerung 1% bis 5% unter FASD.

Wie viel / wie oft Alkohol während der Schwangerschaft?

Die Signifikanz der Höhe des mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft kann aktuell nur qualitativ geschätzt werden, da kein verlässlicher Mengen-Cut-off für die intrauterine, für das Ungeborene unschädliche, Alkoholexposition existiert. Orientierend lässt sich aus internationalen Studien ableiten, dass wiederholter Alkoholkonsum oder ein mindestens einmalig auftretendes Rauschtrinken (mind. 5 Getränke zu einer Gelegenheit) während der Schwangerschaft bereits das Risiko der Entwicklung einer FASD beim Kind birgt (AWMF 2016).

4,3% aller Kinder massiv trinkender schwangerer Mütter (durchschnittlich 2 oder mehr Drinks pro Tag oder 5 bis 6 Drinks pro Anlass) haben das Vollbild von FAS, 3mal häufiger als Mütter der Allgemeinbevölkerung, die irgendeine Menge Alkohol während der Schwangerschaft konsumiert haben.

Zeitpunkt des Alkoholkonsums

Im 1. und 2. Trimenon besteht ein höheres Risiko als nur im 3. Trimenon. Bei Frauen, die nur im 1. Trimenon trinken, sind die Daten über die Gefahr der Alkoholschädigung des Kindes uneinheitlich, auch wenn häufig darauf hingewiesen wird, dass die Vulnerabilität des embryofetalen Gehirns im 1. Trimenon am höchsten ist. Bei Alkoholkonsum in der gesamten Schwangerschaft statt nur in den ersten beiden Trimestern besteht höheres Risiko. Chronischer Alkoholkonsum ist mit einem höheren Risiko assoziiert.

Zusätzliche Risiko- und Schutzfaktoren

Insgesamt liegt das Risiko für FASD nach Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (auch bei starkem Alkoholkonsum) bei 30-40 % (Feldmann et al. 2013).

Mütterliche Risikofaktoren

- Der schädigende Effekt von Alkohol auf das Ungeborene wird potenziert durch Amphetamine oder multiplen Drogenabusus.
- Mütter, die während der Schwangerschaft älter als 30 Jahre sind, haben ein erhöhtes Risiko, nach Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ein Kind mit FASD zur Welt zu bringen.

Kindliche Risikofaktoren

- Für die Schwere der Ausprägung einer alkoholbedingten Schädigung spielt auch die embryofetale Toleranz gegenüber Ethanol eine Rolle. Während eineiige Zwillinge bei Alkoholexposition in der Schwangerschaft nach der Geburt eine sehr ähnliche Ausprägung von FAS aufweisen, zeigen zweieiige Zwillinge unter gleichen Bedingungen deutlich unterschiedliche Schädigungen (Feldmann et al. 2013).

Transgenerationale Risikofaktoren

- FASD treten häufig über Generationen hinweg auf, aber nicht immer gleich ausgeprägt (AWMF 2016).
- Ca. 40% der Mütter mit FASD trinken selbst während der Schwangerschaft.
- Ca. 17% dieser Kinder zeigen ebenfalls FAS (Spohr 2016).

Genetische Schutzfaktoren

- In manchen Familien, in denen höhere Mengen Alkohol auch während der Schwangerschaft konsumiert werden, tritt keine FASD auf.
- Eventuell bedeutend für die Vulnerabilität bzgl. FASD sind Gen-Polymorphismen für die Alkoholdehydrogenase-Enzyme ADH1B
- ADH1B2 und ADH1B3 haben offenbar protektive Funktion (AWMF 2016).

FASD-Subtypen

Gemäß aktueller S3-Leitlinie (AWMF 2016) sind in der Diagnostik folgende Subtypen zu unterscheiden:

- Vollbild Fetales Alkoholsyndrom (FAS)
- partielles Fetales Alkoholsyndrom (pFAS)
- alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung – alcohol related neurodevelopmental disorders – (ARND)

„Alkoholbedingte angeborenen Fehlbildungen“ (ARBD) soll in Deutschland wegen der fehlenden Spezifität der Malformationen und der fehlenden Evidenz für ARBD als eindeutige Krankheits-Entität *nicht* als Diagnose verwendet werden.

Dennoch seien hier kurz die diagnostischen Kriterien benannt:

1. Bestätigter mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (wesentlicher, regelmäßiger Konsum oder massive Episoden)
2. Ein oder mehrere Fehlbildungen (Herz, Knochen, Niere, Sehsystem, Hörsystem)

(AWMF 2016).

Vollbild Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

Das Vollbild FAS tritt nur bei ca. 10% aller Kinder mit pränatalen Alkohol-Folgeschäden (FASD) auf (AWMF 2016).

Alle Kriterien 4 treffen zu:

1. Wachstumsauffälligkeiten
2. Faziale Auffälligkeiten

3. ZNS Auffälligkeiten
4. Bestätigte oder nicht bestätigte intrauterine Alkohol-Exposition

1. *Wachstumsauffälligkeiten*

Mindestens 1 der folgenden Auffälligkeiten, adaptiert an Gestationsalter, Alter, Geschlecht, dokumentiert zu einem beliebigen Zeitpunkt:

- a. Geburts- oder Körpergewicht ≤ 10 . Perzentile
- b. Geburts- oder Körperlänge ≤ 10 . Perzentile
- c. Body Mass Index ≤ 10 . Perzentile

2. *Faziale Auffälligkeiten*

Es sollen alle 3 Kriterien vorhanden sein:

1. Kurze Lidspalten (≤ 3 . Perzentile)
2. Verstrichenes Philtrum (Rang 4 oder 5 auf dem Lip-Philtrum-Guide)
3. Schmale Oberlippe (Rang 4 oder 5 auf dem Lip-Philtrum-Guide)

Nach Astley und Clarren (1995) sind unabhängig von Rasse und Geschlecht die am besten diskriminierenden Merkmale für FAS das hypoplastische Mittelgesicht, das verstrichene Philtrum und die dünne Oberlippe. Dieses faciale Screening hatte eine Sensitivität von 100% und eine Spezifität von 89,4%. Da sich das hypoplastische Mittelgesicht nur schwer objektiv messen lässt und es großen Einflüssen durch die Ethnizität der Kinder unterliegt, wurden stattdessen die kurzen Lidspalten als faziale Auffälligkeit gewählt. Dadurch ergaben sich für das Screening auf FAS mittels der Kombination der drei fazialen Auffälligkeiten verstrichenes Philtrum, schmale Oberlippe und kurze Lidspalten eine sehr gute Sensitivität von 100% und eine Spezifität von 87,2%.

3. *ZNS-Auffälligkeiten*

Es sollte mindestens 1 der folgenden Auffälligkeiten zutreffen:

- 3.1. Funktionelle ZNS-Auffälligkeiten
- 3.2. Strukturelle ZNS-Auffälligkeiten

3.1. *Funktionelle ZNS-Auffälligkeiten*

Es sollte mindestens 1 der folgenden Auffälligkeiten zutreffen, die nicht adäquat für das Alter ist und nicht allein durch den familiären Hintergrund oder das soziale Umfeld erklärt werden kann:

- a. IQ < 70 oder signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Kindern unter 2 Jahren
- b. Leistung mindestens 2 Standardabweichungen unterhalb der Norm entweder in mindestens 3 der folgenden Bereiche oder in mindestens 2 der folgenden Bereiche in Kombination mit Epilepsie:
 - Sprache
 - Feinmotorik
 - Räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten
 - Lern- oder Merkfähigkeit
 - Exekutive Funktionen
 - Rechenfertigkeiten
 - Aufmerksamkeit
 - Soziale Fertigkeiten oder Verhalten

3.2. Strukturelle ZNS-Auffälligkeiten

Es sollte folgende Auffälligkeit, adaptiert an Gestationsalter, Alter, Geschlecht, dokumentiert zu einem beliebigen Zeitpunkt, zutreffen:

- Mikrozephalie ($\leq 10.$ Perzentile / $\leq 3.$ Perzentile)

4. Alkohol-Exposition bei FAS

- Der Alkoholkonsum der leiblichen Mutter während der Schwangerschaft sollte bei der Diagnosestellung eines FAS evaluiert werden.
- Wenn Auffälligkeiten in den drei übrigen diagnostischen Säulen bestehen, soll die Diagnose eines Fetalen Alkoholsyndroms auch ohne Bestätigung eines mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft gestellt werden.

Partielles Fetales Alkoholsyndrom (pFAS)

Zur Diagnose sollen alle Kriterien 1. bis 3. zutreffen:

1. Faziale Auffälligkeiten
2. ZNS-Auffälligkeiten
3. Bestätigte oder wahrscheinliche intrauterine Alkohol-Exposition

Im Vergleich zum Vollbild FAS wurde bei der Diagnose des pFAS der Empfehlungsgrad für das gemeinsame Auftreten der diagnostischen Säulen erhöht

(von „sollten“ beim FAS auf „sollen“ beim pFAS), um Überdiagnosen zu vermeiden.

Aus dieser Empfehlung resultiert (wie beim FAS), dass das alleinige Auftreten von Auffälligkeiten in *einer* diagnostischen Säule für die Diagnose pFAS nicht ausreicht.

