

Inhalt:

Der Arzt als Detektiv:
Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom
Reinhard Plassmann

Blutabnahme bei Kindern und Jugendlichen unter forcierteter heterosuggestiver Entspannung - Erfahrungen aus der Praxis
Ulrich Rütth

„Babylon Babies“ oder: Wie postmoderne Jugendliche einen Weg ins Leben finden
Einblicke in die katathym-imaginative Psychotherapie von Jugendlichen
Renate Sannwald

Die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Versorgung Suchtmittel konsumierender Jugendlicher
Martin Jung

Kinder psychisch kranker Eltern
Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt in der Ostschweiz
Sibille Kühnel & Oliver Bilke

Tic- und Tourettstörungen
Alexander Marcus

Buchbesprechungen:
Massel und Schlamassel
Keine Angst vor der Angst!
Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern

Hinweise für Autoren

CME-Fragebogen

Epilog
Ingo Spitzcok von Brisinski

Der Arzt als Detektiv: Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Reinhard Plassmann

Einleitung

Was wissen wir über Kindheitsereignisse, die seelische, manchmal auch körperliche Verletzungen hinterlassen? Wir müssten uns diese Frage überhaupt nicht stellen, wenn Kindheit, so wie es sein soll, in aller Regel in einer haltenden und fördernden Umgebung stattfände, aber gerade die Beschäftigung mit bestimmten Krankheiten hat uns eines Besseren belehrt.

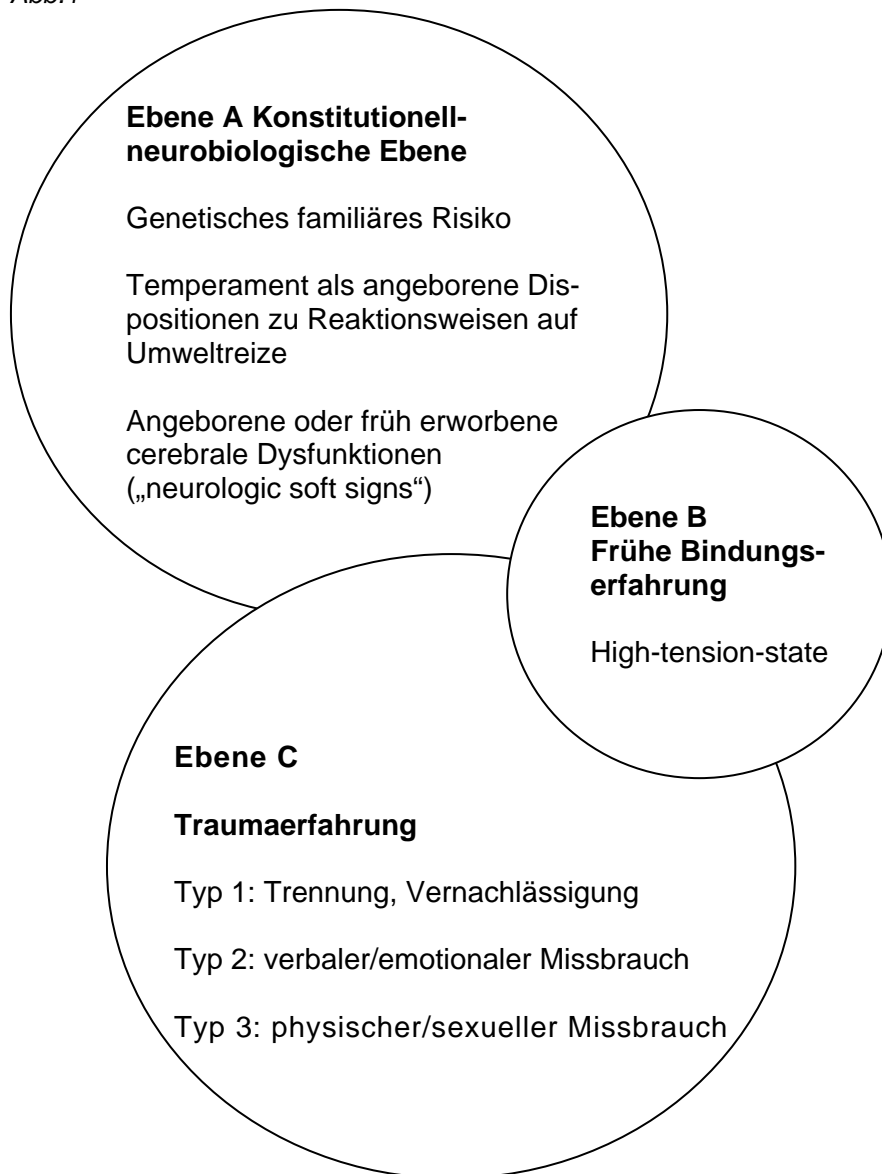
Es war allerdings lange ein Tabu, sich mit dem zu beschäftigen, was Erwachsene Kindern antun. Als Freud (Freud, 1895) in den Studien über Hysterie konstatierte, dass sich die hysterischen Symptome seiner Patientinnen als Berichte des Unbewussten über sexuelle Übergriffe dechiffrieren ließen, löste er im Wien des 19. Jahrhunderts einen Sturm der Entrüstung aus. Vielleicht deshalb, sicher aber auch seinem eigenen Interesse folgend, hat er sich in den späteren Jahrzehnten weitgehend auf die Erforschung seelischer Konflikte konzentriert und keine Psychologie des seelischen Traumas entwickelt. Er hat dennoch nie die Bedeutung traumatischer Erfahrungen angezweifelt und formulierte 1939 gegen Ende seines Schaffens: „Die früh erlebten, später vergessenen Eindrücke, denen wir eine so große Bedeutung für die Ätiologie der Neurosen zuschreiben, heißen wir Traumen“ (Freud, 1939).

Die Frage, inwiefern die Erkrankungen unserer Patienten eine abnorme Art von Erzählungen sind, hat sich bei der Beschäftigung mit Patienten, die sich selbst verletzen, erneut gestellt. Dies sind Patienten, aus denen wie aus einem anderen Ich immer wieder eine latente Destruktivität herausbricht, sehr häufig als Destruktivität dem eigenen Körper gegenüber mit offen oder heimlich durchgeführten Verletzungen und Zerstörungen des Körpers (Plassmann, 1994, 1995).

Als man begann, diese als frühe Persönlichkeitsstörung oder als Borderlinestörung bezeichneten Krankheitsbilder zu beforschen, ging man zunächst bis Mitte der 80er Jahre davon aus, dass die Ursache dieser Destruktivität ein übermäßiger Aggressionstrieb sei, in der Folge sei die Integration von Hassgefühlen in die Persönlichkeit, also in die Selbst- und Objektvorstellungen unvollständig geblieben. Dem mag so sein. Mittlerweile wissen wir allerdings, dass diese Patienten auch Überlebende einer traumatischen Kindheit sind. Sie waren in erheblichem, manchmal extremem Ausmaß offener oder verdeckter Destruktivität ausgesetzt und konn-

ten dies nur mit eben jenen seelischen Notmaßnahmen beantworten, die wir später als Krankheitsbild beobachten.

Abb.1



Wenn wir heute solche Krankheiten sehen und behandeln, so können wir sie auch als Versuch verstehen, passiv erlebte destruktive Erfahrungen immer und immer wieder aktiv zu wiederholen, um sich möglichst nie wieder so hilflos zu fühlen wie damals. Gerade in dieser aktiven Bewältigung

des passiv erlebten Traumas liegt allerdings auch der Keim zur Täterschaft, d. h. zur Weitergabe der Gewalt, sei es an den eigenen Körper oder an die eigenen Kinder, wie wir beim Münchhausen-by-proxy-Syndrom sehen werden.

Kindheit wird besonders dann zum Trauma, wenn drei Faktoren zusammentreffen, siehe Abbildung1, (Peichel, 2001):

- A) Konstitutionell-neurobiologische Ebene
Dies sind angeborene Persönlichkeitseigenschaften, die in einem bestimmten Milieu das Entstehen von Hass und Gewalt begünstigen.
- B) Negative frühe Bindungserfahrungen: high-tension-state
- C) Traumaerfahrung durch emotionale Vernachlässigung, verbal-emotionale Destruktivität, physischen und sexuellen Missbrauch

Wenn sich mittlerweile sowohl die Medizin wie die Gesellschaft ein Herz gefasst haben und bereit sind, sich mit diesen düsteren Kapiteln des Kindseins zu befassen, dann mutet uns die Realität doch Einiges zu, wie wir heute abend noch sehen werden. Andererseits gehen gerade von der Beschäftigung mit Krankheitsbildern, die auf traumatischer Kindheitserfahrung beruhen, intensivste wissenschaftliche, klinische und auch gesellschaftspolitische Impulse aus. Für das Münchhausen-by-proxy-Syndrom gilt dies in besonderem Maß. Es zeigt uns die Vergangenheit als Gegenwart. Kindheit als Trauma findet solange vor unseren Augen statt, bis wir es sehen, eingreifen und dann versuchen zu verstehen, was wir gesehen haben. Auf drei Aspekte werde ich im Rahmen der Beschäftigung mit dem Münchhausen-by-proxy-Syndrom besonders eingehen und zwar

- ◆ die Heimlichkeit der Gewalt, die den Arzt zum Detektiv macht.
- ◆ der Missbrauch des Arztes, der zum Kindsschädiger werden soll.
- ◆ die transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrung von einer Generation zur nächsten

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Worum also handelt es sich?

Der englische Kinderarzt Roy Meadow hatte 1977 zwei Fälle publiziert, in denen Mütter ihre Kinder, wie er herausgefunden hatte, heimlich krank gemacht hatten. In einem Fall hatte die Mutter seit Geburt bis zum Alter von 6 Jahren heimlich Blut und Eiter dem Urin des Kindes beigemischt, so dass das Kind eine endlose Tortur von medizinischen Untersuchungen und Behandlungen erlitt, bis im 6. Lebensjahr erst die richtige Diagnose

gestellt wurde, nämlich ein völlig gesundes Kind als Opfer einer bislang unbekanntem Form der heimlichen Kindsmisshandlung.

Im zweiten Fall wurde, wie Meadow schreibt, der kleine Charles im Alter von 6 Wochen erstmals stationär aufgenommen wegen Erbrechen und Bewusstseinsstrübung. Dies wiederholte sich unzählige Male. Man fand immer wieder extrem erhöhte Salzwerte (Hypernatriämie) im Blut. Im Krankenhaus erholte sich das Kind jeweils sehr rasch, es wirkte gesund, normal und gedieh. Erst mit 14 Monaten, also ein Jahr später, fiel den Ärzten der Zusammenhang auf: Niemals waren solche Zustände in der Klinik aufgetreten, sondern ausschließlich zuhause. Man begann etwas zu ahnen und trennte Mutter und Kind für einige Zeit, in der das Kind sich vollständig erholte. Genau am nächsten Besuchstag trat das nächste Koma auf. Dann passierte der entscheidende Fehler: Man gab der Mutter das Kind wieder mit und begann über sozialtherapeutische und psychologische Maßnahmen zum Schutz des Kindes und zur Therapie der Mutter nachzudenken. In dieser Phase brachte die Mutter das Kind erneut in tiefem Koma in die Klinik, wo es nach wenigen Stunden starb. Man fand bei der Autopsie eine extreme Salzvergiftung und rekonstruierte, dass die Mutter, Krankenschwester von Beruf, dem Säugling das Salz wahrscheinlich mit einer Magensonde zugeführt hatte.

Meadow nannte das Krankheitsbild Münchhausen-by-proxy-Syndrom, also Münchhausen in Vertretung nach der auch in England populären Gestalt des Barons von Münchhausen, weil die Mütter systematisch den Arzt mit frei erfundenen Geschichten über Krankheiten täuschen, dabei aber nicht den eigenen Körper sondern gleichsam in Vertretung – by-proxy – den des Kindes benutzen.

Der kleine Artikel von Roy Meadow im Lancet hat international zahlreiche Berichte über ähnliche Fälle zur Folge gehabt und seit dieser Erstbeschreibung 1977 bis heute wächst die Zahl der bekannt gewordenen Münchhausen-by-proxy-Fälle rasant an. Nach einer einzigen Umfrage von Schreier und Libow (1993) bei 1.450 englischen Kinderärzten wurden 570 gesicherte oder hochverdächtige Fälle berichtet. In der internationalen Literatur sind seit 1977 ca. 250 wissenschaftliche Arbeiten über das Krankheitsbild erschienen, mittlerweile auch die große Monographie der beiden Amerikanerinnen Parnell und Day (Parnell & Day, 1997).

Die Beschäftigung mit diesem Krankheitsbild hat etwas Detektivisches. Wir müssen einige Puzzlesteine zusammensetzen, bis endlich ein klares Bild entsteht.

Beginnen wir mit den Täterinnen. Es sind in 98 % der Fälle Frauen, 90 % sind die leiblichen Mütter, der Rest Stief- und Pflegemütter. Die Väter sind

in diesen Familien praktisch niemals an der heimlichen Gewalt am Kind beteiligt, weil sie die Kinder völlig ihren Frauen überlassen, von denen sie selbst wie Kinder abhängig sind. Die Gewalt von Vätern, dies wäre hier zu ergänzen, geht andere Wege. Auffällig häufig sind die Männer ihren Frauen intellektuell weit unterlegen und ordnen sich ihnen unter. Dies mag ein Hinweis sein, dass die Mütter, die späteren Täterinnen, versuchen bei Mann wie Kind soviel Abhängigkeit wie möglich herzustellen.

Was machen diese Mütter mit ihren Kindern?

Sie scheinen von der Phantasie beherrscht, das Kind sei krank, lebensuntüchtig, es könne nicht gedeihen, sei auf Dauer vollständig abhängig von ihr, der Mutter. Sich selbst sehen die Mütter im Bündnis mit den Ärzten als lebensrettende Engel, denen nichts auf der Welt näher am Herzen liegt, als das Wohl ihres dieses Kindes, welches nur auf Grund ihres grenzenlos aufopferungsbereiten Bemühens noch am Leben sei. Zu diesem Zweck erfinden die Mütter Alarmsymptome im Bereich lebenswichtiger Organsysteme des Kindes oder sie erzeugen solche Störungen heimlich.

Am häufigsten sind Bewusstseinsstörungen, angebliche Anfälle, angebliche Blutungen oder angebliche Gedeihstörungen. In seiner ersten großen Übersichtsarbeit von 1984 fand Meadow (Meadow, 1984) beispielsweise insgesamt 31 Fälle von angeblichen Krampfanfällen, bei 2/3 davon hatten die Mütter die Krampfanfälle und Zustände von Bewusstlosigkeit nur berichtet und damit Odysseen von medizinischen Untersuchungen ausgelöst, in 1/3 der Fälle hatten die Mütter die Anfälle selbst erzeugt durch Erstickten des Kindes mit der Hand, einem Kissen oder einer Plastiktüte oder durch heimliches Vergiften mit Überdosen von Salz, wie im eingangs beschriebenen Fall, oder mit Vergiftungen durch Medikamente (Palmer & Yoshimura, 1984; Hickson et al., 1989)

Am zweithäufigsten ist das Manipulieren von angeblichen Spontanblutungen beim Kind. Die Mütter nehmen sich selbst Blut ab, verschmieren es um den Mund oder andere Körperöffnungen des Kindes oder mischen es unter Urin, Speichel oder Stuhl. Ärzte denken natürlich zuletzt an die Möglichkeit einer solchen Manipulation, so dass die Kinder in der Regel einer Tortur aufwendigster medizinischer Maßnahmen unterworfen werden.

Ebenfalls häufig wird das Kind als gedeih- und ernährungsgestört präsentiert, es nehme trotz sorgfältigster Ernährung einfach nicht zu, berichten die Mütter.

Smith und Killam (1994) haben den Fall des kleinen Robert publiziert, der ständig an Gewicht verlor und deshalb anderthalb Jahre lang einer einzigen Serie von stationären Untersuchungen ausgesetzt war. Schließlich wurde klar durch genaue Verhaltensbeobachtungen, dass die Mutter dem völlig gesunden Kind auf eine unauffällige aber perfekte Weise sowohl zuhause als auch im Krankenhaus ständig jede Nahrung vorenthielt, in dem sie Fläschchen oder Teller außer Reichweite stellte mit charmanten Be-

gründungen wie „Oh, er mag das nicht“ oder „Er hat gar keinen Hunger, er will damit nur spielen“, wenn das Kind sich „gierig“, wie die Autoren schreiben, auf das Essen stürzen wollte. Die Mutter war einerseits im Begriff das Kind verhungern zu lassen und brachte es andererseits stets ins Krankenhaus, um sich dort als liebevolle, sorgende und aufopferungsvolle Mutter zu präsentieren.

Eine andere Mutter, ebenfalls Krankenschwester von Beruf, saugte die im Krankenhaus gefütterte Milch mit Spritze und Plastikschlauch aus dem Magen ihres ausgehungerten Kindes wieder ab (Meadow, 1984).

Ich schildere diese Fälle nicht, um den Leser das Gruseln zu lehren, sondern um zu illustrieren, wie extrem schwierig es sein kann, diese perfekt getarnten Formen von versuchter Kindstötung zu erkennen. In mehreren Fällen gelang dies erst durch Installation von Videokameras im Krankenzimmer (Southall et al., 1987). Der Arzt wird zum Detektiv.

Was die Mütter mit ihren in aller Regel noch kleinen Kindern machen, hat meist einen direkten Bezug zu den lebenswichtigen Körperfunktionen. Es ist, als ob die Mütter aus Gründen, die wir noch versuchen müssen zu verstehen, die Normalheit, die Gesundheit und Vitalität ihres Kindes nicht ertragen können.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die bekanntgewordenen Manipulationstechniken (Rosenberg, 1987).

Etwa $\frac{1}{4}$ der Mütter erfinden die Symptome oder manipulieren Messwerte, in dem sie z. B. dem Urin, dem Stuhl oder dem Speichel etwas beimischen, 75 % der Mütter manipulieren direkt den Körper des Kindes (Rosenberg, 1987).

Die Mortalität dieser Form der heimlichen Kindsmisshandlung ist deshalb erschreckend hoch. In verschiedenen Studien wurde zwischen neun und 31 % Todesfälle unter den Kindern gefunden. Die Todesrate wird um so höher, je mehr Zeit nach der Diagnosestellung vergeht, ohne die Kinder aus der Familie zu entfernen.

Wie wir mittlerweile wissen, muss der Arzt damit rechnen, dass nicht nur das ihm vorgeführte Kind sondern auch dessen Geschwister gleichfalls Opfer sind. In einer Studie von Jureidini (Jureidini, 1993) hatten sechs Mütter 19 Kinder, von denen 14 betroffen waren. Dieses Phänomen wird Multiple-Child-Münchenhausen-by-proxy-Syndrom genannt. In einer Studie von Alexander (Alexander, 1990) fanden sich in einer Gruppe von fünf Familien 18 Kinder, von denen 71 % betroffen waren, 31 % starben nach mehrjährigem Verlauf. In der Studie von Bools (Bools et al., 1992) waren 39 % der Geschwister betroffen, 11 % starben.

Präsentation	Methoden der Simulation und/oder Erzeugung	Methoden der Diagnoseerstellung
--------------	--	---------------------------------

Blutungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Marcumar-Vergiftung 2. Phenolphthalein-Vergiftung 3. Blutverschmierungen an Körperöffnungen 4. Ausbluten des Kindes 5. Hinzufügen von Farbstoffen zu Stuhl oder Urin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. toxikologisches Screening 2. Nachweis in der Windel 3. Blutgruppenbestimmung 3. Erythrocytenmarkierung 4. Überführung der Mutter 5. Nachweis
Anfälle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erfinden 2. Vergiftung (Phenothiazine, Hydrokarbonat, Salz, Imipramin) 3. Erstickung oder Karotissnuskompression 	<ol style="list-style-type: none"> 1. suchen nach anderen MBPS-Merkmalen 2. Blutanalyse, Urinanalyse, Analyse der Kindsnahrung 3. beobachten, Nachweis, Fotos von Druckstellen
Bewusstseinsstrübung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Drogen (Insulin, Chloralhydrat, Barbiturate, Aspirin, Imipramin, Antidepressiva, Paracetamol) 2. Erstickung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blutanalyse, Probe des Mageninhalt untersuchen, Urinanalyse, Analyse des Insulin-Typs 2. wie bei „Atemstillstand“ und „Anfälle“
Atemstillstand	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erzeugen des Erstickens mit der Hand 2. Vergiftung 3. Erfinden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Druckstellen auf der Nase 1. direktes Überführen (Videokamera) 1. Ausschluss anderer Diagnosen 2. toxikologische Untersuchung des Mageninhalt und des Blutes, Flüssigkeitschromatographie 3. Ausschluss anderer Diagnosen
Durchfall	<ol style="list-style-type: none"> 1. Phenolphthalein oder andere Laxanzien 2. Salzvergiftung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse des Stuhlgang 2. Probe des Mageninhalt untersuchen
Erbrechen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergiftung mit Brechmitteln 2. Erfinden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Substanznachweis 2. stationäre Beobachtung
Fieber	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verfälschen der Temperatur 2. Verfälschen der Fieberkurve 	<ol style="list-style-type: none"> 1. genaues Aufzeichnen, Nachprüfen 2. genaues Aufzeichnen, Nachprüfen 3. die Fieberkurve im Schwesternzimmer duplizieren
Ausschlag	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergiftung 2. Zerkratzen 3. Säure auf das Gesicht auftragen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Probe nehmen 2. Ausschluss anderer Ursachen Probe entnehmen, abwaschen

Tabelle 1: Übersicht über die bekanntgewordenen Manipulationstechniken

Insbesondere, wenn ein zunächst präsentiertes Kind zu seinem Schutz aus der Familie entfernt wurde, gingen die Manipulationen häufig mit einem anderen Kind weiter. Die Mütter scheinen wie süchtig nach der Existenz eines von ihnen auf Leben und Tod abhängigen Kindes zu sein. Bei den Geschwistern liegt die Todesrate in ähnlicher Höhe und von den überlebenden Kindern haben mind. 8 % bleibende körperliche Dauerschäden, häufig Hirnschäden durch Erstickungsversuche (Rosenberg, 1987).

Die Kinder sind meist noch sehr klein, wenn die Manipulationen beginnen, das Durchschnittsalter bei Diagnosestellung liegt bei ca. 3 ¼ Jahren, von Manipulationsbeginn bis Diagnosestellung vergehen im Mittel 15 Monate (Rosenberg, 1987).

Wir müssen uns nun einen weiteren Puzzlestein näher anschauen und zwar die auffällige Affinität dieser Mütter zu Ärzten und zur Medizin.

Alle diese Mütter bringen ihre Kinder selbst zum Arzt und ins Krankenhaus mit Berichten über dramatische Gesundheitsstörungen der Kinder. Dort sind sie scheinbar die idealsten Mütter, die man sich vorstellen kann. Sie weichen dem Kind nicht von der Seite, verbringen Tage und Nächte im Krankenhaus, sie sind völlig identifiziert mit dem medizinischen Team, insbesondere mit den Krankenschwestern. Sie begrüßen jede medizinische Maßnahme am Kind und sei sie noch so belastend, schmerzhaft oder gefährlich für das Kind und unterstützen das medizinische Team dabei nach Kräften. Sie nehmen sehr gerne persönliche Kontakte zum Stations-team auf, sie verhalten sich, wie wenn sie zum Stationsteam gehören würden, kurzum, wie wenn sie Krankenschwestern wären. Tatsächlich sind diese Mütter mit dem Beruf der Krankenschwester sehr stark identifiziert, wahrscheinlich, weil er ihrer Selbstillusion der liebenden und allmächtigen Frau am nächsten kommt. Die Täterinnen geben ganz regelmäßig an, Krankenschwester zu sein, häufig auch, obwohl sie es nicht sind.

In der Phantasie dieser Mütter scheint es in der Beziehung zu ihren Kindern eine bizarre Spaltung zu geben: Ein Teil der Mutter erlebt das Kind als Bedrohung, das Kind scheint nur zu fordern und nicht zu geben, es scheint die Mutter zerstören zu wollen, es scheint der Mutter das zu nehmen, was diese selbst zum Leben braucht. Dieser Teil der Täterinnen erkennt im Muttersein wahrscheinlich die eigene Kindheit wieder. Im heimlichen Krankmachen der Kinder finden die Mütter die Lösung. Nun sind nicht mehr sie selbst von der Stimmung des Kleinkindes, das sie zu beherrschen und zu bedrohen scheint, abhängig, sondern kehren die Situation um, das Kind wird völlig abhängig von ihnen selbst und sie können die Illusion der perfekten Krankenschwester/Mutter leben und bekommen vom Krankenhaus das, was sie emotional am dringendsten brauchen, nämlich Bestätigung und Bewunderung, zumindest bis mit der Diagnosestellung

die Selbstillusion zusammenfällt und die Mütter-Täterinnen in der Regel in eine schwere psychische Krise fallen.

Um diese bizarre Spaltung zu begreifen, brauchen wir als weiteren Puzzelstein die in der Kindheit der Mütter in deren eigenes Unbewusstes eingeschriebenen Erfahrungen.

Was hierüber an Berichten existiert, spricht eine einheitliche Sprache. Die eigene Kindheit der Mütter war von Serien von Arztbesuchen und Operationen durchzogen jeweils mit fragwürdigen Begründungen. Man spricht hier vom second-generation-Münchhausen-by-proxy-Syndrom, d. h. die heutigen Täterinnen sind die ehemaligen Opfer. Auch Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch ebenso wie körperliche Misshandlungen und sexueller Missbrauch häufen sich in den Biographien der Mütter/Täterinnen (Parnell & Day, 1997).

Diese transgenerationale Weitergabe erlebter Destruktivität in der Kindheit deckt sich mit unseren Erfahrungen aus anderen Formen des Kindsmisbrauchs. Wir wissen, dass 50 % sexuell missbrauchter Töchter eine ebenfalls sexuell missbrauchte Mutter haben, die nicht imstande war, ihr Kind zu schützen. (Dulz & Nadolny, 1998).

Wir wissen heute, dass regelmäßig aus Opfern Täter werden. Kinder mit traumatischen Kindheitserfahrungen haben jene gute Mütterlichkeit und Väterlichkeit, die sie für ihre eigenen Kinder brauchen, nicht verinnerlicht. Sie können ihren Kindern nur das geben, was sie selbst bekommen haben. Folglich bilden sich gleichsam Destruktivitätsdynastien. Während Frauen die Destruktivität in der Regel an ihren eigenen Körper oder an ihr Kind weitergeben, was ja einmal ein Teil ihres Körpers gewesen ist, geht die Tradierung bei jungen Männern etwas andere Wege. Der traumatisierte Junge wird später mit hoher Wahrscheinlichkeit sein destruktives Potential nach außen richten. Der vom Vater verprügelte Sohn will sich nie wieder so hilflos fühlen wie damals und sucht sich Opfer, in denen er seine eigene Hilflosigkeit ablädt und damit seine Vater-Sohn-Geschichte wiederholt. Wir finden diese jungen Männer deshalb nicht im Krankenhaus als Patienten, sondern im Gefängnis als Täter und sie ziehen als prügelnde Väter die nächste Generation von Opfern heran, die dann wieder zu Tätern werden. Wir sehen hier in der Klinik allerdings zunehmend junge Männer mit schweren Essstörungen, in denen trauma-bedingte seelische Verletzungen gebunden sind.

Schluss

Zum Glück wird nicht jede traumatisierte Mutter zu einer Münchhausen-by-proxy-Mutter, die ihr Kind heimlich misshandelt. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom zeigt uns aber mit aller Deutlichkeit die Gefahr transgenerationaler Weitergabe eigener traumatischer Kindheitserfahrungen an die nächste Generation.

Die Münchhausen-by-proxy-Mütter geben ihr eigenes Trauma rücksichtslos an ihr Kind weiter. Sie suchen keine Hilfe, verleugnen ihre Täterschaft, der Schutz des Kindes muss deshalb mit medizinischem und juristischem Druck durchgesetzt werden. Das Krankheitsbild lehrt uns aber sensibel zu sein für jene, die Hilfe suchen, bevor sie ihr Kind misshandeln.

Viele unserer jugendlichen Patientinnen hier in der Klinik¹ haben in sich ein psychisch verletztes inneres Kind, welches sie heilen wollen. Immer wieder stoßen wir hier schon bei 14jährigen auf die Phantasie, so schnell wie möglich und egal von wem schwanger zu werden. Im Mutterwerden wollen sie eigentlich Kind sein und vom Kind bekommen, was die eigene Mutter nicht geben konnte. Natürlich müssen wir diese Form des drohenden Kindesmissbrauchs verhindern und den Patientinnen in Form von Psychotherapie geben, was sie brauchen.

Eine weitere Patientengruppe, die Hilfe sucht und Hilfe braucht, sind junge Mütter. Sie erkranken wenig nach der Geburt ihres Kindes, beispielsweise an schweren Essstörungen, sie magern anorektisch ab und wehren sich damit gegen das unbewusste Gefühl des Beherrschtwerdens durch ihr neugeborenes Kind oder sie entwickeln exzessive Fress-Kotz-Attacken, in denen sie ihre eigene kindliche ungestillte Gier ausleben und im Erbrechen wieder ungeschehen machen.

Was wir hier an Krankheiten bei den jungen Müttern sehen, entsteht im Grunde aus einem konstruktiven Impuls. Die Frauen versuchen mit ihren Kindern etwas besser zu machen, als sie es selbst erfahren haben. Sie versuchen gute Mütter für ihr Kind zu sein, voll Liebe, Freude, Stolz und Geduld. Sie scheitern an diesem Anspruch und sie sind zutiefst beunruhigt von Zuständen voll Wut und kaum noch zügelbarer Aggressivität oder unendlicher Hilflosigkeit ihren Kindern gegenüber. Viele der Mütter verstehen zunächst ihren eigenen Reaktionen nicht und öffnen sich erst in einem schmerzlichen aber heilsamen Prozess für die unverarbeiteten Traumata der eigenen Geschichte. Dass junge Mütter sehr häufig mit ihren Kindern zu uns in Behandlung kommen, beruht deshalb nicht nur auf praktischen Schwierigkeiten der Kinderversorgung, sondern die Mütter bringen gleichsam ihr Problem mit und fordern uns dazu auf, mit ihnen zusammen im therapeutischen Durcharbeiten den Teufelskreis der Gewalt zu durchbrechen.

Hierzu gibt es keine Alternative. Immer gilt: Erfahrene Gewalt wird solange wiederholt, bis sie im therapeutischen Prozess erinnert, durchgearbeitet, versprachlicht und dadurch integriert werden kann. Ein zentrales Merkmal traumatischer Erfahrungskomplexe ist, wie wir heute wissen, die Sprach-

¹ Psychotherapeutisches Zentrum 97980 Bad Mergentheim

losigkeit. Die Ereignisse in sind einem qualitativ veränderten Zustand psychisch gleichsam eingefroren, notdürftig eingekapselt, ohne Worte, ohne Zeitgefühl, ohne Sinn. Therapie ist deshalb immer die kontrollierte Annäherung, die der heutigen erwachsenen Persönlichkeit ermöglicht, die eingekapselten Erfahrungen langsam zu eröffnen. Diese Sprengstücke der eigenen Biographie verlieren damit ihren extraterritorialen Charakter, sie werden in die eigene Geschichte eingefügt, bekommen einen Ort in der Zeit und müssen nicht mehr zwanghaft wiederholt und an die nächste Generation weitergegeben werden.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Reinhard Plassmann
Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24, 97980 Bad Mergentheim
Tel 07931-5316302, E-Mail: plassmann@ptz.de

Literaturverzeichnis

- Alexander, R.; Smith, W.; Stevenson, R. (1990): Serial Munchausen syndrome by proxy. *PEDIATRICS*, 86, 581 – 585.
- Bools, C. N.; Neale, B. A.; Meadow, R. (1992): Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 67, 77 – 79.
- Dulz, B.; Nadolny, A. (1998): Opfer als Täter – Ein Dilemma des Therapeuten. *Persönlichkeitsstörungen*, 1, 36 – 42.
- Freud, S. (1895): Studien über Hysterie. *GW Bd. 1*, 75 – 312.
- Freud, S. (1939): Der Mann Moses und die monotheistische Religion. *GW Bd. 16*, 101 – 246.
- Hickson, G. B., MD; Altemeier, W. A., MD; Martin, E. D., MD; Campbell, P. W., MD (1989): Parental Administration of Chemical Agents: A Cause of Apparent Life-Threatening Events. *PEDIATRICS Vol. 83, No. 5*, 772 – 776.
- Jureidini, J. (1993): Obstetric factitious disorder and Munchausen syndrome by proxy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 135 – 137.
- Meadow, R. (1977): Munchausen Syndrome By Proxy: The hinterland of child abuse. *The Lancet*, August 13, 343 - 345.
- Meadow, R. (1984): Factitious Epilepsy. *The Lancet*, July 7, Seite 25 – 28.
- Meadow, R. (1984): Factitious illness – the hinterland of child abuse. *Recent Advances in Paediatrics Nr. 7*, 217 – 232.
- Palmer, A. J.; Yoshimura, J. (1984): Munchausen syndrome by proxy. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23, 4, 503 – 50.

