



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

20. Jahrgang | Heft 3/2010

*Off zielles Mitteilungsorgan
der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.*

forum

für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie

Inhalt

Editorial: Der reflexive Praktiker und künstliche neuronale Netze <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
Eltern – unsere Partner. Versuch eines Gesprächs mit Eltern geistig behinderter und komplex geschädigter Kinder <i>Susanne Stachot</i>	7
Früherfassung des Asperger-Syndroms <i>Thomas Girsberger</i>	41
Untersuchung zu Erfolg und nachhaltiger Wirkung von ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung <i>Marion Raitzig</i>	52
Zweistufiges Screening zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter <i>Falk Burchard, Gregor Wittmann & Nadine Auer</i>	64
<i>Zur Diskussion gestellt:</i> Stellungnahme zu den MTA-Langzeitergebnissen <i>Götz-Erik Trott & Klaus-Ulrich Oehler</i>	86
<i>Zur Diskussion gestellt:</i> Kinder ohne Bindung in virtuellen Welten: eine psychotherapeutische Bestandsaufnahme <i>Reinhard Plassmann</i>	92
<i>Buchrezension</i> Das Ende der Geduld – Konsequenz gegen jugendliche Gewalttäter	108
<i>Internet-Tipp</i> Leitfaden „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“	110
<i>Hinweise für Autoren</i>	112

Editorial:

Der reflexive Praktiker und künstliche neuronalen Netze

Nach Schein (1972) gibt es eine Lücke zwischen fachlichem Wissen und den Anforderungen des Vorgehens in der realen Welt bedingt dadurch, dass Grundlagenwissenschaften und angewandte Wissenschaften anstreben, möglichst allgemeingültig zu sein, und damit ‚konvergierend‘ sind, während die Anwendung in der praktischen Klientenversorgung erfordert, auf unterschiedliche Klientensysteme unterschiedlich einzugehen, und daher ‚divergierend‘ ist. Ein Kennzeichen von Fachleuten ist ihre Fähigkeit, eine konvergierende Wissensgrundlage auszuwählen und sie in fachliche Dienstleistungen umzuwandeln, die maßgeschneidert sind auf die individuellen Bedürfnisse des Klientensystems. Dieser Prozess erfordert nach Schein Fähigkeiten ‚divergierenden Denkens‘, über die sich nur begrenzt Systematisches aussagen lässt, da sie andernfalls ja Bestandteil konvergierenden fachlichen Wissens wären. Schön (1991, S. 50) umschreibt diese Fähigkeiten als „Knowing-in-action“ bzw. als „know-how“, das nicht zuvor bewusst als systematisches Regelwissen gelernt wurde.

Eine (nicht allumfassende) Klassifikation bzgl. des Erlernens dieser Fähigkeiten könnte z. B. analog den Lernverfahren künstlicher neuronaler Netze (vgl. Wikipedia 2010) folgendermaßen aussehen:

Überwachtes Lernen: Es ist ein Eingangsmuster gegeben und die Ausgabe, die das Neuronale Netz in seinem aktuellen Zustand produziert, mit dem Wert verglichen, den es eigentlich ausgeben soll. Durch Vergleich von Soll- und Istausgabe kann auf die vorzunehmenden Änderungen der Netzkonfiguration geschlossen werden. Diese Methode richtet sich also nach einer im Vorhinein festgelegten zu lernenden Ausgabe. Die Ergebnisse des Lernprozesses können mit den bekannten, richtigen Ergebnissen verglichen, also „überwacht“, werden. Dieses Verfahren spielt z. B. beim Training des Ratings

im Rahmen standardisierter Klassifikationen wie ICD-10 oder standardisierter Untersuchungsverfahren wie ADOS eine Rolle zusätzlich zu bewussten, Theorie geleiteten Lernprozessen. Erforderlich ist ein externer Lehrer (z. B. Vorgesetzter, Supervisor, Seminarleiter oder ein Lernprogramm mit Erfolgskontrolle). Das Verkleinern des Fehlers wird z. B. durch Backpropagation, d. h. Rückmeldung der Abweichung in der Ausgabe an die Eingabe solange, bis eine befriedigende Übereinstimmung mit dem gewünschten Ausgabeergebnis vorliegt, erreicht. Nach diesem Training bzw. Lernprozess sollte der Praktiker in der Lage sein, zu einer unbekanntem, den gelernten Beispielen ähnlichen Eingabe, eine korrekte Ausgabe zu liefern. Besitzt das Modell sehr viele Parameter oder sind nur wenige Trainingsdaten vorhanden, kommt es leicht zur Überanpassung. Das zeigt sich, wenn der Fehler im Trainingsset zwar weiterhin sinkt, aber derjenige im Testset wieder zu steigen beginnt, weil die bekannten Daten einzeln gelernt werden (anstelle der allgemeinen Regel dahinter).

Bestärkendes Lernen: Es ist nicht immer möglich, zu jedem Eingabedatensatz den passenden Ausgabedatensatz zum Trainieren zur Verfügung zu haben. Zum Beispiel kann man einem Assistenzarzt, der einen Großteil der Diagnostik- und Therapiezeit mit den Patienten ohne simultane Supervision verbringt, nicht zu jedem Zeitpunkt sagen, welche Aktion jeweils die beste ist. Aber man kann ihm eine Aufgabe stellen, die dieser selbstständig lösen soll. Nach einem Testlauf, der aus mehreren Zeitschritten besteht, kann das Ergebnis bewertet werden.

Unüberwachtes Lernen: Das Unüberwachte Lernen erfolgt ausschließlich durch Eingabe der zu lernenden Muster (z. B. durch Studium von Fachliteratur oder Zuschauen bei Kollegen). Das Neuronale Netz verändert sich entsprechend den Eingabemustern von selbst, aber unkontrolliert.

Stochastisches Lernen beruht auf einer zufälligen Suche. Mit Lernen ist dabei die Fähigkeit gemeint, Gesetzmäßigkeiten zu erkennen. Es wird versucht, eine Hypothese zu finden, die möglichst zielsichere Voraussagen trifft. Unter Hypothese ist dabei eine Abbildung zu verstehen, die jedem Eingabewert den vermuteten Ausgabewert zuordnet. Dazu verändert der Algorithmus die freien Parameter der gewählten Hypothesenklasse. Das Ziel des stochastischen Lernens ist es, mit Hilfe einer zufälligen Suche die Gewichte gegen ein gutes Minimum ihrer Fehlerfunktion $F(w)$ zu steuern. Eine Implementierungsoption ist die ‚simulierte Abkühlung‘ (*simulated annealing*). Dieses Verfahren

wird zum Auffinden einer approximativen Lösung von Optimierungsproblemen eingesetzt, die durch ihre hohe Komplexität das vollständige Ausprobieren aller Möglichkeiten und einfache mathematische Verfahren ausschließen. Grundidee ist die Nachbildung eines Abkühlungsprozesses: z. B. sorgt nach Erhitzen eines Metalls die langsame Abkühlung dafür, dass die Atome ausreichend Zeit haben, sich zu ordnen und stabile Kristalle zu bilden. Dadurch wird ein energieärmer Zustand, nahe am Optimum erreicht. Übertragen auf das Optimierungsverfahren entspricht die Temperatur einer Wahrscheinlichkeit, mit der sich ein Zwischenergebnis der Optimierung auch verschlechtern darf. Bei diesem Lernverfahren werden die neuen Gewichte auch mit einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit akzeptiert, wenn sie keine Verringerung des Fehlers gegenüber den vorhergehenden Gewichten erreicht haben.

Bzgl. Lücke zwischen fachlichem Wissen und den Anforderungen des Vorgehens in der realen Welt spielen zudem verschiedene Fehler- und Varianzquellen eine Rolle, die mit dem divergierenden Denken interagieren: Von Videoaufnahmen, die von mehreren professionellen Beobachtern ausgewertet werden, abgesehen, steht der Kinder- und Jugendpsychiater in der Regel dem Problem gegenüber, keine unmittelbar überprüfbare Garantie bieten zu können, dass seine Aussagen auf wissenschaftlich aktuell akzeptierten Grundlagen beruhen, da er meist allein ist in der Untersuchungs- und Therapiesituation (mit Ausnahme des Patienten und ggf. Angehöriger) oder alle Untersucher/Therapeuten derselben Praxis bzw. Institution angehören. Das Vertrauen in die wissenschaftliche Korrektheit und klinische Angemessenheit wird daher in besonderem Maße durch angemessene Kontakt- und Kommunikationsgestaltung zu Betroffenen, Angehörigen und Zuweisern, Nachvollziehbarkeit im Befundbericht (für die Betroffenen und ihre Angehörigen ebenso wie für die Zuweiser und Professionelle anderer Systeme wie Kindergarten, Schule, Jugendamt, usw., vgl. Spitzok von Brisinski 2006), also narrative Konsistenz seiner Darstellungen, sowie durch die Glaubwürdigkeit bzw. das Renommee des Diagnostikers bzw. der Institution, der er angehört, hergestellt (vgl. Heintz et al. 2004).

Zu beachten ist dabei, dass die narrative Konsistenz eine Gratwanderung zwischen klinisch-wissenschaftlicher Darstellung, also Repräsentation in einer dem Betroffenen und seinen Angehörigen in der Regel fremden Form mit mehr oder weniger objektivem Anspruch (*othering*, vgl. Kaschuba 2003) und Anschlussfähigkeit an Wortwahl, kulturellen Kontext und individuelle Bedürfnisse des Betroffenen und seiner Angehörigen.

Fehler- oder Varianzquellen im diagnostischen und therapeutischen Prozess
Von Bedeutung sind u. a. Informationsvarianz und Beobachtungsvarianz (vgl. Stieglitz & Freyberger, 2004):

- *Informationsvarianz* bedeutet, dass verschiedenen Untersuchern unterschiedliche Informationen über den Patienten und seine Erkrankung zur Verfügung stehen, z. B. hinsichtlich Vorbefunden und Angaben zu Fremd- und Eigenanamnese. Auch bei der Erhebung des psychischen Befundes spielt die Informationsvarianz eine wichtige Rolle, z. B. durch Art und Weise, wie Fragen gestellt werden, d. h. die Art der Exploration der interessierenden Phänomene.

- *Beobachtungsvarianz* bedeutet, dass verschiedene Untersucher bei gleicher Information zu unterschiedlichen Beurteilungen über das Vorhandensein und/oder den Schweregrad von bestimmten Symptomen kommen. Bereits in den 60er Jahren stellte die Arbeitsgruppe um Beck (Beck et al., 1962; Ward et al., 1962) fest, dass mangelnde diagnostische Übereinstimmungen in etwa 30 % durch Inkonsistenzen zwischen Urteilern durch Unterschiede in der Befragungstechnik (= Informationsvarianz) und Bewertung der Symptome (= Beobachtungsvarianz) erklärt werden konnten. Wittchen (1993) fand, dass 60 % der beobachteten Inkonsistenzen zwischen Urteilern vor allem auf Unterschiede in Auswahl und Formulierung von Symptomfragen beruhten. Nur 9 % der Inkonsistenzen waren auf das Antwortverhalten des Patienten zurückzuführen.

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK (1962) Reliability of Psychiatric diagnosis. 2. A study of consistency of clinical judgements and ratings American Journal of Psychiatry 119, 351-357

Heintz B, Merz M, Schumacher C (2004) Wissenschaft, die Grenzen schafft. Geschlechterkonstellationen im disziplinären Vergleich. Bielefeld: transcript

Kaschuba W (2003) Einführung in die Europäische Ethnologie. München: Beck, 2. Aufl.
Schein EH (1972) Professional Education. Some New Directions. New York: McGraw-Hill

Schön DA (1991) *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. Aldershot: Avebury

Spitzok von Brisinski I (2006) Systemische Narrative, Qualitätsmanagement, Psychiatrie & Krankenkassen: Eine Reflexionsliste zur systemischen Berichtgestaltung. *Kontext* 3, 275-296

Stieglitz R-D, Freyberger HJ, Mombour W (2002) Klassifikation und diagnostischer Prozess. In: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz RD (Hrsg.): *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin*. Basel, Karger, 17-31

Wittchen, H.-U. (1993) Diagnostik psychischer Störungen: Von der Optimierung der Reliabilität zur Optimierung der Validität. In: Berger, M.; Möller, H.-J.; Wittchen, H.-U. (Hg.) *Psychiatrie als empirische Wissenschaft*. München: Zuckschwerdt, 17-39

Eltern – unsere Partner

Versuch eines Gesprächs mit Eltern geistig behinderter und komplex geschädigter Kinder

Susanne Stachat

Einleitung

Die Geburt eines Kindes ist ein Ereignis voller Freude und Hoffnungen. Daher überrascht es uns nicht, dass mit einer Missbildung geborenes Kind für die Eltern einen Schock darstellt und eine familiäre Krise einleitet. Denn für sie verkörpert das Kind idealisierte Vorstellungen und Wünsche als Resultat eigener Lebenserfahrungen, Lebensvorstellungen. Ein behindertes Kind ist für alle Familien eine Herausforderung. Umstellung des Tagesablaufes, Beschränkung in Freizeit und Beruf, ständige Rücksichtnahme mit überwiegender Belastung der Mutter werden notwendig. Sie droht unter der Belastung der Behinderung ihres Kindes zusammen zu brechen, wenn nicht Hilfe geboten wird. Wir wissen, dass beste Entwicklungsmöglichkeiten für psychisch und komplexgeschädigte Kinder (geistige Behinderung + Sinnesschäden + Körperbehinderungen + neurologische Erkrankungen) in familiengebundener Erziehung bestehen ^(2, 9b, 47, 48). Daraus ergeben sich folgende Aufgaben:

- Früherfassung mit Frühförderung entwicklungsgestörter Kinder
- Beobachtung mit Diagnostik, Prognostik eines behinderten Kindes
- Entwicklung von Förderprogrammen für das häusliche Milieu
- Anleitung der Familien in der Frühförderung
- Psychologische Betreuung der Familien mit einem chronisch kranken Kind
- Schulung des Personals von Kindertagesstätten im Umgang mit betroffenen Eltern.

Ausführliche Förderprogramme liegen vor ^(11, 44).

Mit diesem Beitrag will ich mich der Nöte der Eltern mit einem geistig oder komplexbehinderten Kind annehmen. Meine jahrelangen Erfahrungen zeigen mir die breite Palette affektiver, emotionaler Reaktionen von Aufopferung bis

zur Misshandlung des kranken Kindes. Ich werde versuchen, die Ursachen zu beschreiben und Lösungswege zu finden.

Problemstellung

Die Eltern gesunder Kinder brauchen oft Hilfen bei der Erziehung. Wie groß ist das Bedürfnis bei Eltern behinderter Kinder?

In Sprechstunden bestürmen uns Fragen:

- Haben wir Schuld an der Krankheit unseres Kindes?
- Gibt es eine Heilung?
- Wie schwer behindert ist unsere Kind?
- Erlernt es einmal die Sprache?
- Welche Schule wird es besuchen?
- Hat mein Leben noch einen Sinn?