Wachstumsauffälligkeiten müssen im Gegensatz zum FAS-Vollbild nicht vorhanden sein.

1. *Faciale Auffälligkeiten bei pFAS*

Es müssen nur mind. 2 der 3 fazialen Anomalien vorhanden sein (dokumentiert zu einem beliebigen Zeitpunkt):

- Kurze Lidspalten (≤ 3 . Perzentile)
- Verstrichenes Philtrum (Rang 4 oder 5 Lip-Philtrum Guide)
- Schmale Oberlippe (Rang 4 oder 5 Lip-Philtrum Guide)

2. *ZNS-Auffälligkeiten bei pFAS*

Beim pFAS wird das gemeinsame Auftreten von mindestens 3 ZNS-Auffälligkeiten gefordert, also mehr als beim FAS, bei dem das alleinige Auftreten einer Intelligenzminderung bzw. globalen Entwicklungsverzögerung oder einer Mikrocephalie ausreicht, um die Diagnose zu stellen.

Mind. 3 der folgenden Auffälligkeiten, die nicht adäquat für das Alter sind und nicht allein durch den familiären Hintergrund oder das soziale Umfeld erklärt werden können:

- IQ < 70 oder signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Kindern ≤ 2 Jahre
- Epilepsie
- Mikrocephalie ≤ 10 . Perzentile
- Leistung mind. 2 SD unter der Norm in den Bereichen:
 - Sprache
 - Fein-/Graphomotorik oder grobmotorische Koordination
 - Räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten
 - Lern- oder Merkfähigkeit
 - Exekutive Funktionen
 - Rechenfertigkeiten

- Aufmerksamkeit
- Soziale Fertigkeiten oder Verhalten

3. *Intrauterine Alkoholexposition bei pFAS*

Die Leitlinie definiert „wahrscheinlichen mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft“ als mündliche oder schriftliche Angabe im Rahmen der Fremdanamnese.

Personen, die im beruflich-unterstützten und privaten Umfeld verlässliche Auskunft über den mütterlichen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft geben können, sollten befragt werden.

Bei fehlenden Informationen hinsichtlich mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft sollte je nach Einzelfall eine fachliche Einschätzung vorgenommen werden, ob sich durch eine *fehlende* Diagnose FASD das Risiko einer Kindeswohlgefährdung ergibt. Ist dies der Fall, darf der Berufsheimnisträger dem Jugendamt aufgrund der Befugnis aus § 4 KKG Informationen weitergeben ohne gegen seine Schweigepflicht zu verstoßen.

Alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung ARND (alcohol related neurodevelopmental disorders)

Es sollen die Kriterien 1. und 2. zutreffen:

1. ZNS-Auffälligkeiten
2. Bestätigte intrauterine Alkohol-Exposition

ARND repräsentiert 80–90% aller FASD-Fälle (Chudley 2008).

1. *ZNS-Auffälligkeiten*

Es sollen mind. 3 der folgenden Auffälligkeiten zutreffen, die nicht adäquat für das Alter sind und nicht allein durch den familiären Hintergrund oder das soziale Umfeld erklärt werden können:

- IQ < 70 oder signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Kindern \leq 2 J.
- Epilepsie
- Mikrocephalie \leq 10. Perzentile
- Leistung mind. 2 SD unter der Norm in den Bereichen:
 - Sprache
 - Fein-/Graphomotorik oder grobmotorische Koordination

- Räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten
- Lern- oder Merkfähigkeit
- Exekutive Funktionen
- Rechenfertigkeiten
- Aufmerksamkeit
- Soziale Fertigkeiten oder Verhalten

Wenn ZNS-Auffälligkeiten vorhanden sind, soll gemäß der AWMF-Leitlinie die Diagnose einer ARND bei bestätigtem mütterlichem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft gestellt werden.

Die Bestätigung des mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft wird für die ARND gefordert, da die ZNS-Auffälligkeiten, auch in ihrer Kombination, nicht spezifisch für die ARND sind und die Gesamtspezifität der Diagnose durch Wegfall der fazialen Auffälligkeiten sinkt.

Da Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nicht immer zu FASD führt, müssen ZNS-Auffälligkeiten bei bestätigtem mütterlichem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft allerdings nicht zwangsläufig vom Alkohol verursacht sein.

FAS bei Erwachsenen

Die vorgenannten diagnostischen Kriterien gelten nur für Minderjährige. Während die Intelligenz im Verlauf des Lebens im Wesentlichen gleich bleibt, bilden sich die kraniofazialen Auffälligkeiten teilweise zurück (Mikrozephalus in 30%). Der Minderwuchs bleibt in 30-50% bestehen (insbesondere bei Männern). Das Untergewicht bleibt bei Männern in 60% bestehen, Frauen werden oftmals in der Pubertät übergewichtig. Hyperaktivität bildet sich von 73% auf 38% zurück. Ein unabhängiges Leben führen ca. 30%, ohne Beruf/Beschäftigung sind ca. 85% (Spohr 2016).

Hypothesen zur Beziehung zwischen ADHS und FASD

Denkbar, aber bisher nicht bewiesen, ist:

- Die Häufigkeit von ADHS ist hoch und ist deshalb ein zufälliges Zusammentreffen der beiden Diagnosen, d. h. es besteht kein Zusammenhang zwischen ADHS und FASD.
- Erwachsene mit ADHS neigen dazu, mehr Alkohol zu konsumieren als Erwachsene ohne ADHS. Frauen mit ADHS bekommen deshalb möglicherweise häufiger Kinder mit FASD.

- Bei dem sich entwickelnden Fetus gibt es eine gemeinsame Pathogenese für beides: FASD mit ADHS-Symptomen und ADHS ohne FASD. Dies könnte auf eine Dysregulation im Dopamin-Neurotransmittersystem zurückzuführen sein.
- ADHS ist eine durch pränatale Alkoholexposition erworbene Erkrankung und entsteht durch die direkte teratogene Alkoholwirkung auf das sich entwickelnde Neurotransmittersystem.
- ADHS mit FASD assoziiert stellt einen besonderen, eigenen klinischen Subtyp von ADHS dar.

(O'Malley & Nanson 2002)

Häufigkeit von ADHS und FASD

53% aller Kinder mit FASD leiden unter ADHS (Weyrauch 2017, Lange et al. 2018). Je nach Studie schwanken die Häufigkeitsangaben jedoch zwischen 49% und 94% (Spohr 2016).

Bei Jungen mit FASD wird ADHS signifikant häufiger diagnostiziert (68%) als bei Mädchen mit FASD (29%; Herman et al. 2008).

Nach Peadon & Elliott (2010) wird ADHS bei bis zu 94% aller Individuen mit schwerer pränataler Alkoholexposition diagnostiziert.

Vergleich von ADHS mit und ohne FASD

1973 beschrieben Jones & Smith als erste FAS. Die Idee, dass Menschen mit FASD über ein charakteristisches entwicklungsneurologisches Profil verfügen, publizierten erstmals Stressguth et al. (1998). Bis heute bleibt es jedoch angesichts der Variationsbreite an Symptomen, die Menschen mit FASD aufweisen, eine Herausforderung, ein spezifisches entwicklungsneurologisches Profil zu identifizieren, zumal es zu Überlappungen mit anderen entwicklungsneurologischen Störungen kommen kann. Die Effekte pränataler Alkoholexposition können von leicht bis schwer ausgeprägt sein und ein breites Spektrum an kognitiven, Verhaltens-, emotionalen und adaptiven Defiziten umfassen sowie kongenitale Anomalien (Lange et al. 2017).

In ICD-10 können FAS, pFAS und ARBD bisher im Kapitel „Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ unter „Q86 Angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen, anderenorts nicht klassifiziert“ spezifiziert als „Q86.0 Alkohol-Embryopathie

(mit Dysmorphien)“ kodiert werden. Hinweise auf psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten finden hier keine Berücksichtigung. AD(H)S in Begleitung von FAS, pFAS oder ARND muss daher (ggf. zusätzlich) unter F90 (F90.0 „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“, F90.1 „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“, F90.8 „Sonstige hyperkinetische Störungen“ oder F90.9 „Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet“) oder F98.80 „Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ kodiert werden.

Im DSM-5 wird FASD unter „andere Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung“ als „Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung bei pränataler Alkoholexposition“ (F88) beschrieben, sofern die Symptome nicht die Kriterien der anderen Störungen dieser Kategorie betreffen (Autismus-Spektrum-Störungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Störung und pränatale Koka-inexposition). Darüber hinaus wird FASD unter den Störungsbildern, die noch weiterer Forschung bedürfen unter „Verhaltensstörung aufgrund pränataler Schädigung durch Alkohol“ (VS-PAE) aufgeführt. Hier ist das gesamte Spektrum intrauteriner Entwicklungsstörungen und Funktionsbeeinträchtigungen, unabhängig von Dysmorphien und Wachstumsauffälligkeiten, gemeint.

Kable & Mukherjee (2016) diskutieren, dass “Neurobehavioral Disorder associated with Prenatal Alcohol Exposure (ND-PAE)” als diagnostische Formulierung vorgeschlagen wurde, um die Spannbreite mentaler Gesundheitsprobleme von Menschen mit pränataler Alkoholexposition zu erfassen, und untersuchen die in Europa geltenden diagnostischen Kriterien im Hinblick auf die Anwendung in den USA. Sie sehen einen Modifikationsbedarf für die Kriterien adaptiver Funktionen bzgl. Unterscheidung zwischen Individuen mit und ohne alkoholbedingter Beeinträchtigung.