Parnell, T. F.; Day, D. O. (1997): Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood Child Abuse. *SAGE Publications, Inc.*

Peichl, Dr. J. (2001): Der Grundaffekt der Borderline-Patienten – Angst oder Hass und seine therapeutischen Konsequenzen. *Vortrag in Dresden, 4. Jahrestagung der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carls Gustav Carus am 05. und 06.10.2002*

Plassmann, R. (1996): Münchhausen Syndromes and Factitious Diseases. In: *Plassmann, R. (Ed.): Factitious disease. Karger Verlag, Basel, Freiburg, Paris London, 7 - 26*

Plassmann, R. (1994): Münchhausensyndrome und artifizielle Erkrankungen. In: Uexküll, Thure von (Hg.): *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg*

Rosenberg, D. (1987): Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect, 11, 547 – 563.*

Schreier, H. A.; Libow, J. A. (1993): Munchausen syndrome by proxy: Diagnosis and prevalence. *American Journal of Orthopsychiatry, 63, 318–321.*

Smith, K.; Killam, P. (1994): Munchausen syndrome by proxy. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing, 19, 214 – 221.*

Southall, D. P.; Stebbens, V. A.; Rees, S. V.; Lang, M. H.; Warner, J. O.; Shinebourne, E. A. (1987): Clinical Research: Apnoeic episodes induced by smothering: two cases identified by covert video surveillance. *British Medical Journal Vol. 294, 27 June, 1637 – 1641.*

Blutabnahme bei Kindern und Jugendlichen unter forcierter heterosuggestiver Entspannung - Erfahrungen aus der Praxis

U. Rüth

Heterosuggestion bei Blutabnahme zur Entängstigung

Blutabnahmen können Stress verursachen - für das betroffene Kind oder den betroffenen Jugendlichen, aber auch für den behandelnden Arzt, wenn der Patient angespannt ist und die Sache nur ungern über sich ergehen lassen will. Um die Blutabnahme für beide Seiten zu entspannen und insbesondere für den Patienten gut erträglich zu machen, hat sich in der Praxis die Venenpunktion unter Heterosuggestion bewährt. Der Ablauf der Suggestion mit Induktion eines leichten Hypnoids soll im weiteren geschildert werden, wobei darauf aufmerksam zu machen ist, dass suggestive Techniken eher von Kollegen angewendet werden sollten, die selbst Erfahrung mit Entspannungstechniken haben. Gleichfalls wesentlich für die "entängstigende" und entspannende Funktion des Hypnoids ist die begehrende Kommunikation zwischen Patient und behandelndem Arzt. Es bedarf dabei der "affektiven Resonanz" des Gegenübers und ein einlassendes Wir-Erleben beim Patienten (vgl. Stokvis & Wiesenhütter, 1963).

Ablauf der Heterosuggestion

Gleichzeitig mit der Ankündigung der Blutabnahme wird dem Patienten mitgeteilt, dass ihm eine Geschichte erzählt werden wird, ohne zu verraten, welchen Inhalt diese Geschichte haben wird. Auf diese Weise wird das Interesse des Patienten für etwas "Wichtigeres" als die bevorstehende Blutabnahme geweckt; so kann er von seiner eventuellen Angst aber auch inneren Abwehr abgelenkt werden. Anschließend sollte er sich dann so bequem wie möglich auf die Liege legen. Ein Kissen unter dem Kopf und sinnvollerweise auch unter der Ellenbeuge, an der die Punktion vorgenommen werden soll, unterstreichen das bequeme Liegen bei der Blutabnahme. Jegliche unangenehme Körperhaltung sollte vermieden werden.

Noch während der Vorbereitungen zur Blutabnahme wird mit dem Erzählen der die weitere Entspannung induzierenden Als-ob-Geschichte *“Du liegst an einem warmen südlichen Meer...”* begonnen, um das Hypnoid einzuleiten. Der Patient kann die Augen geöffnet behalten, sollte aber nicht auf die Blutabnahmestelle schauen.

Aufgrund der Formelhaftigkeit der Geschichte kann die Erzählung und damit auch das Hypnoid beliebig lang ausgestaltet werden. Während der gesamten Tätigkeit der Blutabnahme - dem Vorbereiten der Blutröhrchen an der Liege, dem Stauen der Vene, der Punktion, dem Wechsel der Blutröhrchen, wird mit leicht monotoner Stimme dem Patienten fortwährend vorgesprochen, was das Hypnoid unterhält.

Gemäß den Gesetzmäßigkeiten der Hypnose bedarf es am Ende einer Zurücknahme der Entspannung und des Hypnoids. Diese Zurücknahme wird wenige Augenblicke vor dem Ziehen der Punktionskanüle dadurch eingeleitet, dass der Als-ob-Charakter betont und die umgebende Realität mit dem Ende der Blutabnahme wieder in den Mittelpunkt gerückt wird.

Inhalt der Heterosuggestion

Die vom Arzt erzählte Geschichte orientiert sich an Formeln der Hypnose (Stephan 2003) bzw. des von der Hypnose abgeleiteten Autogenen Trainings (vgl. Kruse 1995). Sie läuft mit Einleitung des Hypnoids, Aufrechterhaltung und Ausleitung wie folgt ab:

1. Einleitung:

“Ich erzähle Dir eine Geschichte” - (dann wird die Stimme leicht verändert und monotonisiert)

“Du liegst an einem warmen, südlichen Meer am Strand, und die Sonne scheint auf Dich

und gut geht's dir, wie du da liegst an dem warmen südlichen Meer am Strand. (mit leichter Betonung zu sprechen, weil sich diese Formel wiederholt)

2. Aufrechterhaltung des Hypnoids:

und die Sonne scheint ganz warm auf Deinen Bauch, und der Sand, auf dem Du liegst, ist ganz warm am Rücken

und gut geht's dir, wie du da liegst an dem warmen südlichen Meer am Strand.

die Sonne scheint ganz warm auf Deinen Bauch und der Sand am Rücken ist ganz warm und der warme Südwind wiegt die Palmen über Dir ganz sanft im Wind

und gut geht's dir, wie du da liegst an dem warmen südlichen Meer am Strand,

die Sonne scheint ganz warm auf Deinen Bauch und der Sand am Rücken ist ganz warm und der warme Südwind wiegt die Palmen über Dir sanft im Wind

und Dein Bauch ist warm, Dein Rücken ist warm, ganz warm und der Südwind ist warm und der Südwind wiegt ganz sanft die Palmen über Dir

und gut geht's dir, wie du da liegst an dem warmen südlichen Meer am Strand,

die Sonne scheint ganz warm auf Deinen Bauch und der Sand am Rücken ist so warm und der warme Südwind wiegt die Palmen über Dir ganz sanft im Wind und die Wellen des warmen Meers schlagen ganz sacht ans Ufer

und gut geht's dir, wie du da liegst an dem warmen südlichen Meer am Strand,

und der Bauch ist warm, der Rücken ist warm, ganz warm, der warme Südwind wiegt die Palmen sanft im Wind,

(fakultativ kann hier, falls die Blutabnahme noch nicht zum Ende gekommen ist, nochmals die Formel eingeschoben) gut geht's Dir wie Du da liegst an dem warmen südlichen Meer am Strand,

der Bauch ist warm, der Rücken ist warm, der warme Südwind weht vom Meer und wiegt die Palmen sanft im Wind, und die Wellen schlagen ganz sacht ans Ufer,

und in der Ferne, da zieht ein weißes Segelboot vorbei

(für gewöhnlich ist spätestens an dieser Stelle die Ausleitung des Hypnoids angezeigt, andernfalls wird nochmals mit der Formel begonnen, es kann dann noch erzählt werden von einer weißen Möwe, die ihre Kreise zieht, von Wolken, die am Himmel entlang ziehen, jeweils mit der formelhaften Wiederholung)

3. Ausleitung des Hypnoids:

und wenn die Geschichte wahr wäre, dann dürftest Du jetzt in dem warmen südlichen Meer zum schwimmen gehen,

(jetzt ist die Punktionskanüle gezogen, dann Veränderung der Stimme, die fester und alltagsgemäßer wird)

weil wir aber hier in sind, darfst Du jetzt hier den Tupfer an Deinem Arm festdrücken und Dich aufsetzen, und vielleicht werdet ihr heute ja noch machen.

(Gegebenenfalls kann dann zur Realitätsstützung noch erklärt werden, dass der Tupfer fest gedrückt werden muss, damit in den 1 bis 2 Minuten

des Drückens das kleine Loch in der Ader zugehen kann und es so keinen blauen Fleck gibt.)

Immer wieder sagen die Kinder und Jugendlichen nach der Blutabnahme, was das aber für eine schöne Geschichte war. Wenn sie zum wiederholten Male kommen, kennen sie die Geschichte schon und möchten sie gerne wieder hören.

Die Erzählung sollte möglichst frei geschehen, also nicht notwendigerweise wörtlich wie hier vorgestellt, sondern an die jeweilige Situation und die Resonanz des Patienten angepasst. Am leichtesten gelingt es, wenn der Arzt mit den zu induzierenden Bildern selbst innerlich mitgeht, sich also selbst partiell suggeriert, der Patient würde am südlichen Meer liegen. Wenn die entsprechenden Bilder vor dem eigenen inneren Auge entstehen, wird die Suggestionskraft des Hypnoids umso besser sein.

Die grundlegende Idee ist, die beruhigende Wirkung durch Wiederholungen zu verstärken, gleichzeitig aber die Aufmerksamkeit auf die Geschichte durch die minimalen Abwandlungen und die Erweiterungen aufrechtzuerhalten. So sind die Patienten beim ersten Mal gespannt, was noch kommen wird, und bei der wiederholten Blutabnahme bemerken sie die Abwandlungen.

Nebenwirkungen

Wie bei allen an der Hypnose orientierten suggestiven Methoden muss unbedingt bedacht werden, das induzierte Hypnoid aktiv auszuleiten. Andernfalls könnte nach der Blutabnahme durch die eingetretene Entspannung eine Kreislaufdysfunktion beim Aufsetzen des Patienten induziert werden.

Patienten mit floriden Psychosen sollten dem Hypnoid nicht ausgesetzt werden. Sobald kein akutes paranoides oder halluzinatorisches Erleben mehr vorliegt, ist es aber durchaus möglich, die Geschichte in abgemilderter Form und stärker an der Realität orientiert als "Ablenkung" zu verwenden.

Bei Patienten mit Angststörungen sollte mit dem Hypnoid vorsichtig umgegangen werden, wobei auch bei diesen Patienten bisher keine negative Reaktionen erlebt wurden.

Wirkungen

Eine Wirkung kann nur dann erwartet werden, wenn die Patienten ausreichend alt sind, um sich auf den Als-ob-Charakter der Geschichte einzulassen. Vorschulkinder sind hier bereits gut geeignet, wie sie eben auch Autogenes Training in abgewandelter Form üben können.

Durch den Entspannungszustand kommt es zu einer verstärkten Durchblutung der Extremitäten und damit zu einem besseren Füllungszustand

der zu punktierenden Vene, was unbedingt wünschenswert ist. Auch eine Blutabnahme an der Hand ist unter dem beschriebenen Hypnoid möglich, hier sollte man sich aber ggf. sicher genug fühlen, die Geschichte auch entsprechend lang auszudehnen.

Literatur

Kruse, W. (1992): Einführung in das Autogene Training bei Kinder. Deutscher Ärzte Verlag, Köln; 2. Aufl.

Stephan, S. (2003): Hypnosetherapie in der Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln; 2. erw. und ergänzte Aufl.

Stokvis, B.; Wiesenhütter, E. (1963): Der Mensch in der Entspannung. Hippokrates Verlag, Stuttgart

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Ulrich Rüth
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Fachbereichsoberarzt
Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
des Bezirks Oberbayern in München
Deisenhofener Straße 28, 81539 München
Fax: ++89-9999-1111, Email: ulrich.rueth@heckscher-klinik.de

„Babylon Babies“ oder: Wie postmoderne Jugendliche einen Weg ins Leben finden Einblicke in die katathym-imaginative Psychotherapie von Jugendlichen

Renate Sannwald

Mit den zauberhaften Fotos von belgischen Jugendlichen des Jahres 2000, die ich im letzten Jahr in einer Fotoausstellung von **Marie-Jo Lafontaine** in Oslo entdeckt habe, möchte ich Sie einstimmen auf meine Einblicke in die Psychotherapie von Jugendlichen. Mir geht es darum, Ihnen einen Eindruck von dem „gewissen Etwas“ dieser Art von psychotherapeutischer Arbeit zu geben, die sich von der Arbeit mit erwachsenen Patienten wesentlich unterscheidet.

Ich werde versuchen, bei den klinischen Aspekten zu bleiben, und mich hinsichtlich der Theorie auf das Nötigste zu beschränken. Dabei behilflich sind mir zwei Patientinnen, welche ich in den letzten Jahren psychotherapeutisch behandelt habe: **Johanna** und **Tara**. Beide waren bereit, ihr imaginatives Material für diesen Vortrag zur Verfügung zu stellen.

1. Tara: Basale menschliche Beziehungen als haltgebende Struktur

Die 15jährige Patientin Tara, eine zierliche, hübsche Jugendliche mit langen lockigen braunen Haaren, meldete sich vor drei Jahren auf Veranlassung ihrer Mutter zur Psychotherapie in meiner Praxis. Sie leide unter starken **Stimmungsschwankungen** und Zuständen **depressiver Verstimmung**, während derer sie häufig **Suizidgedanken** habe. Bislang habe sie noch keine Suizidversuche unternommen, aber seit etwa drei Jahren **verletze sie sich** regelmäßig nach familiären Auseinandersetzungen, indem sie sich Schnitte an Armen, Beinen und im Gesicht zufüge oder sich mit Zigaretten verbrenne. Sie lebe mit ihrer Mutter, deren Lebensgefährtin und ihrer älteren Schwester zusammen in einer beengten Wohnung, in der man sich kaum aus dem Wege gehen könne. Alle Familienmitglieder seien impulsiv und laut, und Tara könne sich schlecht abgrenzen, wisse nicht, wohin mit ihrer Wut: „Nichts bringt mich dann mehr runter“! Ihr Blut zu sehen, beruhige sie.

Auch leide Tara seit mehreren Jahren unter schweren **Einschlafstörungen**, wälze sich stundenlang in ihrem Bett und könne sich am folgenden Tag in der Schule nicht konzentrieren. Ihre schulische Leistungsfähigkeit sei durch diese Probleme reduziert. Etwa vier Jahre zuvor habe sie eine Reihe von **Ladendiebstählen** begangen, habe dieses Verhalten aber aufgeben können, nachdem sie bei Woolworth erwischt worden sei und darauf zur polizeilichen Vernehmung gehen musste.

Zur **Eigen- und Familienanamnese:**

Tara sei 1983 als jüngere von zwei Schwestern in Pasewalk/Mecklenburg-Vorpommern geboren worden. Die Schwangerschaft sei - zumindest vonseiten der Mutter - erwünscht gewesen, wenngleich die Ehe der Eltern bereits zu diesem Zeitpunkt schwierig war. Taras Mutter, von Beruf Sozialpädagogin, habe den 10 Jahre älteren Vater der Patientin (Umwelttechniker, seit fast zehn Jahren arbeitslos) im Alter von 17 Jahren kennengelernt; beide hätten ihre kritische Einstellung zu den damaligen politischen Verhältnissen in der DDR verbunden. Ein Jahr später sei der Vater aufgrund seiner politischen Aktivitäten zu einer einjährigen Haftstrafe verurteilt worden. Unmittelbar nach seiner Entlassung 1977 habe man geheiratet. Taras Vater sei nach seiner Haftentlassung stark persönlichkeitsverändert gewesen und habe angefangen, viel Alkohol zu trinken. Auch sei es für beide Eltern aufgrund ihrer politischen Einstellung schwierig gewesen, Arbeitsstellen zu finden. Deshalb sei die Familie in den folgenden Jahren vielfach umgezogen.

Tara wird als lebhaftes, anstrengendes Baby und Kleinkind beschrieben. Obwohl sie „eigentlich ein robustes Kind“ gewesen sei, habe sie als kleines Mädchen unter Trennungs- und Dunkelängsten gelitten, bis zum sechsten Lebensjahr den Schnuller gebraucht und bis zum Alter von acht Jahren an den Fingernägeln gekaut. Als Tara knapp drei Jahre alt war, sei endlich der Ausreiseantrag der Familie aus der DDR bewilligt worden. Die Familie habe zunächst ein halbes Jahr in einem Auffanglager in Hamburg verbracht. Schließlich habe sie sich wohl mit Hilfe eines kleinen Kissens stabilisiert, das sie bei Freunden der Eltern auf einem Bauernhof fand und nicht mehr hergeben wollte. Dieses Kissen hat sie bis heute im Bett, eine Art „Übergangsobjekt“, das den Wechsel von West nach Ost ermöglichte. Tara besuche derzeit ein Regelschul-Gymnasium und sei eine gut durchschnittliche Schülerin.

Nachdem sich die elterliche Beziehung nicht besserte, trennten sich Taras Eltern 1990 unter großen Schwierigkeiten und ließen sich zwei Jahre später scheiden. Auch nach der Ehescheidung seien beide noch in langjährige Auseinandersetzungen verwickelt gewesen, die sich erst vor kurzem gebessert hätten. Etwa zur gleichen Zeit sei der Stiefvater in die Familie gekommen, mit dem Tara anhaltend große Schwierigkeiten habe.

Mit 12 Jahren habe Tara ihre Menarche gehabt. Kurz danach müssen die Selbstverletzungen begonnen haben, die anfänglich vor allem nach Auseinandersetzungen mit dem Stiefvater auftraten. Mit 14 Jahren hatte Tara erste sexuelle Kontakte „zu einem Freund“ während einer gemeinsamen Korsika-Reise, auf die eine schwere Pyelonephritis folgte. Auch in ihrer letzten Jungenfreundschaft reagierte Tara auf den Beginn einer sexuellen Beziehung mit einer schweren hochfieberhaften Harnwegsinfektion.

Ich führe mit Tara seit Sommer 1999 eine **katathym-imaginative Psychotherapie** durch. Ich werde im folgenden kurz nacheinander fünf ausgewählte Imaginationen vorstellen, zunächst ohne sie weiter zu kommentieren, und bitte Sie, diese Tagtraumbilder einmal von ihrem affektiven Gehalt her auf sich wirken zu lassen.

Im **Blumentest** sieht Tara eine Wegwarte vor sich, eine etwas unscheinbare blaue Blume mit schwarzem Blütenzentrum, die abgeschnitten in der Luft schwebt. Deren Blütenblätter haben gezackte Spitzen, und der Stengel ist leicht behaart und rauh. Das schwarze Zentrum der Blume fühlt sich weich an, „wie ein Fell“! Im Hintergrund sind Wiesen und ein kleines Dorf zu sehen, zunächst kulissenartig, später real wirkend. Tara steht auf einem großen runden Findling, welcher auf einem Stapel Holzbretter liegt. Die Wegwarte dreht sich langsam in der Luft und neigt den Kopf. Sie vermisst einen Platz, an dem sie stehen und sich zu Hause fühlen könnte, z.B. einen Wegrand.

In der **Imagination** zum Thema „**Fliegender Teppich**“ sieht Tara sich selber auf einem Flickenteppich von Ikea in Weiß, Blau, Rot und Rosa über ein Gebirge fliegen, vielleicht in Süddeutschland oder Österreich. „Diese Sorte Teppich mag ich gar nicht!“ Auf einer Wiese unter ihr stehen zwei von innen erleuchtete Holzhäuser. Hinter jedem Haus steht ein Baum, vor dem Haus eine Holzbank und eine Wäscheleine mit im Wind flatternder Wäsche. Nun kommen zwei Menschen aus den Häusern, tragen einen Tisch hinaus und spielen zusammen Karten. Tara beobachtet die Szene von oben. Sie sieht ein Vogelnest in einem der beiden Bäume und nähert sich ihm von hinten, ohne gesehen zu werden. Bei genauerer Betrachtung hat der rechte Baum schüttereres Laub. Darin findet sich weit oben das kleine, weich gepolsterte Nest, in dem drei schmutzig-weiße Vogeleier liegen. Die Vogeleltern sind nicht zu sehen, aber in dem anderen Baum mit der voller belaubten Krone suchen zwei grau-braun gefleckte Vögel wohl nach einem Platz für ein neues Nest. Bei der Berührung der Eier stellt Tara fest, daß diese schon kühl geworden sind. Sie will, daß die Vogeleltern zurückkommen und die Eier wärmen.

In der **Imagination** zum Thema „**An einem tropischen Strand**“ sieht Tara sich selbst als Schiffbrüchige auf einer einsamen Insel. Sie erwacht gerade aus ihrer Ohnmacht und liegt hungrig und zerzaust im Sand. Es ist heiß, die Sonne strahlt unbarmherzig auf sie herab. Weiter hinten beginnt

übergangslos ein dichter Urwald. Zunächst gräbt sie sich eine Mulde in den Sand, um sich etwas auszuruhen, doch aus dem weißen Sand krabbeln fortwährend kleine rote Krebse heraus und stören sie. Tara muss erst alle Krebse ziehen lassen, bevor sie es sich in ihrer Mulde bequem machen kann, „wie in einer Badewanne“. Sie hat großen Hunger und entscheidet sich, in den Urwald zu gehen, um etwas Essbares zu suchen. Sie traut sich aber zunächst nicht, etwas in die Hand zu nehmen, weil sie nicht weiß, was genießbar ist. Auf meine Ermunterung entdeckt sie rote Früchte „wie Kokosnüsse“ weit oben an einem Baum, klettert hinauf und holt sich eine davon. Sie ist dunkelrot, fühlt sich an wie eine weiche Nektarine und duftet gut. Damit kann sie zumindest ihren Durst stillen, denn die Frucht schmeckt saftig und süß. Dann erspät sie eine Bodenpflanze mit dicken grünen, nach außen eingedrehten Blättern, welche in einer Art Quadrat zueinander angeordnet sind. Das Fruchtfleisch ist zäh und lässt sich nur schwer kauen, ist aber nahrhaft wie Kartoffeln. Ringsum wird es dunkel. Tara sucht sich einen Platz, wo sie bleiben kann, unter einem Baum mit glatter Rinde und großen Blättern, an den sie sich gut anlehnen kann.

Nachdem die Neigung zu Selbstverletzungen allmählich nachließ, litt Tara eine Zeitlang unter anhaltenden **Derealisationen**, die sie als ein Gefühl beschrieb, „wie eine Doppelnora zu sein“, eine die agiert und eine die die andere beobachtet. Das brachte mich auf die Idee, ihr für die nächste Imagination eine Art **inneren Perspektivenwechsel** vorzuschlagen:

In der **Imagination** zum Thema „**Nimm eine andere Sichtweise ein**“ findet Tara sich auf einer Party in einem Raum mit vielen Leuten; sie sendet ihre Gedanken in andere Räume aus. Diese Gedanken stellt sie sich als bläulich-weiße Kugeln vor, die wie kleine Wölkchen aus ihrem Kopf heraus- und wieder hineinschweben. Die anderen Gäste tanzen, trinken und kiffen; Musik läuft in einer guten, friedlichen Stimmung. Taras Aufmerksamkeit fällt auf einen eigenartig aussehenden Hocker, der aus einer Holzscheibe am Boden, vier (Oberschenkel-)Knochen und einer dazwischen befindlichen Sitzfläche aus einem groben Gewebe besteht. Dort treffen sich Taras „Gedankenwölkchen“. Die Knochen, also die Stuhlbeine des Hockers, sind gräulich-schwarz, das die Sitzfläche bildende Gewebe ist grün-braun „wie eine kleine Hängematte“. Ich fordere Tara auf, sich einmal daraufzusetzen. Die Knochen federn ein wenig, was sie ganz angenehm findet. Der Hocker stammt aus Rußland, hat immer hinten in einem Kämmerchen vergessen gestanden und ist dort vom Vater der Gastgeberin, einem Fernsehreporter, gefunden worden. Tara ist fasziniert davon, dass die Knochen so nachgiebig sind, gleichzeitig statisch und flexibel. Sie wiegt sich eine ganze Zeitlang darauf, und all ihre Gedanken versammeln sich dort. Tara gibt dieser Imagination im Nachhinein den Titel **Bone, Thugs ´n Harmony**.

In der **Imagination** zum Thema **Autostop** sieht Tara auf einer Landstraße einen dunkelgrünen Oldtimer mit roten Ledersitzen sich von hinten nä-

hern. Die Fahrerin öffnet die Tür und lässt das Mädchen einsteigen. Die Fahrerin trägt einen schwarzen Nadelstreifenanzug und schnallt sich nicht an, obwohl sie relativ rasch und risikoreich fährt. Auf Taras Nachfrage antwortet sie, es gebe sowieso keine Sicherheiten im Leben! Sie erzählt von sich, sie sei Rechtsanwältin und sammle in ihrer Freizeit Schlangen und Echsen. Aus diesem Grunde habe ihr Mann sie verlassen, denn sie habe sich zuviel mit ihren Terrarien beschäftigt. Sie erscheint Tara unkonventionell und sympathisch: „Von mögen kann man nicht sprechen; sie ist einfach so wie sie ist!“ Tara bemerkt an der Fahrerin zwei Tätowierungen, in der linken Armbeuge eine Meerjungfrau und in der Kniekehle eine Hexe! Tara ist zunächst recht still, weil sie sich selbst im Vergleich zu der Rechtsanwältin wenig interessant findet, aber dann berichtet sie doch von ihrem bevorstehenden Schulwechsel. Beide befinden sich auf dem Weg nach Nürnberg, wo Taras Schwester eigene Fotos ausstellt, und hören während der Fahrt Aretha Franklin im Radio. Im Auto riecht es angenehm nach Zimt. Draußen gleitet die Landschaft vorbei, eine Allee mit regelmäßigen Bäumen. Das Wetter ist spätsommerlich warm.

In der bislang letzten Imagination zum Thema **Hexe** sieht Tara eine junge Frau namens Lydia auf einer Parkbank in einem Barockpark sitzen. Sie hat lange zerzauste Haare und trägt hellblaue Jeans, einen roten Flauschpullover und weiße Stoffschuhe. Sie genießt die Frühjahrs-sonne im Park. Tara beobachtet sie aus einiger Entfernung und ist fasziniert von ihrer Selbstvergessenheit und Konzentration. Lydia sei ihr Leben lang missverstanden worden; die Leute halten sie für eine Außenseiterin, eine Weise, und so sei sie auch.

Die geschilderten Imaginationen zeigen in eindrucksvoller Weise Taras Kampf um einen Platz, an dem sie sich niederlassen kann, oder anders ausgedrückt, ihre **Hingabe- und Bindungswünsche** und die damit verbundenen **Ängste**: die in der Luft fixierte Wegwarte des ersten Tagtraums, das verlassene Vogelne-st, die von den roten Krebsen gestörte Ruhe in der Sandmulde, dann - mit meiner Hilfe - den geschützten Platz unter dem Urwaldbaum, und schließlich den eigenartigen „Knochenhocker“, auf dem Tara erstmals für einige Zeit zur Ruhe kommen kann. Den zentralen Konflikt der Patientin sehe ich als **Autonomie-Abhängigkeitskonflikt**: wirkliche Autonomie erscheint in der Identifikation mit der Mutter nicht möglich und wäre verbunden mit einer (zumindest partiellen) Selbst-aufgabe. Abhängigkeit hingegen ist im inneren Erleben der Patientin verknüpft mit Objekt- und Wertverlust.

Auch die **autodestruktive Qualität** ihres Verhaltens spiegelt sich in den Imaginationen: in den rostigen Nägeln der ersten Imagination, der gestörten Ruhe in der Sandmulde und dem morbiden Charakter des Knochenhockers.

In dieser Psychotherapie führte ich bisher nur wenige Imaginationen durch. Das hat seinen Grund in dem recht turbulenten Therapieverlauf, den die junge Dame mir beschert! Vor allem in den ersten 50 Sitzungen unserer Arbeit standen die **narzisstischen Aspekte** des Störungsbildes sehr im Vordergrund. Im Herbst 1999 entwickelte Tara eine relativ starke depressive Verstimmung, welche den Einsatz eines Antidepressivums erforderlich machte. Phasen von hetero- und homosexuellem Acting out und Acting in wechselten sich ab. Tara, eine sehr attraktive junge Frau, „verdrehte ihren Freunden den Kopf“, um sie dann abzuweisen. Auf deren Zorn und Enttäuschung reagierte sie mit starken Schuldgefühlen und konsekutiven Selbstverletzungen durch Verbrennen mit Zigaretten und Schnitte mit Rasierklingen, welche sie stets bei sich führte, „um sich hygienisch schneiden zu können“. Es wurde ein **Behandlungsvertrag** erforderlich (s.a. Kernberg 1995), in dem das Vorgehen bei Selbstverletzungen und suicidalem Verhalten festgelegt wurde.

Taras homosexuelle Episoden mit ihren Freundinnen sehe ich im Rahmen einer Entdeckung des eigenen Körpers. Eine zu dieser Zeit zentrale Masturbationsphantasie war die von einer „schönen, nährenden schwarzen Frau“, welche ich als „nahrhafte Phantasie“ über die Entwicklung der eigenen Weiblichkeit in der therapeutischen Beziehung verstand. Unter Betrachtung des Übertragungsaspektes handelte es sich in meinen Augen um eine primitive Abwehr von Taras Abhängigkeitsproblematik, eine Art „manipulativer Idealisierung“: wenn es ihr gelänge, mich zu verführen, wäre ich von ihr abhängig und nicht umgekehrt sie von mir! (Tatsächlich äußerte meine Patientin die Phantasie, „im Bett besser als jeder Mann“ zu sein!) Allmählich gelang es ihr, sich von meiner flexiblen Standfestigkeit in unserer Beziehung zu überzeugen; die Situation beruhigte sich, und sie nahm eine erste längere heterosexuelle Beziehung zu einem jungen Mann auf, die insgesamt ein Jahr lang andauerte.

Ein großes Problem in der therapeutischen Arbeit war Taras **unbewusste Identifizierung mit einer stark entwertenden Haltung dem Frausein** gegenüber. Ob diese im Zusammenhang steht mit der entwertenden Haltung ihres Vaters seiner Frau und seinen Töchtern gegenüber oder mit der fast masochistischen Unterwerfung der Mutter unter ihre Partner, ist bislang nicht ganz klar. Zu Beginn unserer Arbeit äußerte sie immer wieder, mit Mädchen könne man nichts anfangen; Jungen seien ihnen gegenüber ungleich überlegener! Sie unterschied zwischen dem „gemeinen grauen Hausweibchen“ und Frauen wie mir, die es im Leben zu etwas gebracht hätten. Ich reagierte mit Gefühlen von Ärger, schließlich von Hilflosigkeit, weil ihre Haltung so unverrückbar erschien. Erst in letzter Zeit kommt einige Bewegung in diese Einstellung.

Weiter gab mir Taras Neigung zu schweren **Harnwegsinfektionen** nach sexuellen Kontakten Anlaß zur Besorgnis. Ich veranlasste eine kompetente urologische Untersuchung und Behandlung. Auf einer psychosomati-

schen Ebene verstand ich diese Infektionen als Ausdruck von Taras **Hingabe- und Bindungsängsten**: „Wenn ich mich binde/hingebe, wird das zerstörerisch – für mich und den anderen.“

Das zweite Jahr der Therapie kennzeichnete eine **stabilere Phase** des Behandlungsverlaufs; Tara gelang es, regelmäßig zur Schule zu gehen und gut durchschnittliche Leistungen auf einem relativ anspruchsvollen Gymnasium zu erbringen. Auch gelang es ihr, die Selbstverletzungen (bis auf wenige Ausnahmen) einzustellen und eine bessere Spannungstoleranz und Selbstfürsorge zu entwickeln.