Insgesamt besteht bei allen Fachleuten noch Ratlosigkeit, wenn wir betroffenen Eltern die Wahrheit über die Erkrankung ihres Kindes vermitteln sollen. Meine Erfahrungen stützen sich auf viele Jahre Risikosprechstunde in der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik der Samariteranstalten Fürstental/Spree. In den Gesprächen werden wir mit Angst- und Schuldkomplexen, mit vielen Abwehr- und Kompensationsmechanismen der Eltern konfrontiert. Sie tragen den Charakter von Entlastungsgesprächen und müssen bei ihnen Gefühle des Verständnisses und des Vertrauens auslösen. Sie sollen ihnen Sicherheit geben, ihre Bereitschaft zur Mitarbeit stärken. Das gelingt uns nur, wenn wir zur Reflektion bis in unsere frühe Kindheit bereit sind. Wie aus psychoanalytischer Literatur^(9a, 12a, 12b) bekannt und es die lerntheoretischen Kenntnisse^(10, 20, 37) beweisen, praktizieren wir in der Kindheit geübte Bewältigungsmechanismen auch im Erwachsenenalter. Damit können wir ein Mindestmass an Identifikation mit der moralischen Vorstellungswelt der Eltern, ihren berechtigten Sorgen und Ängsten leisten. Daniel Granin, zitiert im „Blockadebuch“⁽²²⁾, sagte: „Je tiefer man aus sich selbst schöpfte, desto notwendiger ist das für alle.“ Uns öffnet sich der Blick für Widerstände gegen Therapiekonzepte. *Wir müssen bereit sein, Übertragungsreaktionen zu verarbeiten.* Elterngespräche zwingen uns zur Auseinandersetzung mit Problemen der Nähe und Distanz zur Persönlichkeit der Eltern. Nach Schmitz^(43a, 43b) ergeben sich daraus folgende Aufgaben:

1. Akzeptieren der Behinderung des eigenen Kindes.
2. Realistische Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Kindes.
3. Erarbeitung einer Prognose für das Kind mit Fachleuten und Eltern.
4. Motivierung der Eltern, an langfristigen Therapiekonzepten mitzuarbeiten, sie zu Co-Therapeuten zu befähigen.
5. Selbständigkeit der Eltern in ihrer Arbeit mit ihrem Kind.

Bis jetzt ist es uns nur in Einzelfällen gelungen, Eltern als Co-Therapeuten zu gewinnen. Nach unseren Erfahrungen beeinflussen Wissensvermittlung, Trainingskurse über den Umgang mit den behinderten Kindern die Motivation zur Mitarbeit unbefriedigend.

Ziel der Elternarbeit

Die Eltern sind unsere Partner, d. h., das Therapiekonzept für das behinderte Kind *muss* mit ihnen gemeinsam erarbeitet werden. Das Team der Fachleute (Ärzte, Psychologen, Pädagogen) darf sie nicht ausklammern und Programme niemals über ihre Köpfe hinweg aufstellen. Dabei haben Eltern und Therapeuten unterschiedliche Ausgangspositionen:

- Fachleute *wollen sich* mit den Problemen Behinderter auseinandersetzen.
- Eltern *müssen* es tun.

Es darf uns nicht verwundern, wenn wir in zunehmendem Maße Spannungen zwischen Fachkräften und Eltern beobachten.

Irina Prekop⁽⁴¹⁾ formulierte den Spannungsbogen einer gestörten Harmonie:

Eltern

1. Sie erleben die Geburt eines behinderten Kindes als Unglück. Sie *müssen* sich mit dem Problem der Behinderung auseinandersetzen.
2. Sie stehen im Abseits, genießen kein hohes Ansehen, Abbruch von Freundschaften, Änderung des Berufes. Sie fühlen sich sozial entwertet; Einsamkeit.

Fachleute

- Fachleute *wollen sich* mit dem Problem der Behinderung auseinandersetzen.
- Sie werden sozial aufgewertet, bewundert, anerkannt. Es bieten sich viele Möglichkeiten der Kontaktpflege.

3. Sie brauchen die Unterstützung von Fachleuten. In der Zeit der Früherfassung und Frühtherapie ist sie ein Hilferuf.

Sie wenden sich vor allem dem Behinderten zu. Die Eltern sind Informanten.

4. Durch Versorgungs- und Isolierungsängste werden Feindseligkeiten gegen Fachleute begünstigt, wenn sie spüren, dass der Fachmann nicht die gesamte problematische Lage gefühlsmäßig nachvollzieht.

Sie ziehen sich auf fachliche Positionen zurück. Es entwickelt sich eine einseitige Offenheit. Sie sind gekränkt, wenn Empfehlungen nicht nachvollzogen werden.

5. Sie leiden unter Schuldgefühlen
a) die Behinderung verursacht zu haben
b) Therapieempfehlungen nicht zu befolgen.

Sie *erzeugen* bei den Eltern durch hohe Anforderungen Schuldgefühle.

6. Sie *leiden* unter Halbwahrheiten und Teilauskünften.

Sie geben nur unvollständige Informationen an die Eltern, da Prognosen über den Verlauf einer Behinderung oft nicht richtig eingeschätzt werden können.

So mehrt sich das Schuldkonto bei Familien mit chronisch kranken Kindern. Für uns bleibt es ein offener ethischer Konflikt, was ist den Betroffenen zumutbar, wenn Verlustängste mit Bedrohung der Zukunft das Familienklima bestimmen. Sie haben Angst vor der Zukunft, vor der lebenslänglichen Bindung an das kranke Kind. Das verpflichtet uns, sie zu begleiten. Wir dürfen sie mit ihren inneren und äußeren Nöten nicht allein lassen und sollten gemeinsam nach praktikablen Wegen der Beratung suchen.

Psychohygiene – Bedingung zur Arbeitsmotivation

Die Geburt eines behinderten Kindes ist für alle Familienmitglieder ein krisenhaftes Ereignis, auch wenn die Behinderung erst allmählich sichtbar wird und sich langsam Zweifel an der Normalität des Kindes entwickeln. Bei allen betroffenen Eltern werden Gefühle wie Trauer, Wut, Ängste, Hilflosigkeit, Enttäuschung ausgelöst. Sie suchen Hilfe und Rat bei Fachleuten in der Hoff-

nung, die Krankheit ihres Kindes zu heilen oder bestimmte Symptome, wie störendes Verhalten zu verändern. Physiotherapeutische Maßnahmen nach Bobath und Vojta, Lernprogramme zur Verhaltensmodifikation führen insgesamt zu einer Besserung. Voraussetzung ist die Bereitschaft der Eltern zur Mitarbeit. Sie müssen die genannten Therapien akzeptieren, um ihrem behinderten Kind keine Chance zu verbauen – sie haben zu funktionieren!

Wir als Fachfrauen und –männer haben den Betroffenen Verständnis für Therapiekonzepte zu vermitteln. Dafür sind nach unseren Erfahrungen ^(50a) als wichtigste Voraussetzung die emotionale Annahme des chronisch kranken Kindes mit Reorganisation der Familienstruktur, neue Rollenverteilung, neue Lebensvorstellung zu nennen.

Der Prozess der Annahme verläuft über mehrere Stufen. Dafür gibt es viele Modelle. Wir schließen uns dem hypothetischen Modell der Abfolge elterlicher Reaktionen ^(45, 49, 51, Abb. 1) auf die Geburt eines Kindes mit Fehlbildungen nach Marshall und Kennel ⁽³⁶⁾ in Drotar ⁽⁸⁾ an, das wir durch eine Phase 6 ergänzten, an.

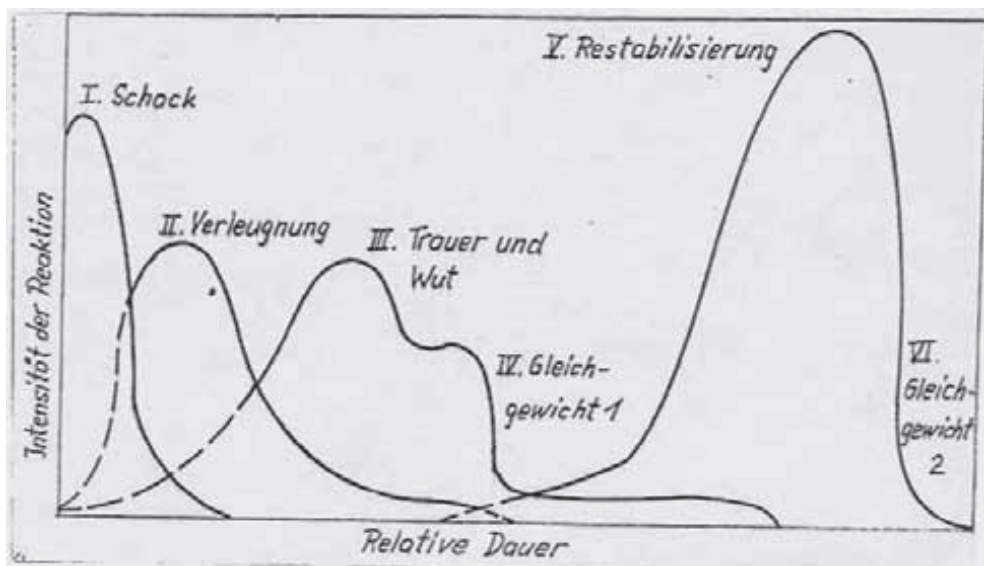


Abb. 1

Beschreibung der Phasen

1. Die Erkenntnis einer Behinderung löst einen Schock aus. Die Geburt eines behinderten Kindes geschieht in den meisten Fällen ohne Vorwarnung. Diese Phase ist gekennzeichnet durch irrationales Verhalten.
2. Bei der 2. Phase herrscht Unglaube vor: „Das kann nicht sein, die haben sich geirrt.“ Hier beginnt die allen Praktikern bekannte „Wanderung“ von einem Arzt zum anderen in der Hoffnung, die Diagnose rückgängig machen zu können.
3. Charakteristisch für die 3. Phase ist das Gefühl der Trauer. Die Diagnose lässt jetzt keinen Zweifel mehr aufkommen. Hilflosigkeit und Panik beherrschen die Gefühle aller Familienangehörigen. Sie sind unfähig zur Planung und Einstellung auf die neue Situation.
4. Allmählich lassen Angst und viele emotionale Reaktionen, wie ständiges Weinen, nach. Ein sich Abfinden mit der Situation und ein wachsendes Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten stellt sich ein. Wir bezeichnen diesen Abschnitt Gleichgewicht 1.
5. Im 5. Stadium, der Restabilisierung, setzen sich die Eltern mit der Verantwortung für die Probleme ihres kranken Kindes auseinander. Sie bitten um Hilfe und arbeiten konstruktiv an Therapiekonzepten mit. Shontz ⁽⁴⁶⁾ beobachtet auch in dieser Phase einen ständigen Wechsel zwischen aktiver Auseinandersetzung mit der Behinderung und Rücklauff Tendenzen. Er interpretiert sie als Bedürfnis zur Entspannung.
6. Ergänzen möchte ich das Modell durch eine 6. Phase. Wir nennen sie Gleichgewicht 2. Wir beobachten sie bei Familien mit geistig schwerstbehinderten und komplexgeschädigten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In dieser Phase haben die Eltern keine Erwartungen mehr an eine Weiterentwicklung ihrer Kinder. Sie finden sich mit der Diagnose ab, pflegen sie aufopferungsvoll und bemühen sich, pädagogische Mindestanforderungen zur Selbstbedienung weiterhin durchzusetzen.

Psychoanalytisch orientierte Therapeuten sprechen von Trauerarbeit. Wir schließen uns dieser Interpretation an, sind uns aber des Unterschiedes bewusst: Die Trauer nach dem Verlust eines geliebten Menschen ist einmal überwunden. Der Behinderte in der Familie bedeutet lebenslängliche Bindung. *Umso eindringlicher steht die Forderung nach Begleitung.* Sie beginnt mit der Vermittlung über die Wahrheit der Erkrankung. Dazu sind wir verpflichtet. Wir erleben während der Erstgespräche unterschiedliche Reaktionen: Verstummen, Schreien, Weinen, Ratlosigkeit, wiederholtes Hinterfragen

der Auskunft des Arztes. Oft täuscht Ruhe der Eltern verbunden mit Fragen in sachlichem Ton über ihre wirklichen Gefühle den Arzt. Gerade bei diesen Eltern beginnt eine Odyssee. Sie konsultieren mehrere Fachkollegen, die behandelnden Physiotherapeuten: „Stimmt die Diagnose? Vielleicht haben sie sich geirrt? Die Untersuchung war nicht gründlich genug! Gibt es keine Tabletten oder Operationen? Wenn ich das gewusst hätte, wäre der Tod des Kindes die bessere Lösung!“

Wir empfinden die Äußerungen der Eltern als Angriffe, wenn wir uns des phasenhaften Verlaufes der Annahme der Behinderung *nicht* bewusst sind. Damit haben wir keine Basis für die so dringend notwendige partnerschaftliche Zusammenarbeit. Unsere gewohnte Praxis lässt den Eltern keine Zeit, sich mit der erschreckenden Information über das Krankheitsbild auseinanderzusetzen. Denn gleichzeitig mit der Aufklärung verlangen wir von ihnen, am Therapieprogramm mitzuarbeiten. Die Frage der Eltern „Was können wir jetzt tun?“ verführt uns dazu. Fordern wir nicht zu früh von den Eltern aktive Mitarbeit? Lassen wir ihnen genügend Zeit, die erste Auskunft zu verarbeiten? Wir sind glücklich über die „Brücken“, die sie uns mit ihren Fragen bauen. Sie lenken uns von unserer ewigen Ausrede des Zeitmangels ab. Persönliche Erfahrungen und viele Gespräche mit Eltern beweisen mehr oder weniger große Anteile des in den 6 Phasen beschriebenen Verhaltens während des ganzen Lebens.

Ein Mangel an Zeit über die Diagnose des Kindes mit den Eltern in Ruhe zu sprechen, führt zu Situationen, in denen sie sich überrollt fühlen. Sie sind außer Stande, die Behinderung ihres Kindes richtig einzuschätzen. Wenn wir uns über mangelnde Kooperation beklagen, sollten wir uns fragen, ob wir die Eltern auch in der richtigen Phase abberufen haben. Niemand kann z. B. in der Phase des Schocks konstruktiv tätig sein. Der Grund häufiger Therapiebeendigungen läge auf der Hand.

Als für uns sichtbare Zeichen der Annahme des behinderten Kindes erfahren wir:

1. Auftreten der Familie *mit* dem behinderten Kind in der Öffentlichkeit – kein Verstecken
2. Familiäre Reorganisationsformen:
 - a) Verwandte, Freunde der Familie sind bereit, Aufsicht und Betreuung zu übernehmen.
 - b) Teilnahme an Festen mit dem geistig behinderten Kind.

- c) Gemeinsame Spiele mit den gesunden Geschwistern und deren Freunden unter Berücksichtigung der Besonderheiten des kranken Kindes.
 - d) Spiele des behinderten Kindes auf Spielplätzen der Wohngemeinschaft und anderer Spielplätze.
3. Die Eltern führen paritätisch Förderprogramme, physiotherapeutische Übungen und pflegerische Maßnahmen durch. Es herrscht ein einheitlicher Erziehungsstil, Absprachen über Erziehungsmaßnahmen.
- a) Vorstellung des Kindes bei Fachleuten durch die *Eltern*
 - b) Bei gemeinsamer Vorstellung ist der Vater nicht nur „Zuschauer“, sondern ebenso Informant über die Entwicklungsdaten wie die Mutter.
 - c) Gemeinsame Teilnahme an Elternseminaren.
 - d) Gemeinsamer Urlaub mit der ganzen Familie.
4. Gespräche über die Zukunft des kranken Kindes nach der Pubertät und im Erwachsenenalter. Wer übernimmt die Betreuung ab 18. Lebensjahr?

Trotzdem bleibt die offene Frage: Wie lange sollte familiengebundene Erziehung psychisch Kranker praktiziert werden?

Wir müssen die berechtigte Sorge der Eltern einer lebenslänglichen Bindung an ihr krankes Kind hören.