O’Neill et al. (2019) fanden mittels Protonen-Magnet-Resonanz-Spektroskopie (N=44) bei Kindern mit ADHS + pränataler Alkoholexposition 26,7 % niedriger ausgeprägte Cholinverbindungen in der anterioren Corona radiata als bei Kindern mit ADHS ohne pränatale Alkoholexposition ($p < 0.0005$), jedoch gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Kindern mit PAE ohne ADHS und Kindern ohne PAE und ADHS. Die Diffusions-Tensor-Bildgebung (N=46) ergab eine signifikant ($q \leq 0.01-0.05$) niedrigere fraktionale Anisotropie in der anterioren Corona radiata für Kinder mit pränataler Alkoholexposition (mit oder ohne ADHS) als für Kinder ohne pränatale Alkoholexposition (mit oder ohne ADHS) als mögliches Korrelat ADHS-relevanter exekutiver Kontrollfunktionen, jedoch kein signifikanter ADHS-Effekt. Insgesamt sind diese Ergebnisse schwer interpretierbar, da sie einerseits Hinwei-

se auf neurobiologische Korrelate exekutiver Kontrollfunktionsunterschiede bei FASD unabhängig von zusätzlichem ADHS liefern, andererseits Cholin bezogene Abweichungen nur bei Kindern mit pränataler Alkoholexposition + ADHS liefern, nicht jedoch für Kindern mit pränataler Alkoholexposition ohne ADHS. Letzteres könnte noch damit erklärt werden, dass pränatale Alkoholexposition nicht stets zu FASD führt. Die Autoren äußern die Hoffnung, dass verfeinert neurobiologische Methoden dabei helfen können, anamnestisch und klinisch unerkannte FASD zu identifizieren. Aufgrund der geringen Spezifität der bisherigen Befunde sind wir aber offenbar derzeit noch weit entfernt davon.

Basierend auf CBCL-Profilen von Greenbaum (2000) zu sozioemotionalen Funktionen bei Kindern mit Alkohol bezogenen entwicklungsneurologischen Störungen (ARND) führten Nash et al. (2006) eine eigene Studie durch und schlugen vor, einzelne Items der Child Behavior Checklist (CBCL) als hochsensitives Screeninginstrument zur Unterscheidung von Kindern mit FASD von Kontrollkindern und Kindern mit ADHS zu nutzen. Da viele der Items oppositionelles Verhalten bzw. Störungen des Sozialverhaltens betrafen, war unklar, ob die Items eher eine zusätzliche Störung des Sozialverhaltens erfassen, oder spezifisch für Kinder mit FASD sind. Ihre Replikationsstudie (Nash et al. 2011) umfasste 56 Kinder mit FASD, 50 mit ADHS, 60 mit Störung des Sozialverhaltens und 50 normal entwickelte Kinder (NEK). Eine ROC-Analyse zeigte, dass a) Item-Werte von 3 oder höher auf 10 ausgewählten Items zwischen FASD und NEK mit einer Sensitivität von 98% und einer Spezifität von 42% differenzierte und b) Item-Werte von 2 oder höher auf 5 Items bzgl. oppositionellen Verhaltens FASD von ADHS mit einer Sensitivität von 89% und einer Spezifität von 42%.

Gedächtnisstörungen

Im Vergleich zu Kindern mit AD(H)S ohne FASD scheinen alkoholgeschädigte Kinder in ihrer Merk- und Erinnerungsfähigkeit oftmals besonders beeinträchtigt. Das eingeschränkte Kurzzeitgedächtnis führt häufig zu Lernschwierigkeiten in der Schule. Sie vergessen schnell, was sie zuvor gelernt haben und können daher nur schwer die Zusammenhänge von aufeinander aufbauenden Aufgaben erkennen oder zuvor Gelerntes auf etwas neu zu Lernendes anwenden. Selbst alltägliche Rituale müssen den Kindern immer wieder aufs Neue erklärt und beigebracht werden (Feldmann et al. 2013).

„Die bei einem FAS oft sehr ausgeprägten Gedächtnisstörungen, der frühere Beginn der Symptomatik mit teilweise extremer motorischer Unruhe und Impulsivität im Kleinkindalter können ein Hinweis auf intrauterine Alkoholexposition als Ursache für die ADHS sein“ (Spohr 2016, S. 103).

Boseck et al. (2015) untersuchten die kognitiven und adaptiven Profile von 81 Kindern mit ADHS + FASD und 147 Kindern mit ADHS ohne FASD. Multivariate Varianzanalyse und Follow-up-Diskriminanzanalyse zeigten, dass die beiden Gruppen ähnliche Profile in HAWIK-IV und in den Vineland Adaptive Behavior Scales hatten, obwohl die Kinder mit ADHS + FASD signifikant stärkere Beeinträchtigungen in verbalen Fähigkeiten, wahrnehmungsgebundenem logischen Denken, *Arbeitsgedächtnis*, Verarbeitungsgeschwindigkeit und übergreifend adaptiven Fertigkeiten zeigten.

Malisza et al. (2012) untersuchten Kinder (10-14 Jahre) mittels fMRT und räumlicher Arbeitsgedächtnisaufgabe (ARND N=23, ADHS N=20, normal entwickelte Kinder N=21). Die Kinder mit ARND zeigten im Vergleich zu ADHS zusätzliche Aktivierung posterior-parietal. Möglicherweise zeigt dies erhöhten Aufwand, die vermehrten Schwierigkeiten zu kompensieren.

Neuropsychologische Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Während bei ADHS (ohne Dyskalkulie) Schwierigkeiten im Rechnen vor allem durch allgemeine Defizite in der Aufmerksamkeit auftreten, vermuten Jacobson et al. (2011) bei FASD ein primär spezifisches Defizit in der Fähigkeit, Zahlen mental zu repräsentieren und manipulieren.

Glass et al. (2013) nehmen an, dass FASD sich stärker negativ auf Sprachverständnis und wahrnehmungsgebundenes logisches Denken auswirkt als ADHS.

In der Langzeitentwicklung zeigen Menschen mit FASD im Gegensatz zu ADHS in ihrer Anpassungsfähigkeit einen ein Mangel an Verbesserung in Sozialisation und Kommunikation (Crocker et al. 2009).

Mattson et al. 2011 fanden als Gemeinsamkeiten bei FASD und ADHS Beeinträchtigungen bzgl. Wechsel auf neue konzeptionelle Kategorien (Wisconsin Card Sorting Test – WCST), bei komplexen motorischen Fertigkeiten, statischer motorischer Balance, sozialen Fertigkeiten, kommunikativen Fertigkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten im Elternurteil.

Besonders ausgeprägte Probleme bei FASD im Vergleich zu ADHS ohne FASD fanden sie im Problemlösen, in der verbalen Eloquenz, im IQ, im Aufmerksamkeitswechsel, bei Fertigkeiten für das alltägliche Leben, in der Erkennung und Verarbeitung von Gesichtserkennung und Erkennung emotionaler Prozesse.

Bei ADHS ohne FASD wurden dagegen besonders ausgeprägte Schwierigkeiten bzgl. fokussierter Aufmerksamkeit, langanhaltender Aufmerksamkeit, Abruf von Informationen aus dem Gedächtnis und grundsätzlicher motorischer Kontrolle benannt.

Raldiris et al. (2018) verglichen 164 Kinder mit FASD, ADHS, FASD + ADHS, oder anderen neuropsychologischen Störungen bzgl. kognitiver und Verhaltensfunktionen. Die ADHS-Gruppe unterschied sich nicht signifikant von "andere neuropsychologische Störungen".

Die Kinder mit FASD zeigten im Vergleich zu Kindern mit ADHS stärkere Beeinträchtigungen bzgl. Gesamt-IQ, Sprachverständnis, wahrnehmungslogischem Denken, Arbeitsgedächtnis und externalisierender Verhaltensprobleme. Die Gruppe mit FASD + ADHS war im Sprachverständnis signifikant schwächer als die ADHS-Gruppe ohne FASD. Die Kinder mit FASD zeigten signifikant stärkere Ausprägungen atypischer und aggressiver Symptome verglichen mit ADHS, und die FASD + ADHS-Gruppe zeigte signifikant stärkere Ausprägungen von Hyperaktivität und Rückzug im Vergleich zu ADHS ohne FASD.

Zusammenfassend zeigten sich in mehreren Studien 2 konstant auftretende Unterschiede bzgl. Aufmerksamkeit bei ADHS und FASD:

1. Kinder mit ADHS hatten größere Probleme mit dem Fokussieren und dem Aufrechterhalten ihrer Aufmerksamkeit
2. Kinder mit FASD hatten dagegen eher Schwierigkeiten die Aufmerksamkeit zu verlagern, Information zu verstehen und Probleme zu lösen.

(Spohr 2016)

Wagner & Spohr (2012) verglichen 20 Jugendliche (14-17;11 Jahre) und 20 Erwachsene (18-29;11 Jahre) mit FASD. Sie fanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen bzgl. verbal learning and memory test (VLMT), developmental test of visual perception for adolescents and adults (DTVP-A), a word fluency test, a computer-based test battery to test attention and executive functioning (TAP).