Im Herbst 2000 wurde die freundschaftliche Beziehung zu dem oben erwähnten Jungen zunehmend problematisch. Dieser besuchte eine praxisorientierte Hauptschule und war Tara in intellektueller Hinsicht erheblich unterlegen. Seine dadurch verursachten Minderwertigkeitsgefühle agierte er in sexuellen One-night-stands mit anderen Mädchen aus, was Tara in erheblichem Maße kränkte und labilisierte. Da sie noch nicht in der Lage war, das Gute neben dem Bösen zu halten, verschob sie ihren Zorn auf weibliche Objekte: „Frauen sind wertlos.“ bzw. „Ich bin nur wertvoll, wenn ich einen Mann habe.“ Diese Objektsicht wurde vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen mit ihrer Mutter verständlich, die sich durch ihre jeweiligen Partner immer wieder hatte demütigen lassen; ihr Verhalten hatte bei Tara Zorn und Abscheu erregt. Auf entsprechende deutende Interventionen meinerseits reagierte die Patientin mit einer allmählichen inneren Beruhigung und Integration der aggressiven Affekte. Aus dieser Zeit stammte auch die **Autostop-Imagination**, in der Tara sich inhaltlich mit einer nicht entwerteten Weiblichkeit auseinandersetzt. Im letzten Jahr gelang es ihr, die Beziehung zu ihrem Freund auf eine adäquate Art und Weise und mit entsprechender Trauer zu beenden.

Die therapeutische Beziehung ist mittlerweile tragfähig, frei von den „manipulativen Idealisierungen“ der Anfangszeit und wird von Tara positiv erlebt: „Ein fester Bestandteil meines Lebens!“ Es gelang ihr auch, eine klare **berufliche Perspektive** für sich zu entwickeln: sie möchte Deutschlehrerin für Gymnasien werden.

Taras Weg in die Zukunft kennzeichnet ein klares Credo zum **haltenden Aspekt menschlicher Beziehungen**, wie sie sie in der Therapie, bei Freunden und auch bei ihrer Mutter erleben konnte. Die junge Frau kreiert in ihrer Imagination **Bone, Thugs ´n Harmony** eine eigene Vorstellung davon, ein Symbol dafür, was in ihrem Leben tragen könnte. Mich erinnert der eigenartige Knochenhocker an die Beine eines Elternpaares, welche zwischen sich ein Tuch halten, um ihr Kind zu schaukeln, Halt gebend und gleichzeitig flexibel. Und ebenso wohl fühlte Tara sich auch auf diesem Hocker. Der Titel ist der Name einer prominenten Hiphop-Band und impliziert das oben beschriebene Spannungsfeld der familiären Ideale in den Begriffen „Knochen, Gangster und Harmonie“. Knochen als das basale Element der menschlichen Existenz, dasjenige körperliche Substrat, das

am längsten überdauert, wenn alle anderen Gewebe schon verwest sind. Gangster waren ihre Eltern in den Augen des DDR-Regimes. Auch zeigt Taras Vater eine ethisch fragwürdige Einstellung, wenn er ihre Ladendiebstähle trocken kommentiert: „Hast dich halt zu dumm angestellt!“ Harmonie schließlich ist das, was Tara sich in ihrem chaotischen Leben wünscht. Sie wird sie in meinen Augen finden, wenn es ihr gelingt, die in ihr herrschenden Spannungen auszuhalten und in eine **innere Balance** zu bringen. Diese könnte die Grundlage für ein produktives, kreatives Leben werden.

Mittlerweile findet Tara einen recht eigenwilligen und eigenständigen Ausdruck für ihre eigene Kreativität: sie ist auf dem besten Wege, selbst eine „**Hiphop-Queen**“ zu werden. Im letzten Jahr unserer therapeutischen Arbeit bekam sie Kontakte zur Berliner Hiphop-Szene und ist dort mit ihren originellen, gleichwertige Beziehungen zwischen Männern und Frauen betonenden Texten zunehmend erfolgreich. Sie nennt sich **Sukee Onerin**, Sukee wie Michelle Pfeiffer in den „Hexen von Eastwick“ (siehe auch das Hexentattoo in der Autostop-Imagination!) Onerin ist ein Hinweis darauf, dass Tara die erste Frau in Berlin ist, die Hiphoptexte mache, in denen es um Autonomie und ein Miteinander der Geschlechter geht ohne den allfälligen Geschlechterkampf. Zum Abschluß dieser Kasuistik möchte ich Ihnen einen ihrer Texte vorlesen, in dem ich deutliche Spuren unserer therapeutischen Arbeit finde:

Gewiß gibt's gute Gründe für den Geschlechterkampf
Doch für mich mutiert die Diskussion und wird ein echter Krampf
Zieh ich Bilanz wird ersichtlich es ist beim besten Willen nicht richtig
Zu urteilen nach männlich/weiblich denn es ist lediglich gewichtig
Wie innig dein Herz für Rap schlägt alles andere ist nichtig
Also lieb mich oder hass mich oder verpiß dich!

2. Johanna: „Man braucht Schutzengel, wenn das Leben zuschlägt“

Als zweite möchte ich Sie mit **Johanna** bekannt machen, mit der ich seit März 1999 um ihr emotionales Überleben in Berlin kämpfe. Johanna, ein etwas dickliches, blondes, tief unglückliches, zu Beginn der Therapie 14jähriges Mädchen, hat eine traurige Geschichte. Sie kam auf Veranlassung ihrer Stiefmutter in meine Praxis, weil sie **seit etwa drei Monaten nicht mehr zur Schule ging, zunehmend depressiv verstimmt war und Suizidgedanken hatte**. Auch sie ist wie Tara schriftstellerisch begabt und hat mir ihr Einverständnis dafür gegeben, dass ich sie selbst zu Wort kommen lasse, indem ich statt einer Anamnese ihren **selbstverfassten Lebenslauf** vortrage. Dieser Lebenslauf ist allerdings erst nach zwei Jah-

ren therapeutischer Arbeit entstanden; aus meiner Sicht liest sich der Lebenslauf etwas anders, wie Sie weiter unten feststellen werden!

„Die ersten neun Monate meines Lebens verbrachte ich im Mutterleib. Meine Eltern haben 1984 im Standesamt Spandau geheiratet. Meine Mutter war damals schon mit mir schwanger ...

Am Heiligenabend setzten bei meiner Mutter schon die Wehen ein, aber ich ließ mir richtig viel Zeit. Mein Vater saß die ganze Zeit im Wartezimmer und hat höchstwahrscheinlich so an die zwei Liter Kaffee getrunken, um nicht einzuschlafen. Er hat mir erzählt, dass an diesem Tag –15 Grad C waren und Schnee lag ... Meine Verwandten fielen dann auch schon am nächsten Tag über meine Mutter und mich her. Mein Opa soll, nach Aussage einiger Zeugen, sogar geweint haben. Meine Uroma meinte ganz trocken, dass ich wie mein Opa aussehe, nur ohne Brille.

Mein Opa und meine Oma waren lange Zeit geschieden ... Meine Uroma und meine Oma wohnten mit uns im selben Haus, das meiner Uroma gehörte. Eigentlich nannte ich sie immer Oma und meine richtige Oma Anna. Den Namen habe ich erfunden ... noch heute nennt sie fast jeder so.

Meine Mutter hatte einen Dackel, Fridolin. Ich liebte dieses Tier über alles ... mit ihm konnte ich alles machen; er hat sich nie beschwert. ... Das waren die fünf schönsten Jahre meines Lebens. Weil ich kaum noch etwas davon weiß.

An mein Leben vom fünften bis zum zehnten Lebensjahr habe ich viele schöne und leider auch schlechte Erinnerungen. Mein Vater trennte sich von meiner Mutter. Gesehen hatte ich ihn sowieso nicht so oft, da er immer viel beruflich unterwegs gewesen war.

Fridolin starb an Altersschwäche. Er hatte schon lange Zeit Herzprobleme gehabt und als es im Sommer richtig warm wurde, machte sein Herz nicht mehr mit. So fuhren wir ein halbes Jahr später zum Hundezüchter und holten uns einen Dackelwelpen, Hector ...

Nach der Trennung von meinem Vater lernte Mama Jochen kennen. Er war Polizist, fuhr Motorrad und war mein absoluter Traumvater. Mit Jochen hatte ich viel Spaß. Wir haben oft etwas gemeinsam unternommen. Einmal, als wir auf einem Straßenfest waren, habe ich ihn fast zum Weinen gebracht (was gar nicht so leicht ist!). Ich kam angelaufen und nannte ihn „Papa“. Das hat ihn sehr glücklich gemacht. ...

Im Sommer 1991 wurde ich eingeschult. ... Damals war Schule was ganz Neues und Spannendes für mich. Mein Vater war auch da.

In der Nacht vom 4. zum 5. November 1993 hatten Mama und Jochen einen Autounfall. Meine Mutter war klinisch tot und wurde wiederbelebt. Daraufhin lag sie lange im Koma, ich glaube sieben Monate. Ich weiß noch genau, wie Anna mich am Morgen weckte und mir sagte: „Mama und Jochen sind im Krankenhaus. Sie hatten einen Unfall.“ Ich durfte sie beide nicht besuchen. Jochen habe ich bis Oktober 1999 nicht wiedergesehen.

Mein Vater holte mich zu sich und ich habe auch meine Spandauer Familie nicht mehr gesehen. Meinen Geburtstag feierte ich in Hamburg, bei der Familie von Sonja, der neuen Freundin meines Vaters. Ende Dezember starb dann mein Opa väterlicherseits. Im März folgte ihm meine Uroma aus Spandau. Ich durfte zu keiner Beerdigung gehen. Im April 1994 zog Sonja dann aus Hamburg nach Berlin zu uns.

Meine Mutter hatte ich bis zu den Sommerferien noch dreimal gesehen. Sie war total verändert. Ich musste jedes Mal weinen, wenn ich sah, wie sie im Rollstuhl saß und mich nicht erkannte. Mein Vater verbot es mir nicht, sie zu besuchen. Ich wollte es nicht.

Im Winter fuhren wir zum ersten Mal in den Skiurlaub. Dort habe ich skifahren gelernt. Mein Vater hatte nicht genug Mumm, um auch auf die Bretter zu steigen. Sonja und ich sind dafür umso mehr gefahren. ...

1997 kam ich dann in die Oberschule. Sie hat mir nicht besonders gut gefallen. Mit Sonja kam ich nicht mehr so gut aus wie am Anfang. Mein Vater war die meiste Zeit arbeiten und ich durfte dann Sonja beschäftigen, was ich gar nicht wollte.

In der Schule lief es auch schlecht. In der achten Klasse habe ich die meiste Zeit blau gemacht. Das gab zu Hause richtig Ärger. Eines Abends rief dann mein Klassenlehrer an und meinte, wenn ich am nächsten Tag nicht kommen würde, würde er mich anzeigen.

Ich ging da lieber in den Wiesengrund in Reinickendorf. Das ist so etwas wie eine „Auffangstation“ für Jugendliche, die Probleme haben. Von da aus nahm ich Kontakt mit dem Jugendamt auf. Ich wollte nicht mehr nach Hause zurück. Damals war ich 14. Am 10. Juli 1999 zog ich in das Don Bosco Berlin. Mein Vater wollte mich lieber in ein Internat schicken, doch ich blieb starr. Er gab nach. Bis jetzt habe ich die Entscheidung nicht bereut. Theo, mein Vater, und ich sprachen darauf ein halbes Jahr nicht mehr miteinander.

Im Oktober 1999 fuhr ich dann, nach fast sieben Jahren, wieder zu meiner Oma. Sie war nicht sonderlich überrascht, mich zu sehen. Sie hat gewusst, dass ich irgendwann wiederkomme. Ich war jedoch überrascht, dass Jochen immer noch in Spandau war! Er wohnt neben meiner Oma.

Von da an fuhr ich jedes Wochenende zu Jochen und meiner Oma. ... Mein Vater Theo darf jedoch nichts von Jochen wissen, da er ihm die Schuld am Unfall meiner Mutter gibt.

Sie habe ich seit dem Unfall nicht mehr gesehen und sie will mich auch gar nicht sehen. Es tut weh, wenn ich an sie denke oder mir alte Fotos von ihr ansehe.

Jochen hat mir vieles über meine Mama, über Theo und auch über andere erzählt. Als ich das alles erfuhr, fiel ich in ein schwarzes Loch. Es gab so vieles, was ich nicht wusste und nie erfahren hatte (und sollte). ...

Bis jetzt wohne ich immer noch im Don-Bosco. Seit 1999 bin ich auf der Dreilinden-Oberschule. Im Winter werde ich wahrscheinlich nach Spandau

in meine eigene Wohnung ziehen, aber keine Angst, ich gehe in Wannsee zur Schule. Mit Jochen bin ich öfters im „Zilini“ (eine Biker-Kneipe) unten. Die Leute sind für mich wie eine große Familie. Sie sehen zwar echt böse aus, haben aber das Herz auf dem rechten Fleck. Sie würden immer zu mir halten, egal was ist. Sie sind halt anders als die meisten Leute, die ihr als „normal“ bezeichnen würdet.

Mich halten die Leute ja auch für verrückt. Ist mir eigentlich egal. Wie mein Vater wollte ich noch nie sein. Er spielt keine besonders große Rolle mehr für mich. Mein Leben muß ich alleine leben, ohne ihn. Das war immer so, und es wird auch so bleiben. Meine Familie suche ich mir selbst: meine Oma, Jochen, das „Zilini“ und meine Freunde. ... Ich liebe sie alle, da sie immer für mich da sind und mir helfen, wenn ich Probleme habe.

Meine Träume lebe ich mittlerweile. Nach dem Abitur gehe ich ins Ausland studieren. Was bis dahin passiert, steht in den Sternen ...“

Soweit Johannes Lebenslauf, den sie im letzten Herbst, nach zweieinhalb Jahren ambulanter Psychotherapie, schrieb.

Hinzuzufügen wäre, dass ihr **Vater** Theo, der in ihrer Darstellung ja nicht besonders gut wegkam, an einer angeborenen Stoffwechselstörung des Cholesterinstoffwechsels leidet und zum Zeitpunkt des Therapiebeginns im Alter von 44 Jahren bereits drei Herzinfarkte hinter sich hatte. Die **Freundin** Sonja ist nach Johannes Weggang aus der Familie rasch wieder nach Hamburg zu ihrer Ursprungsfamilie zurückgezogen. Theo hat seit etwa zwei Jahren eine **neue Lebensgefährtin**. Beim Scheitern der Partnerschaft spielte sicherlich eine Rolle, dass Sonja zwischenzeitlich an MS erkrankt war, was sie wiederum den erzieherischen Schwierigkeiten mit Johanna zuschrieb. Als dann auch noch Johannes Haustiere verstarben (zwei Mäuse), begann im Januar 1999 ihre Symptomatik der Schulverweigerung und einer schweren depressiven Verstimmung mit Selbstverletzungen und Suicidgedanken.

Nun stelle ich wieder in rascher Reihenfolge einige **Imaginationen** Johannes dar, in denen sich ihre innere Verfassung zu Beginn der Therapie und ihre psychische Reorganisation deutlich abbilden.

Im **Blumentest** stellt sich Johanna eine halbhohe Sonnenblume auf einer Mohnblumen-Wiese vor. Auf deren Blütenkorb sitzen einzelne Insekten. Links neben der Sonnenblume findet sich ein Maulwurfshügel, auf dem sich ein Maulwurf mit einer dunklen Sonnenbrille ausruht. Er trägt eine Blindenbinde am Arm. Auf der anderen Seite der Sonnenblume befindet sich eine Drosselmutter, die Würmer für ihre Jungen im Nest im nahen Wald sucht. Die Sonnenblume steht in ganz trockenem Boden; Johanna gießt sie auf meine Anregung mit einer Gießkanne.

Auffällig in der dazugehörigen **Zeichnung** ist, dass Johanna lediglich den oberen rechten Quadranten des Blattes bemalt. Nach I. Riedel steht die-

ser Ausschnitt des Bildes für den bewussten, zukunftsorientierten Teil ihres Lebens. Es ist, als ob alles der Vergangenheit und dem Unbewussten Zugehörige ausgespart bleiben muss, wohl weil es zu bedrohlich und mit überwältigenden Gefühlen verbunden ist. Aber schon in der nächsten Imagination wird es zum Thema.

In der **Imagination** zum Thema **Haus** stellt sich Johanna ein kleines weißes Gartenhaus mit rosa Gardinen an den Fenstern auf einer Lichtung im Wald vor. Es scheint unbewohnt. Beim Näherkommen blättert etwas Farbe ab. Es hat eine weiße Haustür in einem schwarzen Rahmen, die sich leicht öffnen lässt. Dahinter befindet sich ein leeres Wohnzimmer mit Holzboden und hellen Flecken an den Wänden, wo Bilder gehangen haben. Johanna geht weiter in Küche und Schlafzimmer, welche ebenfalls leer sind. An den Fußleisten entdeckt sie Mauselöcher; da leben Mäuse und Ratten. Ich rege an, die Nager zu füttern. Johanna besorgt Speck und legt ihn vor die Löcher, aber nichts regt sich. Sie verlässt das Haus und umrundet es. Im Dach entdeckt sie ein rundes Fenster mit einer zerbrochenen Scheibe; Fledermäuse wohnen auf dem Dachboden. Im Garten findet sie einen kleinen Teich, in dem Enten baden und Vögel trinken.

Johanna **malt** zwei Häuser, ein verlassenes, kindlich wirkendes Haus mit den rosa Gardinen und eine Art Schattenhaus, das in meinem Erleben für die nur noch physische Existenz der Mutter steht – eine anrührende Darstellung des Trennungstraumas, des Verlustes ihrer zentralen Bezugsperson. Da gestaltet sich das Thema der „**seelenlosen**“ **Mutter**: nach Susan Bach (1966) deutet die Existenz des kleinen runden Fensters im Dach, eines „Seelenfensters“, wie sie es nennt, in der Zeichnung auf vorhandene oder vorübergegangene Todesnähe hin.

Zwischen dieser und der nächsten Imagination lag der von mir wegen der auch unter der Therapie weiterbestehenden Schulverweigerung veranlasste stationäre Aufenthalt in der Wiesengrund-Klinik. Anschließend wurde das Mädchen auf eigenen Wunsch im Don-Bosco-Heim Berlin-Wannsee untergebracht unter der Auflage des Schulbesuchs und der Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie. Wie sie sich dort fühlte, zeigt eindrücklich der nächste Tagtraum.

In der **Imagination** zum Thema **Lieblingstier** sieht Johanna sofort einen Pinguin vor sich, der sich am Südpol im Eis befindet. Er steht ihr gegenüber und schaut sie freundlich an. Sie fasst ihn am Flügel an; er fühlt sich weich an. Johanna ist warm gekleidet. Ringsum sieht sie verschiedene andere Pinguine unterschiedlichen Alters, die herumstehen und sich zum Teil gegenseitig wärmen. Manchmal geht einer von ihnen zum Fischen und springt dabei von der Eiskante ins Wasser. Der Himmel ist klar und blau.

Die Pinguine der **Zeichnung** erinnern mich an die Kutten der Salesianer, eines katholischen Ordens, der Johannes Heimeinrichtung leitet, aber auch an all die Kinder unterschiedlichen Alters, mit denen sich Johanna

jetzt in der neuen Umgebung befindet. Die Pinguine sind mit der Blickrichtung der Vergangenheitsseite zugewandt, so wie die kindlichen Heimbewohner sich wohl auch sehr mit ihrer persönlichen Vergangenheit befassen.

Es gelang Johanna, vom Heim aus regelmäßig zur Schule zu gehen. Allerdings weigerte sie sich standhaft, den Sportunterricht zu besuchen, was vermutlich mit ihrem nicht unbeträchtlichen Übergewicht zu tun hatte. Ich war geneigt, ihr dieses „Restsymptom“ zu lassen angesichts all der Belastungen, die sie in der letzten Zeit aushalten musste.

In der **Imagination** zum Thema **Eine Figur aus einem Lieblingsmärchen** hat Johanna zunächst Mühe, ins Bild zu finden, und sieht sich dann auf einer Straße mit gelben Pflastersteinen. Sie sieht an sich herunter und entdeckt, dass sie ein Fell hat wie der Gestiefelte Kater, ein graues Fell mit dunklen Streifen. Die gelbe Straße sieht aber eher nach dem „Zauberer von Oz“ aus und führt zu einem grünen Schloß. Ringsum erkennt Johanna Bäume und Wiesen mit Schmetterlingen und Käfern. Johanna läuft, kommt aber nicht vom Fleck, und je weiter sie läuft, desto mehr entfernt sich das grüne Schloß. Auch der Versuch, rückwärts zu laufen, hilft da nicht. Dann entdeckt sie eine Abzweigung nach rechts, die zu einem anderen grünen Schloß führt, etwas kleiner als das erste. Beide stehen nebeneinander. Dem kleineren Schloß kann sie sich nähern. Es hat drei Türme, ein großes Tor und eine Burgmauer. Johanna steht vor dem Graben, kommt aber nicht hinüber. Sie möchte klingeln, doch die Klingel ist auch auf der anderen Seite! Sie überlegt, wie sie sich bemerkbar machen könnte. Plötzlich wird das Fallgitter heruntergelassen, und Johanna steht im menschenleeren Burghof.

Beim **Zeichnen** wird deutlich, wie müde der Gestiefelte Kater sich fühlen muss von so einem langen und beschwerlichen Weg! Mir scheinen die verwunschenen Schlösser ein Ausdruck der Beziehung zu den Eltern zu sein, unerreichbar und fern einer wie der andere. Meinen Hinweis auf die libidinösen Symbole in ihrer Zeichnung (Ringe, eine Herzform) weist Johanna mit Entrüstung von sich.

Der Weg von Wannsee aus zu mir in die Therapie ist sehr weit, sodass Johanna im Winter 2000 auf einer Therapiepause von vier Wochen beharrte. Auch diese Forderung erfüllte ich ihr – in dem Bemühen, den noch dünnen Faden der Übertragungsbeziehung nicht abreißen zu lassen. (Sie schien Gefühle von Abhängigkeit und Bindung zu scheuen wie der Teufel das Weihwasser.) In der therapeutischen Beziehung betonte sie nach wie vor und immer wieder, dass sie ja nicht aus „freien Stücken“ bei mir sei, sondern ja dazu gezwungen werde ...sie kam aber trotzdem regelmäßig zur Therapie. Ich regte an, Johanna möge Kontakt zu ihrer Großmutter mütterlicherseits aufzunehmen, die sie seit fast sieben Jahren nicht mehr gesehen hatte. Diese war erfreut, aber nicht sehr überrascht: „Sie hat immer gewusst, dass ich irgendwann kommen werde!“

In der nächsten **Imagination** zum Thema „**Johanna in zehn Jahren**“ sieht das Mädchen sich nach großen Widerständen im Sommer in Sizilien. Sie befindet sich in einer Stadt, vielleicht Palermo, mit kleinen Straßen, flachen weißgekalkten Häusern, vielen Leuten mit Eseln und „ein paar dämlichen Touristen“. Johanna wohnt da bei einer italienischen Familie. Sie geht gerade zum Markt. Der Marktplatz hat lauter kleine Buden, in denen Bauern und Händler Eier, Geflügel und Fleisch verkaufen. Die Ware auf dem Markt sieht knackig und frisch aus, nicht so matschig wie in Deutschland. Außerdem gibt es lebende Esel in Pferchen und Hühner in Kisten. Johanna sagt scherzend, sie möchte alle Tiere freikaufen! Sie bummelt über den Markt und sieht in der Ferne Ricardo, einen Mitbewohner des Heims, der aus Sizilien kommt und gleichaltrig ist. Dann geht sie nach Hause.

Die **Zeichnung** zur Imagination fertigt Johanna erst nach großen Widerständen an und im Vergleich zu ihren anderen Bildern recht flüchtig. Ich habe den Eindruck, dass sie sich in dem Tagtraum zu sehr wohlfühlt hat und das nicht aufs Papier bringen möchte.

Etwa gleichzeitig nahm Johanna erste Kontakte zu Jungen im Heim auf, die zunächst den Charakter von Probebeziehungen hatten. Sie vergnügte sich in ihrer Freizeit damit, mit ihren Kumpels große Mengen von Bier zu trinken, ließ sich aber nicht dazu verleiten, regelmäßig Drogen zu konsumieren, obwohl einige cannabisabhängige Mitbewohner in ihrer Gruppe waren. Ich hatte den Eindruck, dass sie auf der Suche nach einer Gruppe war, der sie sich zugehörig fühlen konnte. Ihren Klassenkameraden gegenüber fühlte Johanna sich wohl als bedürftig und unterprivilegiert. Es kam zu einigen kleineren Diebstählen in der Klasse, aber die Klassengemeinschaft ließ sie nicht fallen.

In der **Imagination** zum Thema **Eine eigene Hütte** stellt sich Johanna ein großes weißes Haus mit einem roten Ziegeldach vor. Davor begrenzt eine rote Ziegelmauer eine Rasenfläche mit Blumenbeeten. Das Haus wirkt freundlich; es hat eine weiße Eingangstür mit einem Blumenkranz und einer Fußmatte. Johanna öffnet die Tür und gelangt in ein großes, gut eingerichtetes Wohnzimmer mit Parkett und beigen Wänden. Eine schwarze Katze liegt neben dem Tisch auf dem Boden und schaut überrascht, denn Johanna hat sie geweckt. Nebenan findet sie eine volleingerichtete kleine Küche und zwei weitere kleine Zimmer, links ein einfach eingerichtetes Gästezimmer, rechts ein kleines Badezimmer in Weiß. Die Katze hat sich wieder zusammengerollt und schläft. Eine Holzterrasse führt nach oben in einen Flur, dahinter ein großes gemütliches Schlafzimmer. Es gibt noch ein Badezimmer in Dunkelblau, und zwei weitere kleine Zimmer, eines davon ein Arbeitszimmer mit Globus, Schreibtisch, Büchern und Regal. In dem anderen Zimmer stehen Käfige für Mäuse und Hamster, ein Katzenkörbchen, ein Aquarium und ein Terrarium mit Schildkröten und Fröschen. Dann geht Johanna in den Garten; da findet sie einen kleinen Teich und

einen Sonnenschirm, Blumenbeete und einen gepflegten Rasen. Es ist sommerlich warm; sie sonnt sich auf dem Rasen und ruht sich aus.

Das **Bild** zu dieser Imagination zeigt eine deutliche Veränderung im Vergleich zum ersten Hausmotiv, die ich nicht weiter zu kommentieren brauche. Der Tagtraum scheint einen starken Wunscherfüllungscharakter zu haben. Tatsächlich hatte Johanna sich mittlerweile einigermaßen im Heim eingelebt. Sie war aber immer wieder entsetzt über die Probleme ihrer Mitpatienten, z.B. deren sexuelle Vorlieben, sogar pädophile homosexuelle Kontakte und Sodomie kamen vor. Eine „heile Welt“ jedenfalls war da nicht zu finden. Dementsprechend begann sie schon rasch, wieder aus dem Heim zu drängen, und wollte, mittlerweile sechzehnjährig, eine eigene Wohnung im Haus der Großmutter in Spandau beziehen. Dort verbrachte sie alle Wochenenden und hatte sich mit den Kneipengängern der Bikerkneipe „Zilini“ so etwas wie eine Ersatzfamilie geschaffen. Ich war nicht so überzeugt von diesem Schritt, befürchtete, dass Johanna von ihrer sehr adipösen Großmutter funktionalisiert würde, die ein Suchtproblem und bereits drei Schlaganfälle hinter sich hatte.

In der bisher letzten **Imagination** zum Thema **Feuerkelch** (das Motiv ergab sich aus unserer gemeinsamen Vorliebe für Harry Potter) hat Johanna wieder große Mühe, ins Bild zu kommen. Sie stellt sich vor, sie liege in ihrem Bett; ringsum ist es kalt und blau, wie auf dem Meeresgrund. Es ist ungemütlich und sie kann nicht weg. Aus der Ferne nähert sich ein schwarzer Mann, von dem sie nur die Umrisse wahrnehmen kann. Er schwebt auf Johanna zu. Anfassen kann sie ihn nicht; sie greift durch die Gestalt hindurch. Auf meine Anregung, eine **hilfreiche Gestalt** hinzuzuholen, erscheint Jochen; er schwebt neben Johanna, die sich nun nicht mehr so einsam fühlt. Dann ist da plötzlich ein weißer Teddy mit einem Loch im Hals. Johanna wünscht sich einen **Zauberstab**, mit dem sie etwas verändern kann. Da wird es plötzlich hell ringsum; sie schwebt in einem weißen Nichts mit Wolken, die sich warm und weich anfühlen. Sie hüpfte auf den Wolken herum. Unterhalb der Wolken befindet sich das Blaue, wie in einer großen Seifenblase oder einer Eieruhr, unten das Blaue, oben das Weiße. Johanna zaubert sich einen großen weißen Schutzengel herbei, einen Erzengel, der sie begleitet. Er hat blonde Haare und sieht ein bisschen aus wie einer ihrer Erzieher.

Johanna weigert sich, diese Imagination zu **malen**, fühlt sich aber dennoch sehr angesprochen davon. Zu dem schwarzen Mann assoziiert sie sofort ihren Vater, der sie von allem Vertrauten weggeholt hat. Das bedrohlich Blaue symbolisiere die Atmosphäre nach dem Unfall ihrer Mutter. Der Schutzengel stehe für hilfreiche Gestalten aus dem aktuellen Umfeld. Auch der **Übertragungaspekt** der Schutzengelphantasie wird deutlich, als Johanna bemerkt: „Der Erzengel Michael sieht meistens wie eine Frau aus!“

Sie entschied sich kurzfristig, ein weiteres Jahr im Heim zu bleiben, und nicht zur Oma zu ziehen. Die dissozialen Symptome ließen nach. Es folgte eine weitere längere Beziehung zu einem jungen Mann, dem Cousin einer Klassenkameradin, mit ersten sexuellen Kontakten. Auch begann Johanna, festere freundschaftliche Beziehungen in ihrer Klasse aufzunehmen. Eine Urlaubsreise nach Irland mit einer Jugendgruppe ließ den Wunsch entstehen, nach dem Abitur dort zu studieren. Ein Praktikum auf dem Kinderbauernhof der Ufa-Fabrik lief sehr gut.

Zur Zeit gibt es wieder erhebliche Turbulenzen: Johanna musste sich sehr anstrengen, um versetzt zu werden. Aufgrund der prekären finanziellen Situation der Stadt Berlin kündigte das Jugendamt an, Johanna ins betreute Einzelwohnen zu entlassen, was sie in Angst und Schrecken versetzte. Eine depressive Verstimmung und erneute Selbstverletzungen waren die Folge, weshalb ich beim Jugendamt intervenierte, um ein weiteres Jahr Heimerziehung zu gewährleisten. Mittlerweile ist deutlich, dass Johanna auch bei der Großmutter keine Zukunft hat.

Auch bei Johanna nehme ich einen **Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt** als wesentlich im unbewussten Erleben an. Ihre passiven Wünsche sind für sie enorm ängstigend, weil sie einen Liebesverlust wie auch einen realen Objektverlust befürchten lassen. Autonomie aber muss in der Identifikation mit der Mutter quasi tödlich enden.

Im letzten Jahr unserer Arbeit brachte sie mir eine Kohlezeichnung eines Hauses, das für sie so etwas wie einen „**sicheren Ort**“ darstellt: „Für Frau Sannwald – dorthin möchte ich mich manchmal gerne verkriechen!“- Wir kämpfen weiter, und nicht nur Johanna fühlt sich manchmal wie bei der Durchquerung der Wüste Gobi ...

Soweit zu den beiden Kasuistiken. Nun schließe ich einige Überlegungen zur **Psychotherapie von Jugendlichen** und zur **katathym-imaginativen Psychotherapie** im Besonderen an.

Ich habe drei **Eingangsvoraussetzungen** für eine Psychotherapie, die ich gleich in der ersten Stunde mitteile: regelmäßigen **Besuch der Schule oder einer Berufsausbildung**, regelmäßigen **Besuch der Psychotherapie** und Teilnahme an **altersspezifischen Freizeitaktivitäten**. Wie Sie gesehen haben, habe ich eine ganze Reihe von Schulverweigerern in meiner Praxis. Den Schulbesuch zur *Conditio sine qua non* zu machen, ist die einzige Möglichkeit, dieses Symptom im ambulanten Setting nachhaltig zu beeinflussen, denn ich habe ja keine andere Möglichkeit, eine wie auch immer geartete Kontrolle auszuüben. Es ist wichtig, dass die Jugendlichen gleich zu Anfang begreifen, auch sie müssen ihren Beitrag zur gemeinsamen Arbeit leisten- und das ist nicht immer selbstverständlich, gerade bei starker Verwöhnungserziehung oder Unselbständigkeit.