Behinderte in der Gesellschaft

Nach Cloerkes ⁽⁷⁾ orientiert sich die Gesellschaft am Gesunden und Verhandlungsfähigen. Sie ist abhängig von den dominierenden Wertvorstellungen und diese bestimmen unsere Einstellungen und Verhaltensweisen. Integration des Behinderten im weitesten Sinne setzt positive Einstellung zur Behinderung voraus. Ich kenne viele Beispiele, in denen Eltern Spielplätze mit ihren behinderten Kindern aus unterschiedlichsten Gründen meiden, an Familienfesten nicht teilnehmen. In einem von uns erarbeiteten Fragebogen ^(50 b) zu Schwierigkeiten mit dem kranken Kind nennen sie als besonders belastend:

= Notwendigkeit der ständigen Aufsicht,

= Unselbständigkeit in der Selbstbedienung als intrafamiliäres Problem,

= Auftreten in der Öffentlichkeit als gesellschaftliches Problem.

Wenn Eltern unseres Einzugsgebietes Therapiekonzepte vorzeitig abbrechen, an Hospitationen in den Fördereinrichtungen nur selten teilnehmen ^(50 a), müssen andere Ursachen vorliegen. Sie nehmen das Angebot zu Einzelgesprächen immer wahr, 47 % beteiligen sich an Elternseminaren, nur 2 % hospitieren in den Gruppen. Als Begründung geben sie Zeitmangel, Überlastung, Angst um den Arbeitsplatz und zu große Entfernungen an. Damit dürfen wir uns nicht zufrieden geben, denn verlorene Zeit, besonders in der Frühförderung

arbeitet gegen das behinderte Kind. Wir suchen die Ursachen zunächst nicht bei den Betroffenen. Es gibt typische Reaktionsformen Gesunder:

- Angst, selbst zum Betroffenen zu werden;
- Unsicheres Auftreten dem Behinderten gegenüber: Wie biete ich Hilfe an?
- Anstarren oder bewusstes Wegsehen;
- diskriminierende Äußerungen, Witze;
- Spott, oft aus Unsicherheit: „spöttelnd Hilfe anbieten“;
- Aggressivität;
- Mitleid;
- Spenden;
- Scheinakzeptierung.

Jede dieser genannten Reaktionen verletzt den Behinderten und seine Familien. Der Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Behinderten in der Gesellschaft ist in den letzten Jahren ein verstärktes Forschungsinteresse gewidmet. Informationen über Behinderungen durch Medien (Filme, Rundfunk, Bücher, Vorträge) und Kontakte zu Behindertengruppen, z. B. gemeinsame Nutzung der Spielplätze, Kindergärten sind praktizierte Möglichkeiten. Schulpflicht für alle Kinder gehört zu den wichtigsten gesellschaftlichen Errungenschaften. Dennoch fühlen sich betroffene Eltern oft als Außenseiter - keine Basis für die Integration ihrer behinderten Kinder. Die Würdigung ihrer Leistungen nur durch Fachleute lässt bei ihnen ein Gefühl des Alleingelassenseins aufkommen. Gesetzliche Regelungen wie Frühförderung, Schulpflicht bahnen nicht allein den Weg zur Integration des chronisch kranken Menschen, wenn nicht Einstellungen zur Behinderung generell beeinflusst werden. Dieser Tatsache müssen wir uns stellen. *Jeder von uns kann zu jeder Zeit zum Betroffenen werden. Erst dann suchen wir nach Wegen, mit einer Behinderung zu leben.*

Motivation - Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie

Die Frühförderung ist bei der Betreuung eines geistig behinderten und komplex-geschädigten Kindes entscheidend für die spätere Entwicklung. Nach Becker ⁽²⁾, Spitz ⁽⁴⁸⁾, Speck ⁽⁴⁷⁾ tragen die Eltern zentralen Anteil an der Entwicklung sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten der Kinder. Sie bestimmen durch ihre erzieherischen Praktiken „Grundmuster sozialen Verhaltens und der Kommunikation“ (zitiert aus Speck ⁽⁴⁷⁾). Unter dem Stichwort *Elternarbeit* im Internet finden wir

- Elternarbeit ist Arbeit mit den Eltern (Eltern = Partner),
- Elternarbeit muss frühzeitig einsetzen,

- Elternarbeit orientiert sich in ihren Methoden an den jeweiligen Bedürfnissen⁽⁴⁷⁾, Einzelfallhilfen, Integrationshilfen, Informationen, Verhaltenstraining, Psychotherapie, Gesprächen, praktischen Anleitungen,
- Elternarbeit muss interdisziplinär erfolgen,
- Elternarbeit darf nicht durch zu große Entfernungen behindert werden,
- Elternarbeit soll den Eltern die richtige Einstellung zum behinderten Kind vermitteln⁽²⁾, Schuldgefühle, Enttäuschung, Resignation abbauen,
- Elternarbeit soll die Eltern anleiten, das Lernen ihres Kindes systematisch zu trainieren,
- Elternarbeit muss Eltern in die Lage versetzen, selbst eine Kindergruppe zu betreuen, um nur einige Beispiele aufzuzählen.

Wir sehen, unterschiedliche Autoren formulieren eine breite Palette von Aufgaben in der Arbeit mit Eltern. Auch ein gutes Team kann sie nicht alle abarbeiten. Aber unbedingt wahrnehmen sollten wir die sozio-emotionalen Belastungen einer Familie mit einem chronisch kranken Kind.

Angst vor der Zukunft führt zu Abwehr und lähmt jedes therapeutische Handeln. Erst Abbau der Angst, der Schuldgefühle, der Enttäuschungen ermöglichen den Eltern eine realistische Einschätzung der Leistungs- und Fördermöglichkeiten ihres Kindes und fördert ihre Bereitschaft, am Therapiekonzept mitzuarbeiten.

Wissensvermittlung - Weiterbildung

(praktische Durchführung, Organisation in der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik der Samariteranstalten bis Dezember 1988^(50 a))

Theoretische Grundlage unserer Elternseminare bildete das Münchner Trainingsmodell (MTM) von Innerhofer^(27 a, b). Das Grundthema lautete: „Konsequenzen als Grundlagen des Lernens.“⁽²⁹⁾ Es vermittelt den Eltern die Lerngesetze, um das Verhalten ihrer Kinder in eine Richtung zu lenken, die für ihre weitere Entwicklung möglichst günstig ist. Wir bedachten bei der Planung unserer Elternseminare^(50 a):

- Berufstätigkeit der Eltern,
- Entfernungen der Wohnorte der Eltern vom Veranstaltungsort,
- Überlastungserscheinungen der Mütter durch die Dreifachbelastung: Berufstätigkeit - Pflichten in der Familie - therapeutische Aufgaben am behinderten Kind.

Deshalb stellten wir die Elterngruppen nach folgenden Gesichtspunkten zusammen:

1. Krankheitsbilder, Entwicklungsstufen der Kinder.
2. Örtliche Gegebenheiten.
3. Berufliche Qualifikation der Eltern.

Wir trafen uns einmal im Monat an einem Freitag von 15.00 – 18.00 Uhr. Das Thema „Konsequenzen als Grundlagen des Lernens“⁽²⁹⁾ war Bestandteil aller Themen der Elternseminare:

- Werken – Umgang mit Ton
- Spiele – spielend lernen
- Gestalten von Festen
- Körperpflege, Selbstbedienung
- Tischsitten, richtige Ernährung
- Musik und Sprache – Musik zu Hause
- Sexualerziehung
- Turnen mit körperbehinderten Kindern – (infantile Cerebralparese)
- physische/psychische Besonderheiten bei Kindern mit Langdon-Down und autistischen Syndromen.

Wir übten gemeinsam:

- Beobachten des Kindes
- Beschreiben des Verhaltens
- Analyse des beschriebenen Verhaltens
- Lösungsfindung
- Einübung des Verhaltens im häuslichen Milieu
- Erfolgskontrolle: Berichte der Eltern bei den Elternseminaren – Einzelgespräche – Niederschrift in einem Berichtsheft.

An praktischen Beispielen wurden im Anschluss an eine kurze theoretische Einführung der gezielte Einsatz von Lob und Strafe demonstriert. Nach einer 10 Minuten dauernden Beschäftigung durch einen Therapeuten mit „Problemkindern“ mussten die Eltern als Beobachtungs- und Beschreibungsübung ihre Eindrücke über das Verhalten ihrer Kinder und ihrer Erzieher wiedergeben⁽²⁷⁾ b). Sie erlebten in Belohnungs- und Bestrafungsspielen^(10, 15) unter Anleitung der Therapeuten Identifikation mit der Gefühlswelt der Kinder, wenn z. B. im Tagesablauf Strafen notwendig wurden.

Der Schwerpunkt der Elternseminare lag in der Vermittlung theoretischer Kenntnisse und des Trainings im Umgang mit dem Kind. Dafür liegt als Begründung vor: ein Patient, der selbständig isst, toilettensauber ist, auf Grundaufforderungen, wie : komm, gib, halt, bleib stehen reagiert, der sich für einige Zeit allein beschäftigen kann, abends gut einschläft und nicht ständiger Aufsicht bedarf, wird eher in die Familie integriert, als ein unruhiges, einkotendes, einnässendes Kind.

Wir wissen, dass Entwicklung ohne äußere Notwendigkeit nicht stattfindet ⁽⁴⁾. Das trifft besonders für geistig Schwerstbehinderte, Komplexgeschädigte zu. „Aufbewahrung“ verhindert in jeder Weise ihre Weiterentwicklung. Deshalb dürfen wir bei der Planung der Elternseminare auf die Vermittlung theoretischer Kenntnisse nicht verzichten.

In den folgenden drei Kapiteln beschreibe ich drei charakteristische Beispiele, die sich auf viele Situationen aus der Praxis eines Arztes, Psychologen übertragen lassen:

Peter (Name geändert)

Peter, 1980 vier Jahre alt, Diagnose: M. Langdon-Down, durch Chromosomenanalyse gesichert. Die Epikrisen aus verschiedenen Kliniken liegen vor. Einziges Kind. Die Eltern suchen uns auf Empfehlung des betreuenden Pädiaters auf mit der Frage: Kann der 4-jährige Peter einen Kindergarten besuchen? Beide Eltern kommen die Treppe zum Sprechzimmer herauf, Peter hüpfte munter vor ihnen her. Die Ärztin begegnet ihnen auf dem Flur. Sie begrüßt sie: „Ach da ist der kleine Peter, wieder ein „Down-Kind“, wollte sie sagen, da zu diesem Zeitpunkt vier Kinder mit diesem Krankheitsbild auf der Warteliste standen. Sie erfasst die gespannten Gesichter der Eltern und formuliert noch rechtzeitig eine allgemeine Begrüßung. Während des Gespräches, das natürlich die speziellen Besonderheiten des Down-Syndroms beinhaltet, verstummen die Eltern, starren die Ärztin an und verunsichern sie maßlos. Die redegewandte Mutter fragt nach Auswegen, Hilfen. Zum besseren Verständnis des Krankheitsbildes bietet ihnen die Ärztin einen Blick in eine Kindergruppe an, in der sich mehrere Kinder mit einem Down-Syndrom befinden. Dabei werden die Eltern von der Psychologin begleitet. Jetzt plätzen sie mit der verzweifelten Feststellung heraus: „Diese Krankheit hat unser Kind nicht.“ Nach einem ausführlichen Gespräch klärte sich der Grund ihres Entsetzens. In den verschiedenen Kliniken gab man als Ursache der psychomotorischen Retardierung eine infantile Cerebralparese an. Niemand war bis zu diesem Zeitpunkt bereit, den Eltern über ihr Wunschkind die volle

Wahrheit mitzuteilen. Nach 10 Jahren befinden sich die Eltern in der Phase des Gleichgewichtes und dies nach 7 Jahren intensivster Förderung, nachdem Beschulung in der Allgemeinen Förderschule ausgeschlossen ist. Sie fanden sich mit der Diagnose ab, verwöhnten ihren Sohn: „Weil der Junge so wenig vom Leben hat“ (Zitat der Mutter). Ihr ganzes Leben stellten sie auf die Behinderung ihres Kindes ein: Umzug in die Nähe der Fördereinrichtung, neue Berufe. Aus dem lebhaften Jungen entwickelte sich ein kräftiger, freundlicher, hilfsbereiter junger Mann, der fleißig in einer Werkstatt für Behinderte arbeitet.

In diesem Fallbeispiel nehmen die Eltern ihr Kind mit allen sozialen und gesellschaftlichen Konsequenzen an. Aber es ist uns nicht gelungen, die Phase der Restabilisierung, Mitarbeit an Förderkonzepten, anzubahnen (s. Abb. 1).

Hardy (Name geändert)

Hardy, 1987 acht Jahre alt, Diagnose: Osteopsatyrosis multiplex, Epilepsie, Vitium cordis congenitum. 2. Kind gesunder Eltern. Auch hier liegen mehrere Epikrisen vor. Als das Kind sieben Monate alt ist, bitten die Eltern um physiotherapeutische Behandlung. Wir übernehmen die Dispensairebetreuung. Wöchentlich erscheinen sie zweimal, gut gekleidet, sicher im Auftreten, Hardy ein gepflegtes Baby. Einmal müssen sie warten und erleben den fröhlichen Lärm der geistig behinderten Kinder auf der Station der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik. Neugierig verfolgen sie vom Fenster aus die Spiele. Im Sprechzimmer stellen sie sofort die Frage: „Aber am Kopf ist unser Kind doch nicht krank?“ Die psychische Retardierung ist bereits sichtbar, kann aber noch auf das orthopädische Leiden zurückgeführt werden. So bleibt im Gespräch die Diagnose offen. Bei den nächsten Konsultationen fallen Haematome im Gesicht und an den Oberschenkeln auf. Mit vier Jahren nehmen wir Hardy zur langfristigen Förderung und Beobachtung in der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik der Samariteranstalten auf. Er erhält regelmäßig Wochenendurlaub zu den Eltern. Danach beobachten wir verstärkt Haematome im Gesicht, am Gesäß, an den Oberschenkeln. Eine Anzeige an die Kriminalpolizei wegen Verdachtes auf körperliche Misshandlung ist nicht mehr zu umgehen. Schon beim 1. Verhör gibt die Mutter zu, aus Verzweiflung über Misserfolge ihrer Erziehungspraktiken zugeschlagen zu haben. Eine Gerichtsverhandlung findet nicht statt. Die Eltern lassen sich scheiden. Der Vater erhält das Erziehungsrecht.

Hier müssen wir uns fragen, wo ließen wir die Eltern mit ihren Sorgen und Ängsten im Stich?

Steffen (Name geändert)

Steffen, 1988 20 Jahre alt, Diagnose: Schwere, diffuse Hirnschädigung mit ausgeprägter zentraler Koordinationsstörung, schwere Oligophrenie nach Schwangerschaftstoxikose der Mutter. 1. Kind nach dringendem Kinderwunsch. Alter der Eltern bei der Geburt: 32 Jahre. Die zwei Jahre jüngere Tochter ist gesund. Wir übernehmen Steffen mit 11 Jahren zur langfristigen Förderung und Beobachtung in die Kinderpsychiatrische Rehabilitationsklinik. Er ist noch nicht sauber, muss gefüttert und bekleidet werden. Alle psychomotorischen Reaktionen verlaufen stark verlangsamt. Durch die zentrale Koordinationsstörung kann er nicht Treppen steigen, erhebt sich mühsam vom Stuhl, zeigt ein schlurfend-stolperndes Gangbild. Die Abstützreaktionen der Arme verlaufen so langsam, dass er sich mehrmals beim Fallen Schlüsselbein- und Unterarmbrüche zuzieht. Nach ersten ermutigenden Entwicklungsfortschritten durch Programme zur Verhaltensmodifikation in psychotherapeutischer Einzeltherapie entschließen sich die Eltern zum Umzug in die Nähe der Fördereinrichtung. Sie geben leitende Stellungen in der Landwirtschaft und ein eigenes Grundstück auf. Steffen besucht ab dem 14. Lebensjahr die Sondertagesstätte. Im 16. Lebensjahr stellt sich bei ihm ein therapieresistentes Anfallsleiden ein, das zum Stagnieren der Entwicklung und allgemeiner psychomotorischer Regression führt. Wir vermitteln die Einweisung in ein Pflegeheim. Die Eltern trennen sich nicht von ihrem schwerkranken Sohn. Sie holen ihn jeden 2. Tag und an den Wochenenden nach Hause. Sie bemühen sich, pädagogische Mindestanforderungen, wie Erziehung zur Sauberkeit, durchzusetzen bei aufopferungsvoller Pflege. Bleiben wir bei dem Modell von Marschall/Kannell⁽³⁶⁾, so müssen wir nach der Phase der Restabilisierung die 6. Phase einfügen, die wir als Gleichgewicht 2 bezeichnen (s. Abb.1). Bis zum Tod des Steffen im 28. Lebensjahr bleiben wir mit den Eltern im Kontakt.