Peadon & Elliott (2010) äußern, dass der Verhaltensphänotyp von Kindern mit FASD Beeinträchtigungen von Gedächtnis, Planung, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit und exekutiven Funktionen umfasst.

Therapie von ADHS bei FASD

Petrenko und Alto (2017) bieten eine Zusammenfassung evidenzbasierter Interventionen bei FASD bzgl. Elternfunktionen, Erziehung, Aufmerksamkeits- und Selbstregulation, adaptiver Funktionen, Ernährung und Medikation. Sie führen für Kinder und Jugendliche u. a. Elterntraining, Familiencoaching und Eltern-Kind-Interaktionstherapie auf.

Für Erwachsene mit FASD werden Parent-Child Assistance Program (P-CAP) für weibliche Erwachsene mit FASD sowie Step-by-Step Program für Eltern mit FASD erwähnt.

Spohr (2016) führt folgende Interventionen auf:

- Psychoedukation
- Multimodale Therapie entsprechend der individuellen Ausprägung der Beeinträchtigungen
- Sonderpädagogische Förderung
- Strukturelle Hilfen wegen der deutlichen Schwierigkeiten, neue Informationen zu lernen und später abzurufen
- Ggf. Hilfen zur Erziehung / Eingliederungshilfe

Spohr (2016) weist aber auch darauf hin, dass die Diagnosestellung eine ethische Herausforderung darstellt. Wir müssen uns daher stets fragen, wem die Diagnosestellung im Einzelfall nutzt (z. B. Entlastung von Versagensgefühlen bei Pflege- und Adoptiveltern) und welche unerwünschten Wirkungen auftreten können (u. a. Schuldgefühle bei der leiblichen Mutter, Verzweiflung beim betroffenen Kind/Jugendlichen/Erwachsenen, einseitige Schuldzuweisung, Suizidalität, in Zweifel stellen von Selbstverantwortung?)

Pay Attention! Program

- Für Kinder mit FASD (6 – 11 Jahre)
- Ziel ist die Verbesserung von visueller und auditorischer Aufmerksamkeit durch Üben von Aktivitäten, die im Schwierigkeitsgrad individuell vom Behandler angepasst werden
- 12 Sitzungen à 30 Minuten über einen Zeitraum von 3 Wochen

Kinder, die das Programm absolviert hatten, zeigten stärkere Verbesserungen in anhaltender Aufmerksamkeit als eine Kontrollgruppe. Selektive und wechselnde Aufmerksamkeit sowie wahrnehmungsbundenes logisches Denken verbesserten sich ebenfalls. Allerdings zeigten sich keine Unterschiede im Lehrerurteil (Vernescu 2009).

Computerized Progressive Attention Training (CPAT)

- zielt auf 4 aufmerksamkeitsbezogene Fertigkeiten.
- simultaner individueller Support und Coaching bei der Generalisierung des im Spiel Gelernten.
- 4x pro Woche 30 Minuten, insgesamt 16 Stunden Training über ca. 9 Wochen.
- Die Sessions finden in der Schule statt, das Training wird von einem Lehrer oder einem trainierten Assistenten mit erzieherischer Grundqualifikation durchgeführt.
- Getestet bei Kindern mit FASD im Alter von 8 bis 15 Jahren.

Die Ergebnisse der kleinen Pilotstudie von Kerns et al. (2010) spricht dafür, dass CPAT zu Verbesserungen in der längeranhaltenden und der selektiven Aufmerksamkeit führt, im räumlichen Arbeitsgedächtnis, sowie beim Lesen und Rechnen.

Thyroxin und Metformin

Tunc-Ozcan et al. (2017) gaben jungen alkoholgeschädigten Ratten entweder Thyroxin (T4 ist bei schwangeren Frauen, die Alkohol trinken, und bei Säuglingen mit FASD verringert) oder Metformin (Blutzuckersenkter). Die Jungtiere erhielten die Medikamente 10 Tage lang, unmittelbar nachdem sie geboren wurden.

Nach dem Heranwachsen wurden Gedächtnisleistungen (Erwartung von Elektroschocks in bestimmter Umgebung) verglichen mit Ratten, die auch Alkohol im Mutterleib ausgesetzt waren, aber keines der beiden o. g. Medikamente erhalten hatten.

Bei den erwachsenen Tieren hatten sich bei beiden Behandlungen die Gedächtnisdefizite verringert.

Hippocampale Veränderungen beim Schilddrüsenhormon inaktivierenden Enzym Typ-III-Deiodinase (DIO3) und insulinähnlichen Wachstumsfaktor 2 (IGF2), die beide Gedächtnisprozesse modulieren, hatten sich zurückgebildet. Die hippocampal verminderte DNA-Methyltransferase 1 (DNMT1), die

die Prägung von DIO3 and IGF2 während der Entwicklung aufrechterhält, normalisierte sich bei beiden Behandlungen.

Cholin

Wozniak et al. (2015) behandelten 2;5 bis 5 Jahre alte Kinder mit FASD (ADHS nicht ausdrücklich erwähnt) in einer randomisierten, doppelblinden, Placebo kontrollierten klinischen Studie. 60 Kinder erhielten 9 Monate lang täglich 500 mg Cholin oder Placebo. Outcome-Maße waren die ‘Mullen Scales of Early Learning’ (IQ-Test) und das ‘elicited imitation (EI) memory paradigm’.

Die einzige Nebenwirkung war ein fischiger Körpergeruch.

Unter Cholin kam es zu keinen Verbesserungen im IQ-Test.

Verbesserungen im EI unter Cholin zeigten sich nur, wenn bzgl. sofortigem Nachspielen matched pairs gebildet wurden. Diese Verbesserungen unter Cholin waren altersabhängig. Der Behandlungseffekt war bei den jüngeren Kindern (2;5 – 4;0 Jahre) signifikant bzgl. verzögertem Abruf (Verbesserung unter Cholin um 12-14% größer als bei der Placebo-Gruppe).

Bzgl. sofortiger Abfrage zeigte sich für Cholin ein negativer Trend im Vergleich zu Placebo. Die junge Placebo-Gruppe zeigte Verbesserungen um 8 – 17% größer als in der Cholin-Gruppe.

Je höher die Cholin-Dosis (in mg/kg), desto geringer die Verbesserungen im Gedächtnis ($p = 0.041$). Möglicherweise sind gewichtsbezogene Dosierungen besser als fixe und möglicherweise wirkt Cholin nur bei Kindern unter 4 Jahren.

Nguyen et al. (2016) behandelten 5 bis 10 Jahre alte Kinder mit FASD (ADHS nicht ausdrücklich erwähnt) in einer randomisierten, doppelblinden, Placebo kontrollierten klinischen Studie. 29 Kinder erhielten 6 Wochen lang 625 mg Cholin, 26 Kinder Placebo. Neuropsychologische Untersuchungen des Gedächtnisses, exekutiver Funktionen, von Aufmerksamkeit und Hyperaktivität wurden am Anfang und nach der Intervention durchgeführt.

Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Psychopharmakotherapie bei FASD mit ADHS

Im systematischen Review von Mela et al. (2018) hatten mehrere Studien zum Ergebnis, dass Methylphenidat Hyperaktivität und Impulsivität bessert, jedoch nicht bzw. weniger die Aufmerksamkeit. Dexamphetamin schien häufiger wirksam zu sein als Methylphenidat. Für Atomoxetin und Guanfacin sind bisher keine Studien publiziert.

O'Malley et al. (2000) behandelten 30 Patienten im Alter zwischen 6 und 17 Jahren (22 Jungen, 8 Mädchen). Bei 5 von 23 half Methylphenidat, bei 16 von 19 half Dexamphetamin. Bei Patienten, die beide Substanzen erhielten, half bei 8 Patienten Methylphenidat nicht, jedoch in der Folge Dexamphetamin. Bei 1 von 12 half Dexamphetamin nicht, jedoch Methylphenidat. Bei 3 von 12 Patienten half keine der beiden Substanzen.

fasd deutschland

FASD Deutschland e.V. ist ein Zusammenschluss von Eltern (Pflege-, Adoptiv- und leibliche Eltern), Hauptbezugspersonen (Erzieher, Lehrer, Ausbilder...), Medizinern, Psychologen sowie weiteren an der Thematik interessierten Menschen, die sich neben der Prävention zur Vermeidung vorgeburtlicher Schädigungen durch Alkohol für die Verbesserung der Teilhabebedingungen in der Gesellschaft einsetzen (www.fasd-deutschland.de).

Die Vereinsaktivitäten umfassen u. a.