Weiterhin hat es sich bewährt, zu Beginn der Psychotherapie einen **Behandlungsvertrag in schriftlicher Form** abzuschließen. Zu Beginn der Behandlung wird ein bestimmtes **Setting** festgelegt, in der Regel eine Therapiefrequenz von einer Wochenstunde im Sitzen, nötigenfalls erweitert auf eine zweite Wochenstunde. Es werden klare Regeln besprochen im Hinblick auf Stundenausfälle: akute Krankheit ist entschuldigt, kurzfristige Absagen aus wichtigen Gründen müssen spätestens zwei Tage im Voraus erfolgen; Stundenausfälle ohne Entschuldigung müssen durch ein **Ausfallhonorar** abgegolten werden. Dieses ist von den Jugendlichen selbst zu entrichten (sehr wichtig!) und bemisst sich nach der Höhe des Taschengeldes des jeweiligen Jugendlichen.

Bei der Arbeit mit Adoleszenten müssen Sie davon ausgehen, dass es sich um eine unzuverlässige Klientel handelt. **Stundenausfälle** durch „Vergessen“ von Stunden sind recht häufig! Es ist phänomenal, wie selbst 18- oder 19-Jährige anfangs „automatisch“ davon ausgehen, dass in den Ferien z.B. keine Therapie stattfindet in einer unbewussten Gleichsetzung von Therapie und Schule. In der Regel tritt erst im zweiten Drittel der Behandlung diesbezüglich eine gewisse Beruhigung ein. Es empfiehlt sich, diese Umstände mit Gelassenheit zu sehen und als alterstypisch zu behandeln. Am Anfang der Behandlung pflege ich lediglich auf den Behandlungsvertrag hinzuweisen; im weiteren Therapieverlauf ist es dann häufig möglich, auf die Begleitumstände des Stundenausfalls deutend einzugehen. Meine Patientin Johanna beispielsweise trägt einen großen Teil ihres Taschengeldes in Form von Ausfallhonoraren in meine Praxis; offenbar ist es für sie von großer Wichtigkeit, ein Gefühl der „persönlichen Freiheit“ im Hinblick auf die Teilnahme an der Therapie behalten zu können.

Wichtig ist es auch, gleich zu Beginn der Behandlung **Vereinbarungen über das Vorgehen bei Selbstverletzungen oder Suizidalität** zu treffen. Zwar bin ich für meine Patienten fast täglich erreichbar, aber ich halte es nicht für günstig, jederzeit zur Verfügung zu stehen; viele meiner Patienten laufen dann Gefahr, autoaggressives Verhalten manipulativ einzusetzen. Üblicherweise vereinbaren wir, selbstzugefügte Wunden hygienisch zu versorgen, bzw. sich bei akuter Suizidalität an die zuständige Regelversorgungsklinik zu wenden.

Überhaupt bespreche ich mit meinen Patienten, dass ich von ihnen nur das erfahre, was **sie mir persönlich mitteilen**. (Üblicherweise versuche ich, etwa ab dem sechzehnten Lebensjahr mit den Patienten alleine zu arbeiten ohne Einbeziehung der Eltern.) Meiner Erfahrung nach **erwähnen** die Patienten vor allem zu Beginn der Therapie **schambesetzte Symptome häufig nicht**. Manchmal habe ich erst im zweiten oder dritten Jahr der Therapie erfahren, dass zu Beginn der Arbeit eine Neigung zu Impulsdurchbrüchen oder bulimisches Verhalten bestanden, obwohl ich es am Anfang exploriert hatte! Da ist es wichtig, eigene Gegenübertragungsgefühle von Ärger zu kontrollieren und zu verstehen, dass es für den Ju-

gendlichen oft immens wichtig ist, seine Symptome „aus eigener Kraft zu überwinden“, die Autonomie zu bewahren. Sie können manche Symptome erst benennen, wenn sie sie „selbst in den Griff bekommen“ haben – vor allem, wenn eine ausgeprägte Selbstwertproblematik besteht.

Die **Autonomie-Abhängigkeitsproblematik** ist ein zentrales Thema in jeder Jugendlichenpsychotherapie; sie erfordert einen in meinen Augen etwas modifizierten Umgang im Vergleich zur Psychotherapie erwachsener Patienten.

Eigentlich ist es ja ein Widerspruch in sich, in einer so **progressionsorientierten Lebensphase** wie der Adoleszenz ein **regressionsorientiertes Therapieangebot** zu machen. Entsprechend können Sie davon ausgehen, dass jeder Jugendliche, der sich bei Ihnen meldet, wirklich in Not ist; dann haben alle eigenen Anstrengungen, mit den bestehenden Problemen fertigzuwerden, bereits versagt.

Gerade bei real sich sehr abhängig verhaltenden Jugendlichen unterstütze ich jeden Autonomieschritt, so merkwürdig er mir auch erscheinen mag. Mir ist es wichtig, mich, wenn irgend möglich, nicht, einer komplementären Gegenübertragungseinstellung folgend, in eine quasi elterngleiche Rolle zu begeben und mich zu warnenden oder kritischen Bemerkungen verleiten zu lassen. Stattdessen konnotiere ich wertschätzend **zuerst** die eigene Position des Jugendlichen und überlege dann sehr genau, welches Maß an deutender Konfrontation ich ihm in Bezug auf sein Verhalten zumuten kann.

Es gilt, eine Art „**dritte Position**“ in der Therapie einzunehmen. Der Therapeut darf sich weder einseitig mit dem Jugendlichen quasi gegen seine Eltern verbünden, weil eine derartige Haltung diesen in erhebliche Loyalitätskonflikte bringen würde – so problematisch das elterliche Verhalten auch sei. Er darf aber auch nicht in die oben beschriebene elterngleiche Rolle verfallen, weil der adoleszente Patient sich dann enttäuscht abwenden und seiner persönlichen Verlässlichkeit keinen Glauben mehr schenken würde. Dies ist eine schwierige Kunst, ein Balanceakt, und ich habe Jahre gebraucht, diese zu erlernen!

Wie gesagt, je fragiler der Jugendliche ist, desto eher versuche ich, in der Position eines **tendenziell guten, verständnisvollen Objekts** zu bleiben; dies allein ist die Grundlage für die ambulante Arbeit: „Wenn der Patient nicht kommt, kann ich nicht mit ihm arbeiten.“ Nach Seiffge-Krenke (1984) nehmen nur etwa 50% der Jugendlichen, die sich hilfesuchend an eine Institution wenden, das therapeutische Angebot wahr; auch im Behandlungsverlauf sind Therapieabbrüche nicht selten. Es ist nicht leicht, ein **stabiles Arbeitsbündnis** mit jugendlichen Patienten herzustellen. Ich persönlich erlebe gelegentlich Behandlungsabbrüche zu Therapiebeginn,

beispielsweise gerade bei einem jungen Mann, der sich nach einer Liebesenttäuschung den linken Arm von oben bis unten aufgeschnitten hatte. Nach der ersten Sitzung erklärte er sich für geheilt! Zauner kommentierte solches Verhalten wie folgt: „(Der adoleszente Patient) meint, schon erwachsen zu sein und deshalb niemanden zu brauchen. Es ist das letzte für ihn, bei einem Erwachsenen Hilfe zu suchen“ (Zauner 1979).

Die Arbeit mit jugendlichen Patienten setzt eine **gute Frustrations- und Kränkungsstoleranz, Geduld und persönliche Integrität** voraus. Damit sind wir bei den „**Therapeutenvariablen**“ oder auch bei der **therapeutischen Haltung**, die die Adoleszentenpsychotherapie erfordert. Nach meiner Erfahrung ist einerseits eine große **Flexibilität** und andererseits ein gerüttelt Maß an **Standfestigkeit** vonnöten. Ich zitiere hier Federn (1981), der schon vor zwanzig Jahren die gleichen Beobachtungen machte: „Allerdings meine ich, dass nur psychodynamisch eingestellte und dementsprechend ausgebildete Therapeuten über die notwendige gedankliche Beweglichkeit verfügen, um erfolgreich zu sein. Die Erfahrung lehrt außerdem, dass nur die eigene völlige Ichbereitschaft, mit seinen eigenen Problemen fertigzuwerden, es erlaubt, die unerhörte Geschwindigkeit des psychischen Ablaufs in der Adoleszenz zu erfassen. Sie lässt nicht genug Zeit, um erst nachzudenken und dann zu handeln. Der jugendliche Patient erwartet eine sofortige Reaktion, die zwar nicht immer korrekt sein muß, aber immer in eine Richtung weisen soll, die eine Lösung der gegenwärtigen Krise verspricht. Das adoleszente Ich hat keine Zeit, und der Therapeut muß daher imstande sein, ungehindert und blitzschnell zu reagieren und zu entscheiden. Dazu muß er aber auch mit seinen eigenen Pubertätsproblemen fertiggeworden sein.“

Das ist nicht jedermanns Sache. Jugendliche Patienten „überraschen“ den Therapeuten immer wieder mit unvermuteten Wendungen, neigen - gerade bei Frühstörungsanteilen - zu dem, was der Psychoanalytiker „Acting out“ und „Acting in“ nennt, wie wir es bei meiner Patientin Tara gesehen haben. Sie scheute z.B. in der Phase der oben beschriebenen erotisierten Mutterübertragung nicht davor zurück, sich plötzlich zu entkleiden, um mir einige Pickel am Busen zu zeigen! Es ist außerordentlich wichtig, die durch solche Episoden evozierten Gegenübertragungsgefühle von Verwirrung, erotischen Empfindungen, Ärger und Besorgnis sorgfältig zu registrieren und in **dosierter Form** in entsprechende Deutungen einfließen zu lassen.

Neben dieser **empathischen, „leichtfüßigen“ Gegenübertragungseinstellung** benötigen die Patienten aber auch so etwas wie ein „**erwachsenes Korrektiv**“, an dem sie sich messen und mit dem sie sich auseinandersetzen können. Der Therapeut sollte sich nicht dazu verleiten lassen, sich „zu sehr“ in Kleidung und Diktion an seine Patienten anzupassen; nichts ist schlimmer für Jugendliche, als wenn es keine Unterschiede

mehr zu den Erwachsenen gibt! Es ist wichtig, eine klar abgegrenzte, „erwachsene Position“ einzunehmen im Dialog mit den Patienten. Zauner hält es für eine der wesentlichen Aufgaben in der therapeutischen Arbeit, dem Adoleszenten zu einer besseren Realitätsprüfung zu verhelfen.

Jugendlichenpsychotherapien bei entsprechenden Störungsbildern **dauern lange**. Wie Sie wissen, sind die Kontingente für die tiefenpsychologische Adoleszentenpsychotherapie denen der analytischen Jugendlichenpsychotherapie angeglichen. Wir können insgesamt 180 Sitzungen abrechnen, was – je nach Frequenz – einen **Zeitraum von drei bis fünf Jahren** in Anspruch nimmt. Diese Zeit braucht es auch, um eine Veränderung einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur in Richtung auf eine eher neurotisch organisierte Persönlichkeit zu erreichen. Das impliziert aber auch, unter der Therapie sich ereignende **Reifungsschritte** zu registrieren und immer wieder zu berücksichtigen. Ein 15-Jähriger ist anders zu behandeln als ein 18-Jähriger, z.B. was persönliche Rechte und Freiheiten angeht. Peter Blos (Blos 1989), ein interessanter und für die Adoleszententherapie hilfreicher Autor, unterscheidet fünf Phasen der Adoleszenz. Seine Überlegungen aus den ausgehenden achtziger Jahren haben auch heute noch Gültigkeit, wenngleich sich thematisch-inhaltlich manches verändert hat.

Nun einige Worte zu den speziellen **technischen Implikationen der kathym-imaginativen Psychotherapie** im Jugendalter. Die oben genannten Überlegungen schlagen sich auch in der Art der Motivauswahl nieder. Wie Sie in den Kasuistiken gesehen haben, verwende ich die Standardmotive der KIP sehr frei und lasse mich dabei vom jeweiligen Stand der Therapie und der vorherrschenden Thematik inspirieren. Ähnliches gilt für die verwendeten therapeutischen Techniken. Ich setze die KIP vor allem in der frühen und mittleren Adoleszenz gerne ein; sie ermöglicht einen unmittelbareren Zugang zum emotionalen Erleben des Patienten. Mit verbal weniger gewandten Patienten arbeite ich mit Imaginationen eher hochfrequent, mit schwerer gestörten auf jeden Fall niederfrequent. Weitere spezielle Indikationen könnten wir vielleicht einmal in einem Spezialseminar über die Therapie von Jugendlichen behandeln.

Es gilt, die **Balance zu halten** zwischen Empathie und Verständnis für die emotionale Verfassung des Jugendlichen einerseits und einer moderaten Konfrontation mit der Auswirkung seines Verhaltens auf seine Umwelt andererseits. Daran kann der jugendliche Patient sich entwickeln hin zu einer integrierten Identität und einer reiferen Ausgeglichenheit in Bezug auf Autonomie und Abhängigkeit. Abschließend möchte ich U. Lehmkuhl (2001) zitieren, die im letzten Jahr in Lindau einen schönen Vortrag über Psychotherapie in der Adoleszenz hielt: „Unsere Aufgabe bleibt es, diesen

Übergang zu begleiten, ohne ihn mit eigenen Wünschen und Ängsten für die Betroffenen zu erschweren, aus der Gelassenheit heraus, dass trotz aller gesellschaftlichen Änderungen und Einflüsse die alterstypischen Aufgaben sehr ähnlich bleiben.“

Einführungsvortrag beim 60. Zentralen Fortbildungsseminar der AGKB, Bad Lauterberg, 20. – 24. November 2002

Anschrift der Autorin

Dr. med. Renate Sannwald
Ärztin für Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -
psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin (AGKB, DGPT)
Pertisauer Weg 41, 12209 Berlin

Literaturverzeichnis

Bach, S.: Spontanes Malen schwerkranker Patienten. Ein Beitrag zur psychosomatischen Medizin. Acta psychosomatica. Documenta Geigy, Basel 1966.

Blos, P.: Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation. Klett-Cotta, Stuttgart 1990.

Clarkin, Yeomans, Kernberg: Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer, Stuttgart 2001.

Federn, E.: Anteil der Ich-Störungen in der Pubertätskrise. In: Lempp, R. (Hrsg.), Adoleszenz. Huber, Bern 1981, 77 – 83.

Kernberg, O.F.: Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Huber, Bern/ Götiingen/ Toronto/ Seattle 1992.

Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G.: Die lebenszyklischen Phasen: Zur Psychodynamik von Ablösung und Individuation im Jugendalter. Vortrag anlässlich der 51. Lindauer Psychotherapietage 2001.

Riedel, I.: Farben in Religion, Gesellschaft, Kunst und Psychotherapie. Kreuz Verlag, Stuttgart 1989.

Sannwald, R.: Vom Umgang mit inneren Führern oder Das Prinzip des induzierten Dialogs. Katathymer Bilderbote (1993) 6: 10 - 15.

Seiffge-Krenke, I.: Formen der Problembewältigung bei besonders belasteten Jugendlichen. In: Olbrich, E., Todt, E.(Hrsg.), Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen. Springer, Berlin/ Heidelberg/ New York 1984, 353 – 386.

Zauner, J.: Abschied von der Jugend. Prax. Psychother. Psychosom. 24 (1979), 91 – 97.

Die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Versorgung Suchtmittel konsumierender Jugendlicher

Martin Jung

Einleitung

Konsum psychotroper Substanzen gehört in unserer Gesellschaft zu täglichen Realität und macht auch vor unserem Fach nicht halt. Wir behandeln Kinder, deren Eltern oder anderer Familienangehörige einen problematischen Substanzkonsum betreiben; in zunehmendem Maße werden wir mit den Konsumgewohnheiten Jugendlicher und deren Folgen konfrontiert. Eine wachsende Zahl von Kliniken in Deutschland hält spezielle Stationskonzepte für die Zielgruppe der Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum vor. Aber auch im „normalen klinischen Alltag“ werden suchtmmedizinischen Fragestellungen immer wieder deutlich, beispielsweise in der Beratung von Eltern oder Institutionen. Wir geben einen Überblick zum Thema für den klinischen Alltag, ohne Anspruch auf erschöpfende Behandlung.

Gesellschaft

Der Konsum psychotroper Substanzen ist nicht neu; psylocybinhaltige Pilze wurden bereits 2000 v. Chr. zum Rausch konsumiert, seit etwa 800 v. Chr. ist die Reisgärung in China belegt; Die Funktion von Dionysos und Bacchus deuten den hohen Stellenwert des Weines in antiken Hochkulturen an; auch in unserer Gesellschaft ist der Konsum psychotroper Substanzen allgegenwärtig.

Unzählige soziologische, biologische, psychologische oder medizinische Theorien beschäftigen sich mit den Phänomenen des Substanzkonsums und der Abhängigkeit. Das sogenannte *Sucht-Dreieck* stellt die Sucht in den Schnittpunkt von *Gesellschaft, Droge und Individuum*. Auf der gesellschaftlichen Seite gilt z.B. *soziale Benachteiligung* in ihren Erscheinungsformen als Risikofaktor für einen erhöhten Substanzkonsum (EBDD 2003).

Konsumgewohnheiten und die gesellschaftliche *Einstellung zu Rausch und Trunkenheit* unterscheiden sich regional erheblich; so missbilligten in Dänemark 32 % der Befragten einen Vollrausch pro Woche, in Italien 80 %. Die Missbilligung des Experimentierens mit Cannabis war in Frank-

reich mit 42 % am niedrigsten, in Schweden (78 %) und Portugal (79 %) am höchsten (EBDD, 2003).

In den Medien sind indes nicht nur legale Suchtmittel präsent; in der Mode sind Cannabisblätter als Dekor häufiger anzutreffen, und offen wird in der Musik der Konsum u.a. von Cannabis unverblümt dargestellt (Beispiel Stefan Raab: „Wir kiffen“)! Es darf der Hinweis auf die *Legalisierungsdebatte*, die Diskussion um das „*Recht auf Rausch*“ und die *Strafverfolgungspraxis* (garantierte Straffreiheit bei „geringfügigen Mengen“) bei BTM-Delikten nicht fehlen.

Wirtschaftlicher Aspekt

Die Gewinnspannen beim Verkauf illegale Drogen führen zu den bekanntesten illegalen Produktions- und Verkaufsstrategien im kriminellen Milieu. Auch bei legalen Drogen sind wirtschaftliche Aspekte mit der Produktion der Substanzen verknüpft. Im Jahr 2001 nahm der Staat (BRD)

1.828 Mio. € Biersteuer
457 Mio. € Schaumweinsteuer
sowie 2.143 Mio € Branntweinsteuer

ein (Jahrbuch Sucht 2003).

Werbeausgaben für alkoholischen Getränke betragen im Jahr 2001 für Spirituosen 134 Millionen €, für Bier 360 Millionen €, für Sekt 46 Millionen € und für Wein 35 Millionen € (Jahrbuch Sucht 2003). Eine Erhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2003 (BzGA 2003) über den Konsum der sogenannten Alkopolos lässt ahnen, wie interessant Jugendliche als zahlungskräftige Konsumenten für die Getränkeindustrie sind. Nach Marketing, Kennzeichnung und Geschmack scheinen diese Getränke für den Konsum Jugendlicher produziert (McKibben, 1996).

Konsum Erwachsener

Nach Angaben der DHS trank jeder Deutsche statistisch im Jahr 2001 10,5 Liter Alkohol. Dafür benötigte er 123,1 l Bier, 19,7 l Wein, 4,2 l Schaumwein und 5,6 l Spirituosen. 7,8 Millionen Deutsche (16 %) betrieben einen riskanten Konsum, 1,4 Millionen missbräuchlichen Konsum (5 %) und 1,5 % galten als Abhängig (3 %). Nur ein kleiner Teil der Betroffenen gelangt in das Suchthilfesystem; die Mehrheit bleibt unbehandelt oder erscheint in der primärärztlichen Sprechstunde mit allgemeinen Beschwerden (Ullmer, 2003).

Nach Angaben der *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (2003) ist *Cannabis* die am häufigsten konsumierte *illegale Dro-*

ge in Europa, wobei zahlreiche Länder eine Lebenszeitprävalenz von 20 % angeben. In allen Ländern liegen die Schätzwerte des aktuellen Konsums (während der letzten zwölf Monate) unter 10 %. An zweiter Stelle steht der Konsum von Ecstasy oder Amphetaminen mit einer Lebenszeitprävalenz unter der Erwachsenen Bevölkerung zwischen 0,5, bis 5 %. In der Schulpopulation rangiert die Lebenszeitprävalenz von Inhalantien gleich nach Cannabis und ist in der Regel deutlich höher als die von Ecstasy oder Amphetaminen.

Die EBDD berichtet ferner, dass 6,5% der Westdeutschen und 5,2% der Ostdeutschen illegale Drogen konsumiert haben. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung ergeben sich in Westdeutschland 2,5 Mio. und in Ostdeutschland 500.000 aktuelle Konsumenten. Die dominierende Droge war mit 6,2% im Westen und 4,9% im Osten Cannabis. Jeweils 1,3% der Befragten in Ost- und Westdeutschland hatten in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung andere illegale Drogen als Cannabis (Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack) genommen.

Zu Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen (mindestens eine Diagnose bei den Substanzen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate und Kokain) der 18 - 59jährigen wurden für die 12-Monats-Prävalenz auf der Grundlage von DSM IV folgende Zahlen erhoben:

Missbrauch 0,3% (145000)
Abhängigkeit 0,6% (290000)

Nach neueren Schätzungen sterben in jedem Jahr 40.000 Deutsche an alkoholbedingten Gesundheitsschäden (Caspers-Merk, 2003). Dagegen werden in der gesamten EU jährlich 7000 bis 9000 akute drogenbedingte Todesfälle gemeldet. Bei diesen Opfern handelt es sich überwiegend um junge Menschen zwischen 20 bis 30 Jahren.

Jugendliche und Drogen

Jugendliche werden zwangsläufig mit der Frage konfrontiert, ob sie legale oder gar illegale Substanzen konsumieren wollen. Zu den pädagogischen Aufgaben gehört es, Jugendlichen bei der Entwicklungsaufgabe „Umgang mit psychotropen Substanzen“ zu unterstützen. Durch Vorbildwirkung der Erwachsenen, Information und Diskussion werden Grundzüge des späteren Umgangs mit Substanzen bereits im frühen Lebensalter gelegt. Für die Einrichtungen der stationären Jugendhilfe - und damit für den Umgang mit einer Hochrisikogruppe Jugendlicher - hat die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) ein Manual entwickelt, das Vorschläge und Materialien für die Präventions- und Interventionsarbeit bei Suchtmittelkonsum in der Jugendhilfe enthält (DHS, 2001).

Substanzkonsum bei Jugendlichen ist assoziiert mit *Neugier und dem Konsum* im Freundeskreis. Erst beim fortgesetzten Konsum sind die (positive) Beeinflussung der eigenen Wahrnehmung und das Körpergefühl häufig genannte Motive (BMBF, 2004). Als Motive, wieder mit dem Konsum aufzuhören wurden am häufigsten genannt: „wollte nur probieren“, „hat nichts gebracht“ oder „Angst vor gesundheitlichen Schäden“. Elterliche Verbote oder Angst vor Bestrafung spielten eine untergeordnete Rolle.

Es ist entwicklungspsychologisches Allgemeinwissen, dass Jugendliche in ihrer Reifungsphase mit vielfältigen Entwicklungsaufgaben konfrontiert werden. Unter anderem gewinnt die Gruppe der Gleichaltrigen Gewicht gegenüber Erwachsenen. Gleichzeitig verhalten sich Jugendliche oft risikobereiter und sie orientieren sich zunehmend an Ihren Freunden: Im Zuge dieser Auseinandersetzung mit der Gesellschaft übertreten sie geltende Regeln. Dieses Verhalten ist dann sinnvoll, wenn es dazu beiträgt, sich von den Eltern und andere Autoritäten zu lösen. Jugendliche experimentieren mit einer Vielzahl von Verhaltensweisen und Haltungen, darunter auch mit den Konsum von Substanzen. Zunächst findet dieses Experimentieren meist mit den Substanzen statt, die für Erwachsene legal und für Minderjährige leicht verfügbar sind. Fast alle Jugendlichen machen ihre Erfahrungen mit diesen „gateway drugs“. Weniger Jugendliche schreiten zu einem höheren und problematischeren Level des Konsums fort (höhere Frequenz, größere Mengen, illegale Drogen, „harte“ Drogen...) (AACAP, 1997). Drogenkonsum gilt zunächst als überwiegend als passageres Phänomen. Konsum ermöglicht, Bedürfnisse nach Abenteuerlust, Autonomie und Statusbedürfnissen zu befriedigen. Dabei ist die vermutete Außen-Wirkung des Konsums auf Dritte („peers“) ein wichtiges Konsummotiv (reputation-enhancement, Boys et al., 1999).

Einige biologische Forschungsergebnisse legen den Verdacht nahe, dass Substanzkonsum im Jugendalter ein besonderes *Entwicklungsrisiko* darstellt und damit bedenklicher einzuordnen ist, als Konsum im Erwachsenenalter. So stellt die mittlere Jugend eine kritische Phase für die aktivitätsabhängige Anpassung des präfrontalen Kortex dar, in der die *Reifungsprozesse* sowohl durch traumatisierende Ereignisse als auch durch *drogentoxische Einflüsse* irritierbar sind (Teuchert Noodt und Dawirs, 1999). Aus dem Tiermodell ergeben sich ferner Hinweise, dass Mäuse in der späteren Adoleszenz zum (freiwilligen) Konsum von Alkohol in höheren Konzentration neigen, während ein erstmaliger Konsum im Erwachsenenalter mit aversiven Reaktionen einhergeht. (Philpot et al. 2003). Gleichzeitig steigt das Risiko einer späteren Alkoholstörung, wenn der Beginn des Alkoholkonsums zwischen dem elften und vierzehnten Lebensjahr liegt (DeWit et al., 2000). Ähnliche Beobachtungen liegen auch für andere Substanzen vor.

Besonders bedenklich erscheint, dass Menschen dann ein besonderes Risiko für eine spätere Abhängigkeit tragen, wenn sie akut nur wenig Auswirkungen des Alkohols verspüren. Diese erhöhte Alkoholtoleranz könnte Folge einer Unterfunktion der serotonergen Neurotransmission sein (Heinz und Mann, 2001): Diese Reaktion wird von den Betroffenen und vor allem von Jugendlichen eher als Stärke empfunden. Umgekehrt bewahren die unangenehmen Folgen des toxischen Metaboliten Acetaldehyd diejenigen vor der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit, die aufgrund einer genetischen Variante den Alkohol langsamer verstoffwechseln (s.o.). Für Alkoholabhängigkeit ist eine genetische Komponente belegt, deren Anteil an der Erkrankung für Männer mit etwa 50 % und für Frauen mit etwa 25 % geschätzt wird; auch für den Missbrauch von Nikotin und Opiaten finden sich Hinweise auf eine genetische Prädisposition (vgl. z.B. Maier, 1996).

Gleichzeitig zeigt der „natürliche Verlauf“, dass ein Großteil der Jugendlichen einen Konsum beim Eintritt in das Erwachsenen- oder Erwerbsleben deutlich reduziert oder aufgibt (z.B. Coffey, 2000). Das gilt teilweise auch für Jugendliche, die zuvor einen exzessiven Konsum betreiben haben, z.B. Alkoholkonsum mit binge-drinking. Immerhin gilt noch für unbehandelte Erwachsene eine *Spontanremissionsrate* bei Problemtrinkern von 77 % (Sobell et al. 1996). Andererseits gilt wöchentlicher Cannabiskonsum bei Jugendlichen als Grenze für ein höheres Risiko späterer Abhängigkeit, wobei der Vorzug von Cannabis zu Alkohol möglicherweise einen frühen Abhängigkeitsprozess markiert (Coffey et al, 2003). Sher und Gotham (1999) haben für den problematischen Alkoholkonsum Jugendlicher drei Verlaufs-Typen beschrieben: 1. Den *chronischen Verlauf* mit Beginn in der Jugend und Fortsetzung in das Erwachsenen-Leben. 2.) den *entwicklungsbedingt limitierten Verlauf* mit deutlicher Verminderung des Konsums im Erwachsenenalter. 3.) und den „late onset“ Typ mit ersten Problemen im jungen Erwachsenenalter. Verlässliche Prädiktoren für die Zuordnung sind derzeit nicht erkennbar.

Die Individuelle *Konsumentscheidung* hängt vom regionalen Markt und den Vorlieben der peer group ab (und von der Werbung s.o.); entsprechend spiegeln epidemiologische Daten die untersuchte Stichprobe und den Zeitpunkt der Untersuchung. Jugendliche konsumieren vor allem die legalen Substanzen Tabak und Alkohol. Dabei spielen in der jüngeren Diskussion um den Alkoholkonsum Jugendlicher vor allem die veränderten Konsummuster mit exzessivem Alkoholgenuss eine Rolle (binge drinking). Prävalenzdaten haben beispielsweise Farke und Broekmann (2002) zusammengefasst:

		Alter	Anteil
Nikotin	Ständige oder Gelegenheitsraucher	12-25 J.	38%
	Nikotinabhängigkeit	14-24 J	ca. 20 %
Alkohol	Alkoholerfahrung	16	90 %
	Regelmäßiger Konsum von Bier	12-15	22%
	Wein		8%
	Spirituosen		4%
	Alkoholmissbrauch	16-17	9%
	Alkoholabhängigkeit	16-17	4%

(Farke und Broekmann, 2002)

Und für die illegalen Substanzen:

Substanz		Alter	Anteil
Cannabis	Konsumerfahrung	12-25	27%
	öfter als 200 Mal		11%
	Missbrauch	14-16	1%
Ecstasy	Lebenszeitprävalenz	12-17	3%
		18-25	6%
	Techno Events	12-25	
	Mindestens 1 x/Monat		14%
	< 1x /Monat		9%
	Nie		3%

(Farke und Broekmann, 2002)

Die Begründung für den Substanzkonsum wurden von Hurrelmann und Hesse bereits 1991 so zusammengefasst:

- Demonstrative Vorwegnahme des Erwachsen-Seins
- bewusste Verletzung elterlicher Kontrollvorstellung
- sozialer Protest
- Grenzerfahrungen
- jugendtypischer Mangel an Selbstkontrolle
- Entspannung und Genuss
- Zugang zu Freunden
- Symbol subkulturellen Lebensstils

als weitestgehend „natürliche“ Motive mit den allgemeinen dargestellte Risiken.

Daneben lassen

- Ohnmachtsreaktion bei sozialen Spannungen
- Lösung von Leistungsversagen
- Notfallreaktion bei Entwicklungs-Störungen

als Indikatoren für eine problematische Entwicklung eine vertiefte Diagnostik geboten erscheinen.

In der *ätiologischen Betrachtung* von Substanzstörungen haben sich eine Vielzahl biologischer, psychobiologischer, psychologischer, und soziologischer Aspekte (u.a.m.), die aufzeigen lassen, die unter der Vorstellung einer multifaktoriellen Genese vereint werden sollen. Im Modell nach Edwards et al. (1981) soziale (Gesellschaft, Familie, soziales Netz, Einstellungen, Werte und Normen, Bildungsvariablen) und personale/familiäre (Alter Geschlecht, Persönlichkeit, Temperament, genetische Vulnerabilität, familiäre Faktoren, frühe psychische Störungen) Vulnerabilitätsfaktoren dargestellt, die bei entsprechend modifizierenden Risikofaktoren (substanzspezifische Wirksamkeitserwartung, Aktualbelastung, Verfügbarkeit, Konsum unter Peers) zu einer Substanzabhängigkeit führen.

Von besonderer Bedeutung für die Beratung sind *Risikofaktoren-Modelle*: so gelten antisoziales Verhalten, ein wenig unterstützender Erziehungsstil, Inkonsequenz der Eltern, Gleichgültigkeit oder Verständnislosigkeit aber auch Überprotektivität als Risikofaktoren neben Alkohol- und Drogengebrauch der Eltern, Trennung und Scheidung, Missbrauch u. a. (Überblick bei Thomasius et al., 2003).

Diagnostik

Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass eine umfassende jugendpsychiatrische Untersuchung angezeigt ist, wenn Jugendliche in eine problematische Situation psychotrope Substanzen konsumieren (AA-CAP, 2000; DGKJPP, 2003). Das gilt besonders dann, wenn der Verdacht auf einen Substanzmissbrauch besteht (s.u.). Wenngleich der Konsum von Substanzen ein notwendiger Baustein für die Entwicklung einer substanzassoziierten Störung darstellt, rechtfertigt der alleinige Konsum auch größerer Mengen noch keine eigenständige Diagnose.

Dem Kliniker werden sehr unterschiedliche Bilder präsentiert, die im Zusammenhang mit dem Einfluss psychotroper Substanzen stehen können. Neben der akuten *Intoxikation* und der akuten *psychotischen Störung* im Zusammenhang mit einem Drogenkonsum kommen *Entzugssyndrome* oder die Diagnosen von *Missbrauch* und *Abhängigkeit* in Frage. Die Diag-

nosen der unterschiedlichen Substanzklassen werden beispielsweise in der DSM-IV dargestellt (Saß et al., 1996) (s. Tabelle 1).