Die therapeutische Gemeinschaft

Zur therapeutischen Gemeinschaft gehören Arzt, Psychologe, Pädagoge, Eltern und weitere Familienmitglieder, Erzieher der Fördereinrichtungen, Physiotherapeutinnen. Alle genannten Personen übernehmen Therapiefunktionen. Wie bekannt, neigt ein hirngeschädigtes Kind eher zu psychischer Dekompensation als ein gesundes Kind^(21,38). Daher ergibt sich die dringende Notwendigkeit von gegenseitiger Information über Therapieprogramme, von Weiterbildungen und Übungen zur Beobachtung, Beschreibung der Patien-

ten bzw. des Patientenverhaltens. Treten in der Arbeit mit dem behinderten Kind Schwierigkeiten auf, so können durch gemeinsames Beobachten Ursachen und Lösungswege gefunden werden (4, 27 a, 27 b, 29, 40, 50 a). Meine praktischen Erfahrungen zu o. g. Thema stützen sich auf 17 Jahre Leitung einer Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik. Wissensvermittlung kommt nicht zum Tragen, wenn die Beziehungen der Mitarbeiter untereinander, zu den Eltern und zum Abteilungsleiter gestört sind. Als Hauptschwierigkeit erweist sich die Unsicherheit und zum Teil Unfähigkeit, Konflikte offen auszutragen. Offene und versteckte Beschwerden beim Leiter, passiver Widerstand, sichtbar an unvollständig erledigten Aufgaben, z. B. das Führen von Dokumentationsheften, das sich „aus dem Weg gehen“ durch individuelle Gestaltung von Dienstplänen, vorzeitiges Beenden der Förderstunden, lange Spaziergänge mit Kindergruppen ohne Zielstellungen, genannt „Leerspaziergänge“, sind nur einige Symptome eines gestörten Miteinanders.

Den Eltern bleibt das nicht verborgen. Auch sie wenden sich mit mehr oder weniger versteckten Klagen an die Erzieher oder den Leiter. Andererseits erfahren die Therapeuten von den Eltern viele Begründungen für nicht erledigte therapeutische Aufgaben. In den Dienstbesprechungen, bei Weiterbildungsveranstaltungen, bei Elternseminaren erfährt der Leiter:

- Häufiges zu spät kommen
- Schweigen
- Nebengespräche
- Vorzeitiges Verlassen der Veranstaltungen unter dem Vorwand, dringende Aufgaben erledigen zu müssen
- Vortäuschen von Schlaf
- schlaffe Haltung auf dem Stuhl
- wippende Beine
- Briefe schreiben
- desinteressierter Gesichtsausdruck.

Angeregt durch Gordon (20), Innerhofer (27 b) üben wir:

- A) das Hören auf Du-Botschaften: „Da ist nichts zu machen“
„Das Kind ist unmöglich. Ein Heimplatz bringt Hilfe“
„Erzieher/Eltern sind an allem schuld“
- B) das Hören auf Ich-Botschaften: „Ich kann nicht mehr“
„Ich werde mit dem/meinem Kind nicht fertig, könnten wir darüber sprechen?“

C) angemessenes Formulieren

eigener Gefühle bei Konflikten: „Mir fällt auf, Sie reagieren immer gereizter bei Gesprächen. Das stört mich.“

Diese Veranstaltungen bieten ein weites Übungsfeld. Erfolgreich erweisen sich Belohnungs- und Bestrafungsspiele mit Mitarbeitern und Eltern ^(50a). Innerhofer ^(27 b) praktiziert sie nur in Elterngruppen. Sie dienen der Verbesserung emotionaler Beziehungen aller am Therapiekonzept Beteiligten.

Dafür ein Beispiel:

Eine Teilnehmerin/Teilnehmer der Dienstbesprechung wird gebeten, eine Minute zu einem aktuellen Thema zu sprechen, z. B. das zu spät kommen zu den Veranstaltungen.

- Verhalten A Der Leiter hört zu, schaut ihn an (Belohnung)
- Verhalten B Der Leiter schreibt, führt Nebengespräche, verlässt den Raum (Bestrafung).

Alle Teilnehmer sollen A) und B) beobachten, beschreiben, der Sprechende seine Gefühle zu

A) und B) äußern.

Bei Verhalten A) fühlt sich der Sprecher angenommen. Er überwindet seine Hemmungen, spricht weiter, verteidigt sich oder nimmt Kritik an. Es entwickelt sich ein Gespräch. Bei Verhalten B) ist der Sprecher verunsichert. Seine Rede wird stockend, schließlich schweigt er und blickt Hilfe suchend in die Teilnehmerrunde.

Es liegen also Ansätze aus der Verhaltenstherapie vor, das Geben und Nehmen sozialer Verstärker, und aus der analytisch orientierten Psychotherapie Einfühlungsvermögen und emotionale Annahme. Beides scheint uns durchaus vertretbar zu sein, wie es Grawe ⁽²³⁾ beweist. Es setzt beim Leiter Empathie, Reflektion der eigenen Befindlichkeit bis in die frühe Kindheit voraus, da die in der Kindheit geübten Praktiken im Erwachsenenalter fortgesetzt werden ⁽²⁰⁾. Die Verbesserung emotionaler Beziehungen zwischen dem Leiter, den Therapeuten und den Eltern entbindet den Verantwortlichen nicht von seiner vollen Verantwortung für Therapiekonzepte und organisatorischen Verpflichtungen, erleichtert ihm aber das Durchsetzen notwendiger Anweisungen, den Mitarbeitern und Eltern die Annahme und Erledigung gestellter Aufgaben.

Geschwister behinderter Kinder

Die Rolle der gesunden Geschwister von behinderten Kindern dürfen wir bei unseren Überlegungen nicht vergessen. Hackenberg ^(25, S. 265) schreibt: „So wird zunehmend die Entwicklung und Förderung eines behinderten Kindes im Zusammenhang mit der familiären Beziehungsdynamik untersucht, wobei jedoch meistens Reaktions- und Verarbeitungsformen der Eltern im Vordergrund stehen, während die Geschwister als Dritte in zentralen Lebensbereichen betroffene Gruppe bisher weitgehend vernachlässigt wurden“.

Sie untersucht 88 Kinder im Alter von 8 bis 11 Jahren aus 110 Familien. Da sich die soziale Gemeinschaft „Familie“ durch die Geburt eines behinderten Kindes grundsätzlich ändert, wird eine Neugestaltung der Familienrollen notwendig. Das chronisch kranke Kind entwickelt sich unabhängig von der Geburtenfolge durch seine Abhängigkeit zum sozial jüngsten Kind. Trotzdem findet Hackenberg ⁽²⁵⁾ keine spezifischen Verhaltensstörungen im Vergleich zu einer unbelasteten Kontrollgruppe. Entscheidend ist, wie die Mütter mit der Situation, ein behindertes Kind geboren zu haben, fertig werden. Nach Untersuchungen von Friedrich ^(14 a, b) hat hierbei die größte Bedeutung ihre Zufriedenheit in der ehelichen Partnerschaft. Bei Schwestern behinderter Kinder beobachtet sie ein vermehrtes soziales Engagement, gleichaltrige Brüder bevorzugen feinfühligere, ideellere Erlebnis- und Selbstbildinhalte im Gegensatz zu aktiven, aggressiven Bewältigungsmechanismen ^(9, 12 a, 25). Grundsätzlich brauchen gesunde Geschwister behinderter Kinder Hilfe im Umgang mit der Behinderung im sozialen Umfeld (Freunde, Mitschüler). Von unseren im Zeitraum 1974 bis 1988 betreuten Familien nehmen nur 4 ältere Schwestern an den Elternseminaren der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik teil. Befragungen zur Befindlichkeit haben wir nicht vorgenommen. Aber sie erlernten Sozialberufe:

- 1 Krankenschwester,
- 1 Heilpädagogin,
- 1 Kindergärtnerin,
- 1 Med.-technische Assistentin.

Natürlich ist das keine überzeugend sichere Aussage, deckt sich aber mit den Ergebnissen von Hackenberg ⁽²⁵⁾. Sie weist auf Risikogruppen unter den Geschwistern hin:

- a) Geschwister von schwerst mehrfach behinderten Kindern. Die notwendige Zuwendung in Aufsicht und Pflege lässt Gefühle der Zurücksetzung aufkommen, das das Verhältnis zu den Eltern sehr belastet.

b) Brüder behinderter Jungen. Sie fühlen sich häufiger durch das kranke Kind gestört. Sie neigen zur Distanzierung von sozialen Kontakten.

c) Schwestern schildern häufig gespannte Beziehungen zur Mutter. Sie werden von den Eltern als labil bezeichnet.

Mangelnde Betreuung der genannten Risikogruppen und der Geschwister insgesamt könnte zu Ablehnung von Behinderungen aus der in der Kindheit erlebten Zurücksetzung und Überforderung führen. Das positive Ergebnis einer Studie von Grossmann ⁽²⁴⁾ an vielen Studenten, die mit einem behinderten Geschwisterkind aufwuchsen, widerspricht dieser Vermutung. Sie erscheinen toleranter, sind sich der Gefahren von Vorurteilen bewusst. Sie wirken beruflich und persönlich reifer als Gleichaltrige. Die durchgehende Hilfe im Umgang mit einem behinderten Bruder oder einer kranken Schwester könnte sie zu Handlungsträgern bei Integrationsstrategien für Behinderte befähigen. Das ist nicht selbstverständlich. Gesunde Geschwister können eine negative und positive Entwicklung erfahren ⁽²⁵⁾.

a) Negative Einflüsse auf die Entwicklung gesunder Geschwister haben:

1. Zu wenig elterliche Zuwendung, da das kranke Kind mehr Betreuungszeit fordert.
2. Zu strenger Umgang mit gesunden Kindern wird von ihnen als ungerecht empfunden.
3. Zu große Verantwortung.
4. Mangelnde Information der gesunden Geschwister über Krankheit, Therapie. „Wir werden in Entscheidungen ungenügend mit einbezogen.“
5. Soziale Verlegenheit über anderes Verhalten, Sprache des kranken Geschwisters.
6. Nachteilige Vergleiche mit Geschwistern aus unbelasteten Familien.
7. Hemmung, Freunde in die Familie zu bringen. Sie schämen sich.
8. Angst vor der Zukunft.
9. Erschwerte Identitätsfindung.
10. Gesunde Geschwister übernehmen die Gefühle ihrer Eltern: Trauer, Wut, Depression. (= Imitationslernen, Identifikationslernen ⁽²⁶⁾)

b) Positive Einflüsse auf die Entwicklung gesunder Geschwister haben:

1. Förderung der sozialen und emotionalen Entwicklung: „Ich lernte von früher Kindheit an, dass Menschen sehr unterschiedlich sind.“
2. Mehr Sympathie für andere.
3. Mehr Toleranz.
4. Mehr Verständnis für die Auswirkungen negativer Vorurteile.

5. Mehr Sicherheit in Bezug auf ihre zukünftigen Erziehungsstile, ihre eigene Zukunft.
6. Steigerung von Einfühlungsvermögen und Verständnis.
7. Neue Interpretation der Welt des normalen Kindes mit Umformulierung von Lebenszielen.
8. Entscheidung für mehr helfende Berufe (Erzieher, Pfleger, Arzt, Pädagoge)
9. Verinnerlichung von humanitären und sozialen Idealen mit Hingabe und Opferbereitschaft.
10. Widerstände, Frustrationen des Lebens ihres Alltags werden hingenommen, was sie sind. Sie neigen nicht dazu, aus einem Maulwurf einen Elefanten zu machen.

Die bedeutendste Variable für die positive Entwicklung ihrer gesunden Kinder ist die Einstellung der Eltern zu dem chronisch kranken Geschwisterkind. Die elterlichen Gefühle, die sie der Familie auferlegen, sind dabei entscheidend.

Untersuchungen von Robinson (1976 in Hackenberg ⁽²⁵⁾, S. 256) sprechen von einem „Integrationseffekt“, den ein behindertes Kind auf die ganze Familie haben kann, wenn Geschwister sehr viel mehr in Entscheidungen einbezogen werden.

Bronfenbrenner ⁽¹⁶⁾ beschreibt ausführlich die Wechselwirkung im Mikrosystem Familie zwischen Eltern und ihren Kindern.

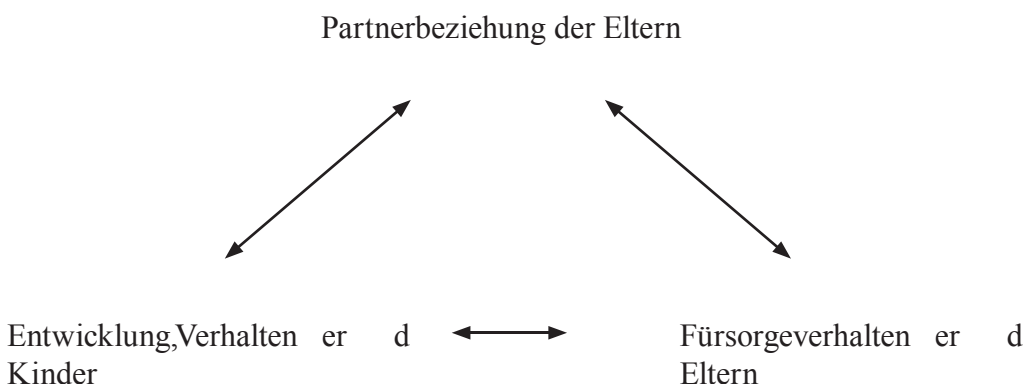


Abb. 2: Wechselwirkung im Mikrosystem Familie. (Bronfenbrenner ⁽¹⁶⁾ nach Biesalski 1981)

Das Ziel „Integrationseffekt“ durch ein chronisch krankes Kind, das gesunde Geschwister zu Handlungsträgern bei Integrationsprozessen in die Gesellschaft werden lässt, kann nur mit einem breiten Therapiekonzept unter Beteiligung aller Familienangehörigen gelingen.

Ergebnisse der Elternarbeit

Wir wissen, komplexgeschädigte, geistig schwer Behinderte bleiben immer auf die Hilfe von Pflegepersonen angewiesen. Aber ihre Pflege ist wesentlich erleichtert, wenn sie auf ihren Namen hören, Grundaufforderungen befolgen, durch Einhalten von Topfzeiten sauber sind, selbständig bzw. mit Führungshilfe essen und nicht ständiger Aufsicht bedürfen.

Die Literatur ^(1, 4, 9, 29, 32, 33) beweist Lernerfolge bei regelmäßig durchgeführten Verhaltenstherapieprogrammen, auch wenn die medizinische Prognose eine Entwicklung ausschließt. In der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik in Fürstenwalde sind wir zu gleichen Ergebnissen ^(50a) gekommen. Voraussetzung ist die partnerschaftliche Mitarbeit der Eltern und anderer Bezugspersonen. Gleichzeitig weist die internationale Literatur ^(27 b, 39, 42) auf eine zu hohe Rate von Therapieabbrüchen hin. Wir haben die gleichen Erfahrungen gemacht. Eltern als Co-Therapeuten zu gewinnen, ist uns in der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik nur in Einzelfällen gelungen. Innerhofer ^(27a, b), Mira ⁽³⁹⁾, Salzinger ⁽⁴²⁾ sehen die Ursache in ungenügenden sozio-ökonomischen Verhältnissen. In der DDR regelten gesetzliche Grundlagen ^(17 a, b, c, 53) die Betreuung eines geschädigten Kindes. Wenn dennoch die gleichen Phänomene zu beobachten waren, müssen sie durch andere Faktoren verursacht sein. Deshalb suchten wir nach möglichen Ursachen.