- Online-Selbsthilfegruppe
- jährliche zweitägige Fachtagungen
- Seminare und Schulungen
- Betreuung der Selbsthilfegruppen
- Erstellung und Herausgabe von Informationsmaterial und Broschüren
- Familienfortbildungsfreizeiten
- Fragebogenaktionen
- Mitgliedergewinnung

Literatur

- Astley SJ, Clarren SK. A fetal alcohol syndrome screening tool. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19(6):1565-1571
- AWMF (2016) S3-Leitlinie Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD
- Boseck JJ, Davis AS, Cassidy JC, Finch WH, Gelder BC (2015) Cognitive and Adaptive Skill Profile Differences in Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder With and Without Comorbid Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *Appl Neuropsychol Child* 4(4):230-236
- Chudley AE (2008) Fetal alcohol spectrum disorder: Counting the invisible – mission impossible? *Arch Dis Child* 93(9):721–722
- Crocker N, Vaurio L, Riley EP, Mattson SN (2009) Comparison of adaptive behavior in children with heavy prenatal alcohol exposure or attention-deficit/hyperactivity disorder. *Alcohol Clin Exp Res* 33:2015–2023
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2015) Factsheet Alkohol in der Schwangerschaft. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkohol_in_der_Schwangerschaft.pdf
- Dörrie N, Föcker M, Freunschit I, Hebebrand J (2014) Fetal alcohol spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* DOI 10.1007/s00787-014-0571-6
- Glass L, Ware AL, Crocker N, Deweese BN, Coles CD, Kable JA, May PA, Kalberg WO, Sowell ER, Jones KL, Riley EP, Mattson SN; Collaborative Initiative on Fetal Alcohol Spectrum Disorders (CIFASD) (2013) Neuropsychological deficits associated with heavy prenatal alcohol exposure are not exacerbated by ADHD. *Neuropsychology* 27(6):713–724
- Greenbaum R (2000) Socioemotional functioning in children with alcohol related neurodevelopmental disorder (ARND): Profile on the Child Behavior Checklist (CBCL). Unpublished master's thesis. Ontario Institute for Studies in Education/University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada
- Feldmann R, Adler K, Juretko K, Weglage J (2013) Das Fetale Alkoholsyndrom: Neuropsychologische Defizite und Störungen des Verhaltens. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 2, 26-47
- Herman LE, Acosta MC, Chang PN (2008) Gender and attention deficits in children diagnosed with a Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *Can J Clin Pharmacol* Vol 15(3):e411-e419
- Jacobson JL, Dodge NC, Burden MJ, Klorman R, Jacobson SW (2011) Number processing in adolescents with prenatal alcohol exposure and ADHD: differences in the neurobehavioral phenotype. *Alcohol Clin Exp Res* 35:431–442
- Jones KL, Smith DW (1973) Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 2:999–1001
- Kable JA, Mukherjee RAS (2016) Neurodevelopmental disorder associated with prenatal exposure to alcohol (ND-PAE): A proposed diagnostic method of capturing the neurocognitive phenotype of FASD. *European Journal of Medical Genetics*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejmg.2016.09.013>

- Kerns KA, MacSween J, Vander Wekken S, Gruppuso V (2010) Investigating the efficacy of an attention training programme in children with foetal alcohol spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation* 13(6):413–422
- Landgraf MN, Giese RM, Heinen F (2016) *Fetale Alkoholspektrumstörungen – Diagnose, neuropsychologische Testung und symptomorientierte Förderung*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2017), 45, 104–117
- Lange S, Rehm J, Anagnostou E, Popova S (2018) Prevalence of externalizing disorders and Autism Spectrum Disorders among children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: systematic review and meta-analysis. *Biochem Cell Biol.* 2018 Apr;96(2):241–251
- Lange S, Rovet J, Rehm J, Popova S (2017) *Neurodevelopmental profile of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A systematic review*. *BMC Psychology* (2017) 5:22
- Maliszka KL, Buss JL, Bolster RB, de Gervai PD, Woods-Frohlich L, Summers R, Clancy CA, Chudley AE, Longstaffe S. (2012) Comparison of spatial working memory in children with prenatal alcohol exposure and those diagnosed with ADHD: a functional magnetic resonance imaging study. *J Neurodev Disord* 4:12
- Mattson SN, Crocker N, Nguyen TT (2011) Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Neuropsychological and Behavioral Features. *Neuropsychol Rev* 21(2): 81–101
- Mela M, Okpalauwaekwe U, Anderson T, Eng J, Nomani S, Ahmed A, Barr AM (2018) The utility of psychotropic drugs on patients with Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): a systematic review. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, DOI: 10.1080/24750573.2018.1458429
- Nash K, Koren G, Rovet J (2011) A differential approach for examining the behavioural phenotype of fetal alcohol spectrum disorders. *J Popul Ther Clin Pharmacol Vol* 18(3):e440–e453
- Nash K, Rovet J, Greenbaum R, Fantus E, Nulman I, Koren G (2006) Identifying the behavioural phenotype in fetal alcohol spectrum disorder: sensitivity, specificity and screening potential. *Arch Womens Ment Health* 9(4):181–186
- Nguyen TT, Risbud RD, Mattson SN, Chambers CD, Jennifer D Thomas JD (2016) Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of choline supplementation in school-aged children with fetal alcohol spectrum disorders. *Am J Clin Nutr* 104:1683–1692
- O'Malley KD, Nanson J (2002) Clinical implications of a link between fetal alcohol spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 47(4):349–354
- O'Malley KD, Koplín B, Dohner VA (2000) Psychostimulant clinical response in fetal alcohol syndrome. *Can J Psychiatry* 45:90–91
- O'Neill J, O'Connor MJ, Yee V, Ly R, Narr K, Alger JR, Levitt JG (2019) Differential neuroimaging indices in prefrontal white matter in prenatal alcohol-associated ADHD versus idiopathic ADHD. *Birth Defects Res.* 2019 Jan 29. doi: 10.1002/bdr2.1460.
- Peardon E, Elliott EJ (2010) Distinguishing between attention-deficit hyperactivity and fetal alcohol spectrum disorders in children: clinical guide-lines. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 6, 509–515

- Petrenko CLM, Alto ME* (2017) Interventions in Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An International Perspective. *Eur J Med Genet* 60(1): 79–91
- Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J* (2017) Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health* 5: e290–99
- Raldiris TL, Bowers TG, Towsey C* (2018) Comparisons of Intelligence and Behavior in Children With Fetal Alcohol Spectrum Disorder and ADHD. *J Atten Disord*. 2018 Aug;22(10):959-970
- Spohr HL* (2016) Das Fetale Alkoholsyndrom im Kindes- und Erwachsenenalter. 2., aktual. und erw. Aufl., De Gruyter
- Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, Press S, Sampson PD* (1998) A fetal alcohol behavior scale. *Alcohol Clin Exp Res* 22(2):325–333
- Tunc-Ozcan E, Wert SL, Lim PH, Ferreira A, Redei EE* (2017) Hippocampus-dependent memory and allele-specific gene expression in adult offspring of alcohol-consuming dams after neonatal treatment with thyroxin or metformin. *Mol Psychiatry*. 2017 Jul 20
- Vernescu RM* (2009) Sustained attention training in children with fetal alcohol spectrum disorder (Doctoral dissertation). Retrieved from Proquest Dissertations & Theses International NR55383
- Wagner J, Spohr HL* (2012) Difficulties in diagnosing adolescents and adults with FASD. *J Popul Ther Clin Pharmacol* Vol 19(3):e391-e459
- Weyrauch D, Schwartz M, Hart B, Klug MG, Burd L* (2017) Comorbid Mental Disorders in Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Review. *J Dev Behav Pediatr*. 2017 May;38(4):283-291
- Wozniak JR, Fuglestad AJ, Eckerle JK, Fink BA, Hoecker HL, Boys CJ, Radke JP, Kroupina MG, Miller NC, Brearley AM, Zeisel SH, Georgieff MK* (2015) Choline supplementation in children with fetal alcohol spectrum disorders: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2015;102:1113–1125

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Chefarzt und Fachbereichsarzt
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Tel. 02162 96 5000
Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
<https://klinik-viersen.lvr.de>

Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Verbände und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz - PsychThGAusbRefG)

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG-KJPP)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Am 03.01.2019 legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz – PsychThGAusbRefG) vor. Die kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Fachverbände und die wissenschaftliche Fachgesellschaft haben den Referentenentwurf des Bundesministeriums zur Kenntnis genommen und nehmen wie folgt dazu Stellung.

Mit dieser Reform soll ein neuer Heilberuf des Psychotherapeuten geschaffen werden. Absolventen dieses neuen Heilberufs sollen heilkundliche Psychotherapie erbringen. Die Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen entfallen. Entgegen der durch das BMG vielfach betonten Zielsetzung, lediglich den neuen

Heilberuf regeln zu wollen, finden sich in dem aktuellen Gesetzentwurf jedoch zahlreiche Regelungen, die den ärztlichen Beruf erheblich betreffen. Da es in dem zukünftigen neuen Heilberuf um Krankenbehandlung gehen wird, ist die Expertise der Medizin nicht nur in der Ausarbeitung des Gesetzes, sondern in der Umsetzung des neuen Heilberufs zwingend miteinzubeziehen.