	Abhängigkeit	Missbrauch	Intoxikation	Entzug	Intoxikationsdelir	Entzugs Delir	Demenz	Amnestische Störung	Psychotische Strg.	Affektive Strg.	Angststörung	Sexuelle Funktionsstrg.
Alkohol	X	X	X	X	I	E	P	P	I/E	I/E	I/E	I
Amphetamine	X	X	X	X	I				I	I/E	I	I
Cannabis	X	X	X		I				I		I	
Halluzinogene	X	X	X		I				I	I	I	
Inhalantien	X	X	X		I		P		I	I	I	
Koffein			X								I	
Kokain	X	X	X	X	I				I	I/E	I/E	I
Nikotin	X			X								
Opiate	X	X	X	X	I				I	I		I
Phencyclidine	X	X	X		I	E	P	P	I/E	I/E	E	I
Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika	X	X	X	X	I							
Multiple Substanzen	X					E	P	P	I/E	I/E	I/E	I
Andere	X	X	X	X	I							

Tabelle 1 Diagnosen der Substanzklassen nach DSM-IV

Eine akute Intoxikation kann vital bedrohlich werden, so Maßnahmen von der Kontrolle der Vitalzeichen bis hin zur intensivmedizinischen Überwachung erforderlich werden können (Drogennotfall). Das klinische Bild richtet sich nach der verantwortlichen Substanz (cave!: Mischintoxikation).

Dem Diagnostiker stellt sich weiterhin die Aufgabe, einen unproblematischen Substanzkonsum - etwa dem Genuss - von problematischen Konsum-Formen zu unterscheiden und je nach Ergebnis tätig zu werden.

Häufig werden Jugendliche fremdmotiviert mit der Frage nach dem Ausmaß des Konsums oder gar nach einer Abhängigkeit vorgestellt. Es gelten die üblichen klinischen Regeln einer vollständigen jugendpsychiatrischen Untersuchung. Die Qualität der Untersuchung hängt hier in besonderem

Maße davon ab, ob es gelingt, ein Arbeitsbündnis mit dem Jugendlichen zu etablieren. Oftmals besteht bei den Betroffenen nur ein geringes Interesse, den vollen Umfang des Konsums zu offenbaren; sehr viel günstiger stellt sich natürlich die Situation dar, wenn der Jugendliche aus eigenem Antrieb therapeutische Hilfe sucht und einer Diagnostik gegenüber offen eingestellt ist.

Die Kriterien der DSM-IV oder ICD-10 sind indes nur bedingt geeignet, eine entsprechende Diagnose zu stellen. Zum einen schließen sich die Diagnosen *Abhängigkeit* und *Missbrauch* gegenseitig aus, sodass Kacynski-Pollok und Martin (1999) die Jugendlichen mit eindeutigen substanzbezogenen Symptomen, die sich nicht einer der beiden Kategorien zuordnen ließen, als „Diagnostische Waisen“ bezeichnete. Es deutete einiges darauf hin, dass sich für Jugendliche kein qualitatives Kontinuum vom Missbrauch zur Sucht darstellen lässt. Der Schweregrad der Störung erscheint vielmehr als dimensionales Problem angelegt, in dem sich sowohl Aspekte des Missbrauches als auch der Abhängigkeit widerspiegeln (Fulkerson et al., 1999).

Ein besonderes Problem bei der Diagnostik des Substanzmissbrauches ergibt sich durch den Umstand, dass die Kriterien der ICD oder des DSM einen besonders engen Bezug zu psychoaktiven Substanzen aufweisen, die primär betäuben oder ein hohes körperliches Abhängigkeitspotenzial besitzen (Alkohol, Barbiturate, Benzodiazepine, Opioide). Die Substanzen mit vergleichsweise niedrigem Abhängigkeitspotenzial (u.a. Cannabis, Amphetamine, Kokain, Halluzinogene) sind weniger gut mit dem Katalog abgestimmt worden. Bei Jugendlichen unterliegen die üblichen Manifestationen des Substanzmissbrauches, etwa Toleranzphänomene und Entzugerscheinungen im Gefolge der Entwicklung anderen Voraussetzungen (Thomasius, Jung, Schulte-Markwort, 2003). Die Autoren schlagen daher vor, die entwicklungsbezogenen Kriterien von Bentler (1989) als Basis für die Beurteilung eines Substanzmissbrauches bei Jugendlichen heranzuziehen:

Für einen Missbrauch sprechen danach:

- 1.) *Substanz- und Konsumumstände*: Bewertung der Substanz-immanenten Gefahren, aber auch der Dauer und der Angemessenheit von Konsumsituationen (Schule, Arbeitsplatz)
- 2.) *Person*: Missbrauch liegt vor, wenn die persönlichen und physiologischen Umstände für einen verantwortungsvollen Konsum der Substanz nicht erfüllt werden, oder wenn durch den Konsum die altersgerechte Entwicklung behindert wird.
- 3.) *Reaktion*: substanzbedingte Einschränkungen, Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit, zunehmende Unfähigkeit, den Anforderungen des Alltags nachzukommen

4.) *Konsequenzen*: Beeinträchtigung von Gesundheit oder Beziehungen, Rechtsbruch, Gewalttätigkeit

Bei allen damit verbundenen Problemen sind die Klassifikationen Grundlage der Diagnostik. Es muss offen bleiben, ob das Diktum „Sucht ist eine primär chronische Erkrankung...“ auch für die Diagnose eine Substanzstörung im Jugendalter gilt.

Kriterien der Substanzabhängigkeit nach DSM-IV

Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigung oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats Zeitraum auftreten:

(1) Toleranzentwicklung

- Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung
- deutliche Verminderung der Wirkung bei gleicher Dosis

(2) Entzugssymptome die sich durch eines der folgenden Symptome äußern

- charakteristisches Entzugssymptom der jeweiligen Substanz
- dieselbe oder eine ähnliche Substanz werden eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern

(3) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt genommen

(4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren

(5) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen

(6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauches aufgegeben oder eingeschränkt

(7) Fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

a) mit körperlicher Abhängigkeit: Vorliegen von Toleranzentwicklung oder Entzugssymptomen (Kriterium 1 oder 2 erfüllt)

b) ohne körperliche Abhängigkeit: kein Vorliegen von Toleranzentwicklung oder Entzugssymptomen (weder Kriterium 1 noch Kriterium 2 ist erfüllt)

Substanzabhängigkeit nach ICD-10

Erforderlich sind drei oder mehr Kriterien innerhalb des letzten Jahres

- (1) Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren
- (2) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums
- (3) Substanzgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung
- (4) Ein körperliches Entzugssyndrom
- (5) Nachweis einer Toleranz

Die ICD-10 Klassifikation unterscheidet die folgenden substanzspezifische Subtypen:

- Störungen durch Alkohol (F10)
- Störungen durch Opioide (F11)
- Störungen durch Cannabinoide (F12)
- Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)
- Störungen durch Kokain (F14)
- Störungen durch andere Stimulantien einschl. Koffein (F15)
- Störungen durch Halluzinogene (F16)
- Störungen durch Tabak (F17)
- Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (F18) und
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19).

Bei Jugendlichen ist mit einem unkritische Mischkonsum, auch der Einnahme unbekannter Substanzen und Dosierungen zu rechnen. Neben den bekannten Drogen kommt auch der Konsum pflanzlicher Drogen (Psylocybinhaltiger Pilze, Engelstropfen etc.) häufiger vor. Daneben spielt nach wie vor der Konsum flüchtiger Lösungsmittel alleine oder in der Gruppe eine Rolle. Eine genauere Darstellung der Substanzen, ihrer Pharmakologie und Toxikologie würde den Rahmen dieser Abhandlung sprengen. Daher erfolgt hier nur der Verweis auf die Broschüren der Suchtberatung, Lehrbücher etc.

Die klinischen und anamnestischen Anzeichen eines Substanzmissbrauches sind oft unspezifisch und daher mehrdeutig; Substanzkonsum findet überwiegend im Dunkelfeld statt.

Kritische Ereignisse sind

- schwierige Entwicklungen in Schule und Beruf,
- Rückzug von Freunden,
- Veränderungen der Kontakte und Freizeitinteressen.
- Nähere Hinweise liefern typische Drogenutensilien oder Substanzen bzw. substanztypische psychische oder somatische Veränderungen.
- Psychotische Erscheinungen führen oft unmittelbar zur Vorstellung beim Arzt.

Komorbidität

Wenn aus den diagnostischen Manualen ICD-10 oder DSM-IV die Kriterien nicht nur einer Störung erfüllt sind, wird dieses gemeinsame Auftreten von Störungen als Komorbidität bezeichnet. Wittchen et al.(1996) weisen auf die uneinheitliche Verwendung des Komorbiditäts-Begriffs hin und greifen die damit verbundenen methodischen Probleme auf: Unter anderem die ungleiche Verwendung von Zeitfenstern, die unzureichende Differenzierung der diagnostischen Einheit (Bsp: Zusammenfassung der Angststörungen), auch die Einschränkung auf psychiatrische Diagnosen führen zu einer Datenlage mit schwer vergleichbaren Häufigkeitsangaben. Die hohe Komorbidität substanzbezogener Störungen mit weiteren kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen ist bekannt; für alkoholbedingte Probleme werden bis zu 80 % komorbider Störungen angegeben (Rhode et al.1996).

In besonderer Weise sind Störungen des Sozialverhaltens mit einem Drogenkonsum assoziiert aber auch

- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Posttraumatische Störungen
- Hyperkinetische Störungen
- Persönlichkeits-Entwicklungsstörungen
- Sozialphobische Störungen
- Schizophrene Psychosen
- Essstörungen u. a. m.

sind gehäuft zu finden (Übersicht z.B. bei Thomasius et al., 2003; Schulz und Remschmidt, 1999).

Die Herausforderung für den Diagnostiker besteht darin, die Symptome der unmittelbaren Substanzwirkung oder des Entzuges von den Erscheinungen der psychiatrischen Störung abzugrenzen. Angesichts der komplexen Situation weisen die Leitlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf die Notwendigkeit einer umfassenden Anamnese und nachfolgenden Untersuchung hin, letztlich mit dem Ziel, den Substanzkonsum in seiner Bedeutung für den aktuellen Lebenskontext einzuordnen und daraus einen *umfassenden Behandlungsplan* zu erstellen, unter Einbezug der komorbiden Störungen.

In aller Regel ist dazu eine *gründliche Anamnese* aber auch die *Beobachtung unter Drogenkarenz* erforderlich. Miller und Fine (1993) halten einen Zeitraum von 4 Wochen nach dem letzten Substanzkonsum für ideal, um die psychischen Probleme im Gefolge des Substanzkonsums von eigenständigen psychiatrischen Erkrankungen zu unterscheiden, insbesondere, wenn ein Substanzkonsum *vor* dem Beginn der psychischen Störung angegeben wird. Daher ist ein einmalig erhobener psychopathologischer Befund unzureichend; es muss der Verlauf beurteilt werden, nicht zuletzt wegen der mehrgipfligen Entzugsverläufe bei Mischkonsum. Entsprechend zurückhaltend sind Befunde der Persönlichkeitsdiagnostik zu interpretieren.

Die Bemühungen um den Jugendlichen müssen dessen Bereitschaft zur Mitarbeit berücksichtigen: Dabei ist ein gewisses Maß äußeren Druckes mitunter förderlich (Schule, Eltern, Justiz...). Prochaska und DiClemente (1986) haben belegt, dass sich Problembewusstsein und Veränderungsbereitschaft (Motivation) im Verlauf einer Suchterkrankung prozesshaft ändern. Sie unterscheiden die Phasen

- 1.) Vorabsicht (Precontemplation) - Fehlende Änderungsbereitschaft und fehlendes Problembewusstsein
- 2.) Absichtsbildung (Contemplation) - Allmählicher Aufbau eines Problembewusstseins, noch keine Verpflichtungen anderen gegenüber
- 3.) Vorbereitung (Preparation) Änderungspläne werden gemacht, Absicht wird geäußert; Ambivalenz, Evtl. Erfolglose Versuche der Änderung
- 4.) Handlung (Action) – erste Veränderungen sind sichtbar
- 5.) Aufrechterhaltung (Maintenance) – Aufrechterhaltung der Veränderungen bis zum Rückfall und neuem Beginn dieses Zyklus

Diese Phaseneinteilung kann auch in der Betrachtung Jugendlicher und der Einschätzung der Veränderungsmöglichkeiten nützlich sein; die Phasen werden nicht immer linear durchlaufen, es kommt vielmehr im Behandlungsverlauf zu Rückschritten und Wiederholungen des Zyklus.

Die *Beurteilung des Substanzkonsums* wird auch bei guter Mitarbeit des Jugendlichen durch die Vielzahl der verfügbaren Substanzen und Herstellungsformen, Unschärfen der Bezeichnung (Szene-Jargon bzw. Unkenntnis) und Erinnerungslücken aufgrund der Substanzwirkung erschwert. Der Beurteilung aktuellen juristischer (Straftaten) und sozialer Probleme (Schulden..) kommt eine besondere Bedeutung zu.

In der *Anamnese* hat sich bewährt, die Substanzen und die psychosozialen Umstände gezielt., ggf. auch mehrfach und vor allem in Abwesenheit der begleitenden Erwachsenen nachzufragen. Nikotin, Alkohol oder Cannabis wird von den Jugendlichen nicht immer als erwähnenswerte Droge aufgefasst.

Die Diagnostik umfasst ferner eine gründliche *körperliche Untersuchung*, die Veränderungen durch die Lebensumstände (Verwahrlosung, Parasiten, Einstichstellen, Infektionen) oder den Konsum (Blutbild, inneren Organe, NMR..) und aktuelle Beeinträchtigungen (Orientierung, Pupillenreaktion, Reflexe..) erfassen soll. Psychische Symptome internistischer (Diabetes..) oder neurologischer (Anfall..) Störungen können mit einer Drogenwirkung verwechselt werden.

Neben den chemischen und virologischen Laboruntersuchungen spielt der möglichst spezifische *Substanz-Nachweis im Urin* (unter Sicht gewonnen) eine wesentliche Rolle zur Beurteilung der Compliance und des Verlaufes, aber auch zur Unterstützung der Abstinenz eine Rolle. Die Interpretation der Befunde setzt spezifische Kenntnisse (Halbwertszeiten, Kreuzreaktionen, Nachweismöglichkeiten..) voraus. (s. auch Degel, 2004).

Da Schulprobleme häufiger in Verbindung mit Substanzkonsum auftreten, ist die Beurteilung der geeigneten Schulform von grundlegender Bedeutung, um kurzfristig Fehlplatzierungen zu korrigieren. Daher findet die zumindest *orientierende testpsychologische Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit* einen wichtigen Platz; ggf. sollte auch nach Teilleistungsstörungen gefahndet werden.

Jugendpsychiatrische Behandlung

In der Behandlung Jugendlicher mit Substanzproblemen gilt es, *den Konsum in das klinische Bild richtig einzuordnen* und danach den Behandlungsplan zu erstellen. So einfach es klingt: Das Ausmaß des Konsums sollte weder dramatisiert noch geleugnet werden. Wittchen et al. (1996) beschreiben die komplexen Zusammenhänge komorbider Störungen: Bei konsumierenden Jugendlichen lassen sich oftmals in der Vorgeschichte kinderpsychiatrisch relevante Störungsbilder aufdecken, die von der Substanzstörung zunehmend überlagert werden; andererseits entwickeln sich psychiatrische Probleme auch als Folge eines Konsums oder unabhängig. Aus dem klinische Bild leiten sich die Schwerpunkte der Behandlung – bei Substanzkonsum im Sinne des „*self-medication*“-Konzeptes gilt es, die

primäre Störung wenn möglich zu behandeln. Bei Entwicklung einer *primären Substanzstörung* treten die suchtspezifischen Behandlungselemente in der Vordergrund.

Die Behandlungsplanung berücksichtigt unterschiedliche Behandlungsebenen (Bühringer und Ferstl, 1988):

- Behandlung der körperlichen Auswirkungen des Substanzkonsums
- Behandlung der psychischen Funktionsstörungen
- Behandlung der Entwicklungsstörungen

Bei der Wahl des *Behandlungs-Settings* kommen prinzipiell ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote in Frage. Die American Academy of Pediatrics (AAP) hat Vorschläge für die Auswahl ausgearbeitet (AAP 2000): Demnach kommen für die *ambulante Behandlung* vor allem motivierte und kooperative Jugendliche in Frage, während deutlicher beeinträchtigte Jugendliche entweder hinsichtlich der Substanz-Störung oder der komorbiden Störung einem stationären Rahmen zugeführt werden sollten. Die wenigen vorliegenden Ergebnisse zu Behandlungserfolgen unterstützen diese Empfehlung (Übersicht bei Thomasius et al 2003).

Schepker (2002) verweist auf die differenziellen Indikationen für Jugendliche auch für den Reha-Bereich und bestätigt für psychiatrisch komorbide Patienten mit hohem Behandlungsaufwand die vollstationäre Versorgung einschließlich Mädchenspezifischer Angebote. Angesichts unterschiedlicher regionaler Versorgungskonzepte für Jugendliche wird die Zuweisung von den regionalen Gegebenheiten bestimmt. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass Erfahrung in der Behandlung und spezifische Einrichtungsmerkmale (erfahrene Mitarbeiter, Schule...) sich auf den Behandlungserfolg günstig auswirken (Überblick bei Thomasius et al.2003).

Die *Behandlungshierarchie* berücksichtigt zunächst die *Sicherung des Überlebens*, danach psychische und somatische Gesundheit und soziale Interaktion. Anders als im Bereich der Erwachsenen-Suchthilfe vorgeschlagen (z.B. Schwoon 1992) sind bei Jugendlichen im Entwicklungsprozess mehr oder weniger gleichrangig pädagogische und therapeutische Prozesse zur Reifung, sozialen und beruflichen Integration neben der suchtspezifischen Betrachtungsweise erforderlich. Wir haben für die stationäre Aufnahme an anderer Stelle u.a. die folgenden Indikationen vorgeschlagen (Jung, 2001):

Absolute Indikation

- Suizidalität
- Unklare Rauschzustände
- Drogenassoziierte Psychose

- Entgiftung mit Entzugssymptomen
- Qualifizierte Entgiftung
- behandlungsbedürftige KJPP Zweit-Erkrankung

Relative Indikation

- Notwendigkeit umfassender Diagnostik
- Herauslösung aus dem bisherigen Umfeld

Im Mittelpunkt der Behandlung stehen zunächst Entgiftung und – wenn möglich- Motivierung zur Diagnostik unter Drogenkarenz. Bei hinreichender Gefährdung kann sich auch die Notwendigkeit einer geschlossenen Untersuchung und Behandlung ergeben (z.B. §1631 b BGB). Bei jüngeren Jugendlichen (bis ca. 15 Jahre) streben wir die sorgfältige Diagnostik und einen Behandlungsversuch besonders dann an, wenn sich stabilisierende Erwachsene im Umfeld finden lassen. Die Entgiftung kann „kalt“ (selten“) medikamentenunterstützt (ja nach Substanz) oder mit Unterstützung von Akupunktur erfolgen.

Wir halten einen Stations-Rahmen für notwendig, in dem die Abwesenheit drogenerfahrener Erwachsener sichergestellt ist. Ferner sollte dem Entwicklungsaspekt durch die Anwesenheit pädagogischer Berufsgruppen und jugendpsychiatrisch fachärztlicher Behandlung Rechnung getragen wird. Im Gegensatz zu einer jugendpsychiatrischen Regelbehandlung behält die spezifische Therapie einer Suchtstation die Rückfallgefährdung während der Therapie im Blick und hält in einem strukturierten Rahmen spezifische Angebote vor. Sie trägt damit der Ambivalenz und den bekannten Rückfallphänomenen Rechnung, ohne die jugendpsychiatrische Therapie aus dem Blick zu verlieren.

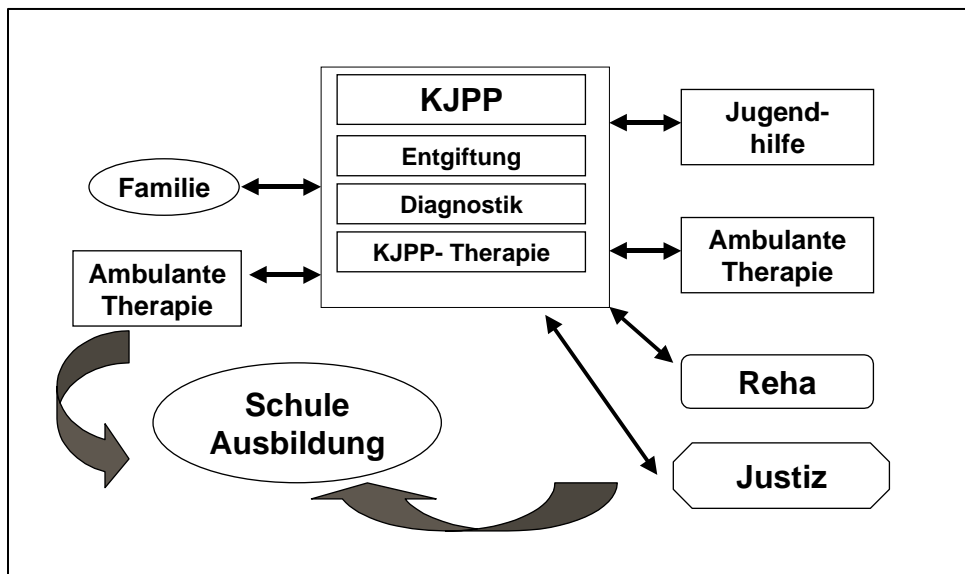
Die Behandlung substanzassoziierter Probleme in der Adoleszenz setzt demnach ein hohes Maß *individualisierter Therapie und Planung* voraus. Je nach individueller und sozialer Konstellation und Behandlungsfortschritt kommen im Gefolge der Entgiftung u.a.

- Spezifische jugendpsychiatrische Therapie einschließlich Pharmakotherapie (Psychose, Depression, Trauma...), Psychotherapie, Familientherapie etc.
- Maßnahmen der Jugendhilfe
- Suchtspezifische Nachsorge (Reha)

in Frage. Da die Vorstellungen der Verantwortlichen in Schule, Jugendhilfe, Suchthilfe und Klinik über Verfahren und zeitliche Abläufe mitunter erheblich divergieren, ist es oft nicht einfach, einen günstigen Übergang zwischen des Systemen zu gestalten. Eine fachliche Betrachtung wird mitunter durch finanzielle Überlegungen und strukturelle Mängel der Versorgungssysteme und ihrer Koordination überlagert. Konkurrierende Vor-

stellungen über geeignete Hilfen stellen erhöhte Anforderungen an die Kommunikations- und Integrationsfähigkeit der Beteiligten (Jung, 2000). Begleitende juristische Prozesse (Straftaten...) vervollständigen das Bild.

Besonders problematisch zu behandeln und zu integrieren sind Jugendliche ohne Abstinenzwunsch oder mit ausgeprägter komorbider Problematik. Diese Gruppe der Patienten hat auch in der vorliegenden Behandlungsstudien eine ungünstige Prognose (Zusammenfassung bei Thomasius et al. 2003).



Der Umgang mit psychotropen Substanzen unterliegt gesellschaftlichen Trends, die Unterstützung Jugendlicher in der Auseinandersetzung mit diesem Thema gehört zunächst in der Bereich der Pädagogik und der Prävention (auf die in diesem Überblick nicht weiter eingegangen wurde). Das besondere Augenmerk muss den Jugendlichen gelten, die aufgrund bekannter Risikofaktoren als besonders gefährdet einzustufen sind. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie kann mit ihren Methoden u.a. einen präventiven Beitrag durch adäquate Diagnostik und Behandlung bekannter primärer Störungen beisteuern; durch Adaption suchtherapeutischer Kompetenz an die Methoden der KJPP entwickeln sich in unserem Fach seit einiger Zeit suchtspezifisches Wissen. Die Notwendigkeit spezialisierter stationärer Angebote wird zunehmend erkannt; die Versorgungsstrukturen sind allerdings nicht flächendeckend umgesetzt.

Anschrift des Autors

Dr. Martin Jung
Klinik für KJPP Schleswig Hesterberg
Friedrich Ebert Str. 5, 24837 Schleswig

Literatur

AACAP (1997): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Substance Use Disorders, Journal of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 10 Supplement, 140-156

American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse (2000): Indications for management and referral of patients involved in substance abuse. Pediatrics 106: 143-148

Bundesministerium für Bildung und Forschung(BMBF) (2004): Suchtforschung auf neuen Wegen, 2004, S. 30

Boys, A., Marsden, J., Griffiths, P., Fountain, J., Stillwell, G, Strang, J.(1999) *substance use among young people: the relationship between perceived functions and intentions* Addiction, 94(7),1043-1050

Bundesministerium für Bildung und Forschung(BMBF) (2004b): Suchtforschung auf neuen Wegen, 2004, 15

BzGA (2003); Bekanntheit, Kauf und Konsum von Alcopops in der Bundesrepublik Deutschland, <http://www.bzga.de/studien/>

Bühringer G, Ferstl R (1988) Strömungen durch psychotrope Substanzen: Interventionen in: *Baumann U, Perrez M(Hg)* Lehrbuch klinische Psychologie/Psychotherapie, 2 Aufl., Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 799-817

Degel F. (2004) Immunchemische Tests im urin zur Verlaufsbeurteilung von Drogenabusus, Deutsches Ärzteblatt 101, B963-965

Caspers-Merk, Marion (2003) Drogen und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 2003, Eigenverlag

Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, R., Patton, G.C.(2000) Initiation and progression of cannabis use in a population based Australian adolescent longitudinal study, Addiction,95(11), 1679-1690

Coffey, C.,Carlin, J.B., Lynskey, M., Patton, G.C. (2003) Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study, British Journal of Psychiatry, 182, 330-336

DeWit D.J, Adlav E.M., Offord D.R., Ogborne A.C. (2000): Age at first Alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders American Journal of Psychiatry, 157, 745-750

DGJPP u.a. (Hg.)(2003): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 2. überarbeitete Auflage

DHS (Hg) (2001), Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe, Eigenverlag

DHS (2003) Jahrbuch Sucht 2003, Geesthacht:Neuland Verlagsgesellschaft

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2003), Jahresbericht 2003: Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen, Eigenverlag

Farke W, Broekman A (2002): Drogenkonsum aus Sicht suchtgefährdeter Jugendlicher –Prävalenz und Bedarf an Hilfe, in *Farke W, Graß H, Hurrelmann K* (Hg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen Stuttgart; New York:Thieme Verlag, 6-18

Heinz A, Mann K (2001) Neuobiologie der Alkoholabhängigkeit, Deutsches Ärzteblatt 98, (36), B1967-1971

Fulkerson J, Harrison P, Beeb T: (1999)DSM-IV substance abuse and dependence: are there really two dimensions of substance disorders in adolescents? *Addiction* 94(4), 495-506

Hurrelmann, K., und Hesse, S.(1991), Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter *SUCHT* 37(4), 240–252

Jung M (2001): Besonderheiten einer jugendpsychiatrischen Station für abhängigkeitskranke Jugendliche in: *Olbrich, R.* (Hg.) Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderer Suchtformen, Regensburg: Roderer, 149-162

Jung, M (2000) Jugendlichen Drogenkonsumenten zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein* (Hg.): „Partydrogen“ – Anforderung an die Beratung und Therapie. Kiel. Eigendruck; 81-87

Maier, W. (1996) Genetik von Alkoholabusus und Alkoholabhängigkeit in: *Mann, K, Buchkremer, G.*(Hg), Lehrbuch der Suchterkrankungen, Stuttgart, New York: Thieme 183-201

McKeganey, Neil (1998) Alcopos and young people: a suitable cause for concern, *Addiction*, 471-473

*Philpot RM, Badanich KA, Kirstein CL:*Place conditioning: age-related changes in the rewarding and aversive effects of alcohol

Miller NS, Fine J (1993) Current epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive disorders. *Psychiatric Clinic of North America*, 16, 1-10

Philpot, R.M., Badanich, K.A., Kirstein C.L. (2003) Place conditioning: Age-Related Changes in the Rewarding and Aversive Effects of Alcohol; *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* Vol 27 (4), 593-599

Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1986) Towards a comprehensive model of change in: Miller W.E., Heather N. (Hg.) Treating addictive behaviors. Processes of change. New York: Plenum, 3-27

Rhode, P.; Lewinsohn, P.M., Seeley J.R. (1996) Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescent psychiatry, 35, 101-109

Kraus, L., Augustin, R. (2001), Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland, Sucht, 47, Sonderheft 1, 3–85

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M (1996), Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, 222

Schepker R. (2002): Jugendpsychiatrische Suchtstationen –notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51, 721-735

Sher, K.J., Gotham, H.J. (1999) Pathological alcohol involvement: a developmental disorder of young adulthood, Developmental Psychopathology, 11, 933-956

Schwoon D. R. (1992) Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker in: Wienber G (Hg.) Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn Psychiatrie Verlag, 170-182

Schulz E., Remschmidt H. (1999): Substanzmißbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt, 96(7), A-414-418

Sobell et al. 1996 zitiert nach Bornhäuser A: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Bern: Hans Huber 2001, 61

Thomasius R., Jung M., Schulte-Markwort M. (2003): Suchtstörungen in: Herpertz-Dahlmann B., Resch F., Schulte-Markwort M., Warnke A. (Hg.): Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 691-726

Teuchert-Noodt, G., Dawirs, R.R. (1999) Beeinflussung der Hirnreifung durch psychoaktive Substanzen am Tiermodell In: Fegert, J.M., Hässler, F., Rothämel, S. (Hg.): Atypische Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie, Stuttgart, New York, Schattauer: 111-112

Ulmer, A. (2003); Suchtmedizinische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin. Suchttherapie, Supplement 1, 9-12

Wittchen H-U; Perkonig A; Reed V (1996); Comorbidity of Mental Disorders: European Addiction Research 2, 36-47

Kinder psychisch kranker Eltern

Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt in der Ostschweiz

S. Kühnel (1), O. Bilke (2)

*Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie CH-9573 Littenheid,
Bereich Jugendpsychiatrie (1)*

*Vivantes-Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Humboldt-Klinikum und Klinikum Hellersdorf, Berlin (2)*

Zusammenfassung

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko, selbst eine klinisch relevante psychische Störung zu entwickeln. Neben genetischen Belastungsfaktoren spielen besondere psychosozialen Stressoren dieser Kinder eine entscheidende Rolle. Sie wachsen gehäuft in deutlich belasteteren Lebensbedingungen auf als Kinder aus psychisch unauffälligen Familien.

Als wichtiger präventiver Faktor gilt die Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung und seitens der Eltern das Erlernen von Copingstrategien, um die Elternrolle den veränderten Bedingungen anzupassen.

In diesem Problemfeld liegen sekundär-präventive Aufgabenbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kooperation mit assoziierten Hilfsangeboten.

1. Einleitung und Problematik

Untersuchungen von hospitalisierten psychiatrischen PatientInnen zeigen, dass 40-50% der Frauen und 20% der Männer Kinder unter 20 Jahren haben. Die Betreuung der Kinder erfolgt zu 70% durch die Primärfamilie oder durch Verwandte zweiten Grades.

Im Jugendbereich unserer Klinik fanden sich im Jahr 2001 bei 38% der stationär behandelten Jugendlichen (13-19 Jahre) eine nach ICD-10 klassifizierbare psychische Störung eines Elternteils.

Bohus et al. (1998) konnten zeigen, dass in der Alltagspraxis Kinder und auch Jugendliche durch die ihre Eltern behandelnden Ärzte nur in geringem Ausmaß kontaktiert werden. Ca. ein Viertel der PatientInnen schät-

zen ihre Kinder selbst als auffällig ein. Der Informationsstand der Kinder über die Erkrankung der Eltern ist stark vom Alter des Kindes abhängig. Jüngere Kinder sind schlechter informiert als ältere. Leiden Eltern an Schizophrenie, ist der Informationsstand der Kinder am geringsten. Die Qualität der Kinderversorgung wird von den Ärzten wesentlich besser (85%) eingeschätzt als durch die PatientInnen selbst (45%). Die PatientInnen wünschen sich mehr Angebote für Kinderbetreuung, mehr finanzielle Unterstützung, mehr Familienhilfe und verstärkte psychosoziale Betreuung.

Der Bereich Jugendpsychiatrie der Ostschweizer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid führt aufgrund dieser Überlegungen seit 2001 ein Informationsprojekt für psychisch kranke Eltern durch.