Mitarbeit der Eltern

Das Ziel der Elternarbeit ist, ihre Motivation zur Mitarbeit bei Therapiekonzepten zu steigern, ihre Ängste vor der Zukunft abzubauen, sie zu entlasten. Wir bieten ihnen Einzelgespräche, Hospitationen, Elternseminare an zur Vermittlung von Kenntnissen im Umgang mit ihrem geistig behinderten Kind, damit familiengebundene Erziehung möglich wird. Zu diesem Zweck untersuchten wir das soziale Umfeld von 73 Patienten der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik, die in der Zeit vom 01.09.1978 bis zum 01.09.1982 ein Beobachtungs- und Förderprogramm durchlaufen haben. 10 Kinder waren familiengelöst, lebten seit der Geburt in Heimen. Bei 63 Kindern ergab die Analyse folgende Familienstruktur:

- Familie a) unvollständig (alleinerziehend): 16
 b) vollständig (Vater + Mutter): 47

Das intellektuelle Niveau der Angehörigen teilten wir nach Schulabschluss und Berufsausbildung in 2 Gruppen ein:

1. Gruppe: Intelligenz
 Angestellte
 Facharbeiter
2. Gruppe: keine Berufsausbildung
 Abschluss Allgemeine Förderschule mit
 Teilfacharbeiterabschluss.

Als Schädigungsgrade der Kinder liegen vor:

- Oligophrenie leichten Grades
 Oligophrenie mittleren Grades
 Oligophrenie schweren Grades
 Oligophrenie + ICP u. a. Behinderung
 (=Komplexschädigungen,
 unabhängig von den Krankheitsursachen).

Die Tabelle 1 ^(50 a) stellt die Integration der geistig behinderten Kinder in ihre Familien und das soziale Umfeld dar. Sie gibt einen Überblick über die Kooperationsbereitschaft der Erziehungsberechtigten.

	Oligo- phrenie leichten Grades	Oligo- phrenie mittleren Grades	Oligo- phrenie schweren Grades	ICP und Oligo- phrenie	insgesamt
vollständige Familie	6	27	5	9	47
Kooperations- bereitschaft	3	13	3	6	25
unvollständige Familie	4	8	2	2	16
Kooperations- bereitschaft	1	5	1	1	8

	Oligo- phrenie leichten Grades	Oligo- phrenie mittleren Grades	Oligo- phrenie schweren Grades	ICP und Oligo- phrenie	insgesamt
Intellektuelles Niveau der Eltern					
1. Gruppe:					
- Intelligenz	5	26	5	9	45
- Angestellte					
- Facharbeiter					
Kooperations- bereitschaft	4	16	4	7	31
2. Gruppe:					
- keine Berufs- ausbildung	5	9	2	2	18
- Hilfsschul- abschluss					
Kooperations- bereitschaft	0	2	0	0	2
Kontakte zur Fa- milie	10	35	7	11	63
Kooperations- bereitschaft	4	18	4	7	33

Die Kooperationsbereitschaft der Erziehungsberechtigten schätzen wir ein nach der Teilnahme an Einzelgesprächen, an Elternseminaren und Hospitationen in den Gruppen ihrer Kinder:

- Einzelgespräche geschehen mit allen Eltern zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und bei Absprache von Therapiekonzepten: 100 %
- Teilnahme an den Elternseminaren, die Pflicht aller Eltern bei stationärer Behandlung ihrer Kinder in der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik ist: 47 %
- Hospitationen in der Gruppe (ausschließlich von Müttern wahrgenommen): 2 %.

Es besteht Bereitschaft zur Mitarbeit bei 50 % der Angehörigen. Dieser hohe Prozentsatz resultiert aus der 100 %-igen Teilnahme an Einzelgesprächen zu Beginn der stationären Aufnahme. Das darf nicht über das Defizit von nur 47 % Teilnahme an Elternseminaren und 2 % Hospitationen in der Kindergruppe hinwegtäuschen. Als Begründung geben die Eltern Zeitmangel, große Entfernungen und Überlastung an. Diese Fakten sind nicht von der Hand zu weisen. Der Leidensdruck allein, ein geistig behindertes Kind zu haben, fördert die Motivation zur Mitarbeit am Therapiekonzept nicht.

Annahme der Behinderung

Wie oben erwähnt, lösen Neugeborene mit Missbildungen ein weites Spektrum emotionaler Reaktionen aus. Für die Familie ist es ein krisenhaftes Ereignis. Unter den Gesundheitsfürsorgebedingungen Deutschlands leiden 3 - 4 % aller Neugeborenen ⁽¹⁸⁾ an einer Fehlbildung (Hör-, Sehschädigung, orthopädische Erkrankungen, Encephalopathien unterschiedlichster Ursachen und Folgeerscheinungen), d. h., es gibt in unserem Land schätzungsweise 144000 betroffenen Familien. Sie erfahren durch den erhöhten Betreuungsbedarf ihres Kindes tiefgreifende Veränderungen wie Angst vor der Zukunft, Einschränkung in Freizeit und Beruf.

Erinnern wir uns des phasenhaften Verlaufs der Annahme einer physischen und psychischen Schädigung nach Marschall/Kennel ⁽³⁶⁾ aus Drotar u. a. ⁽⁸⁾:

- Schock
- Unglaube
- Trauer
- Sich Abfinden mit der Krankheit = Gleichgewicht 1
- Restabilisierung mit konstruktiver Mitarbeit
- Gleichgewicht 2, wenn das Erziehungsziel erreicht wurde.

Persönliche Erfahrungen und viele Gespräche mit Eltern beweisen mir mehr oder weniger große Anteile des in den 6 Phasen beschriebenen charakteristischen Verhaltens während des ganzen Lebens. Bei dem hohen Prozentsatz an Therapieabbrüchen liegt der Verdacht vor, die Eltern nicht in der richtigen Phase abberufen zu haben. Der Grund häufiger Therapiebeendigungen läge auf der Hand. Wir übersehen Ermüdungserscheinungen der Eltern, die die Harmonie der Zusammenarbeit, wie Irina Prekop ⁽⁴¹⁾ beschrieb, stört.

Das folgende Fallbeispiel zeigt die gelungene Betreuung einer Familie mit einem geistig behinderten Menschen.

Anke (Name geändert)

Anke, 1988 19 Jahre mit der Diagnose: M. Down.

FA: 2. Kind gesunder Eltern. Der 2 Jahre ältere Bruder besucht eine Fachschule. Anke und ihre Eltern befinden sich seit ihrem 1. Lebensjahr in kinderpsychiatrischer Behandlung der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik. Die Eltern nehmen die Konsultationstermine immer wahr und arbeiten erfolgreich an Förderprogrammen mit. So besucht Anke im 3. Lebensjahr die Krippe, vom 4. bis Ende des 5. Lebensjahres die jüngste Gruppe eines Kindergartens. Danach wird sie in der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik auf den Besuch der Allgemeinen Förderschule vorbereitet. Die Einschulung erfolgte mit 8 Jahren. Nach 4 Jahren Schulbesuch Ausschulung und Aufnahme in die Sondertagesstätte der Samariteranstalten.

Jetzt ist Anke Mitarbeiterin einer Werkstatt für Behinderte. Sie kann lesen und schreiben, beherrscht Addition und Subtraktion im Zahlenraum 1 - 20. Sie hilft ihrer Mutter im Haushalt, geht selbständig einkaufen. In ihrer Freizeit fertigt sie schöne Handarbeiten an. In der Familie gibt es keine Spannungen wegen Anke. Die Eltern freuen sich auf gemeinsame Urlaube. Eine Heimunterbringung lehnen sie grundsätzlich ab. Trotzdem bleibt die bereits formulierte Frage: Wie lange sollte familiengebundene Erziehung praktiziert werden? Was geschieht bei schwerer Erkrankung oder Tod der Eltern? Der Bruder verstarb vor 10 Jahren nach einem Verkehrsunfall.

Wir *müssen* schon im frühen Kindesalter die berechtignte Sorge der Eltern einer lebenslangen Bindung an ihr krankes Kind hören.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Würdigung der Leistungen der betroffenen Eltern nur durch Fachleute lässt bei ihnen ein Gefühl des Alleingelassenseins aufkommen⁽⁴¹⁾. Gesetzliche Regelungen, z. B. Schulpflicht, Frühförderung in Integrationskindergärten, bahnen nicht allein den Weg zur Integration, wenn nicht Einstellungen zur Behinderung generell beeinflusst werden⁽²⁸⁾. Dieser Tatsache müssen wir uns stellen. Jeder von uns kann zu jeder Zeit zum Betroffenen werden. Erst dann suchen wir nach Wegen, mit einer Behinderung zu leben.

In der Literatur finden wir 3 Komponenten^(7, 28, 55), die eine Einstellungsbeeinflussung bewirken:

1. Kognitive Komponente

Wissensvermittlung in Form von Literatur, Vorträgen, Unterricht in den Schulen im Rahmen des Biologieunterrichtes, Öffentlichkeitsarbeit durch Medien (Filme, Fernsehen, Rundfunk).

2. Affektive Komponente

Informationen allein sind ineffektiv, wenn nicht Kontakte zu Behinderten geknüpft werden. Sie müssen *freiwillig* aufgebaut sein. Dann bilden sie das emotionale Fundament der Annahme von Behinderungen. Eine übergreifende Rolle nimmt die unter Belletristik verbuchte Literatur ein. Hier finden wir in der Form des Romans, des Elternberichtes, des Interviews die Belastungen von Familien mit einem chronisch kranken Kind beschrieben. Diese Bücher geben den Lesern die Möglichkeit der Identifikation mit Betroffenen. Alle Auflagen waren und sind im Buchhandel vergriffen. Das ist ein Beweis für das große Interesse der Bevölkerung an dieser Problematik.

Nicht die Menge der Kontaktpersonen, z. B. Gruppenkontakte, spielt die entscheidende Rolle, sondern die Intensität von Einzelkontakten. Kein Mensch kann sich mit hunderten von Schicksalen auseinandersetzen. Die intensive Beziehung zu einem Einzelschicksal beeinflusst eine ganze Lebenseinstellung. Sie weckt Interesse an dem Problem „Krankheit“, Behinderung. Auch dafür finden wir viele Beispiele in der Kunst. Jeder Künstler verarbeitet persönliche Begegnungen und authentische Erfahrungen. Der Fotoband „betroffen“ von Renate Zeun ⁽⁵⁶⁾ ist für mich ein beeindruckendes Beispiel.

3. Handlungskomponente

Wissen, emotionale Zuwendung zu behinderten Personen genügen nicht, wenn nicht gemeinsames Handeln möglich wird. Der Umgang mit behinderten Kindern und ihren Eltern gelingt nicht „selbstverständlich“. Oft erleben wir auch die Ablehnung von Hilfsangeboten. In einem unserer Elternseminare sagte eine Mutter erregt: „Ich will wie ein normaler Mensch behandelt werden und brauche keine Hilfe!“ Eine Mitarbeiterin unserer Einrichtung wollte ihr beim Überqueren einer verkehrsreichen Strasse mit einem Spastikerwagen behilflich sein. Wegen der hohen Bordsteinkanten brauchte sie Hilfe. Warum lehnt sie Unterstützung ab? Liegt es am Ton des Fragens? Spürt sie Mitleid, das noch mehr verletzt?

Je früher wir Begegnungen mit Behinderten möglich machen, d. h. im frühen Kindesalter, desto erfolgreicher und intensiver gestalten sich Beziehungen zwischen Kranken und Gesunden.

Einstellungen werden gelernt.

Nach Dührssen ^(9a) liegt die einzige echte unvoreingenommene Lernbereitschaft im Vorschulalter zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr. Danach lernt ein Kind *für* jemanden. Die gemeinsame Erziehung kranker und gesunder Kinder im Kindergarten bietet ein weites Übungsfeld für das Erlernen sozialen Verhaltens:

- Rücksichtnahme
- Hilfsbereitschaft
- ~~bgeben~~
- ~~erlier~~erleben
- Warten können.

Die Aufzählungen erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie deuten auf Schwerpunkte in der Erziehung hin, die bei dem Trend zur Kleinfamilie mit 1 - 2 Kindern bereits Defizite aufweisen. In unseren Beratungsstunden zum Umgang mit gesunden Kindern hören wir oft: „Mein Kind hat alles, niemals gibt es etwas ab! Geburtstage sind mir ein Greuel. Ich weiß nicht mehr, was ich meinem Kind schenken soll. Es freut sich über nichts!“

Erst eine Verbindung der drei genannten Komponenten macht es uns möglich, *selbstverständlich* mit Behinderten und Behinderungen zu leben.

Geschwister behinderter Kinder

In Ergänzung zu den 3 genannten Bedingungen für den gelungenen Adaptationsprozess an Behinderungen müssen wir auf die psychosoziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder hinweisen. Wenn es stimmt, dass erst die Verbindung von kognitiven, affektiven und Handlungsprozessen eine grundsätzliche Einstellungsänderung bewirkt, müssten die gesunden Geschwister Behinderter eine Schlüsselrolle einnehmen.

Die Veröffentlichungen ^(25, 28) beschäftigen sich vorwiegend mit Fragen der Überlastung gesunder Geschwister und der Entstehung von Verhaltensstörungen. Hackenberg ⁽²⁵⁾ nennt 3 Risikogruppen gesunder Geschwister:

- Geschwister von schwer mehrfachbehinderten Kindern,
 - Brüder behinderter Jungen,
 - ältere Schwestern behinderter Mädchen,

die besonderer Betreuung bedürfen. Außerdem kann sie in einer Fragebogenaktion negative *und* positive Einflüsse von kranken Geschwistern auf die Entwicklung gesunder Geschwister nachweisen.

Grossmann ⁽²⁴⁾ befragte 80 Studenten, die mit behinderten Geschwistern aufgewachsen sind. Sie kommt zu folgendem Ergebnis:

- Die Studenten haben mehr persönliche Reife als nicht betroffene Studenten.
- Sie sind sich der Gefahren von Vorurteilen bewusster und verhalten sich toleranter als die Vergleichsgruppe.

Nach meiner Kenntnis gibt es noch keine Untersuchung zu Fragen ihrer Berufswahl.

Wie weit gesunde Geschwister zu Handlungsträgern von Integrationsprozessen chronisch kranker Brüder und Schwestern werden, sollte dringend Gegenstand einer Studie werden. Denn eine Ablehnung des behinderten Kindes in der Familie ist denkbar.

Mit einem breiten Therapiekonzept für alle Familienangehörigen kann das chronisch kranke Kind als schwächstes Glied in der Familie zu einem Integrationsprozess führen.

Zusammenfassung

Wenn wir bereit sind, das geistig behinderte und komplexgeschädigte Kind in den Mittelpunkt unseres Berufes zu stellen, so ist das unsere ganz persönliche Entscheidung. Ich erwähne das, da die Eltern, unsere Partner, sich das behinderte Kind *nicht* ausgewählt haben. Sie werden unerwartet damit konfrontiert, während wir eine Ausbildungsfrist haben, in der wir unsere Entscheidung überprüfen können. Irina Prekop ⁽⁴¹⁾ beschrieb den Spannungsbogen zwischen Betroffenen und Fachkräften. Fachleute wollen sich mit den Problemen Behinderter auseinandersetzen, Eltern müssen es tun. Damit sind wir zur Begleitung betroffener Eltern verpflichtet.