A. Allgemeine Anmerkungen zum geplanten Studium der Psychotherapie für den Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten

Das Psychotherapiestudium ist als Bachelorstudium und Masterstudium geplant. Um ein Psychotherapiestudium anbieten zu können, müssen sich die Fakultäten der Universitäten durch Landesbehörden akkreditieren lassen. Das Bachelorstudium wird auch auf alternative Bezugswissenschaften neben der Psychologie als grundlegender Bezugswissenschaft ausgerichtet werden können. Mehrfach wird in den vom BMG vorgelegten Unterlagen betont, dass das Studium praxisorientiert auf die spätere psychotherapeutische Tätigkeit ausgerichtet werden soll. Dazu sind sog. berufspraktische Einsätze vorgesehen. Theoretisches Wissen soll in schriftlichen Arbeiten und Modulen abgefragt werden, es soll eine Bachelor- und Masterarbeit geschrieben werden. Modellstudiengänge zur Pharmakotherapie sind vorgesehen und sollen zu einer Befugnisserweiterung zur Verordnung von Medikamenten durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten berechtigen. Im letzten Semester des Masterstudienganges ist die Durchführung einer praxisbezogenen staatlichen Prüfung vorgesehen, deren Bestehen Voraussetzung für die Erteilung der Approbation ist. Konkrete Mindestanforderungen an Studieninhalte, Näheres zur Psychotherapeutischen Prüfung sowie Vorschriften zur Erteilung einer Approbation sollen vom BMG erstellt werden. Die nach der Approbation mögliche Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten, dann auch mit spezifischer Weiterbildungsmöglichkeit für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, soll Angelegenheit der Psychotherapeutenkammern sein. Im Gesetzentwurf gibt es dazu keine näheren Regelungen.

Selbsterfahrung wird im Rahmen des Studiums nicht verpflichtend vorgeschrieben. Damit fehlt ein grundständiger Baustein psychotherapeutischer Kompetenz und in den bisher bekannten vorläufigen Inhalten der Approbationsordnung sind keine Anteile zum Erlernen der Reflexion der Therapeut-Patient-Beziehung unter ausreichender Berücksichtigung der Eigenanteile des Therapeuten enthalten.

Europäische Regelungen: Der Gesetzentwurf befasst sich ausführlich mit europäischen Regelungen. Es gibt sehr viele Möglichkeiten für analoge Qualifikationen. Dabei wird vor allem auf die bisherige berufliche Tätigkeit, den Kenntnisstand und lebenslanges Lernen fokussiert. Es ist sicherzustellen, dass eine vergleichbare akademische Grundqualifikation bei Anerkennung analoger Qualifikationen zwingend gefordert wird.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie: Sehr erfreulich ist, dass dieser zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Verfahren beibehalten werden soll und paritätisch von Psychotherapeuten und Ärzten besetzt sein soll. Funktion und Aufgabenstellungen sollten aber genauer definiert werden.

B. Wichtige spezielle Aspekte des Gesetzentwurfs aus der Sicht von Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Berufsbezeichnung Psychotherapeut/ärztlicher Psychotherapeut:

Mit dem jetzt vorgelegten Referentenentwurf soll die Psychotherapeutenausbildung von nichtärztlichen Psychotherapeuten neu geregelt werden. Psychotherapeut ist laut Referentenentwurf, wer ein Psychotherapiestudium erfolgreich absolviert hat. Falls das Gesetz umgesetzt werden sollte, wird es im deutschen Gesundheitssystem verschiedene Psychotherapeuten geben:

1. Psychotherapeuten mit Staatsexamen und Approbation, die heilkundliche Psychotherapie über alle Altersgruppen erbringen dürfen.
2. Fachpsychotherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung in mindestens einem psychotherapeutischen Verfahren und Spezialisierung auf Kinder- und Jugendliche bzw. auf Erwachsene. Diese dürfen dann bei entsprechender Zulassung GKV-finanzierte Krankenbehandlungen durchführen (als Vertragspsychotherapeut bzw. im Erstattungsverfahren nach §13 Abs. 3 SGB V).
3. Ärzten soll erlaubt werden, die Bezeichnung Ärztlicher Psychotherapeut neben der Berufsbezeichnung Arzt oder Ärztin zu führen – allerdings nur, wenn sie „überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte“ sind.

4. Nicht erkennbar wird in dem Referentenentwurf, welche Berufsbezeichnung Absolventen des Masterstudiengangs, welche die sich anschließende Staatsprüfung nicht erfolgreich ablegen und ohne Approbation bleiben, haben sollen.

In der geplanten neuen Formulierung des §28 Abs.3 S.1 SGB-V werden als Leistungserbringer für Psychotherapie (a) Psychologische Psychotherapeuten, (b) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, (c) Psychotherapeuten im Sinne des neuen Psychotherapeutengesetzes und (d) Vertragsärzte entsprechend der Richtlinie nach §92 SGB V genannt.

Es stellt sich die Frage, warum im jetzigen Gesetzentwurf überhaupt Regelungen zu ärztlichen Berufsbezeichnungen getroffen werden. Nach den Weiterbildungsbestimmungen der Ärztekammern haben Ärzte mit entsprechender Weiterbildung die Berechtigung, sich Psychotherapeuten zu nennen. Insofern sehen wir hier keinen Regelungsbedarf an dieser Stelle und lehnen die Regelung in § 1 des Referentenentwurfs ab. Da jedoch gerade die Berufsbezeichnung von besonderer Bedeutung für die Identifikation der Berufsgruppen ist, möchten wir dennoch inhaltlich auf die Berufsbezeichnung eingehen.

Die in der Gesetzesbegründung genutzte Formulierung, dass sich diejenigen Ärzte, die „überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig“ sind, Ärztliche Psychotherapeuten nennen dürfen, wirft grundsätzliche Fragen auf. Im Referentenentwurf wird auf die Definition für „überwiegend und ausschließlich“ nicht eingegangen. „Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch“ tätige Ärzte sind nach den Regelungen der ambulanten Bedarfsplanung per definitionem, d.h. unabhängig von einer Quantifizierung des Leistungsspektrums des jeweiligen Arztes, diejenigen Ärzte, die als Ärztliche Psychotherapeuten oder als Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zugelassen sind. Die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (und alle anderen psychotherapeutisch tätigen Ärzte) müssten im ambulanten Bereich jeweils nachweisen, dass sie überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutische Leistungen im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie abrechnen. Es würde sich also in der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Tätigkeitsspektrum eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (oder aller anderen psychotherapeutisch tätigen Ärzte) richten, ob er sich Ärztlicher Psychotherapeut nennen dürfte oder nicht. Die Bezeichnung Ärztlicher Psychotherapeut wäre damit

nicht an die Qualifikation des Arztes, sondern an sein aktuelles Tätigkeitspektrum geknüpft. Diese quantitative Wertung der psychotherapeutischen Tätigkeit eines Arztes hat sich schon längst als untauglich erwiesen. Wie im stationären Bereich die „überwiegend und ausschließlich“ psychotherapeutische Tätigkeit festgestellt werden soll, wird nicht deutlich. Denkbar wären aus Sicht der Unterzeichner allenfalls folgende Regelungen zur Berufsbezeichnung:

§ 1 Abs 1 PsychThGAusbRefG: Berufsbezeichnung, Berufsausübung

Wer die heilkundliche Psychotherapie ausüben will, bedarf der Approbation als „Ärztin“, „Arzt“, „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“. Eine vorübergehende Ausübung des Berufs ist auch auf Grund einer befristeten Erlaubnis nach § 3 Absatz 1 oder 2 dieses Gesetzes zulässig. Die Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ darf führen, wer nach Satz 1 oder Satz 2 dieses Gesetzes zur Ausübung des Berufs befugt ist. (Anmerkung: Das Wort „nur“ nach „darf“ ist zu streichen)

Ärztinnen und Ärzte, die die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie oder der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie haben, dürfen die Bezeichnung „fachärztliche Psychotherapeutin“ oder „fachärztlicher Psychotherapeut“ verwenden. Ärztinnen und Ärzte, die die Berechtigung zum Führen der Zusatzweiterbildung „Psychotherapie“ haben, dürfen die Bezeichnung „ärztliche Psychotherapeutin“ oder „ärztlicher Psychotherapeut“ verwenden.

Abweichend von eindeutigen Festlegungen in der ärztlichen Berufsordnung, dass der ärztliche Beruf kein Gewerbe sei, wird in §1 Abs 2 S 1 PsychThGAusbRefG die heilkundliche Psychotherapie als „berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit...“ definiert. Konkludent zur Festlegung in der ärztlichen Berufsordnung benennt § 18 Abs 1 S 2 EStG die ärztliche Tätigkeit explizit als freiberufliche Tätigkeit. Psychotherapeuten sind im EStG hier nicht genannt, sondern allenfalls unter „ähnliche Berufe“ subsummiert. Soll also mit der Neuordnung der Psychotherapeutenausbildung die heilkundliche Psychotherapie auch gewerblich betrieben werden? Bislang ist die Psychotherapie durch die geltenden Richtlinien, die Zuständigkeit der Kammern für die heilkundliche Praxis sowie die Standesgerichtsbarkeit sehr gut quali-

tätskontrolliert. Eine Klarstellung, was der Gesetzgeber unter „gewerblicher Tätigkeit“ der approbierten Psychotherapeuten versteht, ist aus Sicht der Unterzeichner erforderlich, alternativ eine Streichung des Begriffs „gewerblich“

Zu § 1 Abs 2 PsychThGAusbRefG: Inhalte der „heilkundlichen Psychotherapie“

Nach § 1 Abs 2 des Referentenentwurfs ist Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie im Sinne des Gesetzes „berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“ § 7 Abs 2 definiert in Bezug auf die Ziele des Studiums den Begriff der „Psychotherapeutischen Versorgung“. In § 7 Abs 1 S 1 PsychThGAusbRefG impliziert die Aufzählung von „...psychotherapeutischen, präventiven und rehabilitativen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung...“, dass auch nicht-psychotherapeutische präventive und rehabilitative Maßnahmen dazu zu zählen seien. Die Unterzeichner schlagen zur Klarstellung vor, das Wort „kurativ“ einzufügen und folgendermaßen zu formulieren: **„Psychotherapeutische Versorgung im Sinne des Absatzes 1 umfasst insbesondere die psychotherapeutisch kurativen, präventiven und rehabilitativen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.....“**, denn dies dürfte die intendierte Aussage im Sinne des Gesetzes sein. Es entspräche dann auch den Inhalten des § 1 Abs 3 S1 PsychThGAusbRefG.