Das Projekt bietet Aufklärung über die psychischen Erkrankungen, über genetische und psychosoziale Risikofaktoren für die Kinder sowie über die adäquate Elternrolle und die Kommunikation mit dem Kind.

Der Projektverlauf hat bis Anfang 2003 gezeigt, dass deutliche Verunsicherung und Schwellenängste bei psychisch kranken Eltern bestehen, sich mit den Risikofaktoren ihrer Kinder auseinander zu setzen, andererseits aber ein hohes Bedürfnis nach Unterstützung vorliegt. Vielfach fühlen sich die betroffenen Eltern und deren Partner durch Fachleute nicht ausreichend beraten, insbesondere wenn sie selbst ihre Kinder als gefährdet einschätzen. Um das Problembewusstsein sowohl bei den Eltern als auch bei den Fachleuten zu schärfen bedarf es verstärkt sensibler Aufklärung und regionaler Vernetzung von bestehenden Angeboten sowie wissenschaftlicher Dokumentation und Aufarbeitung.

2. Belastungsfaktoren

2.1 Genetische Risiken

Das genetische Risiko eines Kindes mit einem schizophrenen Elternteil erhöht sich von 1% (Risiko der Gesamtbevölkerung) auf 13%. Bei affektiven Störungen erhöht sich das Risiko auf 24%, den ungünstigsten Entwicklungsverlauf zeigen Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen.

Kinder schizophrener Eltern haben neben dem Risiko, schizophreniespezifische Symptome zu entwickeln, auch ein erhöhtes Risiko unspezifische Symptome zu generieren. Sie zeigen vermehrt Auffälligkeiten in den Bereichen:

- Kognition
- Emotion
- Soziale Kompetenz

Einen Überblick über die unspezifischen Störungsmuster gibt Tabelle 1.

Kognition	Emotion	Soziale Kompetenz
<ul style="list-style-type: none"> • Störung der Aufmerksamkeit und der Informationsverarbeitung • Beeinträchtigung der schulischen und beruflichen Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Instabilität • Stressübererregbarkeit • leichte Reizbarkeit • Ängstlichkeit • Stimmungsabhängigkeit • geringe Frustrationstoleranz • vermeidendes, ambivalentes Bindungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • geringere soziale Kompetenz

Tab. 1 Unspezifische Störungen bei Kindern von schizophrenen Eltern

2.2 Psychosoziale Risikofaktoren

Psychosoziale Belastungen entstehen für die Kinder durch das Zusammenleben mit den erkrankten Eltern ebenso wie durch krankheitsbedingte Trennungen. Wie stark sich die Lebensbedingungen auf die Kinder auswirken, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab (Tab.2).

Elterliche Faktoren	Kindliche Faktoren
Schweregrad der Erkrankung	Alter des Kindes
Dauer der Erkrankung	Geschlecht des Kindes
Tabuisierung der Erkrankung	Trennungserlebnisse
Familiäre Isolation	Parentifizierung
Familiäre Hostilität	

Tab. 2 Psychosoziale Belastungsfaktoren

Die Folgen für die Kinder sind umso schwerwiegender

- je stärker sie in die Symptomatik des kranken Elternteils einbezogen werden.

Kinder, die durch den Einbezug in psychotische Erlebnisweisen der Eltern keine Realitätskorrektur durch andere Bezugspersonen erfahren, können in ihrer Identitätsbildung stark beeinträchtigt werden. Sind beide Eltern erkrankt, sind sowohl das genetische Risiko als auch das psychosoziale Risiko mehrfach erhöht. Die Auswirkung der elterlichen Erkrankung hängt stark davon ab, wie der gesunde Elternteil oder andere Bezugspersonen des Kindes in der Lage sind, kompensatorisch zur Verfügung zu stehen.

- je jünger sie sind wenn die elterliche Erkrankung auftritt.

Auch wenn sich in der frühkindlichen Biografie keine Auffälligkeiten zeigen, besteht das Risiko, dass sich erste Symptome in der Pubertät manifestieren, wenn das Verschweigen der elterlichen Erkrankung als vermeintliche Schonung der Kinder gesehen wird. Redeverbote und andere Tabuisierungen der Erkrankung durch fehlende Krankheitseinsicht verschärfen die Belastungen der Kinder.

- wenn gravierende, ungelöste elterliche Konflikte bestehen.

Die familiäre Atmosphäre wird von den Kindern unfreundlich, belastend und wenig Trost spendend erlebt.

- wenn die Familie isoliert ist.

Kinder können dann nur unter erschwerten Bedingungen ausreichend Kontakte zu Gleichaltrigen schließen. Ihre besonderen familiären Belastungsfaktoren lassen sich mit Gleichaltrigen, die andere Erfahrungswerte mitbringen, nur unzureichend besprechen.

Soziale Isolation engt den Zugang zu fachspezifischen Hilfsangeboten ein, so dass die Kinder nicht mit alternativen Bewältigungsstrategien in Kontakt kommen, die familiäre Situation als „die Norm“ verstehen und sich damit arrangieren (vgl. Küchenhoff 1997).

- wenn Kinder parentifiziert werden.

Können Eltern krankheitsbedingt alltagspraktische Tätigkeiten nicht mehr ausführen, so übernehmen Kinder Verantwortung, die für ihren aktuellen Entwicklungsstand eine Überforderung darstellen und eine

altersinadäquate Entwicklungsbeschleunigung i.S. der Pseudo-Progression nach sich ziehen kann (vgl. Stöger et al. 1995).

- wenn die Erkrankung zum Auseinanderbrechen der Familie führt.

Kinder neigen dazu, Schuldgefühle zu entwickeln, an der Krankheit und den Konflikten der Eltern ursächlich beteiligt zu sein. Der depressive Rückzug und Mutismus des erkrankten Elternteils sowie die Trennung stehen subjektiv im Erleben des Kindes ursächlich für begangenes Fehlverhalten. Verlustängste und mangelndes Selbstwertgefühl können die Folge sein, besonders, wenn weiter gravierende Traumatisierungen bestehen. Suizidversuche oder ein vollzogener Suizid erschüttern auch sichere Bindungen der Kinder. Zwangshospitalisationen werden als Akt der Gewalt und als eigener sowie als Autonomieverlust des erkrankten Elternteils wahrgenommen.

3. Bewältigungsstrategien

Kinder reagieren auf ihre psychosozialen Lebensumstände mit unterschiedlichen Strategien (s. Tab. 3).

Involvierte Kinder	Nicht involvierte Kinder
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktive Empathie ▪ Emotionales Überengagement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indifferentes Verhalten ▪ Verleugnung

Tabelle 3 Anpassungsversuche (nach Soltaneus- Simula 2002)

Zwischen beiden Reaktionstypen besteht eine Geschlechter-Differenz: Mädchen zeigen mehr prosoziales Verhalten mit aktiver Empathie und Überengagement. Jungen neigen zu nicht involviertem Verhalten. Kinder mit aktiv empathischem Verhalten entwickeln sich prognostisch günstiger. Überengagement birgt die Gefahr von externalisierenden (soziale Verhaltensstörung, Dissozialität) und internalisierenden (Depression, Selbstverletzung) Symptomen. Symptomträger finden sich auch in der Verleugnungsgruppe.

4. Protektive Faktoren

Trotz erhöhter genetischer und psychosozialer Risikofaktoren gibt es in der Mehrzahl symptomfreie Entwicklungsverläufe. Unterschiedliche protektive Faktoren können benannt werden (s. Tab. 4)

individuelle protektive Faktoren	interaktionelle protektive Faktoren
Temperament, das positive Aufmerksamkeit seitens des Umfeldes hervorruft	Viel Aufmerksamkeit seitens der Umwelt
Durchschnittliche Intelligenz	Keine längeren Trennungen während des Kleinkindalters
Mündliche und schriftliche Kommunikationsfähigkeit	Keine weiteren Geburten in den ersten beiden Lebensjahren
Stärkere allgemeine Leistungsorientierung	Keine schweren elterlichen Konflikte bis zum zweiten Lebensjahr
Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme	Hoher Informationsgrad über die elterliche Erkrankung
Positives Selbstwertgefühl	
Glaube an Selbsthilfemöglichkeiten	

Tab.4 Protektive Faktoren

5. Klinische Präventionsarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zur Erfassung der psychosozialen Risikofaktoren dient die Erhebung der Ist-Situation, angelehnt an die Achse V des Multiaxialen Klassifikationsschemas. Sie dient als Grundlage für die anschließende Präventionsarbeit.

Leitfragen erleichtern das systematische Vorgehen (vgl. Tab. 5).

Leitfrage zur Beziehungsqualität	Leitfragen zur Krankheitsbewältigung
<ul style="list-style-type: none"> • Können sich der erkrankte Elternteil und das betroffene Kind ausreichend auf stabile, tragfähige und Sicherheit vermittelnde interpersonale Beziehungen stützen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestehen Krankheitsbewusstsein und Akzeptanz? • Wurden Copingstrategien erlernt? • Wie gut ist die familiäre Organisation und Aufgabenverteilung? • Wie flexibel ist das Familiensystem? • Wie gut ist die Nutzung von Hilfsmöglichkeiten und Fachinstanzen?

Tab. 5 Leitfragen zur Erfassung der psychosozialen Risikofaktoren

6. Interventionen

Präventive Massnahmen erreichen 2 Zielgruppen: Kinder und Eltern. In den bislang etablierten Gruppenangeboten für Kinder und Jugendliche wird den TeilnehmerInnen Information über die Erkrankung ihrer Eltern altersgerecht vermittelt (wirksamer Präventionsfaktor). Ein zentrales Anliegen ist, die TeilnehmerInnen in altersadäquaten Entwicklungsschritten zu unterstützen und zu fördern. Die Angebote finden in Kleingruppen statt und ermöglichen den Erfahrungsaustausch der Kinder untereinander. Die Angebote für die Eltern haben vor allem das Ziel, mit psychoedukativen Maßnahmen das Krankheitsbewusstsein zu schärfen und die Eltern in ihren erzieherischen Aufgaben unter den veränderten Bedingungen zu stärken.

Eine Übersicht über die Inhalte der Gruppenangebote für Kinder und Eltern gibt Tabelle 6.

KINDBEZOGENE INTERVENTIONEN	ELTERNBEZOGENE INTERVENTIONEN
Aufhebung des Tabus über die Erkrankung zu sprechen	Sensibilisierung für die Auswirkung der eigenen Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes
Kindgerechte Informationsvermittlung	Wahrnehmung der Betroffenheit des Kindes
Mitteilen von Erfahrungen und Ängsten	Stärkung des Einfühlungsvermögens
Abbau von Schuldgefühlen	Reflexion der Mutter- bzw. Vaterrolle
Reduktion der Verantwortungsübernahme	Entwicklung alternativer Elternkompetenzen
Ermutigung zur Abgrenzung	Übernahme einer klaren Elternrolle
Ermutigung zum Kindsein	Stärkung der Elternbeziehung
Klärung des Beziehungswunsches zum erkrankten Elternteil	Abbau von Parentifizierungen des Kindes
Gleichgesinnte finden	

Tab. 6 *Präventivarbeit bei Kindern und Eltern*

7. Projektbeschreibung

Der Bereich Jugendpsychiatrie der Ostschweizer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid hat 2001 ein Informationsprojekt für psychisch kranke Eltern entwickelt.

Ausgehend von der Datenerhebung durch Bohus et al. 1998, die eine Akzeptanz präventiver Angebote durch die Eltern von 80-90% ermittelte und der Tatsache, dass elternbezogene Präventionsprogramme weniger in der Alltagspraxis vorhanden sind als kindbezogene, wurde im Austausch mit anderen Kliniken ein Pilotprojekt erarbeitet, das sich an psychisch kranke Eltern richtet.

Das Angebot wurde über die Selbsthilfevereinigung des Kantons Thurgau (TG), in dem auch die Klinik ihren Standort hat, angekündigt. Das "Team Selbsthilfe TG" ist seit 1984 Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen. Die Trägerschaft obliegt dem Verein für Sozialpsychiatrie. Das "Team Selbsthilfe TG" ist bis auf geringe finanzielle Unterstützung durch den Kanton auf Spendengelder angewiesen.

In der Projektplanungsphase wurde mittels einer Erstausschreibung, in der die Grundzüge der Thematik umrissen und ein Angebotsüberblick zusammengestellt wurde, das Interesse der Betroffenen erhoben. Die persönliche Vermittlung durch die Leiterin der Selbsthilfeorganisation erleichterte den Betroffenen das Thema aufzugreifen.

In der nächsten Phase erfolgte die Ausarbeitung des Programms und die gezielte Ausschreibung, die an Betroffenen- und Angehörigengruppen folgender Diagnosen erging:

- Schizophrene Psychosen
- Depression
- Angst
- Essstörungen
- Sucht

Dem Wunsch der Betroffenen nach Stigmatisierungsvermeidung entsprechend, wurden die Termine nicht im klinischen Kontext sondern dezentral in den Veranstaltungsräumen des "Teams Selbsthilfe TG" angeboten. Das Gruppenangebot (geschlossene Gruppe) umfasste insgesamt 8 Stunden an 3 Abenden mit den Inhalten:

- Information über die Belastungsfaktoren der kindlichen Entwicklung bei psychisch kranken Eltern
- Auswirkungen auf die Eltern-Kind Beziehung
- Auswirkungen auf die Partnerbeziehung
- Erfahrungen im Kontakt mit Fachleuten
- Information über bestehende Angebote in der Region

Der erste Abend umfasste Informationsvermittlung über Belastungen, Risiken und Chancen von Kindern psychisch kranker Eltern und über die Belastungen, die für die Eltern entstehen.

Die TeilnehmerInnen wurden ermutigt eigene Erfahrungen einzubringen und Fragen aufzuwerfen.

Am zweiten Abend wurden Arbeitsgruppen gebildet, in denen die TeilnehmerInnen folgende Fragestellungen bearbeiteten:

- *Elternebene:*

Wie haben Sie mit den Kindern gesprochen?

Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

Wer hat sonst noch mit den Kindern gesprochen?

Was würden Sie heute anders machen?

Wie verändert sich die Elternrolle durch die Erkrankung?

- *Partnerebene*

Wie wirkt sich die Krankheit auf die partnerschaftliche Beziehung aus?

Wie gehen Sie mit Belastungen um?

Was hilft Ihnen die Beziehung fortzusetzen?

Was ist trotz der Krankheit möglich?

Der Schwerpunkt lag auf Erfahrungsaustausch und Ermutigung miteinander zu kommunizieren. Das Erkennen psychosozialer Belastungsfaktoren, deren Management, Fragen zur Erziehung und Kommunikationsstrategien mit dem Kind wurden erarbeitet.

Der dritte Abend stellte die Kontakterfahrungen mit Fachleuten in den Vordergrund:

Die TeilnehmerInnen berichteten von ihren Erfahrungen, benannten ihre Wünsche und erbrachten Verbesserungsvorschläge. Konkrete Informationen über bestehende Angebote der Region wurden vermittelt.

8. Ergebnisse

8.1 Schwellenängste

Von allen angesprochenen Personen hatten wir mit unserem Gruppenangebot ca. 20% für eine aktive Teilnahme erreicht. Erkrankte Elternteile konnten wir zu ca. 20% erreichen, ca. 80% der Teilnehmenden waren gesunde Partner oder andere Familienangehörige.

Die höchste Akzeptanz zeigte sich in der Gruppe der von Depression Betroffenen, hier fanden sich die meisten Teilnehmer, ein Teilnehmer war Angehöriger eines an Schizophrenie Erkrankten und ein Teilnehmer hatte einen alkoholabhängigen Partner. Bemerkenswert war, dass der Großteil der Teilnehmer bereits erwachsene oder zumindest in der Pubertät befindliche Kinder hatte. Kein Teilnehmer hatte Kinder unter 6 Jahren.

Diese ersten klinisch-praktischen Ergebnisse unterscheiden sich von denen der systematischen Untersuchung von M. Bohus und Mitarbeitern, die mittels Fragebogentechnik eine theoretisch hohe Akzeptanz von Betroffenen erhoben hatten, an präventiven Angeboten teilzunehmen.

Dies lässt die Hypothese zu, dass die konkrete Bereitschaft, im Vergleich zur prinzipiellen Motivation, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen, einer hohen Schwelle unterliegt.

Die TeilnehmerInnen benannten diese Hemmschwelle in Form von Scham- und Schuldgefühlen, die Kinder familiären Belastungen ausgesetzt zu haben und Ängsten, die eigene Elternrolle würde in Frage gestellt und/oder die Kinder ebenfalls psychiatrisch hospitalisiert werden.

Besonders beim Themenabend über die kindlichen Risikofaktoren waren die Schwellenängste am deutlichsten vorhanden. Auch seitens der Grup-

penleiterinnen gab es Befürchtungen, durch die Konkretisierung der Probleme Schuld- und Schamgefühle zu verstärken und statt Enttabuisierung gesteigerte Belastung und Rückzug zu bewirken.

8.2 Kommunikationsbedürfnisse

Nach vertrauensbildenden Maßnahmen, in denen den TeilnehmerInnen breiter Raum zur Verfügung gestellt wurde, über die Belastungen durch die eigene Erkrankung oder die des Partners zu berichten, zeigte sich ein deutliches Mitteilungsbedürfnis über Entwicklungsbeobachtungen bei den Kindern.

Die Eltern schilderten familiäre Copingstrategien in der Form, dass in der Anfangsphase der Erkrankung die Belastungen zwar wahrgenommen werden, aber die elterlichen Partner in erster Linie von der Partnerdynamik gebannt sind und die Kinder aus dem zentralen Blickfeld rücken. Die ersten Bewältigungsstrategie ist die Hoffnung, dass die psychische Erkrankung bald überwunden sein wird und nach der Krankheitsphase wieder Normalität eintritt. Originalmitteilungen lauten beispielsweise:

"Der Partner versucht zuerst, den kranken Angehörigen in Schutz zu nehmen, auch vor den Kindern. Der eigene Autonomieprozess dauert, bis das Abgrenzung möglich wird".

"Der Partner wartet zu und hofft auf Veränderung der Erkrankung. Dass die Kinder in ihrer Entwicklung gefährdet sind, wird mitunter schon von der Umgebung erkannt. Die Eingriffe von außen, beispielsweise durch die Vormundschaftsbehörde sind anfangs irritierend und beängstigend, dann aber entlastend".

8.3 Partnerebene/Elternebene

Erst bei fortgeschrittenem Krankheitsverlauf rücken die Kinder ins elterliche Blickfeld. Zu diesem Zeitpunkt stellen sich für die Eltern die Fragen über mögliche Belastungen der Kinder. Vor allem haben Eltern Probleme zu unterscheiden, ob von ihnen beobachtete Verhaltensstörungen normale entwicklungspezifische Merkmale sind oder erste Abweichungen darstellen. Hier vermissten die Eltern frühzeitige Information durch Fachleute, insbesondere in der Zeit als sie selbst noch die Partnerbeziehung im Blickfeld hatten. Originalmitteilung:

"Wir vermissen eine bessere Absprache unter den Fachleuten. Die Vernetzung mit sozialen Unterstützungsangeboten ist nicht ausreichend. Man muss sich alles selbst zusammentragen und weiß nicht, ob man alle ver-

fügbare Information hat. Verstärkter Einbezug der Partner und der Kinder beim Arzt ist entlastend."

Einen Überblick über die Fragen die Eltern im Zusammenhang mit der Entwicklung ihrer Kinder beschäftigen gibt Tab.7

Ab welchem Alter merken die Kinder die elterliche Erkrankung?
Was erleben die Kinder im Zusammenleben mit einem kranken Elternteil?
Gibt es ein Vererbungsrisiko?
Ab wann soll man mit dem Kind sprechen?
Worüber soll man mit dem Kind sprechen?
Wer soll mit dem Kind sprechen - Eltern oder Fachleute?
Wie ist die Sorge der Kinder, selbst zu erkranken, zu beantworten?
Ist ein Rückzug des Kindes als Bewältigungsstrategie oder als Grund zur Sorge zu interpretieren?
Wie ist die Stigmatisierung der Kinder vermeidbar wenn die elterliche Erkrankung enttabuisiert wird?

Tab. 7 Fragen der Eltern zur Kindesentwicklung

8.4 Rückmeldung an das Helfersystem

Kritik wurde an der Zusammenarbeit mit Fachleuten geübt. Angehörige wünschten sich einen stärkeren Einbezug in die Therapie des Partners, mehr diagnosenspezifische Aufklärung und Beratung. Besonders im Hinblick auf die Bedürfnisse der Kinder wünschten sie sich mehr Unterstützung in Entwicklungs- und Erziehungsfragen, bei Bedarf auch in der häuslichen Umgebung ("nachgehende Strukturen"). Eltern schilderten zum Teil beeindruckende "Hindernisse", bis sie an Fachpersonen gelangten, die ihre eigenen Beobachtungen bezüglich der kindlichen Entwicklung aufgriffen.

Als äußerst wünschenswert wurde die bessere Vernetzung unter Fachleuten gesehen. In diesem Zusammenhang wünschten sich die Betroffenen klinikexterne „Kompetenzzentren“ in denen die Behandlung der elterlichen Erkrankung, der Einbezug des Partners, das gemeinsame Erlernen von Copingstrategien, der Einbezug der Kinder, fachspezifische Abklärung

und ggf. Therapie der Kinder sowie Beratung über soziale Hilfsmassnahmen bis zur Rechtsberatung miteinander vernetzbar wären.

Behördliche Entscheidungsprozesse sollten verkürzt werden, die angeordneten Maßnahmen konkretisiert und überprüfbar werden. Die finanzielle Sicherstellung von Maßnahmen muss obligat sein.

Verstärkte schriftliche Information über die Thematik und über vorhandene Kontakt- und Beratungsstellen in Form von Broschüren wurde angeregt (Schwellenangst-Reduktion).

Einen Überblick über die Bedürfnisse der Eltern gibt Tab. 8

Ärzte/Therapeuten	Kindbezogenen Bedürfnisse	Behörden
Stärkerer Einbezug der Angehörigen	Spezifische, altersgerechte Begleitung der Kinder, bei Bedarf in der Familie	Mehr Vernetzung unter den Fachleuten
Diskretion in der Handhabung der Gesprächsinhalte	Beratung im Hinblick auf entwicklungstypische/erzieherische Fragestellungen	Besseres Abstimmen der einzelnen Angebote
Diagnosenspezifische Beratung		Klärung der Zuständigkeiten über Case Management
Frühe Information durch Fachleute um den Blick frühzeitig von der eigenen Betroffenheit auf die Kinder zu lenken		Verkürzung behördlicher Entscheidungsprozesse
Einrichtungen außerhalb des Klinikbereiches		Konkretisierung und Überprüfung von behördlichen Maßnahmen
.		Finanzielle Sicherung der Maßnahmen
		Schriftliche Übersicht über Beratungs- und Kontaktstellen

Tab. 8 Wünsche der Eltern nach besserer Unterstützung

9. Diskussion

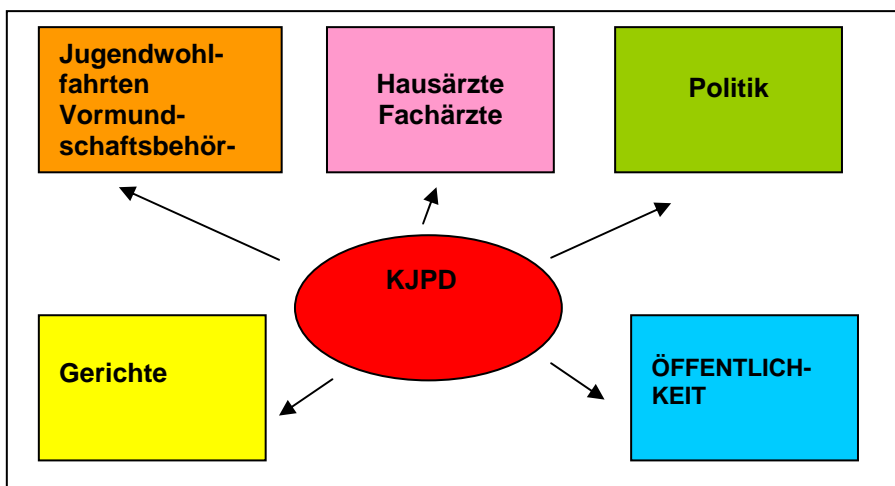
Kinder psychisch kranker Eltern unterliegen mehrfachen Belastungsfaktoren und weisen ein erhöhtes Risiko auf, selbst eine psychische Störung zu entwickeln.

Nach wie vor wird die Bedeutung der Auswirkung elterlicher psychischer Erkrankung auf die Kinder unterschätzt. Seitens der Eltern besteht Sensibilität für die Entwicklung ihrer Kinder. Häufig erkennen sie Abweichungen der Entwicklung zu einem frühen Zeitpunkt und fühlen sich in ihrer Wahrnehmung von Fachleuten nicht ausreichend unterstützt oder erleben die Vernetzung der Fachleute als unzureichend.

Ein hoher Informationsgrad über die elterliche Erkrankung und gute Copingstrategien der Eltern und Familienangehörigen vermindern das Risiko für die Kinder und haben somit präventiven Wert.

Im Sinne der familiären Sekundärprävention für Hochrisikogruppen kann das Risiko für seelische Erkrankungen herabgesetzt werden. Voraussetzung sind ausreichendes Wissen um die Frühphasen einer Erkrankung und ihrer prädisponierenden Faktoren.

Um dieses Wissen zu vermitteln, sind verbesserte Kooperationsstrukturen unter den Fachleuten (s. Grafik 1) mit klaren Entscheidungsträgern (Case Management) und Beratungsangebote nötig, die in die allgemeine gesundheitliche Vorsorge integriert sind. Die Angebote müssen niederschwellig, kostenneutral für den Nutzer und gut vernetzt sein.



Grafik 1 Interdisziplinäre Vernetzung

Individuelle Sekundärprävention und tertiäre Prävention setzen dort ein, wo bereits Krankheit in Erscheinung getreten ist und schöpfen alle Mög-

lichkeiten aus, um Krankheitszeiten zu verkürzen, Rückfälle zu vermeiden und Auswirkungen der Krankheit möglichst gering zu halten.

Hierzu bedarf es der Sicherstellung eines förderlichen Rahmens für die physische und psychische Entwicklung der Kinder. Fachärztliche Betreuung und soziale Unterstützungsmaßnahmen müssen gewährleistet sein. Insbesondere wenn Kinderschutzmaßnahmen erforderlich sind, sollten rasche behördliche Entscheidungsprozesse mit umsetzbaren und überprüfbaren Zielen möglich sein. Eine gezielte Abstimmung der einzelnen Angebote und Maßnahmen erleichtert den Familien die Handhabung.

Anschrift der Erstautorin:

Dr. Sibille Kühnel

Leitende Ärztin

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid, Bereich Jugendpsychiatrie

CH-9573 Littenheid, Schweiz

Literatur

M. Bohus: Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. Psychiatrische Praxis 25 (1998) 134-138

Küchenhoff, B. (1997) Kinder psychisch kranker Eltern. Münch med Wschr 139(21), 331-333

Stöger, P. (1999): Die Kinder psychisch kranker Eltern. Psychopraxis 5, 22-28

weitere Literatur bei der Verfasserin.

Tic- und Tourettestörungen

Alexander Marcus

Einleitung

Tic-Störungen kommen im Kindesalter sehr häufig vor. So sollen bis zu 20 Prozent aller Schulkinder vorübergehende oder chronische Tics haben (Bagheri et al., 1999) und unter den achtjährigen Schulkindern zeigen 1-4 Prozent motorische Tics. Die schwerste Ausprägungsform, die Tourette Störung, galt lange Zeit als außerordentlich seltene Erkrankung. Ursprüngliche Schätzungen gingen von 4 bis 5 Erkrankungen auf zehntausend Individuen aus. Neuere epidemiologische Untersuchungen ergaben eine deutlich höhere Prävalenz mit 18,7 Prozent durch Tics und 1,8 Prozent durch ein Tourette Syndrom betroffene Schulkinder im Alter von 13 bis 14 Jahren (u.a. Hornse et al., 2001). Es fallen erhebliche Differenzen in den Prävalenzschätzungen auf. Sicherlich liegen, wie Leckman (2002) vermutet, diesen Diskrepanzen vor allem Unterschiede in den verwendeten diagnostischen Leitlinien, in den untersuchten Altersgruppen und in der Geschlechtsverteilung zugrunde. Benannt wurde die schwerste Form der Tic-Störungen nach einem der ersten Beschreiber, dem französischen Arzt Georges Albert Edouard Brutus Gilles de la Tourette.



Georges Albert Édouard
Brutus Gilles de la Tourette
geb. 30.10.1857
St.-Gervais-les-Trois-
Clochers
gest. 22.05.1904 Cery
(Schweiz)

Noch immer ist die genaue Ursache der Tic-Störungen und des Tourette Syndroms unbekannt, wenngleich zahlreiche Untersuchungsbefunde auf eine bedeutende Rolle der Basalganglien und der mit ihnen in Beziehung stehenden thalamo-corticalen Regelkreise hinweisen. Im folgenden Beitrag soll auf die diagnostischen Kriterien (nach ICD-10 und DSM-IV TR), auf neuere Befunde zur Pathophysiologie, die Behandlung und Prognose eingegangen werden.

Zur Häufigkeit

Während Ticstörungen im Kindesalter sehr häufig vorkommen, aber überwiegend einen vorübergehenden Charakter haben, ist das Tourette Syndrom eher selten (vgl. Abb. 1). Höhere Prävalenzraten für das Tourette Syndrom in jüngerer Zeit stehen vermutlich mit der

großzügigeren Definition der Störung in Zusammenhang.

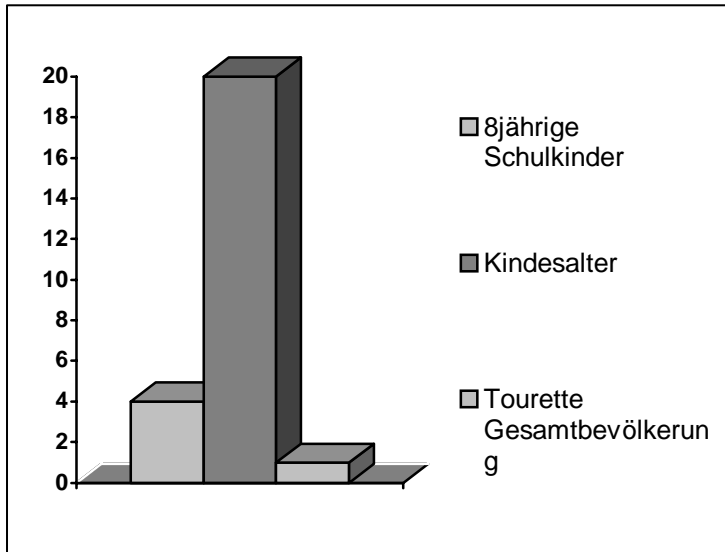


Abb. 1: Häufigkeiten von Ticstörungen (nach Bagheri et al. 1999, Robertson et al. 1989, Comings et al. 1990)

In einer Kohortenstudie in Mannheim hatten 8 Prozent der zum Untersuchungszeitpunkt achtjährigen Kinder Tics (Esser & Schmidt 1987). In einer Grundschule in Italien hatten 4,4 Prozent der Knaben und 1,1 Prozent der Mädchen motorische oder vokale Tics, kombinierte Ticstörungen hatten 1,5 Prozent (Lanzi et al. 2004). Im gesamten Kindesalter kann man von einer Häufigkeit von etwa 20 Prozent für alle Varianten von Tic-Störungen ausgehen (Bagheri et al. 1999, Rothenberger 1992). Da es sich in der Regel um vorübergehende Störungen handelt ist der Unterschied in den Prävalenzraten von Kindes- und Erwachsenenalter nicht überraschend. Chronische Ticstörungen sind, wie das o.a. Tourette Syndrom, demgegenüber seltener und bei etwa 2 Prozent der Bevölkerung zu finden (Cohen et al. 1992). Meist werden Tics aber von den Betroffenen selbst nicht wahrgenommen und von Personen ihrer Umgebung als dumme Angewohnheit allenfalls gerügt. Nur sehr starke Tics oder ihre komplexe Variante spüren die Betroffenen selbst. Auch die Anspannung in der Muskulatur oder eine Art Kribbeln, das einer Tic-Bewegung meist vorausgeht, wird in der Regel erst von älteren Kindern oder Jugendlichen registriert. Dass Tics häufig von den Betroffenen nicht wahrgenommen werden, gilt nicht nur für das Kindesalter (Pappert et al. 2003). So zeigte die Mutter eines Kindes mit einem ausgeprägten Tourette Syndrom selbst einen deutlichen

Blinzeltic. Auf die Frage nach weiteren Ticstörungen in der Familie verneinte sie das, wobei sie in dieser Zeit stark blinzelte.