Was heißt Begleitung?

Wir gehen gemeinsam einen Weg. Er beginnt bei der Erstinformation der Eltern über die Krankheit des Kindes. Damit leiten wir den Prozess der Annahme des kranken Kindes ein, der nach dem hypothetischen Modell der Abfolge elterlicher Reaktionen auf die Geburt eines Kindes mit Fehlbildungen nach Marschall und Klaus ⁽³⁶⁾ in mehreren Stufen verläuft. Jetzt werden wir zu Weggefährten bei der familiären Krisenverarbeitung.

- a) Den Eltern sollten wir Zeit lassen, ihre Kommunikation anzuregen, um Kontakte zu Freunden, Verwandten aufzunehmen. Damit beugen wir einer Kommunikationsblockade vor. Durch die Dauer der Gespräche

- lassen wir kathartische Reaktionen zu und bahnen rationale Problemdefinitionen. Erst dann helfen wir ihnen beim Stressabbau ^(34 a, 34 b).
- b) Alle Therapeuten müssen über grundlegende theoretische und praktische Kenntnisse der Gesprächsführung verfügen. Nur mit Einfühlungsvermögen geführte Gespräche lassen Vertrauen und Offenheit in den Beziehungen zu den Eltern aufkommen (23,41). Sie müssen spüren, dass wir bereit sind, ihre gesamte problematische Lage gefühlsmäßig nachzuvollziehen. Dann verstehen wir ihre Wut und Verbitterung, ihre Feindseligkeit gegen Fachleute. Die Teilnahme der Therapeuten an einer Selbsterfahrungsgruppe ist dringend anzuraten.
- c) Besonders in der 1. und 2. Phase der Krisenverarbeitung müssen wir den Eltern viel Zeit zu Einzelgesprächen einräumen. In den in der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik geführten Gesprächen (50 a) sind wir mit Angst- und Schuldkomplexen, mit vielen Abwehr- und Kompensationsmechanismen konfrontiert worden. Gefühle des Vertrauens, des Verständnisses haben ihnen mehr Sicherheit gegeben. Das gelingt nur, wenn wir ein Mindestmass an Identifikation leisten, uns in ihre moralische Vorstellungswelt mit ihren berechtigten Ängsten begeben. Das fordert von uns die Bereitschaft, Übertragungsreaktionen zu verarbeiten, z. B. Vorwürfe für zu geringe Therapieerfolge. Sollte die Familienkonstellation eine Familientherapie erforderlich machen, müssen andere Institutionen eingeschaltet werden. Dann genügt nicht das Gespräch.
- d) Hilfen im Umgang mit dem behinderten Kind.
 - Frühförderung ^(52 a, b, 47)
 - Frühtherapie mit Entwicklung individueller Förderprogramme
 - physiotherapeutische Programme ^(6, 6 a, b, 54)
 - pädagogische Programme ^(5, 44, 52 b),
 - verhaltenstherapeutische Programme ^(19, 29, 30, 31, 32, 33, 43 a, 43 b, 40)
 liegen in theoretischen Abhandlungen vor. Es genügt nicht, sie als Buch den Eltern in die Hand zu geben. Praktische Anleitung durch die Fachtherapeuten ist immer erforderlich und gehört so selbstverständlich zur Begleitung der Eltern, wie die Bereitschaft der Therapeuten, sich der psychosozialen Situation der Familien anzunehmen.
- e) Welche Therapien auch erforderlich sind, immer brauchen wir die Bereitschaft der Eltern zur Mitarbeit. Grundsätzlich setzen wir sie erst einmal voraus.
- In der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik gelang es uns nur in Einzelfällen ^(50a), Eltern zu Co-Therapeuten zu befähigen. Eine Bestä-

tigung finden wir in der internationalen Literatur ^(27 b, 39, 42). Als Ursache vermuten wir das Abrufen der Eltern in der falschen Phase der Krisenverarbeitung. Therapieforderungen zum Zeitpunkt der Erstinformation über das Krankheitsbild kann nicht die Motivation, am Therapiekonzept mitzuarbeiten, fördern. Da nach Marshall und Kennel ⁽³⁶⁾ in Drotar ⁽⁸⁾ (Abb. 1) bei Familien mit einem chronisch kranken Kind zu jeder Zeit alle Phasen in geringen Anteilen vorkommen, darf es uns nicht wundern, wenn wir auch nach jahrelanger Begleitung einer Familie Erbitterung und Enttäuschung erfahren.

- f) Die rationale Bewältigung der Tatsache, ein krankes Kind geboren zu haben, darf keinesfalls vernachlässigt werden. Hier bietet die Kenntnisvermittlung über die Lerngesetze zur Verhaltensmodifikation eine große Hilfe. Unter dem Thema „Wie lernt mein Kind“ bemühen wir uns, den Eltern in Elternseminaren die Konsequenzen im Alltag einer Familie als Grundlage des Lernens zu vermitteln. Rollenspiele ^(27 a, 23, 50) haben sich sehr bewährt. Oder wir Therapeuten spielen kritische Situationen und fordern die Eltern zur Beobachtung auf, um im Gespräch eine Lösung des kritischen Sachverhaltes zu finden ^(23, 27 a). Wir setzen also gezielt kognitive Prozesse in Gang ^(10, 37). Für alle Therapeuten heißt das, wer den Entschluss fasst mit geistig Behinderten und Komplexgeschädigten zu arbeiten, muss sich mit der Verhaltenstherapie auseinandersetzen. Alle emotionalen Vorbehalte gegen diese Therapieform müssen überwunden sein. Die Angst vor einer mechanischen Therapie sollten wir ad acta legen. Das natürliche Korrektiv jeder mechanisch durchgeführten Therapie ist die individuelle Persönlichkeit von Patient und Therapeut.

S. Freud ⁽¹³⁾ räumt der Ratio einen hohen Stellenwert ein:

Zitat: „Wir mögen noch so oft betonen, der menschliche Intellekt sei kraftlos im Vergleich zum menschlichen Triebleben und recht damit haben. Aber es ist etwas Besonderes um diese Schwäche, die Stimme des Intellekts ist leise, aber ruht nicht, ehe sie sich Gehör verschafft hat. Am Ende, nach unzählig oft wiederholten Abweisungen, findet sie es doch.“

- g) Absprachen über organisatorische Probleme im Tagesverlauf sind unerlässlich. Darunter verstehen wir:
- Individuelle Vermittlung von Kenntnissen im Umgang mit dem physisch/psychisch geschädigten Kind,
 - Planung von Ferienaufenthalten der Familien,
 - Planung von Mutter-Kindkuren, Kuren ausschließlich für Mütter, die die Hauptlast in den Familien tragen,

- Zeitweilige Heimbetreuung der kranken Kinder zur Familienentlastung,.
 - Umgang mit den gesetzlichen Bestimmungen (Frühförderung, Familienhilfen, Beantragung von Pflegegeld, eines StB- Ausweises, Einschulung, Einleitung der gesetzlichen Betreuung mit Vollendung des 18. Lebensjahres, Arbeitseinsatz in einer Werkstatt für Behinderte). Die Eltern haben keinen Überblick über die ihnen zustehenden Rechte und können sie oft nicht durchsetzen.
- h) Mehr Beachtung der psychosozialen Situation gesunder Geschwister behinderter Kinder. Wir dürfen die Möglichkeit ihrer Überforderung oder Vernachlässigung nicht übersehen. In Familien mit einem geschädigten Kind wird integrative Erziehung praktiziert. Sie gelingt mit Unterstützung der ganzen Familie. Das bietet die Chance, sie zu Handlungsträgern von Integrations- und Adaptationsprozessen zu befähigen. Dafür erforderliche Bedingungen sind meines Wissens noch nicht Gegenstand einer wissenschaftlichen Untersuchung. Wir sollten sie nicht ungenutzt lassen.
- i) Die positive Einstellung der Gesellschaft zu chronisch Kranken erleichtert den Eltern das Leben mit dem Schicksal: „Ich habe ein behindertes Kind.“. Aber damit beschäftigen wir uns erst als Betroffene oder wenn wir damit beruflich konfrontiert werden. Deshalb müssen wir gerade im Zusammenhang mit der Elternarbeit auf die Öffentlichkeitsarbeit hinweisen:
- Rundfunk
 - Fernsehen
 - Vorträge
 - Selbsthilfegruppen
 - Unterricht in Schulen
 - Literatur

Öffentlichkeitsarbeit heißt auch die Bereitschaft, Kontakte zu Behinderten und Behindertengruppen zu pflegen. Dazu gehören u. a. gemeinsame Feste gesunder und kranker Kinder/Jugendlicher, Ferienlager, Patenschaften. Je intensiver die Beziehung zu einem Einzelschicksal sich gestaltet, desto selbstverständlicher gelingt uns der Umgang mit Krankheit. Auf die integrative Erziehung in den Kindergärten habe ich hingewiesen. Wir sollten jede Kontaktmöglichkeit nutzen. Das soziale Netz der Betreuung von Familien mit behinderten

Kindern wird dann wesentlich enger geknüpft sein. Die Entwicklung des behinderten Kindes ist von der liebevollen Bindung der Eltern an ihr Kind abhängig.

Bettelheim^(3, S. 389) formuliert als absolutes Endziel: „Kinder können lernen mit einer Behinderung zu leben. Aber sie können nicht gut ohne innere Überzeugung leben, dass ihre Eltern sie durch und durch liebenswert finden“

Wenn die Eltern in Kenntnis der Behinderung es jetzt lieben, so kann es daran glauben, dass andere Menschen ihm in der Zukunft ebenso ihre Liebe geben können.“

Literaturverzeichnis

1. *Adameit, H.*, (1980) Grundkurs Verhaltensmodifikation. Weinheim, Basel, Beltz-Verlag
2. *Becker, R., u. a.* (1978) Früherziehung geschädigter Kinder. Berlin: Volk und Gesundheit
3. *Bettelheim, B.* (1987) Ein Leben für Kinder. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt
4. *Brand, M.* (1976) Verhaltensmodifikation bei langfristig hospitalisierten schwer geistig behinderten Erwachsenen durch Mediatoren unter besonderer Beachtung der Sauberkeitserziehung. Berlin: Freie Universität, Phil. Fak., Diss
5. *Brandl, A.* (1976) Der schulrechtliche und organisatorische Rahmen der pädagogischen Frühförderung. In: *Speck, Otto* Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder. München, Basel: Verlag Reinhardt
6. *Bobath, B.* (1962) Die Grundlagen der Behandlung des cerebralgelähmten Kindes. In: *E. Rosse*, (1962) Diagnose und Therapie cerebraler Lähmungen im Kindesalter. Basel, New York
- 6a. *Bobath, K.* (1964) Grundgedanken zur Behandlung der cerebralen Kinderlähmung, Beiträge in *Orth*, Trauma 11, 225
- 6b. *Bobath, B.* (1968) Abnorme Haltungsreflexe bei Gehirnschäden. Stuttgart: Enke
7. *Cloerkes, G.* 1985 Erscheinungsweise und Veränderung von Einstellungen gegenüber Behinderten. In: *Wiedl, Heinz* (1985) Rehabilitationspsychologie. Berlin, Köln, Mainz: Verlag Kohlhammer
8. *Drotar, D. et al* (1975) The adaption of parents of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics* 56, 710 – 717
- 9a. *Dührsen, A.* (1965) Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie
- 9b. *Dührsen, A.* (1974) Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung. Göttingen: Vandenkoelck und Ruprecht
10. *Ellis, A.* (1977) Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München: Verlag J. Pfeiffer

11. *Essbach, S.* (1977) Bildungs- und Erziehungsprogramm für Rehabilitationspädagogische Fördereinrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens der DDR. Berlin: Ministerium des Gesundheitswesens der DDR
- 12a. *Freud, A.* (1970) Einführung in die Technik der Kinderanalyse. München: Verlag Ernst Reinhardt
- 12b. *Freud, A.* (1971) Psychoanalyse für Pädagogen. Bern: Hans Huber
13. *Freud, S.* (1927) The future of an allusion. London: Hogierth
- 14a. *Friedrich, W. N.* (1979) Predictors of the coping behaviour of mothers of handicapped children. In: Journal of consulting and clinical paediatrician, 1140 – 1141
- 14b. *Friedrich, W. N.* (1985) Psychosocial aspects of handicapped an nonhandicapped children. In: American journal of mental deficiency, 551 – 553
15. *Gastinger, A.* (1988) Elterntaining in der Entwicklungsrehabilitation. In: *Hansen, K.* (1988) Sozialpädiatrie in Klinik und Praxis, Heft 7
16. *Bronfenbrenner, U.* (1981) Die Ökologie der menschlichen Entwicklung, Stuttgart: Klett-Verlag
- 17 a. Gesetzblatt Teil 2, Nr. 81 vom 04. 07. 1967, 571
- 17 b. Gesetzblatt Teil 1, Nr. 4 vom 07. 01. 1983, 37
- 17 c. Gesetzblatt Teil 1, Nr. 15 vom 24. 04. 1986, 243
18. *Gesundheitswesen der DDR* (1984) Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitsschutzes. Berlin: Maxim Zetkin
19. *Gottwald, P.* (1975) Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern. Göttingen: Hogrefe
20. *Gordon, T.* (1972) Manager-Konferenz. Hamburg: Verlag Hoffmann und Campe
21. *Göllnitz, G.* (1992) Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Jena, Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
22. *Granin, D.* (1981) Das Blockadebuch. Ort: Verlag Volk und Welt
23. *Grawe, K.* (1981) Verhaltenstherapie in Gruppen. München, Wien, Baltimore: Verlag Urban und Schwarzenberg
24. *Grossmann, F. T.* (1972) Brothers and sisters of retarded children. Berlin: Verlag Syracuse
25. *Hackenberg, W.* (1987) Die psychosoziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder. Heidelberg: Edition Schindel
26. *Horowitz, M. J.* (1972) Psychological report to serious life events. In: *Hamilton u. a.* New York: Wiley, 235 – 236
- 27a. *Innerhofer, P.* (1974) Elternarbeit in der Verhaltenstherapie. Sonderheft 1/74 der Mitteilungen der GVT e. v. München: Steinauer und Rau
- 27b. *Innerhofer, P.* (1977) Das Münchner Trainingsmodell. Beobachtung, Interaktionsanalyse, Verhaltensänderung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag
28. *Jeltsch-Schudel, B.* (1988) Bewältigungsformen von Familien mit geistig behinderten Söhnen und Töchtern. Zürich, Berlin: Marhold-Verlag
29. *Kane, G., Kane. E.* (1978) Geistig Schwerbehinderte lernen lebenspraktische Fertigkeiten. Bern: Verlag Hans Huber