Heilkundliche Psychotherapie durch approbierte Psychotherapeuten soll einen großen Aufgabenbereich umfassen. Nach § 1 Abs 3 des Referentenentwurfs soll „Beratung, Prävention und Rehabilitation“ als heilkundliche Psychotherapie neben der Krankenbehandlung möglich sein. Andererseits sollen nach § 1 Abs 2 „soziale Konflikte...“ nicht behandelt werden. Es bleibt offen, wie eine Abgrenzung zwischen der Beratung bei sozialen Konflikten zu Beratungsthemen und präventiver Arbeit im Sinne heilkundlicher Psychotherapie vorgenommen werden soll.

Ausbildungsziele/Aufgaben der Psychotherapeuten und an der Lehre beteiligte Fakultäten:

In § 7 Abs 1 werden Kompetenzen definiert, die im neuen Psychotherapiestudium erworben werden sollen. Das Studium soll „psychotherapiewissenschaftliche, psychologische, pädagogische, medizinische und weitere beziehungswissenschaftliche Inhalte“ vermitteln. Da sich im Moment primär die psychologischen Fakultäten vorbereiten, die Akkreditierung der Psychotherapiestudiengänge zu erhalten, stellt sich die Frage, wie all diese Inhalte dort vermittelt werden können. Es sind durch die Psychotherapeuten neuer Ausbildung „Störungen von Krankheitswert festzustellen und zu behandeln, bei denen psychotherapeutische Versorgung indiziert ist“. Dazu müssen spezifische diagnostische und differenzialdiagnostische Kenntnisse gelehrt werden, und auch Kenntnisse über andere Behandlungsmaßnahmen wie pharmakologische, psychiatrische, sozialpsychiatrische Maßnahmen vermittelt werden. Notwendig wäre daher, die Kooperation mit medizinischen Fakultäten ausdrücklich gesetzlich zu verankern, damit die Vermittlung der beschriebenen Inhalte im Studium und in Berufspraktika tatsächlich auch sichergestellt werden kann.

Insbesondere werden für die berufspraktischen Einsätze im Bachelor Studium mit 570 Stunden (19 ECTS) und im Master Studium mit 750 Stunden (25 ECTS) Kooperationen mit medizinischen Fakultäten und Kliniken zwingend notwendig sein. Dazu finden sich derzeit im Gesetz keine Regelungen. **Regelungen zur Kooperation mit medizinischen Fakultäten sind aus Sicht der Unterzeichner erforderlich.**

In diesem Zuge müsste gleichzeitig die Verantwortung für Unterrichtsinhalte, Praktikumszeiten und die Letztverantwortung für klinische Tätigkeiten an Patienten während der praktischen Tätigkeiten geregelt werden, die bei Patienten von Kliniken, Ambulanzen oder Praxen nur schwerlich bei den Fakultäten des psychotherapeutischen Studiengangs liegen kann.

Modellstudiengang Psychopharmakotherapie:

Modellstudiengänge zum Studium pharmakologischer Behandlungsansätze werden von den Unterzeichnern abgelehnt. Es braucht mehr, als nur spezifisches Wissen zur Psychopharmakologie, um diese Medikamente hinreichend sicher verordnen zu können. Auswirkungen auf den gesamten Körper und seiner Organsysteme, unerwünschte Wirkungen und Gegenmaßnahmen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, die spezielle Bedeutung komorbider somatischer Erkrankungen müssen überblickt werden können, um eine sichere Psychopharmakotherapie machen zu können. Die Gesetzesbegründung weist zurecht darauf hin, dass es sich hier um einen Hochrisikoprozess handelt. In den anderen Heilberufen der verschiedenen Gebiete der Medizin werden dementsprechend auch umfassende Kenntnisse im Studium mit biologischen, biochemischen, physiologischen und pathophysiologischen Grundlagen zur Anwendung einer Pharmakotherapie vermittelt und für Therapieentscheidungen vorausgesetzt. Bei Kindern und Jugendlichen kommen zusätzliche Aspekte hinzu, wie z.B. die Berücksichtigung von Entwicklungsaspekten und sehr variablen Dosis-Wirkungsbeziehungen. Angesichts der weitgehend fehlenden Zulassung vieler Medikamente ist Off-label-Gebrauch weit verbreitet und vielfach erforderlich, so dass besondere Anforderungen an die Kompetenz des Verschreibers gestellt werden müssen und zusätzliche Haftungsrisiken bestehen. Ein Modellstudiengang, der die psychopharmakologische Verschreibung umfasst, muss im Rahmen eines Masterstudiums notgedrungen in seinem Umfang begrenzt werden. Es ist völlig ausgeschlossen, all diese Punkte in diesem Rahmen zu vermitteln. Vielmehr ist sogar noch davon auszugehen, dass für die (letztlich doch unzureichende) Qualifizierung zur Psychopharmakotherapie wesentliche Inhalte zur Befähigung als Psychotherapeut im Masterstudiengang wegfallen müssen und die Absolventen des Modellstudiengangs dann weder in Psychotherapie noch in Psychopharmakotherapie ausreichend ausgebildet werden. Die Unterzeichner weisen ausdrücklich darauf hin, dass auch die psychotherapeutischen Verbände sich klar gegen diesen Modellstudiengang ausgesprochen haben. Dieser Umstand wird in der Gesetzesbegründung bereits benannt. **Der „Modellstudiengang“ wird von uns abgelehnt.**

Befugniserweiterung für Psychotherapeuten:

Den zukünftigen Psychotherapeuten sollen gesetzlich geregelte Befugniserweiterungen zugestanden werden. Diese sollen „zur Entlastung der Ärzte“ erfolgen. Außerdem soll der Psychotherapeut vom „Beruf des Arztes unabhängig“ werden. Zu den neuen Befugniserweiterungen gehören die Verordnung von Ergotherapie (§ 73 Abs 2 S 3) und psychiatrischer Krankenpflege (§ 73 Abs 2 S 4). Aus Sicht der Unterzeichner geht es hier vor allem darum, alt-hergebrachten berufspolitischen Friktionen zwischen den Berufsgruppen zu begegnen. Die Formulierung, ‚den Psychotherapeuten vom Beruf des Arztes unabhängig zu machen‘, macht dies überdeutlich. Tatsächlich müsste es aber darum gehen, die Kooperation zwischen den Berufsgruppen zu fördern, was seitens des BMG an anderer Stelle auch sehr klar formuliert wird.

Bei Kindern im Vorschul- und Grundschulalter ist die Ergotherapie häufig eine angemessene therapeutische Maßnahme, um Entwicklungsverzögerungen etwa der Motorik, der Wahrnehmung und Handlungskompetenzen zu fördern. Wesentliche Indikationen zur Ergotherapie sind rein medizinische, im Kindes- und Jugendalter verbunden mit neurobiologischen Entwicklungsbesonderheiten oder neurologischen Erkrankungen. Damit diese Problemfelder diagnostisch und differenzialdiagnostisch eingeordnet werden können und Therapieentscheidungen getroffen werden können, ist es zwingend notwendig, dass der Verordnende die normale und pathologische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf die körperliche Entwicklung, Motorik und neurologische Besonderheiten einschätzen kann. Da nicht erkennbar ist, dass bzw. wie diese Inhalte im geplanten Psychotherapiestudium vermittelt werden, kann nicht plausibel davon ausgegangen werden, dass eine Kompetenz zur Verordnung von Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen erworben wird. Gleiches gilt für die Verordnung von psychiatrischer Krankenpflege. Es wird in den bisherigen Planungen der Psychotherapeutenausbildung nicht erkennbar, dass, bzw. wie

Erfahrungen im psychiatrischen Kontext erworben werden sollen. **Deshalb lehnen die Unterzeichner diese Befugniserweiterung ab.**

Erstellung von Gutachten als Befugnisserweiterung:

In § 7 (3) des Referentenentwurfs wird erwähnt, dass Psychotherapeuten am Ende des Studiums befähigt sein sollen, „gutachterliche Fragestellungen einschließlich von Fragestellungen zu Arbeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit auf der Basis umfassender diagnostischer Befunde sowie weiterer relevanter Informationen zu bearbeiten“. Gutachterliche Fragestellungen zur Arbeitsfähigkeit obliegen bisher Fachärzten für Arbeitsmedizin oder Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Eine Beschränkung auf den Bereich seelischer Störungen ist im Gesetz nicht erkennbar. Die Anforderung der Vermittlung sozialmedizinischer Kompetenzen für eine entsprechende gutachterliche Tätigkeit sehen wir im Studium und den vorgelegten Entwürfen von Studieninhalten nicht abgebildet. **Wir fordern hier zumindest die Klarstellung des Gesetzgebers, dass sich die hier erwähnte gutachterliche Tätigkeit auf seelische Störungen zu beschränken hat, oder eine Streichung dieser Kompetenzerweiterung.**