Zur Definition

Bei motorischen und vokalen Tics handelt es sich um überwiegend unwillkürlich ausgeführte Handlungen. Verwendet man elektrophysiologische Untersuchungstechniken so lässt sich üblicherweise vor einer beabsichtigten Handlung ein sogenanntes Bereitschaftspotenzial nachweisen. Tic-Handlungen geht kein solches Bereitschaftspotenzial voraus, wodurch u.a. deren unwillkürlicher Charakter dokumentiert wird (Hallet 2001). Dauern motorische oder vokale Tics weniger als ein Jahr (Tabelle 1), so bezeichnet man sie als passagere Tics (nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 unter der Ziffer F95.0). Länger als ein Jahr anhaltende Tics sind als chronische motorische Tics zu bewerten (F95.1).

Diagnose	Klassifikation		Dauer
	ICD-10	DSM-IV	
Passagere Ticstörung	F95.0	307.21	< 1 Jahr
Chronische motorische oder vokale Ticstörung	F95.1	307.22	> 1 Jahr
Kombinierte motorische und vokale Ticstörung [Tourette Syndrom]	F95.2	307.23	in der ICD-10 keine Angabe zur Dauer DSM-IV > 1 Jahr

Tab. 1: Einteilung und Klassifikation von Ticstörungen

Werden aktuell motorische Tics beobachtet und gibt es aus der Anamnese Hinweise auf frühere vokale Tics (bzw. umgekehrt), so reicht das für die Diagnose einer kombinierten vokalen und motorischen Ticstörung oder einem Tourette Syndrom aus. Während die ICD-10 keine Angaben zur Dauer der Symptomatik macht, die für die Diagnose eines Tourette Syndroms notwendig ist, muss nach DSM-IV die Symptomatik mindestens 1 Jahr bestanden und die Erstmanifestation vor dem 18. Lebensjahr stattgefunden haben. Bis auf die o.a. Ausnahmen sind sich beide Klassifikationsschemata ICD-10 und DSM-IV in ihren diagnostischen Leitlinien recht ähnlich. Die Leitlinien für die Diagnose eines Tourette Syndroms gemäß

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) sind in der folgenden Tabelle (Tabelle 2) wiedergegeben. Es bedarf zur Diagnose eines Tourette Syndroms nicht mehr des gleichzeitigen Vorhandenseins motorischer und vokaler Tics und einer Zwangssymptomatik. Letztere kann auch fehlen. Die niedrigere Schwelle bei der Diagnosestellung steht sicher, wie oben angeführt, im Zusammenhang mit den zunehmend höheren Prävalenzraten für das Tourette Syndrom in jüngerer Zeit.

Diagnostische Kriterien der Tourette-Störung 307.23

- A. Sowohl multiple motorische, als auch ein oder mehrere vokale Tics bestanden zu einer bestimmten Zeit im Verlauf der Erkrankung, wenngleich nicht notwendigerweise gleichzeitig (Ein Tic ist eine plötzliche, rasche, sich wiederholende, unrythmische, stereotype Muskelbewegung oder Vokalisation).
- B. Die Tics treten vielfach während des Tages auf (gewöhnlich in plötzlichen Ausbrüchen), nahezu täglich oder intermittierend über eine Zeit von mehr als 1 Jahr, ohne eine symptomfreie Phase von mehr als 3 aufeinander folgenden Monaten.
- C. Beeinträchtigung sozialer, beruflicher oder anderer bedeutsamer Funktionsbereiche hervorgerufen.
- D. Beginn vor dem 18. Lebensjahr.
- E. Die Störung ist nicht unmittelbare Folge von Auswirkungen einer Medikation (z.B. Stimulantien) oder einer organischen Erkrankung (z.B. Chorea Huntington, postvirale Enzephalitis)

Tabelle 2: Klassifikation nach DSM-IV-TR (Am Psych Ass 2000)

Zur Diagnostik von Tics und deren Phänomenologie

Die Diagnose beruht auf den beobachteten motorischen und vokalen Tic-Äußerungen und dem Ausschluss anderer möglicher Ursachen, die für die Bewegungsstörungen ebenso verantwortlich sein könnten. Wichtig ist eine möglichst umfassende Einschätzung des Patienten bezüglich seines allgemeinen Entwicklungsstandes (einschließlich Intelligenzdiagnostik und eventueller Teilleistungsstörungen), seiner Lebensbedingungen (u.a. Ressourcen innerhalb der Familie), sozialen Fertigkeiten und assoziierten weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten. Begleitend kommen besonders häufig Ängste (soziale Phobien, Trennungsängste), Aufmerksamkeits- und Zwangsstörungen vor.

Eventuell können Fragebögen zur Einschätzung des Schweregrades und zur Verlaufsdokumentation hilfreich sein. Ein *Fragebogen zum Tourette Syndrom* wurde von Rothenberger und Mitarbeiter erarbeitet und von Gorskowski (2001) erstmals evaluiert. Wir verwenden zur Einschätzung des Schweregrades einer Tic- und Tourette-Erkrankung weiter die *Yale-Tourette-Syndrom-Symptomliste TSSL* (Cohen et al. 1985 in der Bearbeitung von Steinhausen 2002). Für Forschungszwecke stehen die *Yale Skala zur Erfassung des globalen Schweregrades von Tics YGTSS* (nach Leckman et al. 1989) und die *Tourette Syndrome Global Scale TSGS* zur Verfügung. Die einzelnen Instrumente zur Erfassung des Schweregrades (wobei sie teilweise einige klinische Erfahrungen mit Tics voraussetzen) sollen untereinander gleichwertig sein (Walkup et al. 1992).

Zur Phänomenologie von Tics

Tics können sich in motorischen und vokalen Phänomenen und jeweils in einfacher oder komplexer Form manifestieren (vgl. Tabellen 3 und 4). Unter Stress, Anspannung und Müdigkeit verstärkt sich die Ausprägung der Tics. Auch im Längsschnitt ist ein An- und Abschwellen der Symptomatik festzustellen, ohne dass ein Zusammenhang mit Lebensereignissen oder Therapien bestehen muss. Die folgenden Tabellen sind der Dissertation von Frau Klug (Universität Marburg) entnommen (Klug, 2003) und zeigen die bunte Vielfalt möglicher Ticsymptome.

<i>Einfache motorische Tics</i>	<i>Komplexe motorische Tics</i>
Augenzwinkern, -blinzeln oder -rollen Grimassieren (Mundöffnen, Mundaufreißen, Stirnrunzeln etc.) Kopfschütteln oder -nicken Schulterzucken Arm-/Beinbewegungen Bauchbewegungen Zwerchfelltics Rumpfbewegungen	Hüpfen oder Springen Vorwärtsbewegungen (Arme, Beine) Klatschen, Klopfen Um sich selbst Drehen, Stampfen Berühren, Zupfen (Objekte, Personen) Kratzen, Beißen, Bellen Echopraxie (<i>Nachahmen von Bewegungen anderer Personen</i>) Kopropraxie (<i>Sexuelle Gestik, Nesteln an Geschlechtsteilen</i>)

Tabelle 3: Erscheinungsbilder motorischer Tics (nach Klug, 2003).

<i>Einfache vokale Tics</i>	<i>Komplexe vokale Tics</i>
Räuspern Hüsteln Schneuzen, Schniefen Spucken Summen, Pfeifen Ausstoßen von Tier- oder anderen Lauten Ausstoßen von Schreien	Palilalie (<i>Wiederholen eigener Worte, Sätze</i>) Echolalie (<i>Nachahmen von Worten/Sätzen anderer Personen</i>) Koprolalie (<i>Ausstoßen obszöner, aggressiver Worte/ Sätze</i>)

Tabelle 4: Erscheinungsbilder vokaler Tics (nach Klug, 2003)

Es lässt sich auch eine gewisse Abhängigkeit zum Alter bei der Erstmanifestation mit der Phänomenologie der Tics zeigen. Je früher die Symptomatik beginnt, desto näher liegen die betroffenen Muskeln dem Kopf (Blinzeln, Nase verziehen), mit zunehmendem Alter wechseln die Bewegungsstörungen zu den Extremitäten, nehmen an Komplexität zu und es werden vermehrt begleitende Verhaltensauffälligkeiten beobachtet (Leckman & Cohen, 1988). Bei der Diagnostik muss gerade auf die komorbiden Störungen geachtet werden, da diese die Prognose entscheidender bestimmen als die Tics.

Zur Ätiologie und Pathophysiologie von Tics

Neben psychodynamisch, entwicklungs- und lerntheoretisch orientierten Ansätzen werden auf biologischen Grundlagen basierende Vorstellungen zur Ätiologie und Pathophysiologie der Ticstörungen diskutiert. Auf eine genetische Basis von Tics weisen die familiären Häufungen in Familien- und Zwillingstudien hin. Bei mehr als der Hälfte (54,7 Prozent) der Verwandten ersten Grades von Tourette Indexpatienten konnten in einer familiengenetischen Untersuchung gleichfalls Ticstörungen gefunden werden. Weitere Tourette-Syndrome waren zwar deutlich seltener vertreten, kamen aber häufiger als in der Kontrollgruppe vor (Klug, 2003). Männliche Patienten waren doppelt so häufig betroffen. Während Eapen und Mitarbeiter (1993) beispielsweise von einer autosomal dominanten Vererbung bei geringer Penetranz des Gens ausgingen, wurden auch oligo- und polygenetische Erbgänge diskutiert. Zwischen 10 und 35 Prozent werden als nicht erblich eingeschätzt (Leckman & Peterson 1993). Eine positive Assoziation mit der Region 11q22.3-11q24.1 auf dem langen Arm von Chromosom 11 (hier wird u.a. der Dopaminrezeptor-Subtyp DRD₂ codiert) sowie für den Subtyp DRD₃ (u.a. Comings et al. 1993) konnte in späteren Studien nicht repliziert werden. In bildgebenden Verfahren wur-

den Verminderungen der Basalganglien, geringere Blutvolumina in den Basalganglien in Verbindung mit geringerem Metabolismus sowie eine fehlende funktionelle und strukturelle Asymmetrie des rechten Frontallappens gefunden (Chang et al. 1998, Fredericksen et al. 2002, Peterson et al. 1998). Viele Autoren nehmen daher eine Störung der cortiko-striatalen Regelkreise, eine erhöhte Empfindlichkeit der Neurone in den Basalganglien insbesondere der dopaminergen Bahnen mit Rezeptoren des Subtyps DRD₂ an (Comings et al. 1991, Leckman et al. 2001, Müller-Vahl et al. 2000, Wolf et al. 1996). Aber auch diese Hypothese blieb nicht unwidersprochen. Eine Verschlechterung von Tics sowie begleitender Zwangssymptomatik wurde auch bei Infektionen mit β -hämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A beschrieben und die Störung der Gruppe von Autoimmunerkrankungen zugerechnet, die als Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections (PANDAS) klassifiziert wurden (Allen 1997, Bottas & Richter 2002, Cardona et al. 2001). Dabei sollen gegen Thalamusgewebe gerichtete Antikörper involviert sein (Singer et al. 1998) Eine Antibiose konnte aber in der Mehrzahl der Studien keinen Einfluss auf den Verlauf der Tic- und Zwangssymptomatik nehmen (Garvey et al. 1999). Ob tatsächlich ein solcher Zusammenhang besteht wird kontrovers diskutiert.

Derzeit geht man von einer genetisch bedingten Vulnerabilität aus (vermittelt eines additiven Hauptgenortes) und dass weitere externe Faktoren die Genexpression modulieren. Die Schwere der Störung werde durch die Zahl der beteiligten Gene bestimmt. Weitere Zusammenhänge ergeben sich dann aus der Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt durch positive und negative Konsequenzen.

Zur Therapie

Bei einfachen motorischen Tics reicht es in den meisten Fällen, zunächst einmal abzuwarten, den Patienten und dessen Eltern über die Symptomatik, deren vermutete Ursache und die üblicherweise günstige Prognose zu informieren. Meist wird es sich um eine passager auftretende Ticstörung handeln. Eventuell bestehende ungünstige Umfeldbedingungen (Überforderungen, Leistungsdruck etc.) müssen, so weit wie möglich, anders gestaltet werden. Eine länger dauernde, Patienten und Umwelt belastende Symptomatik kann jedoch weitergehende Interventionen notwendig machen. Es sind inzwischen recht gute verhaltensmodifizierende Techniken zur Behandlung der Tics und der damit assoziierten Auffälligkeiten entwickelt worden (Piacentini 2001). Entspannungstechniken können zu einer Entlastung führen und zur Verminderung der stressassoziierten Symptome beitragen, werden aber von Kindern und Jugendlichen erfahrungsgemäß nicht über längere Zeit hinweg angewendet. Die Technik der Gegenkonditionierung und Verhaltensumkehr (Habit reversal) zeigt gute Erfolge,

kann aber erst im späten Kindesalter effektiv eingesetzt werden. Es bedarf dazu einer differenzierteren Wahrnehmungsfähigkeit und guter Motivation.

Medikamentöse Behandlung

Entschließt man sich zu einer medikamentösen Behandlung, so stehen derzeit noch immer Dopaminantagonisten aufgrund der besten Wirksamkeit an vorderer Stelle (Rothenberger 1984). In den USA werden nach wie vor Alpha-2-Agonisten wie Clonidin oder Benzodiazepinderivate wie Clonazepam und Muskelrelaxanzien wie Baclofen als Mittel der ersten Wahl favorisiert (u.a. Kossoff & Singer 2001).

Aus eigener Erfahrung bei Patienten mit Tourette Syndrom zeigen Alpha-2-Agonisten bei dieser Indikation, wenn überhaupt, allenfalls eine geringe Wirkung. Unter Clonazepam nimmt die externalisierende Symptomatik bei Kindern mit begleitender Hyperkinetischer Störung deutlich zu. Guanfacin besitzt noch keine Zulassung für diese Indikation im Kindesalter.

Neuroleptika

Haloperidol hat eine sehr gute Wirksamkeit, führt auch nicht zu der, bei Kindern und Jugendlichen besonders gefürchteten Gewichtszunahme, besitzt aber ein breites Spektrum unerwünschter Arzneimittelwirkungen einschließlich der Gefahr der Spätdyskinesien. Sie wirken sich negativ auf die Compliance des Patienten aus. Bei Verwendung sogenannter atypischer Neuroleptika wurden Besserungen durch Risperidon (Gaffney et al. 2002) und Ziprasidon angegeben (Sallee et al. 2000). Die gleichen Untersucher beschreiben in einer später folgenden Veröffentlichung beim Ziprasidon jedoch eine Zunahme des Blinzeln wenige Stunden nach der Einnahme. Offenbar kommt es nach initialem Dopaminantagonismus vier bis sechs Stunden danach zu einer Stimulation der dopaminergen synaptischen Transmission. Diese wird mit einem 5-HT-1A Rezeptoragonismus in Zusammenhang gebracht (Sallee et al. 2003). In einer placebokontrollierten Doppelblindstudie beobachteten Scahill und Mitarbeiter (2003) unter Risperidon bei Kindern eine 36prozentige Verminderung von Tics, eine Verbesserung fanden auch Dion und Mitarbeiter (2002) bei etwa 60 Prozent der Behandelten (Placebo 26%). Mindestens ebenso gut wirksam auf Tics wie Pimozid zeigte sich Risperidon in einer weiteren Untersuchung und wies, hinsichtlich der extrapyramidalmotorischen Störwirkungen, ein vergleichsweise günstigeres Nebenwirkungsprofil auf (Bruggemann et al. 2001). Eigene Erfahrungen zeigen gleichfalls eine, wenn auch mäßige Besserung der Bewegungsstörungen durch Risperidon. Pimozid, welches in den USA zu den Mittel der ersten Wahl zählt, bietet aufgrund seiner unerwünschten kardialen Wirkungen, nämlich einer QTc Verlängerung (wie auch Ziprasidon) und dem Risiko schwerer ventrikulärer Tachyarrhythmien mit Torsades de pointes bis zu letalem Ausgang nur dann eine Alternative, wenn sonstige medikamentöse Interventionen unwirksam

waren (vgl. auch Flockhart et al. 2000, Robertson & Stern 2000). Pimozid ist aufgrund seiner Eigenschaften als Arrhythmikum der Klasse III einzuordnen (Drolet et al. 2001). Außerdem beobachteten wir nahezu regelmäßig einen Anstieg der CK-MB.

Unter den Benzamiden hatte sich das überwiegend D2-Rezeptoren antagonisierende Tiaprid als recht gut wirksam gezeigt (Müller-Vahl 2002, Robertson & Stern, 2000). In der Roten Liste findet sich für das Tiaprid jedoch nicht mehr die Indikation Ticstörung, wohl aber die unspezifische Angabe einer Bewegungsanomalie, vor allem Chorea und choreatische Zustände. Da Tiaprid im Vergleich zu anderen Neuroleptika eine deutlich bessere Wirksamkeit, bei akzeptablen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (vor allem Gewichtszunahme) zeigt, erscheint der Einsatz dieser Substanz in der Behandlung der chronischen Ticstörung und des Tourette Syndroms derzeit noch immer als unverzichtbar.

Nikotin

Speziell die Gruppe von Sanberg (1997) beschrieb eine bessere Wirkung der Neuroleptika auf Tics, wenn gleichzeitig Nikotin (als Kaugummi oder Pflaster) verabreicht wird. Die Wirkung einer einmaligen Applikation (Pflaster für 24 Stunden) soll die therapeutische Effizienz von Neuroleptika über einige Zeit erhöhen (in einigen Veröffentlichungen über mehrere Wochen). Eigene Erfahrungen mit dem transdermal freisetzenden Pflaster (10 mg Nicotin als Pflaster, daraus werden etwa 7mg freigesetzt), bei zwei Jugendlichen, deren Bewegungsstörungen auch nach Einsatz verschiedener Neuroleptika und des Alpha-2 Agonisten Clonidin weiterhin sehr stark ausgeprägt waren, konnten die Angaben Sanbergs und Mitarbeitern nicht bestätigen. Es muss allerdings die Einschränkung gemacht werden, dass wegen erheblicher Übelkeit und Schwindel das Pflaster vorzeitig, nach wenigen Stunden, bei beiden Patienten wieder entfernt werden musste.

Cannabinoide

Auch der Behandlung mit Tetrahydrocannabinol, die speziell von Müller-Vahl und Mitarbeitern (1998) auf ihre Wirksamkeit untersucht worden war, sollte man bei Jugendlichen derzeit noch mit deutlicher Zurückhaltung gegenüberstehen. Wenig Beachtung findet das tumorpropagierende Potenzial des Cannabis-Inhaltsstoffes. So wird die Möglichkeit einer Cannabis assoziierten Progression von HIV-1 Infektionen derzeit kontrovers diskutiert, aus Tierversuchen ergeben sich widersprüchliche Daten bezüglich des Einflusses auf das Immunsystem, so dass eine erhebliche Unsicherheit bestehen bleibt (Peterson et al. 2004). Zum Teil über die Cannabis-Bindungsstelle CB2 (in Darm, lymphatischen Gewebe, vor allem Milz), aber auch auf davon unabhängigen Wegen werden u.a. Gamma-Interferon, Interleukin-1 und 2, Tumor-Nekrose-Faktors Alpha in ihren

Konzentrationen vermindert und die Aktivitäten der Natural Killer Cells sowie einiger Lymphocytenarten (Th1, Th2) herabgesetzt, das heißt das Immunsystem wird moduliert (Kaplan et al. 2003, Klein et al. 2003, 2004, Übersicht bei Roth et al. 2002). Bei chronischer Verabreichung könnte sich daraus ein Risiko für eine Begünstigung der Entwicklung von Tumoren ergeben (Gardner et al. 2003, Tashkin et al. 2002). Hinzu kommt natürlich auch die Möglichkeit, dass bei entsprechender Vulnerabilität im ungünstigsten Falle das Entstehen psychotischer Störungen begünstigt werden kann. Zum jetzigen Zeitpunkt muss man eine Behandlung der Tic- und Tourette Störungen mit Cannabinoiden im Kindesalter und Jugendalter als rein experimentell betrachten.

Serotonin-Aufnahme Hemmstoffe SSRI

Zur Behandlung schwerer Zwangsstörungen, welche das Tourette Syndrom weiter komplizieren können, kann oft auf die Gabe von SSRIs nicht verzichtet werden. Es sollte jedoch auf eine mögliche Zunahme der Tics geachtet werden (Rüth et al. 2000). Möglicherweise gilt diese Vorsicht aber speziell für das Paroxetin. Es wird ihm, im Gegensatz zum Fluvoxamin, eine anticholinerge Restaktivität zugeschrieben. Von den berichtenden Autoren wird aber auch ein Zusammenhang mit einer relativ unspezifischen Antriebssteigerung unter Paroxetin diskutiert. Paroxetin sollte ohnehin im Kindesalter nicht mehr verordnet werden. Möglicherweise wird auch das Längenwachstum unter SSRIs verzögert, eventuell durch eine Beeinflussung der Wachstumshormon-Freisetzung, worauf zukünftig ebenfalls das Augenmerk gerichtet werden sollte (Weintrob et al. 2002).

Stimulanzen

Auch die Behandlung mit Stimulanzen aufgrund eines Aufmerksamkeitsdefizits stellt ein Risiko für die Zunahme von Tics dar. Diese Einschätzung ist aber nicht ungeteilt, während einerseits eine Verschlechterung von Tics bei Stimulanziengabe beobachtet (u.a. Erenberg et al., 1985, Castellanos et al. 1997) oder angenommen wird (vgl. Spencer et al. 2002) finden sich auch anders lautende Angaben. Nach Kurlan (2003) und Pringsheim et al (2003) führten Stimulanziengaben in einigen Doppelblindstudien zu keiner Verschlechterung von Tics, es wurden sogar Besserungen beobachtet. Unter den Stimulanzen werde Methylphenidat in dieser Hinsicht am Besten toleriert, Dextroamphetamin schlechter (Castellanos et al. 1997). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch die an mehreren Kliniken durchgeführte Untersuchung der Tourette Syndrome Study Group (2002), die keine Verschlechterung der Tics unter Methylphenidat alleine oder in Kombination mit Clonidin gegenüber Pazebo fand. Clonidin zeigte sich besonders gut wirksam hinsichtlich Impulsivität und motorischer Unruhe, Methylphenidat in Bezug auf die Aufmerksamkeit. Bei genauer Durchsicht der verwendeten Studienprotokolle wird aber erkennbar, dass meist Dosie-

rungen verwendet wurden, die unter denen liegen, wie sie in den Richtlinien von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie empfohlen werden! So blieben sowohl Law & Schachar (1999) als auch Gadow und Mitarbeiter (1995, 1999) in ihren verabreichten Dosen unter 0,5mg/kg Körpergewicht pro Tag. Eine Stimulanzigabe bei Kinder und Jugendlichen mit Ticstörungen sollte mit besonderer Vorsicht vorgenommen werden, wie auch von Scahill und Mitarbeitern (2000) sowie Gadow und Mitarbeitern (1999) gefordert, Tics sind aber nicht als generelle Kontraindikation zu sehen.

Botulinus-Toxin

Das Bakterium *Clostridium botulinum* produziert verschiedene neurotoxische Exotoxine wovon bisher die Typen A, B, C-1, C-2, D, E, F, und G charakterisiert werden konnten. Alle besitzen unterschiedliche serologische Eigenschaften. Zur Therapie stehen derzeit die Botulinumtoxine A und B zur Verfügung. Botulinumtoxine, wie auch das Tetanustoxin wirken bevorzugt an den präsynaptischen Vesikeln der motorischen Endplatte und nehmen Einfluss auf die synaptische Übertragung. Die Wirkungsweise konnte bisher auf zellulärer Ebene recht weitgehend aufgeklärt werden. Innerhalb der präsynaptischen Nervenendigung liegen dichtgepackt die mit Transmittern gefüllten Vesikel. Kommt es infolge eines Aktionspotentials über die spannungsabhängigen Calcium-Kanäle zum Calcium-Einstrom so verschmelzen die Vesikel mit der präsynaptischen Membran im Bereich der Transmitterfreisetzungszone. Durch Exocytose werden die Transmitter in den Spalt abgegeben. Zu den intrazellulären Proteinen, die an der Fusion von Vesikel und Membran beteiligt sind zählen:

- das der präsynaptischen Membran assoziierte Protein SNAP-25 (Molekulargewicht 25 kDA)
- das Vesikel assoziierte Membran Protein VAMP (Komplex aus Synaptobrevin 1 und 2)
- und das Syntaxin.

Jeder der unterschiedlichen Serotypen des Botulinumtoxins spaltet die Eiweißketten von SNAP-25, VAMP oder Syntaxin an einer anderen Stelle (Übersicht bei Dolly 2003). Kommt es bei wiederholter Anwendung von Botulinumtoxin A zu einem Nachlassen der Wirkung, so kann das auf der Bildung von spezifischen Antikörpern beruhen. Ein Wechsel auf Botulinumtoxin B ist dann möglich da es sich um einen anderen Serotypen mit einem anderen Wirkungsort handelt.

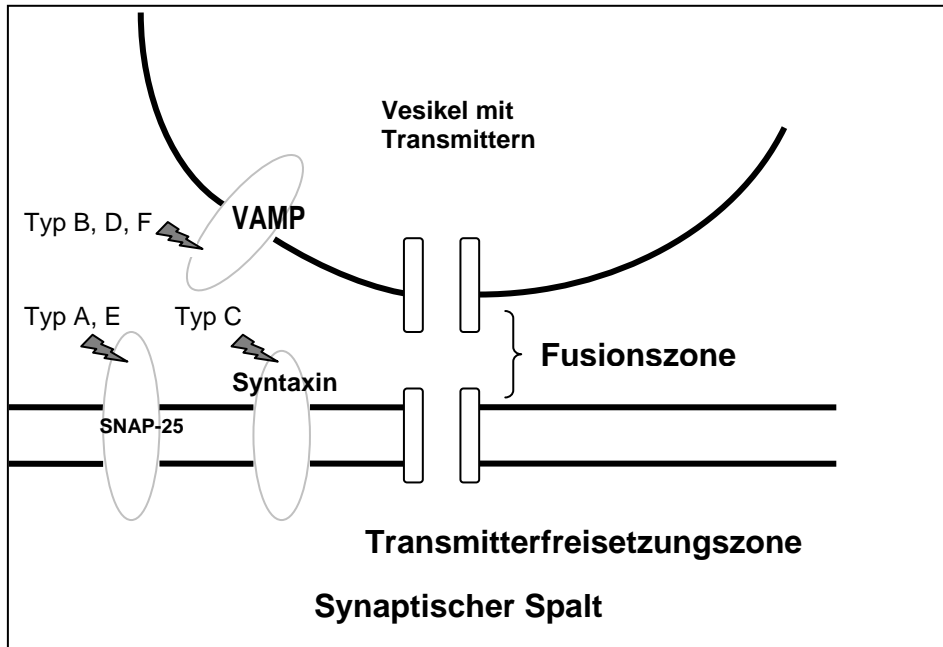


Abbildung 2: Synaptische Nervenendigung mit synaptosomalen Proteinen und den unterschiedlichen Wirkungsstellen der verschiedenen Botulinumtoxine

Das meist verwendete Botulinumtoxin A spaltet das SNAP-25 Protein an einer typischen Stelle, während das Toxin B am Synaptobrevin 2 des VAMP ansetzt. Es kommt dann nicht mehr zur Fusion von Vesikel und präsynaptischer Membran und die Abgabe von Transmittern unterbleibt. Auf der Ebene der motorischen Endplatte erfolgt somit eine Desafferentierung.

Nach der Injektion bindet sich das Toxinprotein an spezifische Rezeptoren der Zelloberfläche und wird anschließend durch diese über einen Endocytose-Vorgang in die Zelle transportiert. Die Wirkung tritt mit einer Latenz von 2 bis 3 Tagen, das Maximum nach 5-6 Wochen ein.

Üblicherweise wird Botulinumtoxin zur Behandlung des Blepharospasmus, des Torticollis spasmodicus und anderer dystoner Störungen verwendet, in jüngerer Zeit findet es aber auch vermehrt Einsatz in der Dermatologie (kosmetische Behandlung altersbedingter Veränderungen). Motorische und vokale Tics werden ebenfalls zunehmend häufiger mit Botulinumtoxin behandelt. Dabei wird das Toxin in die vom Tic betroffene Muskulatur injiziert. Bei vokalen Tics beobachteten Porta et al. (2004) bei 98 Prozent der Patienten mit vokalen Tics (Gesamt N= 30) eine Besserung, die Hälfte war ohne Tics. Die mittlere Dauer der Besserung betrug 102 Tage und der Wirkungseintritt war nach durchschnittlich 5,8 Tagen. In 80 Prozent kam

es zu einer Hypophonie. Generell ist hier auch auf das Risiko einer Dysphagie, eventuell mit Aspirationsgefahr zu achten. Weitere mögliche unerwünschte Wirkungen sind: Schwäche der als Ziel definierten Muskeln (die ja bei spastischen Tonuserhöhungen erwünscht ist) mit möglichen daraus folgenden Konsequenzen (z.B. am Auge: Keratitis, Lagophthalmus, Ektropium, Entropium), allergische Reaktionen (das Toxin enthält humanes Albumin) bis zum anaphylaktischen Schock (1 Fall).

Bei schweren Verlaufsformen könnte eine Behandlung mit Botulinumtoxin zu einer Erleichterung des Patienten führen. Problematisch sind natürlich solche Tic-Störungen, die relativ rasch ihre Lokalisation ändern.

Neurochirurgie

Bei einigen Patienten mit stark ausgeprägter Tic-Symptomatik und erheblich beeinträchtigenden Zwangshandlungen (teilweise von automutilativem Charakter) konnten weder verhaltensmodifizierende Techniken noch medikamentöse Behandlungen eine Besserung herbeiführen, so dass diese sich neurochirurgischen Eingriffen unterzogen. Es wurden unterschiedliche ablativ Verfahren während der letzten Jahrzehnte eingesetzt. Der erste Bericht stammt von Baker aus dem Jahr 1962 und bezieht sich auf einen, zum Zeitpunkt des Eingriffs im Oktober 1960 damals 22jährigen Mann. Dieser hatte seit dem 9. Lebensjahr kontinuierlich vokale und motorische Tics und eine schwer ausgeprägte Zwangsstörung. Die Symptomatik war bis zu diesem Zeitpunkt therapieresistent gewesen. Bei dem Eingriff wurde eine beidseitige Leukotomie vorgenommen, die postoperativ durch einen Frontalhirnabszess kompliziert verlief. Der Abszess konnte aspiriert und damit ausgeheilt werden. Bei der ein Jahr später erfolgten Nachuntersuchung habe der Mann nur noch gering ausgeprägte Tics und Zwangssymptome aufgewiesen, unerwünschte Behandlungsfolgen wurden nicht aufgeführt. In der Folge wurden unterschiedliche Techniken in verschiedenen Hirnregionen angewendet: präfrontale Lobotomien, beidseitige frontale Leukotomien, anteriore Cingulotomie, stereotaktische Eingriffe im Thalamus im Bereich der medialen, intralaminaren und ventrolateralen Thalamuskern sowie Dentatotomien im Kleinhirn. Mitunter wurden auch mehrere Zielregionen ausgeschaltet (ausführliche Übersicht bei Temel & Visser-Vandewalle 2004). Eine Reihe von Kritikpunkten ist hier anzuführen:

- Ungewissheit, ob tatsächlich die als Ziel gewählte Region bei dem Eingriff erreicht worden war, teilweise waren die Zielregionen unscharf bezeichnet worden
- Es fehlt überwiegend die pathophysiologische Begründung für die Auswahl des Zielgebietes bei der angegebenen Symptomatik
- Es wurden auch sehr junge Patienten (11- und 12jähriger Junge) operiert, was bei der meist eher günstigen Prognose von Ticstörungen ethisch nicht zu rechtfertigen ist

- Die postoperativen Folgen der Eingriffe reichen nicht gerade selten von Dystonien bis zur Halbseitensymptomatik oder sogar Lähmung aller Extremitäten und beeinträchtigen dann sehr viel stärker den Patienten als die Tic-Störung und komorbiden Auffälligkeiten. Viele Patienten nahmen auch nach dem Eingriff weiterhin Medikamente.