30. *Kanfer, F. H.* (1971) *Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München: Kindler
31. *Kephardt, N. C.* (1977) *Das lernbehinderte Kind im Unterricht*. München: Ernst Reinhardt
32. *Kuhlen, V.* (1974) *Verhaltenstherapie im Kindesalter*. München: Juventa
33. *Kurth, E.* (1977) Möglichkeiten der Verhaltenstherapie im Kindesalter. In: *Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie*. Leipzig, 739 – 746
- 34a. *Lazarus, R. S.* (1978) Stress-related transactions between person and environment. *Laumour, R.* In: *Pervin, L. A., Lewis, M.* (Ed.) *Internal and external determinants of behaviour*, New York: Plenum press, 287 – 327
- 34b. *Lazarus, R. S.* (1981) Stress und Bewältigung – ein Paradigma. In: *Philipp, S. H.* (Ed.) *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban und Schwarzenberg
35. *Mahoney, M.* (1980) Neuordnung der Innenwelt. In: *Psychologie heute*, 7, Heft 8, 49 – 56
36. *Marshall, H. K., Kennel, J. H.* (1983) *Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung*. München: Kösel-Verlag
37. *Meichenbaum, D.* (1979) *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München, Wien, Baltimore: Verlag Urban und Schwarzenberg
38. *Meyer-Probst, B.* (1974) Über kognitive Leistungsveränderungen hirngeschädigter Kinder. In: *Zeitschrift für Psychologie* 182, 181 - 211
39. *Mira, M.* (1970) Results of a behaviour modification training programme for parents and teachers. In: *Behaviour therapie*, 6, 309 – 311
40. *Muus, R.* (1985) Theoretische Grundlagen und praktische Anwendung der Verhaltenstherapie. In: *Der Kinderarzt*. München: 33, 1 – 37 – 41; 2 - 190 – 195
41. *Prekop, J.* (1983) Spannungsfelder im Verhältnis zwischen Eltern von Behinderten und Fachleuten. In: *Zeitschrift „Geistige Behinderung“*, 1
42. *Salzinger, K.* (1970) Training parents of brain injured children in the use of operant conditioning procedures. In: *Feldmann, R., Portnoy, S.* *Behaviour therapie*, 1, 4 – 32
- 43a. *Schmitz, E.* (1976) *Elternprogramm für behinderte Kinder*. München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt
- 43b. *Schmitz, E.* (1979) Eltern und Erzieher als Muster verhaltenstherapeutischer Methoden. In: *Verhaltenstherapie im Rahmen der Gesamtförderung geistig Behinderter*. Band 4, Schriftenreihe „Lebenshilfe e. V.“, Marburg/Lahn
44. *Schneider, R.* (1984) *Geschädigte Säuglinge und Kleinkinder. Vorschläge zur Betreuung und Förderung in Krippen*. VEB Georg Thieme
45. *Schuchardt, E.* *Soziale Integration Behinderter*. Bd. 1: Biografische und wissenschaftliche Therapie.; Bd. 2: Weiterbildung als Krisenverarbeitung. Braunschweig: Verlag Westermann
46. *Shontz, F. C.* *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: Mac Millan
47. *Speck, O.* (1977) *Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder*. München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt
48. *Spitz, R.* (1967) *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im Krisenlebensjahr*. Stuttgart: Klett-Verlag

49. *Sporcken, P.* Eltern und ihr geistig behindertes Kind. Das Bejahungsproblem. Düsseldorf: Verlag Patmos
- 50a. *Stachat, S.* (1986) Verhaltenstherapie in der Rehabilitation. Untersuchungen zu Möglichkeiten und Grenzen der Verhaltenstherapie am Beispiel der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik der Samariteranstalten. Diss., Berlin: Akademie für Ärztliche Fortbildung
- 50b. *Stachat, S.* (1986) Elternfragebogen. Anhang 10. In: Verhaltenstherapie in der Rehabilitation, Diss., Berlin: Akademie für Ärztliche Fortbildung
51. *Tolkmann, S.* (1979) Cognitives processes als mediators of stress and coping. *Schäfer, C.* In: *Hamilton, O., Warburton, D., M. (Ed.), Lazarus, R. S.* Human stress and cognition. An informationprocessing approach. London: Wiley, 265 – 300
- 52a. *Vater, W.* (1981) Frühförderungs- und Entwicklungshilfen für behinderte Kinder, Bonn: Rehabilitationsverlag GmbH
- 52b. *Vater, W.* (1983) Vom ersten Laut zum ersten Wort. Bonn: Rehabilitationsverlag GmbH
53. Verfassung der DDR vom 06. 04. 68. Berlin: Staatsverlag der DDR
54. *Voita, V.* (1984) Die cerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Stuttgart: Verlag Enke
55. *Wiedl, K. H.* (1986) Rehabilitationspsychologie. Verlag Kohlhammer GmbH
56. *Zeun, R.* (1988) Betroffen. Bilder einer Krebserkrankung, Berlin: Verlag Volk und Gesundheit

Anschrift

Dr. Susanne Stachat
Gellertstr. 13
15517 Fürstenwalde

Früherfassung des Asperger-Syndroms

Thomas Girsberger

Einleitung: Die Bedeutung der frühen Erfassung

Die möglichst frühe Erfassung des Asperger-Syndrom muss ein genauso großes Anliegen sein wie die frühe Erfassung des klassischen Autismus, wenn auch aus anderen Gründen. Während beim klassischen Autismus die frühe Intervention (ab 2. Lebensjahr !) zu einer nachhaltigen Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und der kognitiven und sprachlichen Entwicklung führen soll, so geht es beim Asperger-Syndrom vorwiegend darum, dem Kind bei der Integration in Spielgruppe, Kindergarten und Schule behilflich zu sein und einer drohenden Ausgrenzung entgegen zu wirken. Zudem ist die Gefahr groß, dass bei einem unerkannten Asperger-Kind falsche Erklärungen für das Fehlverhalten des Kindes gesucht werden, was unweigerlich zu Schuldzuweisungen an die Eltern führt.

Alle typischen Übergänge stellen Risikosituationen dar, bei denen ein Kind, das bisher leidlich gut funktionierte, dekompensieren kann: Eintritt in den Kindergarten, Schuleintritt, Übertritt von der Primar- in die Sekundarschule, Übertritt von der Schule ins Berufsleben. Generell kann man wohl sagen, dass die Dekompensation umso später eintritt, je milder die autistische Störung ausgebildet ist.

So gesehen sollte die Diagnose „Asperger-Syndrom“ spätestens immer dann gestellt werden, wenn auf Grund gesteigerter Anforderungen an die soziale Integration Probleme entstehen und sich ein erheblicher Leidensdruck entwickelt.

Das Durchschnittsalter bei der Diagnosestellung des Asperger-Syndroms liegt heute bei 11 Jahren, und das ist viel zu spät. Bei deutlich ausgeprägter Störung treten erste Symptome wesentlich früher auf und bedrohen die gesunde Entwicklung des Kindes, welche unter anderem durch die schrittweise Ablösung von der Kernfamilie und die soziale Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen charakterisiert ist.

Der Kurswechsel bei der frühen Erfassung spiegelt einen grundlegenden Wandel beim Verständnis autistischer Störungen wieder. Noch bis vor nicht allzu langer Zeit wurde von vielen Fachleuten die Meinung vertreten, Autismus sei eine schwere Form von Behinderung, die ein völlig unabänderliches Schicksal darstelle. Die Möglichkeit, zu lernen oder gar durch Behandlung wesentlich gebessert zu werden, wurde Menschen mit der Diagnose Autismus grundsätzlich abgesprochen. Sie galten als nicht lernfähig, weder im sozialen noch im kognitiven Sinne. Diskriminierung, Separation und lebenslange Abhängigkeit von Familie oder Institution waren die logische Folge einer solchen Sichtweise.

Entsprechend wurde die Diagnose „Autismus“ mit grösster Vorsicht und Zurückhaltung gestellt und den angehörigen so lange wie möglich vorenthalten. Die diesbezügliche Diagnose kam quasi einem psychologischen Todesurteil gleich.

Frühe Erfassung vs. Unschärfe der Diagnose

Als sich die oben beschriebene Sichtweise als nicht mehr haltbar erwies und die Bedeutung der frühen Erfassung der Störung zunahm, wurden standardisierte diagnostische Verfahren entwickelt, denn aufwendigen therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen muss verständlicherweise eine zuverlässige Diagnostik vorausgehen. Zwei Verfahren erlangten schließlich den Status eines sogenannten „Gold-Standards“: das diagnostische Interview zur präzisen Erfassung der Anamnese ADI (später ADI-R) sowie die Beobachtungsskala ADOS. Bei der Diagnose des frühkindlichen Autismus sind diese beiden Verfahren nach wie vor völlig unbestritten und werden lediglich gewissen Modifizierungen unterworfen. Allerdings gibt es ein grundsätzliches Dilemma: je früher eine Diagnose „Autismus“ angestrebt wird, desto unzuverlässiger ist die Diagnosestellung.

Bei der Erfassung des Asperger-Syndroms ist das erwähnte Dilemma im Prinzip dasselbe: zu einem frühen Zeitpunkt (Vorschul- bzw. Vorkindergarten-Alter) ist eine Diagnose nur möglich, wenn der Untersucher über große klinische Erfahrung verfügt. Auf der anderen Seite kann aber mit zunehmendem Alter die Diagnose wiederum schwieriger werden, weil es zu sekundären emotionalen und Verhaltens-Störungen kommt, die das Kernproblem des Autismus bis zur Unkenntlichkeit überlagern. Zudem – und darauf soll im vorliegenden Artikel besonders eingegangen werden – gibt es gesellschaft-

liche Veränderungen, die die Pathogenese des Asperger-Syndroms mildern und verwischen.

Fallbeispiele

Dies soll zunächst anhand von 3 Fallbeispielen aus der eigenen Praxis illustriert werden.

Elias, 10 Jahre

Elias wuchs auf einem Bauernhof in einer kleinen ländlichen Gemeinde auf, genoss im Vorschulalter viele Freiheiten und entwickelte früh ein Sonderinteresse für landwirtschaftliche Maschinen, Traktoren und Technik im allgemeinen. Niemand wäre auf die Idee gekommen, dies als sonderbar zu betrachten. Die Probleme entstanden mit dem Eintritt in den Kindergarten. Elias zeigte kein großes Interesse an anderen Kindern und spielte lieber für sich, vorwiegend Konstruktionsspiele. Beim Übertritt in die Schule nahmen die Schwierigkeiten zu. Nicht nur mit den andern Kindern, sondern auch mit der Lehrerin gab es regelmäßig Konflikte. Im gleichen Zeitraum nahmen die Auseinandersetzungen zwischen den Eltern zu, welche sich schließlich trennten. Die Mutter blieb mit Elias auf dem Hof, der Vater zog in ein ca. 30km entferntes Dorf und nahm dort eine Stelle bei einer Baufirma an. Die Eltern konnten in keiner Weise kooperieren und es wurde als vormundschaftliche Maßnahme eine Beistandschaft errichtet. Elias wurde beim kinderpsychiatrischen Dienst angemeldet und ging dort in der Folge mehrere Jahre in eine Einzeltherapie. Die zunehmenden Verhaltensprobleme in der Schule wurden mit der schwierigen Nachscheidungs-Situation erklärt. Als auch die Versetzung in eine heilpädagogisch geführte Kleinklasse keine Besserung brachte und die bisherige Therapeutin die Stelle wechselte und deshalb die Therapie beenden musste, wurde das Kind zur weiteren Betreuung in die Praxis des Autors überwiesen. Als hier schliesslich die Diagnose „Asperger-Syndrom“ gestellt wurde, führte dies zu einer Wende zum Besseren: das Problem wurde nicht mehr in der Familiensituation, sondern bei den speziellen pädagogischen Bedürfnissen von Elias gesucht. Er erhielt eine Schulbegleiterin, welche zusammen mit der Klassenlehrerin rasch in die Asperger-Thematik eingearbeitet wurde. Dies erwies sich, neben der Weiterführung von Einzeltherapie und Elternberatung, als entscheidende Maßnahme zur Verbesserung und schließlich Entspannung der Schulsituation.

Noemi, 11 Jahre

Vor der Überweisung in die Praxis des Autors bestand bei Noemi bereits eine langjährige kinderpsychiatrische Vorgeschichte. Die Diagnose, die während Jahren die Leitlinie für therapeutische Bemühungen darstellte, lautete auf ADHS. Neben Psychotherapie und Stimulanzien erhielt Noemi auch Ergotherapie. Dennoch wollte sich nie so richtig ein Fortschritt einstellen. In der Schule wurde das Mädchen als unauffällig bzw. überangepasst erlebt, zu Hause hingegen gab es immer wieder heftige Konflikte. Anlass dazu gaben immer wieder die Hausaufgaben, sowie Zwangshandlungen und heftige Wutausbrüche. Als Noemi schliesslich noch zunehmend eine Schulverweigerung entwickelte, entschieden sich die Eltern zu einem Wechsel in der kinderpsychiatrischen Betreuung und wurden auf Grund einer persönlichen Empfehlung an die Praxis des Autors verwiesen. Schon die genaue Anamnese der Vorgeschichte und der frühen Kindheit wiesen bald auf die Vermutungsdiagnose „Autismus-Spektrum-Störung“ hin (...). Die Situation war allerdings v.a. zu Hause schon so weit eskaliert, dass die Eltern aus Erschöpfung einer stationären Behandlung zustimmten. Während des stationären Aufenthaltes, wo Noemi sich sehr gut anpassen und in den Klinik-Alltag einfügen konnte, wurde die vom Autor gestellte Vermutungsdiagnose zunehmend in Frage gestellt bzw. abgelehnt. Die unterschiedlichen Standpunkte wurden zwar ausgetauscht, konnten aber nicht geklärt werden. Nach der Entlassung aus der Klinik entwickelte Noemi angesichts der hohen Ansprüche, die sie punkto Schulerfolg an sich selber stellte, bald wieder die bekannten Zwänge und Wutausbrüche. Als hilfreich erwies sich nun eine Strategie, welche sich an verhaltenstherapeutischen Prinzipien orientierte sowie an einem anderen Umgang mit Konflikten: die Eltern wurden angewiesen, bei emotionalen Ausbrüchen des Mädchens unvermittelt und unter einem Vorwand die Problemsituation zu verlassen, um nach einer kurzen Pause (5-15 Minuten) wieder zurückzukehren. Manchmal genügte der Rückzug in ein anderes Zimmer, manchmal wurde auch für kurze Zeit das Haus verlassen. Diese Strategie entspricht einem konsequenten Ignorieren des Problemverhaltens, was sich bei Kindern aus dem Autismus-Spektrum als sehr hilfreich erweist: entscheidend ist schlussendlich, dass die Eltern nicht durch emotionale Reaktionen noch mehr Öl ins Feuer giessen und das Kind sich auf eine Weise beruhigen kann, welche ihm am besten gelingt: nämlich allein.

Brian, 9 Jahre

Auch bei Brian bestand in der Vorgeschichte eine ADHS-Diagnose. Zunehmende Schwierigkeiten in der Schule, sowohl mit anderen Kindern wie auch mit Lehrpersonen, führten schliesslich zu einer Versetzung in eine (private) Sonderschule, mit kleineren Klassen und individualisiertem Unterricht. Dies führte zu einer Beruhigung der schulischen Situation. Zu Hause nahmen die Probleme allerdings zu, einerseits wegen des egozentrischen Wesens der Knaben, andererseits wegen erheblicher Schwierigkeiten rund ums Essen. Zum Zeitpunkt der Überweisung in die Praxis des Autors hatte sich eine massive Essstörung entwickelt, welche allerdings erst mit der Zeit richtig erkannt wurde. Da der Autor unter anderem mit Video-Technik arbeitet, hatte er – mehr intuitiv als gezielt – vorgeschlagen, dass zu Hause Video-Aufnahmen von einer alltäglichen Situation (Familie beim Nachtessen) gemacht werden. Gleichzeitig wurde den Eltern der Marburger Screening-Fragebogen zur Erfassung des Asperger-Syndroms (MBAS) zum Ausfüllen gegeben. Dieser bestätigte schliesslich die Vermutungs-Diagnose. Für die Eltern war die Erkenntnis, dass bei ihrem Kind zusätzlich zum ADHS eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegt, eine grosse Erleichterung, bestätigte sie doch nur, was die Eltern schon seit längerer Zeit unterschwellig vermuteten. Dennoch stellt die Behandlung der Essstörung nach wie vor eine grosse Herausforderung dar und ist noch keineswegs durchgestanden. Es ist dies ein eindrückliches Beispiel dafür, dass das Nicht-Erkennen der autistischen Symptomatik zu falschen pädagogischen Empfehlungen (Klare Regeln, konsequent sein !) führt, womit gerade Essstörungen nicht gebessert, sondern verstärkt werden.