Bedeutung wissenschaftlich anerkannter Verfahren in der GKV:

Für die vertragsärztliche Versorgung findet sich eine entscheidende Veränderung im § 92 Abs 6a SGB V bezüglich der Zuständigkeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Die Formulierung bzgl. der Prüfung der „zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren“ im G-BA soll gestrichen werden. Damit entfällt die Prüfung der psychotherapeutischen Verfahren durch den G-BA. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch den G-BA muss unbedingt erhalten bleiben und auch die Kooperation mit dem WBP in der wissenschaftlichen Prüfung der Evidenzbasierung von psychotherapeutischen Verfahren. Regelungen zu den Richtlinien sollen getroffen werden für die Behandlungen „mit den psychotherapeutischen Verfahren, die Gegenstand der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten sind“. Diese Einschränkung bindet damit per Gesetz die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten in der GKV an diejenigen der nicht-ärztlichen Psychotherapie. **Die Unterzeichner lehnen diese Regelung ab.**

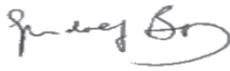
Die Verbände und die wissenschaftliche Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie setzen sich dafür ein, dass psychisch Kranke, insbesondere Kinder und Jugendliche, nach den gleichen wissenschaftlichen, ethischen und Patientenschutz-Vorgaben behandelt werden sollen wie somatisch erkrankte Patienten.

30. Januar 2019



Dr. Martin Jung

BAG KJPP



Dr. Gundolf Berg

BKJPP



Prof. Hans-Henning Flechtner

DGKJP

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im „Mitgliederrundbrief“ des „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie I/1994“ wurde einleitend zur Gemeinsamen Jahrestagung 1994 von DGKJP und BKJPP am 15./16. September in Aachen eingeladen mit dem „Wissenschaftsforum“ und dem öffentlichen Symposium „Alle Gewalt geht vom Volke aus“.

Außerdem berichtete der Vorsitzende über die Bemühungen zur Einführung einer Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV).

U.a. erfolgten Aktivitäten auf parlamentarischer Ebene. In einem Brief an alle Mitglieder der zuständigen Ausschüsse wurde darum gebeten, sich für die überfällige Umsetzung der bereits seit dem 01.01.1989 bestehenden Gesetzesnormen der §§ 43a und 85, Abs.2, Satz 4 einzusetzen.

Im selben Sinne wurden auch unser Kollege Dr. med. Hans-Hinrich Knaape, MdB, mit einer Anfrage und die Bundestagsfraktion der SPD mit einem Entschließungsantrag tätig.

Am 26.01.1994 fand erstmals ein gemeinsames Gespräch des BKJPP mit den Vertretern der Gesetzlichen Krankenkassen bei der KBV in Köln zur SPV statt. In der Folge schieden die RVO-Kassen aus diesen Gesprächen aus, während der Ersatz-Krankenkassen-Verband am 07.06.1994 mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einer „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung sozialpsychiatrischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) im Ersatzkassenbereich“ zustimmte.

Erneut gab es Verhandlungen um die Neuaufnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen in die zu reformierende GOÄ und in den EBM, da insbesondere um die Wiedereinführung einer Gruppentherapie für Kinder.

Berichtet wurde auch über die Bemühungen, gemeinsam mit den Kinder- und Jugendärzten auch für das Fachgebiet der kinder- und Jugendpsychiatrie einen Schwerpunkt oder eine Zusatzbezeichnung „Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters“ zu schaffen, damit der neurologische Bereich nicht



ganz für unser Fachgebiet verloren geht. Dazu hatte die Gesellschaft für Neuropädiatrie einen Leistungskatalog entwickelt, der in angepasster Weise für beide Fachgebiete gelten sollte. Leider sind diese Bemühungen in der Folge vergeblich geblieben.

Und schließlich wurde über die Schwierigkeiten berichtet, die sich zunächst in Bayern bei der Einführung der neuen Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“ für Kinder- und Jugendpsychiater ergeben hatten.

Das Verzeichnis der regionalen Obleute des BKJPP konnte inzwischen für sämtliche 17 ÄK- und KV-Regionen Obleute ausweisen.

Veröffentlicht wurde die von Prof. Dr. Andreas Warnke federführend erstellte „Stellungnahme des Vorstandes der DGKJP zur Diagnostik, schulischen Förderung und Therapie bei Schülern mit Lese- und Rechtschreibstörung (Legasthenie)“.

Dr. Reinhold Schydlo berichtete aus der UEMS zur „Situation der Kinderpsychiatrie in Italien“ und über die „Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz“.

Von Dr. Barbara Rost, Kinder- und Jugendpsychiatrische Univ.-Klinik und Poliklinik Basel, Schweiz, wurde der Vortrag über „Familienorientierte Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ publiziert.

Der Sonderschulrektor Horst Wolf genannt Schmidt berichtete aus dem Regierungsbezirk Oberfranken über „Bedingungen und Möglichkeiten effektiver Förderung durch die Schule für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik“.

All diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch im Frühjahr 1994 wichtig war und was alles im Forum II/1994 stand, das erfahren Sie im „forum II/2019“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik

Buchrezension

Adam, Hubertus und Bistrizky, Heidi: **Seelische Probleme von geflüchteten Kindern und Jugendlichen. Wie Schule und Kinderpsychiatrie kooperieren können.** Cornelsen: Berlin 2017. € 20,50

ISBN-10: 9783589155484, ISBN-13: 978-3589155484

Wie Schule und Kinderpsychiatrie bei der Versorgung von geflüchteten Kindern erfolgreich kooperieren können, zeigen in ihrem interdisziplinären Buch die Sonderpädagogin Heidi Bresitzki und der Kinder- und Jugendpsychiater Hubertus Adam. Gemeinsamer Ausgangspunkt sind die Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen, die in allen Kulturen zu bewältigen sind. Das gilt trotz belastender Umstände auch bei Flucht und anderen Formen der Migration, die bei einem Teil der Kinder zu Traumatisierungen oder anderen psychischen Störungen führen können.

Diagnostik-, Förderungs- und Therapiemöglichkeiten werden ausführlich erläutert. Gerade die Diagnostik von Kindern mit anderem kulturellen Hintergrund gelingt besonders vielseitig im Zusammenwirken von Lehrern und Therapeuten. Die Leser werden über diagnostische Fenster, Grenzen kulturübergreifender Testdiagnostik und integrationssensitive Psychotherapieansätze breit informiert. Das gilt ebenso für Förderplanung in der Schule sowie für die Prävention von Retraumatisierung oder Reaktualisierung belastender Erlebnisse.

Fördernde Rahmenbedingungen im Schulalltag sind ein weiterer Kernpunkt des Buches. Sie erfordern spezifische Unterrichtsorganisation und Classroom-Management. Zudem geben die Autoren praxisnahe Hinweise zur Kommunikation mit den Eltern unter Mitwirkung von Sprachmittlern. Kompetente Sprach- und Kulturmittler werden besonders wichtig, wenn Schule, Klinik und Jugendhilfe an gemeinsamen Förder- und Therapiekonzepten arbeiten. Dieses Buch mit seinem Fokus auf Kooperation trägt dazu bei, Konflikten zwischen den Hilfesystemen vorzubeugen und kulturangemessener Entwicklungsziele gemeinsam mit Kindern und Eltern oder auch mit unbegleiteten Jugendlichen zu vereinbaren.

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Rainer Georg Siefen
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Alexandrinenstr. 5, 44791 Bochum

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.

Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

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

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschreiben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten ein Belegexemplar kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.

Informationen für Anzeigenkunden

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.



Media Daten 2019

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 350 Kliniken.

Auflage 1.400 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

Format: 170 x 240 mm, Klebebindung (80 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

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

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

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

Bei Anfrage werden Agenturrabatte von 12 % angeboten.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Rhabanusstraße 3 8.OG
55118 Mainz
Tel.: 06131 6 93 80 70
Fax: 06131 6 93 80 72
mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

Meta Druck, Thomas Didier
Eylauer Str. 10
10965 Berlin
Tel.: 030 617 02 147
didier@metadruck.de

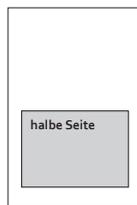


130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	1.300,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	650,- Euro
Mitglieder	300,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro

auslaufende Formate
sind möglich mit 3mm Randbeschnitt



130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	700,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	370,- Euro
Mitglieder	200,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro



130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	500,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	220,- Euro
Mitglieder	150,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro



Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro

Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.

Termine 2019:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2019	14. März 2019	14. KW 2019
2-2019	13. Juni 2019	27. KW 2019
3-2019	12. September 2019	40. KW 2019
4-2019	13. Dezember 2019	1. KW 2020

* Änderungen vorbehalten

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. Dezember des aktuellen Jahres.

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.