Im Jahr 1999 wurde erstmals bei einem Patienten mit Tourette Syndrom eine beidseitige Tiefenstimulation des Thalamus vorgenommen (Deep Brain Stimulation DBS). Aufgrund der Erfahrungen vorhergehenden Erfahrungen von anderen Operateuren aus deren stereotaktischen Thalamotomien bei Patienten mit nicht behandelbaren Tourette Störungen wurde eine Elektrode so platziert, dass sie allein ausreichte, die verschiedenen Thalamuskern zu stimulieren. Ausgewählt wurden jene drei Kerne, die von Hassler & Diekmann (1973) bei ihren stereotaktischen Eingriffen koaguliert worden waren und zu Besserungen von Tics und Zwangshandlungen geführt hatten. Zunächst wurde über die Elektrode in den Zielregionen des centromedianen Kerns, der Substantia periventricularis und des Nucleus Voi (= ventro oralis internus) eine Teststimulation für zwei Wochen durchgeführt und dann der Impulsgenerator implantiert. Im Hinblick auf die Tic- und Zwangssymptomatik sollen die über die Elektrode applizierten hochfrequenten Reize gleich gute Resultate erzielen wie die ablativen Techniken. Demzufolge schließen Temel und Visser-Vandewalle (2003, Visser-Vandewalle et al. 2004) dass chirurgische Eingriffe im Sinne einer Zerstörung von Hirngewebe nicht mehr gerechtfertigt seien. Unerwünschte Effekte waren, neben einem allgemeinen leicht sedierenden Effekt, bei einem Patienten eine Zunahme seines sexuellen Verlangens aber auch eine „verminderte Energie“, beim zweiten Patienten eine verringerte Konzentrationsleistung und beim dritten Patienten ein geringeres sexuelles Verlangen und ebenfalls eine „verminderte Energie“. Die Autoren betrachten aber auch die Tiefenstimulation des Gehirnes derzeit noch als experimentell.

Zur Prognose

Bei Ticstörungen kann man in den meisten Erkrankungsfällen von einer guten Prognose ausgehen. Sie neigen zum spontanen Sistieren oder aber im Langzeitverlauf zu einer Abnahme der Intensität. Zum Langzeitverlauf des Tourette Syndroms fehlen bisher umfangreichere gesicherte, systematische Studien. In einer amerikanischen Untersuchung zeigten sich deutliche Besserungen der motorischen Tics (bezogen auf Tics aller Körperregionen), jedoch 90 Prozent der Erwachsenen hatten weiterhin Tics, nahmen diese aber meist nicht wahr. Es gab keine Beziehung zwischen Tic-Beeinträchtigung und der Medikation (Pappert et al. 2003). Hinsichtlich der Kurzzeitprognose zeigte sich im Vergleich zu einer Gruppe, die ledig-

lich supportive Psychotherapie erhalten hatte, ein verhaltensmodifizierendes Trainingsprogramm (Habit reversal) nach 10 Monaten als weiterhin wirksam zur Kontrolle von Tics (Wilhelm et al. 2003).

Anschrift des Autors:

Priv.-Doz. Dr. med. Alexander Marcus
Chefarzt
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Krankenanstalt Mutterhaus der Borromäerinnen e.V.
Postfach 2920, 54219 Trier
Tel. 0651/947-2854, Fax: 06 51/9 47 28 55
Internet: www.mutterhaus.de

Literatur

- Allen AJ (1997): Group A streptococcal infections and childhood neuropsychiatric disorders: relationships and therapeutic implications. *CNS Drugs*, 8, 267-275.
- American Psychiatric Association (APA) (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*, American Psychiatric Association: Washington DC (4th Ed.).
- Bagheri MM, Kerbeshian J, Burd L (1999): Recognition and management of Tourette's syndrome and tic disorders. *Am Fam Physician*, 59, 2263-2274.
- Baker EFW (1962): Gilles de la Tourette syndrome treated by bimedial leucotomy. *Can Med Assoc J*, 86, 746-747.
- Bottas A, Richter MA (2002): Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections (PANDAS). *Ped Infec Dis J*, 21, 67-71.
- Bruggeman R, van der Linden C, Buitelaar JK, Gericke GS, Hawkrigde SM, Temlett JA (2001): Risperidone versus pimozide in Tourette's disorder: a comparative double-blind parallel-group study. *J Clin Psychiatry*, 62, 50-56.
- Cardona BK, Orefici G (2001): Group A streptococcal infections and tic disorder in an Italian pediatric population. *J Pediatr*, 138, 71-75.
- Castellanos FX, Giedd JN, Elia J, Marsh WL, Ritchie GF, Hamburger SD, Rapoport JL (1997): Controlled stimulant treatment of ADHD and comorbid Tourette's syndrome: effects of stimulant and dose. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 589-596.
- Chang YC, Huang CC, Huang SC (1998): Volumetric neuroimaging in children with neurodevelopmental disorders--mapping the brain and behavior. *Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi*, 39, 285-292.
- Cohen DJ, Friedhoff AJ, Leckman JF, Chase TN (1992): Extending basic research to clinical care. In: Chase TN, Friedhoff AJ, Cohen DJ (Eds.) *Advances in neurology. Tourette Syndrome: genetics, neurobiology, treatment*. New York: Raven Press, 341-362.

- Comings DE, Comings BG, Muhleman D, Dietz G, Shahbahrani B, Tast D, Knell E, Kocsis P, Baumgarten R, Kovacs BW, et al (1991): The dopamine D2 receptor locus as a modifying gene in neuropsychiatric disorders. *JAMA*, 266, 1793-1800.
- Comings DE, Himes JA, Comings BG (1990): An epidemiologic study of Tourette's syndrome in a single school district. *J Clin Psychiatry*, 51, 463-469.
- Comings DE, Muhleman D, Dietz B, Dino M, Le Gro R, Gade R (1993): Association between Tourette's syndrome and homozygosity at the dopamine D3 receptor gene. *Lancet*, 341, 1226.
- Dion Y, Annable L, Sandor P, Chouinard G (2002): Risperidone in the treatment of Tourette syndrome: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol*, 22, 31-39.
- Dolly O. (2003): Synaptic transmission: inhibition of neurotransmitter release by botulinum toxins. *Headache*, 43, Suppl 1, S 16-24.
- Drolet B, Rousseau G, Daleau P, Cardinal R, Simard C, Turgeon J (2001): Pimozide (Orap) prolongs cardiac repolarization by blocking the rapid component of the delayed rectifier potassium current in native cardiac myocytes. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*, 6, 255-60.
- Eapen V, Pauls DL, Robertson MM (1993): Evidence for autosomal dominant transmission in Tourette's syndrome. *Br J Psychiatry*, 162, 593-596.
- Erenberg G, Cruse RP, Rothner AD (1985): Gilles de la Tourette's syndrome: effects of stimulant drugs. *Neurology*, 35, 1346-1348.
- Esser G, Schmidt MH (1987): Epidemiologie und Verlauf kinderpsychiatrischer Störungen im Schulalter – Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Nervenheilkunde* 6, 27-35.
- Flockhart DA, Drici MD, Kerbusch T, Soukhova N, Richard E, Pearle PL, Mahal SK, Babb VJ (2000): Studies on the mechanism of a fatal clarithromycin-pimozide interaction in a patient with Tourette syndrome. *J Clin Psychopharmacol*, 20, 317-324.
- Fredericksen KA, Cutting LE, Kates WR, Mostofsky SH, Singer HS, Cooper KL, Lanham DC, Denckla MB, Kaufmann WE (2002): Disproportionate increases of white matter in right frontal lobe in Tourette syndrome. *Neurology*, 58, 85-89.
- Gadow KD, Sverd J, Sprafkin J, Nolan EE, Ezor SN (1995): Efficacy of methylphenidate for attention-deficit hyperactivity disorder in children with tic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 444-455.
- Gadow KD, Sverd J, Sprafkin J, Nolan EE, Grossman S (1999): Long-term methylphenidate therapy in children with comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and chronic multiple tic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 330-336.
- Gaffney GR, Perry PJ, Lund BC, Bever-Stille KA, Arndt S, Kuperman S (2002): Risperidone versus clonidine in the treatment of children and adolescents with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 330-336.
- Gardner B, Zhu LX, Sharma S, Tashkin DP, Dubinett SM. (2003): Methanandamide increases COX-2 expression and tumor growth in murine lung cancer. *FASEB J*, 17, 2157-2159.
- Garvey MA, Perlmutter SJ, Allen AJ, Hamburger S, Lougee L, Leonard HL, Witowski ME, Dubbert B, Swedo SE (1999): A pilot study of penicillin

- prophylaxis for neuropsychiatric exacerbations triggered by streptococcal infections. *Biol Psychiatry*, 45, 1564-1571.
- Gorskowski I (2001): Störungsspezifische Symptomatik, assoziierte Psychopathologie und individuelle Behandlungserfahrungen junger Tourette-Patienten: Erste Ergebnisse und kritische Evaluation des "Fragebogens zum Tourette-Syndrom". Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie der Universität Göttingen.
- Hallet M (2001): Neurophysiology of tics. IN: Cohen DJ, Jankovic J, Goetz CG: *Advances in Neurology: Tourette Syndrome*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (pp 179-196).
- Hassler R, Dieckmann G (1973): Relief of obsessiv-compulsive disorders, phobias and tics by stereotactic coagulations of the rostral intralaminar and medial-thalamic nuclei. In: Laitinen LV, Livingston K (Eds.) *Surgical approaches in psychiatry. Proceedings of the third international congress of psychosurgery*. Cambridge UK: Garden City Press, 206-212.
- Hornse H, Banerjee S, Zeitlin H, Robertson M. (2001): The prevalence of Tourette syndrome in 13-14-year-olds in mainstream schools. *J Child Psychol Psychiatry* 42, 1035-1039.
- ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. – German Modification – Version 2004. Lich: Pictura Verlag und Werbung.
- Kaplan BL, Rockwell CE, Kaminski NE (2003): Evidence for cannabinoid receptor-dependent and -independent mechanisms of action in leukocytes. *J Pharmacol Exp Ther*, 306, 1077-1085.
- Klein TW, Newton C, Larsen K, Chou J, Perkins I, Lu L, Nong L, Friedman H (2004): Cannabinoid receptors and T helper cells. *J Neuroimmunol*, 147, 91-94.
- Klein TW, Newton C, Larsen K, Lu L, Perkins I, Nong L, Friedman H (2003): The cannabinoid system and immune modulation. *J Leukoc Biol*. 74, 486-496.
- Klug B (2003): Familienuntersuchung zum Gilles de la Tourette-Syndrom. Inaugural Dissertation, Fachbereich Medizin, Philipps-Universität Marburg
- Kossoff EH, Singer HS (2001): Tourette syndrome: clinical characteristics and current management strategies. *Paediatr Drugs*, 3, 355-363.
- Kurlan R. (2003): Tourette's syndrome: are stimulants safe? *Curr Neurol Neurosci Rep*, 3, 285-288.
- Lanzi G, Zambrino CA, Termine C, Palestra M, Ferrari Ginevra O, Orcesi S, Manfredi P, Beghi E (2004): Prevalence of tic disorders among primary school students in the city of Pavia, Italy. *Arch Dis Child*, 89, 45-47.
- Law SF, Schachar RJ (1999): Do typical clinical doses of methylphenidate cause tics in children treated for attention-deficit hyperactivity disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38, 944-951.
- Leckman JF (2002): Tourette's syndrome. *Lancet* 360, 1577-1586.
- Leckman JF, Cohen DJ (1988): Pathobiology of Tourette's syndrome. In: Cohen DJ, Bruun RD, Leckman JF (Eds.) *Tourette's syndrome & Tic Disorders*. New York: John Wiley 1, 102-116.
- Leckman JF, Cohen DJ, Goetz CG, Jankovic J (2001): Tourette's syndrome: pieces of a puzzle. In: Chen DJ, Jankovic J, Goetz CG (Eds.): *Advances in Neurology: Tourette syndrome*. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 369-390.

- Leckman JF, Peterson BS (1993): The pathogenesis of Tourette's syndrome: epigenetic factors active in early CNS development. *Biol Psychiatry*, 34, 425-427.
- Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SI, Swartz KL, Stevenson J, Cohen DJ (1989): The Yale global tic severity scale: initial testing of a clinician-rated scale for tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28, 566-573.
- Müller-Vahl KR (2002): The treatment of Tourette's syndrome: current opinions. *Expert Opin Pharmacother*, 3, 899-914.
- Müller-Vahl KR, Berding G, Kolbe H, Meyer GJ, Hundeshagen H, Dengler R, Knapp WH, Emrich HM (2000): Dopamine D2 receptor imaging in Gilles de la Tourette syndrome. *Acta Neurol Scand*, 101, 165-171.
- Müller-Vahl KR, Kolbe H, Schneider U, Emrich HM (1998): Cannabinoids: possible role in patho-physiology and therapy of Gilles de la Tourette syndrome. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 502-506
- Pappert EJ, Goetz CG, Louis ED, Blasucci L, Leurgans S (2003). Objective assessments of longitudinal outcome in Gilles de la Tourette's syndrome. *Neurology*, 61, 936-940.
- Peterson BS, Skudlarski P, Anderson AW, Zhang H, Gatenby JC, Lacadie CM, Leckman JF, Gore JC (1998): A functional magnetic resonance imaging study of tic suppression in Tourette syndrome. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 326-333.
- Peterson PK, Gekker G, Hu S, Cabral G, Lokensgard JR. (2004): Cannabinoids and morphine differentially affect HIV-1 expression in CD4(+) lymphocyte and microglial cell cultures. *J Neuroimmunol*, 147, 123-126.
- Piacentini J, Chang S (2001) Behavioral treatments for Tourette syndrome and tic disorder: state of the art. In: DJ Cohen, J Jancovic, Goetz CG (eds.) *Advances in Neurology* (Vol 85, pp. 319-331). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Porta M, Maggioni G, Ottaviani F, Schindler A (2004): Treatment of phonic tics in patients with Tourette's syndrome using botulinum toxin type A. *Neurol Sci*. 24, 420-423.
- Pringsheim T, Davenport WJ, Lang A. (2003): Tics. *Curr Opin Neurol*, 16, 523-527.
- Robertson MM, Stern JS (2000): Gilles de la Tourette syndrome: symptomatic treatment based on evidence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9 Suppl 1, 160-75.
- Roth MD, Baldwin GC, Tashkin DP (2002): Effects of delta-9-tetrahydrocannabinol on human immune function and host defense. *Chem Phys Lipids*, 121, 229-239.
- Rothenberger A (1984): *Bewegungsbezogene Veränderungen der elektrischen Hirnaktivität bei Kindern mit multiplen Tics und Gilles de la Tourette Syndrom*. Habilitationsschrift der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Rothenberger A (1992): *Wenn Kinder Tics entwickeln*. Gustav Fischer.
- Rothenberger A, Gorskowski I, Woerner W "Fragebogen zum Tourette-Syndrom" : Bisherige Ergebnisse, kritische Betrachtung und Weiterentwicklung.
- Rüth U, Mayer-Rosa J, Schlamp D, Freisleder FJ (2000): Tourette-Syndrom und Antidepressiva-Therapie: Exacerbation einer Ticstörung unter Paroxetin. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 28, 105-108.

- Sallee FR, Gilbert DL, Vinks AA, Miceli JJ, Robarge L, Wilner K (2003): Pharmacodynamics of ziprasidone in children and adolescents: impact on dopamine transmission. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, 902-907.
- Sallee FR, Kurlan R, Goetz CG, Singer H, Scahill L, Law G, Dittman VM, Chappell PB (2000): Ziprasidone treatment of children and adolescents with Tourette's syndrome: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 292-299.
- Sanberg PR, Silver AA, Shytle RD, Philipp MK, Cahill DW, Fogelson HM, McConville BJ (1997): Nicotine for the treatment of Tourette's syndrome. *Pharmacol Ther*, 74, 21-25.
- Scahill L, Chappell PB, King RA, Leckman JF (2000): Pharmacologic treatment of tic disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 9, 99-117.
- Scahill L, Leckman JF, Schultz RT, Katsovich L, Peterson BS (2003): A placebo-controlled trial of risperidone in Tourette syndrome. *Neurology*. 60, 1130-1135.
- Singer HS, Giuliano JD, Hansen BH, Hallett JJ, Laurino JP, Benson M, Kiessling LS (1998): Antibodies against human putamen in children with Tourette syndrome. *Neurology*, 50, 1618-1624.
- Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV (2002): Novel treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry*, 63 Suppl 12, 16-22.
- Steinhausen H Ch (2002) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3. Aufl. Urban & Fischer.
- Tashkin DP, Baldwin GC, Sarafian T, Dubinett S, Roth MD (2002): Respiratory and immunologic consequences of marijuana smoking. *J Clin Pharmacol*, 42(11 Suppl), 71S-81S.
- Temel Y, Visser-Vandewalle V (2004): Surgery in Tourette syndrome. *Movement disorders* 91, 3-14.
- Tourette's Syndrome Study Group (2002): Treatment of ADHD in children with tics: a randomized controlled trial. *Neurology*, 58, 527-536.
- Visser-Vandewalle V, Temel Y, Boon P, Vreeling F, Colle H, Hoogland G, Groenewegen HJ, van der Linden C (2003): Chronic bilateral thalamic stimulation: a new therapeutic approach in intractable Tourette syndrome. Report of three cases. *J Neurosurg*, 99, 1094-1100.
- Walkup JT, Rosenberg LA, Brown J, Singer HS (1992): The validity of instruments measuring tic severity in Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 472-477.
- Weintrob N, Cohen D, Klipper-Aurbach Y, Zadik Z, Dickerman Z (2002): Decreased growth during therapy with selective serotonin reuptake inhibitors. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156, 696-701.
- Wilhelm S, Deckersbach T, Coffey BJ, Bohne A, Peterson AL, Baer L (2003): Habit reversal versus supportive psychotherapy for Tourette's disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 160, 1175-1177.
- Wolf SS, Jones DW, Knable MB, Gorey JG (1996): Tourette's syndrome: prediction of phenotypic variation in monozygotic twins by caudate nucleus D₂-Receptor-binding. *Science*, 273, 1225-1227, 1996.

Buchbesprechung

Von Isaac B. Singer „**Massel und Schlamassel**“ Kindergeschichten, 392 Seiten, gebunden, Hanser Verlag, 2004. Preis: 17.90 Euro (Titel der Originalausgabe: „Stories for Children“)

In diesem zauberhaften Kinderbuch werden wir in die Welt des inzwischen sagenumwobenen osteuropäischen „Schtetl“ versetzt, in eine Zeit, in der die Märchen noch glücklich endeten, eine Zeit, in der aus der Not eine Tugend werden konnte.

Es war eine Zeit und Welt mit einer ethischen Mitte, eine Zeit selbstverständlicher liebevoller Familienbande.

In diesen Märchen zeigt Singer, dass Natur, Tier und Mensch in eine göttliche Ordnung eingebettet sind.

Die Märchen spiegeln wohlthuendes Bezogensein von Mann und Frau, Eltern und Kindern, Geschwistern, Freunden, Mensch und Tier, Gott und Mensch.

Balsam für Herz , Seele und Verstand sind diese Märchen, weise und wahr.

Singer greift in seinen Märchen alle Entwicklungsstadien auf, nicht zuletzt das des Jugendlichen auf der Suche nach eigener Identität, die mit großem Schmerz und großer Gefahr verbunden ist.

Es ist ein „Verschlingbuch“, ein Buch zum Liebhaben und Sich-geliebt-fühlen, Sich-geborgen-fühlen.

Dieses Buch gibt gerade in diesen verrückten Zeiten ein Gefühl von In-Der-Welt-Zu-Hause-Sein.

Singer erzählt mit der ihm eigenen charmanten Sprache. Es ist hervorragend übersetzt. Die Umschlaggestaltung ist zauberhaft. Es ist ein Buch, das gut in der Hand liegt und neben dem Kopfkissen. Herzlichen Glückwunsch dem Hanser-Verlag!

Meine therapeutische Kindergruppe hörte aufmerksam und bewegt zu, tauschte sich im Gespräch lebendig aus.

Und hier kleine Leseproben:

Tsirtsur und Peziza

IN dem dunklen Eck zwischen Ofen und Wand, wo die Hausfrau ihren Besen, den Staubwedel und die Backschaufel verstaut, da lebte ein verwai-stes Teufelchen namens Peziza. Sie hatte nur einen Freund auf der Welt, und das war Tsirtsur, eine Grille. Tsirtsur wohnte auch hinter dem Ofen, in einer Mauerritze. So ein kleiner Kobold braucht ja nichts zu essen, aber wie Tsirtsur es schaffte, das war ein Rätsel. Vielleicht genügte ihm schon der Geruch von frisch gebackenem Brot, ein Mehlstäubchen und ein Regentropfen. Jedenfalls klagte Tsirtsur niemals über Hunger. Den ganzen Tag schlummerte er, aber wenn es Abend wurde, dann war er hellwach und begann Geschichten zu zirpen, die oft eine ganze Nacht lang dauerten.

Zlateh die Geiß

Der Schnee fiel dichter in großen Flocken auf den Boden. Aaron spürte unter seinen Stiefeln weiches, gepflühtes Feld. Er merkte, daß er vom Weg abgekommen war. Er wußte nicht, wo Osten und wo Westen war, wo das Dorf lag und wo die Stadt. Der Wind piff und heulte und trieb den Schnee in Wirbeln umher. Es sah aus, als ob weiße Kobolde über den Feldern Fangen spielten. Weißer Staub wirbelte auf. Zlateh stand still. Sie konnte nicht mehr laufen. Widerspenstig stemmte sie ihre gespaltenen Hufe in den Boden und meckerte, als ob sie darum bitten wollte, nach Hause geführt zu werden. Eiszapfen hingen von ihrem weißen Bart herunter, und ihre Hörner glänzten vom Eis.

Aaron wollte die Gefahr nicht zugeben, aber er wußte trotzdem, daß sie erfrieren würden, wenn sie keinen Unterschlupf fanden. Das war kein gewöhnlicher Sturm. Das war ein Blizzard, der schlimmste Schneesturm. Der Schnee reichte ihm bis zu den Knien. Seine Hände waren erstarrt, und seine Zehen konnte er nicht mehr spüren. Wie Holz fühlte sich seine Nase an, und er rieb sie mit Schnee ein. Zlatehs Meckern hörte sich wie Weinen an. Diese Menschen, denen sie so sehr vertraut hatte, hatten sie in eine Falle geführt.

Aaron begann zu Gott zu beten, für sich selbst und für das unschuldige Tier.

Buchrezensionen

Maur-Lambert, S., Landgraf, A. (2003) **Keine Angst vor der Angst! Elternratgeber bei Ängsten im Grundschulalter**. Borgmann: Dortmund. 144 Seiten. 15,30 €

Maur-Lambert, S., Landgraf, A., Oehler, K.U. (2003) **Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern**. Borgmann: Dortmund. 176 Seiten. 29,80 €

Andrea Landgraf ist Heilpädagogin mit den Arbeitsschwerpunkten ADS, LRS und emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie bringt vielfältige Erfahrungen aus ihrer Arbeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis sowie eines sonderpädagogischen Kompetenzzentrums. Sabine Maur-Lambert ist Diplom Psychologin in verhaltenstherapeutischer Ausbildung. Sie ist derzeit in einer psychosomatischen Klinik tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind emotionale Störungen sowie ADHS. Sie hat viele Jahre im Bereich der Erziehungs- und Familienhilfe sowie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis gearbeitet.

Dr. Klaus-Ulrich Oehler arbeitet als Kinder- und Jugendpsychiater in einer sozialpsychiatrisch ausgerichteten Praxis in Würzburg.

Viele Grundschulkinder leiden unter vielfältigen Ängsten, die gar nicht so selten behandlungsbedürftig sind. Der Ratgeber gibt Auskunft über die Diagnostik und Behandlung von Phobien, Trennungsängsten, generalisierten Angststörungen, sozialen Ängsten und Unsicherheiten sowie Schul- und Leistungsängsten.

„Ängste sind ganz normal und weisen dich auf eine Gefahr hin. Ängste sind wie Stoppschilder, sie sagen uns: 'Hier muss ich aufpassen!'“ Dieser Elternratgeber verfügt sympathischerweise über einen Kinderteil, in dem erklärt wird, was die Angst ist, welche Ängste es gibt und was man dagegen tun kann. Das gut und übersichtlich gegliederte Buch richtet sich in erster Linie an die Eltern. Es leitet dazu an, Ängste in pathologischem Ausmaß zu erkennen und ihre Entstehung besser zu verstehen. Es erklärt, was die Profis dagegen tun und was die Eltern mit ihren Kindern dazu beitragen können, damit Ängste abgebaut werden können. Die Ressourcen sollen erkannt und mit Hilfe von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen im Alltag besser genutzt werden. Verschiedene Techniken zur Angstbewältigung wie z.B. genaue Beobachtung, realistische Zielsetzung, Entspannungs- und Imaginationsübungen, Fertigkeiten üben, Gefühle richtig erkennen und ausdrücken, ein Lösungs-, Notfall- sowie ein Angstbekämpfungsplan werden dargestellt. Im letzten Kapitel wird erläutert, wo

sich die Betroffenen professionelle Hilfe holen können. Im Anhang findet der Leser einige nützliche Materialien, Kopiervorlagen sowie eine Auswahl an Elternratgebern und Kinderbüchern zum Thema. Bei leichten Ängsten kann die Lektüre des Ratgebers sowie die Durchführung der Übungen die bereits entstandenen Teufelskreise überwinden helfen. Der Leser ist nach der Lektüre besser in der Lage zu erkennen, wann eine professionelle Hilfe erforderlich wird und wo sie am ehesten gesucht werden sollte. Dieses Buch ist besonders für die Eltern von betroffenen Kindern im Grundschulalter zu empfehlen und kann auch als Unterstützung anderer therapeutischer Maßnahmen (z.B. Pharmakotherapie, Psychotherapie) mit großen Gewinn gelesen werden.

Neben dem sehr nützlichen Ratgeber erschien ein Therapeutenmanual für ein Gruppentraining für Grundschulkinder zwischen 7 und 10 Jahren sowie deren Eltern. Dieser Ansatz wurde in der Praxis der Drs. Oehler, Klein und Kreienkamp 1999 in Würzburg entwickelt und regelmäßig angewandt. Im September 2001 wurde dieses Konzept mit dem mit 5000 € dotierten Förderpreis der „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter – Christian K.D. Moik Stiftung“ ausgezeichnet. Geeignet ist das Gruppentraining für jeweils 4 bis 6 Kinder mit leichteren und mittelschweren Angststörungen, sozialen Unsicherheiten und Selbstwertproblematik. Das Training erstreckt sich über ca. 17 Wochen und besteht aus Diagnostik, mindestens einer einzeltherapeutischen Beratung, 10 Einheiten für Kinder (60 Min.) und Eltern (30 Min.) sowie 3 zweistündigen Elternabenden je 120 Min. Die gleichberechtigte Arbeit mit dem Kind und der Familie stehen dabei im Mittelpunkt. Ergänzende einzeltherapeutische Maßnahmen lassen sich ohne weiteres damit kombinieren. Die Kinder- sowie Elternstunden bauen aufeinander auf und folgen einem festen Schema. Im Kinderteil dient die erste Einheit der Kontaktaufnahme und dem gegenseitigen Kennenlernen. In den folgenden Stunden steht das Kennenlernen und Wahrnehmung von Gefühlen und der damit einhergehenden Gedanken im Mittelpunkt. In der zweiten Hälfte geht es um das Einüben von sozialen Fertigkeiten sowie die Steigerung des Selbstbewusstseins und der Motivation. Die letzten 3 Stunden helfen Ängste, Traurigkeit sowie Wut und Aggression besser zu bewältigen. Vorwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutische und heilpädagogische Methoden wie Rollenspiele, Feedback, Punktepläne, Entspannungstechniken und graduelle Exposition sowie regelmäßige Hausaufgaben stellen wichtige Elemente des Trainings dar. Die Eltern sind an dem Veränderungsprozess aktiv beteiligt. Die psychoedukative Ausrichtung des Trainings stärkt die Erziehungskompetenzen, erleichtert den Umgang mit kindlichen Ängsten, ermöglicht den Austausch mit anderen Eltern und wirkt sich positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung aus. Das Buch gibt einen guten Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Die Diagnostik, die einzelnen Störungsbilder

und deren Entstehung, einzelne Störungsmodelle sowie die Therapie von Angststörungen werden erläutert. Für die Kinder- sowie Elternstunden gibt es ein umfangreiches Textmaterial, das in Form von Kopien den einzelnen Teilnehmern ausgehändigt wird. Ausdrücklich loben möchte ich auch die gute Auswahl der sich mit Ängsten auseinander setzenden Bücher, die sich an Kinder und Eltern richten. Therapeuten, die ein Gruppentraining für ängstliche Grundschul Kinder planen, oder Eltern die an einem solchen Training teilnehmen, können von der Lektüre des Buches besonders profitieren. Das wohl durchdachte und gut strukturierte Trainingsprogramm könnte mühelos in psychotherapeutischen, kinderpsychiatrischen Praxen aber auch Erziehungsberatungsstellen und sozialpädiatrischen Zentren mit großen Gewinn für die betroffenen Familien angeboten werden.

Dr. med. Bodo Christian Pisarsky

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.
Die Zeitschrift erscheint in 4 Heften pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/9631, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (auf Diskette oder per E-Mail) und als Ausdruck auf Papier eingereicht werden. Schrifttyp: Arial. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitieregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfadens für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

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

CME-Fragebogen 2/2004
Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Ticstörungen

1. Bei folgenden Bewegungen kann es sich um motorische Tics handeln:

- Springen Klatschen Um sich selbst Drehen Kratzen
 Stampfen Objekte oder Personen Berühren Beißen

2. Zur Behandlung von Ticstörungen eignen sich Entspannungstechniken, Gegenkonditionierung und Verhaltensumkehr.

- stimmt stimmt nicht

3. Pimozid bietet aufgrund seiner unerwünschten kardialen Wirkungen (QTc Verlängerung und schwere ventrikuläre Tachyarrhythmien) nur dann eine Alternative, wenn sonstige medikamentöse Interventionen unwirksam waren.

- stimmt stimmt nicht

4. Eine Stimulanziengabe bei Kindern und Jugendlichen mit Ticstörungen sollte mit Vorsicht vorgenommen werden, Tics sind aber nicht als generelle Kontraindikation zu sehen.

- stimmt stimmt nicht

Nachname, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Datum und Unterschrift _____

Bitte ausreichend frankiert senden an: Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln

Epilog

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom ist nicht so selten, wie man annehmen könnte. Reinhard Plassmann stellt in seiner Arbeit das Syndrom in Beziehung zu Trauma und Weitergabe eigener traumatischer Kindheitserfahrungen an die nächste Generation.

Blutabnahme kann Stress verursachen - für Patient und Kinderpsychiater, wenn der Patient angespannt ist und die Sache nur ungern über sich ergehen lassen will. Ulrich Rüth stellt Heterosuggestion als Maßnahme zur Entängstigung des Patienten bei der Blutabnahme vor.

Renate Sannwald ermöglicht Einblicke in die katathym-imaginative Psychotherapie bei einer Jugendlichen mit starken Stimmungsschwankungen, depressiver Verstimmung, Suizidgedanken und selbstverletzendem Verhalten sowie bei einer Jugendlichen, die nicht mehr zur Schule ging, zunehmend depressiv verstimmt war und Suizidgedanken hatte.

Martin Jung erörtert aufschlussreich gesellschaftliche, wirtschaftliche, entwicklungspsychologische und biologische Zusammenhänge in Bezug auf den Konsum psychotroper Substanzen und umreißt in konkreter Form Rollen und Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Versorgung Suchtmittel konsumierender Jugendlicher.

Wie bereits in den Beiträgen von Plassmann, Sannwald und Jung anklings, haben Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Neben genetischen Belastungsfaktoren spielen psychosozialen Stressoren eine entscheidende Rolle. Kühnel und Bilke stellen ein interdisziplinäres Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern vor.

Ticstörungen sind zur Zeit in den Medien als Thema sehr präsent. Vielleicht fragen Sie sich, ob Sie weiter Tiaprid verschreiben sollen, nachdem die Indikation Ticstörung in der Zulassung weggefallen ist. Der Beitrag von Alexander Marcus bietet einen aktuellen und umfassenden Überblick zu Diagnostik und Therapie, der auch neurochirurgische Aspekte umfasst.

Ein Kinderbuch und zwei Bücher zu Ängsten werden in den Buchbesprechungen vorgestellt.

Ute Paporisz hat sich entschieden, ihre Mitarbeit in der Redaktion zugunsten der Betreuung ihrer Enkel aufzugeben. Wir bedauern das sehr, denn Sie hat in ganz besonders herzlicher und kompetenter Weise eine Fülle von Anregungen in unser Team gebracht, zahlreiche Kontakte zu Autoren geknüpft und mit viel Liebe und Sachverstand Hefte zusammengestellt und dazu passende Gedichte ausgesucht. Dafür bedanken wir uns recht herzlich und hoffen, dass sie uns noch lange als Autorin von Tagungsberichten und Buchbesprechungen erhalten bleibt.

Ingo Spitzcok von Brisinski