Die vielen Gesichter des Asperger-Syndroms

Aus den im Folgenden dargelegten Gründen ist die Abklärung und Erfassung des Asperger-Syndroms schwieriger als die des klassischen Autismus. Kinder mit Asperger-Syndrom...

- können sich in den ersten 3 Lebensjahren, also genau in jener Zeitspanne, wo der klassische Autismus zwingend in Erscheinung tritt, noch relativ unauffällig entwickeln. Sicher gibt es auch in dieser Zeit schon Auffälligkeiten, diese werden jedoch oft anderen Umständen zugeschrieben. Un-erfahrene Untersucher schliessen angesichts dieser in den ersten Lebensjahren eher unauffälligen Entwicklung eine autistische Störung schon von vorneherein aus.

- verfügen über eine zumindest durchschnittliche Intelligenz und eine besondere Fertigkeit im logisch-analytischen Denken. So gelingt es etlichen von ihnen, ihre mangelnden sozialen und kommunikativen Kompetenzen „intelligent“ zu überspielen.
- verhalten sich nicht in allen Varianten von Sozialkontakten gleich auffällig. Ihr Sozialverhalten ist ganz speziell in Bezug auf Gleichaltrige (peers) beeinträchtigt. In der Folge weichen sie ihrer eigenen Altersgruppe aus und beschäftigen sich – oft recht erfolgreich – mit jüngeren Kindern (z.B. Geschwistern) oder mit Erwachsenen. Zu letzteren fühlen sich Kinder mit Asperger-Syndrom wegen ihrer guten verbalen Fähigkeiten und ihrem Wissensdurst hingezogen. Hier können sie sich von einer durchaus positiven Seite zeigen und die mangelnden Sozialkompetenzen werden vom erwachsenen Gegenüber ganz unmerklich kompensiert.
- sind gerade aus dem zuletzt erwähnten Grund angenehme „Partner“ in Abklärungs-Settings, insbesondere auch bei der Durchführung des ADOS. In dieser strukturierten Situation und angesichts der ungeteilten Aufmerksamkeit durch einen Erwachsenen sind Asperger-Kinder durchaus kooperativ und zu einer gewissen wechselseitigen Kommunikation fähig.
- verhalten sich in unterschiedlichen Situationen höchst unterschiedlich. Einige sind in der Schule überangepasst und zuhause höchst schwierig, andere fühlen sich im vertrauten familiären Rahmen sehr wohl und bekommen immer dann grosse Probleme, wenn sie ausserhalb der Familie – ohne die Unterstützung durch vertraute Bezugspersonen – „funktionieren“ müssen. Für einen unerfahrenen Untersucher sprechen diese Diskrepanzen gegen eine Autismus-Diagnose, weil er davon ausgeht, dass sich das betreffende Kind in allen Situationen stereotyp gleich verhält.
- sind, wenn sie auf die Verdachtsdiagnose Autismus hin abgeklärt werden, meist schon im Schulalter und haben davor bereits eine oder mehrere Therapien (Logopädie, Ergotherapie, Psychomotorik, usw.) durchlaufen. Diese haben – sozusagen als „Kollateralnutzen“ – auch zu einer Verbesserung ihrer sozialen und kommunikativen Fähigkeiten geführt, und dies insbesondere in der Interaktion mit einer erwachsenen Person.
- leiden meist zusätzlich unter Symptomen, die nicht zwingend zum Asperger-Syndrom gehören, sich aber oft sekundär unter dem Anpassungsdruck an die Gesellschaft entwickeln: Ängste, Zwänge, Essstörungen, Schlafstörungen, depressive Episoden, usw. Die betreffenden Kinder erhalten dann für diese sekundäre Symptomatik eine Diagnose und Therapie und

für die damit betraute Fachperson gibt es keinen Grund, diagnostisch weiterzuforschen.

- weisen wesentlich häufiger als Kinder mit klassischem Autismus auch typische ADHS-Symptome wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität auf. Sie werden deshalb nicht selten fälschlicherweise in diese häufige und gut bekannte diagnostische Kategorie eingereiht. Das grosse Problem dieser falschen oder zumindest einseitigen Diagnose besteht darin, dass die Kernprobleme der Autismus-Spektrum-Störung (Beeinträchtigung der Kommunikation, der Empathie-Fähigkeit, usw.) unbeachtet und unbehandelt bleiben. Entsprechend führen die typischen Massnahmen dann auch nicht zu einer wirklichen Verbesserung der Situation.

Zum letzten Punkt muss hinzugefügt werden, dass es zwischen Autismus-Spektrum-Störung und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung auch echte Komorbidität gibt, und zwar gar nicht selten (1). Wenn also ein Kind, welches durch ganz erhebliches störendes Verhalten und anderweitige Probleme auffällt, nur einen Teil der Symptome eines ADHS und nur einige (aber nicht genügend) Symptome aus dem autistischen Spektrum aufweist, dann ist die Gefahr einer Fehldiagnose besonders gross. Unerfahrene Untersucher kommen dann zum Schluss, dass es sich weder um das eine (ADHS) noch das andere (Autismus-Spektrum) handelt, statt die einzig klinisch sinnvolle Schlussfolgerung zu ziehen, nämlich die, dass Komorbidität von zwei je für sich genommen „unvollständigen“ Störungsbildern zu einer genau so relevanten Störung führt wie jede „reine“ Form für sich allein !

Die Plastizität des Asperger-Syndroms

Von einzelnen Autismus-Experten wird darauf hingewiesen, dass einige Verhaltensweisen, die als Kernsymptome des Autismus gelten, nicht zwingend zum Autismus gehören, sondern die Folgen des Stresses darstellen, dem Menschen mit Autismus ausgesetzt sind, wenn sie sich unseren gängigen gesellschaftlichen Normen und Gepflogenheiten anpassen müssen. (2,3)

Bei einem autistischen Kind kann die Interaktion und damit Beziehungsgestaltung innerhalb der Familie günstiger oder ungünstiger ausfallen und dies hat erheblichen Einfluss auf den Verlauf der autistischen Störung. Noch vor ca. 30 Jahren herrschte in der durchschnittlichen Familie ein eher autoritärer Erziehungsstil vor. Kinder aus dem autistischen Spektrum, welche durch Eigenschaften wie Egozentrismus, fehlende Empathie, Widerstand gegen Veränderungen usw. erzieherisch „schwierig“ waren, wurden erheblich

unter Druck gesetzt. Dadurch verschlechterte sich die Eltern-Kind-Beziehung und die autistische Symptomatik (Rückzug, Verweigerung, Stereotypien, Wutanfälle) akzentuierte sich, insbesondere bei den stark betroffenen Kindern. Der Autismus trat also deutlich in Erscheinung und wurde entsprechend auch diagnostiziert. Jene Kinder allerdings, die eine eher milde Form von Autismus und insbesondere das Asperger-Syndrom aufwiesen, passten sich dem elterlichen Druck an und wurden zur Überanpassung erzogen (d.h. sie entfernten sich von autistischen Verhaltensweisen und blieben unerkannt). Mit dem Übergang zu einem mehr gewährenden Erziehungsstil und zu steigender Toleranz gegenüber dem Anderssein in neuerer Zeit vollzog sich möglicherweise folgender Wandel: Kinder mit klassischem Autismus kamen weniger unter Stress und die Beziehung zwischen Eltern und Kind wurde weniger belastet. Entsprechend entwickelte sich eine weniger ausgeprägte autistische Symptomatik und es entwickelten mehr Kinder aus dem autistischen Spektrum einen „atypischen Autismus“. Kinder mit Asperger-Syndrom und anderen leichteren Formen von Autismus konnten sich mehr entfalten, es entwickelten sich ebenfalls günstigere Eltern-Kind-Beziehungen und -Interaktionen. Allerdings mit dem Preis, dass sich die Eltern stark dem Kind anpassen mussten. Dies ging solange gut, bis das Kind von der Familie mehr in die Aussenwelt (Kindergarten, Schule) hinaustreten musste und dort nicht mit der gleichen Nachsicht rechnen konnte.

Die eben beschriebenen Veränderungen in der Familie könnten erklären, dass in neuerer Zeit immer mehr Kinder aus dem Autismus-Spektrum diagnostiziert werden, allerdings mit immer „atypischerer“ Symptomatik, weil die herkömmlichen Diagnose-Kriterien nicht mehr zeitgemäss sind und der Breite und der Vielfalt des Autismus-Spektrums nicht mehr gerecht werden. Im „Ratgeber Autistische Störungen“ (4) wird darauf hingewiesen, dass die Prävalenz des gesamten Autismus-Spektrums bei 1% liegt, wobei lediglich 1/3 auf den klassischen Autismus und 2/3 auf Asperger-Syndrom, Atypischen Autismus sowie die „Nicht näher bezeichneten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ (TES-NNB) entfallen.

Zu den Veränderungen im familiären Rahmen kommt noch ein weiterer wichtiger Aspekt hinzu:

Im Umgang mit kindlichen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen hat in den letzten 30 Jahren bezüglich des therapeutischen Angebots eine grosse Veränderung stattgefunden. Es haben sich eine Reihe von Angeboten etabliert, von denen die meisten Kinder mit „besonderen Bedürfnissen“ (also

auch Asperger-Kinder) erfasst werden: Logopädie, Psychomotorik, Ergotherapie, Psychotherapie usw. Gerade Kinder mit Asperger-Syndrom laufen Gefahr, nicht erkannt sondern auf eine Teil-Symptomatik reduziert zu werden und in diesem Bereich eine Therapie zu erhalten. Der Autor stellt in diesem Zusammenhang nun die Hypothese auf, dass eine solche „umschriebene“ Therapie zwar durchaus sinnvoll und nützlich ist, dass sie aber auch mit einem Nachteil verbunden ist: das Kind eignet sich quasi nebenbei gewisse kommunikative Fertigkeiten an, die die Diagnose „Asperger-Syndrom“ verschleiern und hinauszögern. Zudem sind diese Fertigkeiten in der Beziehung zu einer erwachsenen Person entwickelt worden, was keinesweg bedeutet, dass sie auch in der Beziehung zu Gleichaltrigen (wo die Defizite am grössten sind) zum Tragen kommen.

Wenn also eine diagnostische Beurteilung vorwiegend anhand des ADOS vorgenommen wird, dann wird dem Asperger-Kind genau jenes Setting angeboten, in welchem es sich von seiner Natur aus sowieso schon am wohlsten fühlt und in welchem es - siehe oben - in einer oder mehreren Therapien zusätzlich „trainiert“ wurde.

Für eine multimodale Diagnostik des Asperger-Syndroms und der TES-NNB

Im Einzelnen könnte bei der Abklärung und Diagnosestellung folgendes Vorgehen gewählt werden:

1) Das „autistische Verhalten“ wird wie bisher mittels ADOS und ADI-R erfasst, im Wissen, dass beim Asperger-Syndrom, dem Atypischen Autismus und den TES-NNB nicht alle Cut-Offs erreicht werden müssen. Da Kinder mit leichteren Formen des Autismus oft gelernt haben, sich im Kontakt mit einer wohlwollenden erwachsenen Bezugsperson ziemlich angemessen zu verhalten, sollten zudem die Resultate aus dem Einzel-Setting des ADOS nicht überbewertet werden. Anzustreben wäre die Anwendung des ADOS auf das Verhalten des Kindes in einer Gruppe von mehr oder weniger Gleichaltrigen !

2) Die Intelligenz-Abklärung mittels des HAWIK-IV (ergänzt durch das Figuren-Legen aus dem HAWIK-III oder die „Figure complexe“ von Rey) verfolgt mehrere Ziele. Erstens ist es sehr wichtig, das Intelligenz-Niveau des Kindes zu erfassen, da es für die Planung der Schullaufbahn und die Prognose generell von großer Bedeutung ist. Zweitens erlaubt der HAWIK die Herausarbeitung von Asperger-typischen Stärken und Schwächen. (5,6) Und drittens

sind auch Beobachtungen möglich, die einen Beitrag zur Beurteilung typisch autistischer Persönlichkeits-Merkmale liefern. Bereits Hans Asperger (7) hat in seiner bahnbrechenden Arbeit darauf hingewiesen, dass „die Intelligenzprüfung nicht nur über die intellektuelle Begabung, sondern auch über wesentliche Persönlichkeits-Funktionen“ Aufschluss zu geben vermag.

3) Zur Gesamtbeurteilung sollten die vorhandenen besonderen Fähigkeiten und Spezial-Interessen berücksichtigt werden. Im ADOS ist diesem Aspekt zwar ebenfalls ein Kapitel gewidmet, die erfassten Daten werden aber nicht in den diagnostischen Algorithmus mit einbezogen.

4) Für eine standardisierte Erfassung der sozioemotionalen Fähigkeiten bietet sich ein neues testpsychologisches Instrumentarium dar, das vor kurzem nach langer Vorbereitungsarbeit veröffentlicht wurde: die „Intelligence and development scales“ (IDS). Im Handbuch (8) wird auf S. 183 festgestellt: „Im Bereich der sozial-emotionalen Kompetenz erzielte die Stichprobe der Kinder mit Asperger-Syndrom in den Untertests *Emotionen regulieren*, *Soziale Situationen verstehen* und *Sozial Kompetent Handeln* bedeutsam tiefere Werte als die Kinder der Kontrollgruppe.“ Auch die Fein- und Grobmotorik können in den IDS standardisiert beurteilt werden. Für jüngere Kinder wären die IDS sowieso eine Alternative zum HAWIK-IV.

5) Einen weiteren Pfeiler bei der Diagnostik stellt die Familien-Anamnese dar. Dabei würde der heute unbestrittenen Tatsache Rechnung getragen, dass bei der Ätiologie autistischer Störungen die Heredität eine entscheidende Rolle spielt. Gesucht würde demnach nach dem Vorhandensein des sogenannten „breiten Phänotyps“ bzw. gewissen Persönlichkeitsmerkmalen bei Eltern und Geschwistern. Zur Familien-Anamnese gehört zudem noch die Frage nach einem allfälligen Migrationshintergrund eines oder beider Elternteile. Nach der klinischen Erfahrung des Autors finden sich bei den Eltern autistischer Kinder auffällig viele interkulturelle Ehen und / oder Zuwanderungen, vorab aus hochentwickelten Ländern.

6) Im diagnostischen Prozess wird ebenfalls berücksichtigt, dass bei einer Asperger-Diagnose mit Krankheitswert fast immer komorbide Störungen dazukommen: Ängste, Phobien, Zwänge, Stimmungsschwankungen, Essstörungen, tendenzielle Schulverweigerung.

7) Und schließlich ist es wichtig, den diagnostischen Prozess interaktiv zu

gestalten und die Diagnose im Dialog mit den Eltern und allenfalls anderen beteiligten Fachpersonen (Logopädie, Ergotherapie usw.) zu entwickeln. Eltern sind die größten Experten, wenn es um ihr eigenes Kind geht. Die meisten haben schon früh gemerkt bzw. gespürt, dass mit ihrem Kind etwas nicht stimmt. Sie konnten es einfach nicht selber auf den Punkt bringen. Werden sie dann aber mit den wesentlichen Merkmalen des Asperger-Syndroms im Sinne einer Verdachtsdiagnose vertraut gemacht, dann können sie ganz wesentlich mitbeurteilen, ob die Diagnose auf ihr Kind zutrifft und in welchem Ausmaß.

Literatur

- (1) *Roeyers H.* (2008), ADHD and Autism. 2. Internationales MEDICE-Symposium: ADHS – Co-existierende Störungen in verschiedenen Lebensphasen, ADHS-Report 32, Juli 2008
- (2) *Feuser G.* (2001), Autismus – Eine Herausforderung des Mitmensch-Seins, Vortrag anlässlich der Jubiläumsveranstaltung 25 Jahre „Hilfe für das autistische Kind“, 3.3.2001 in Frankfurt/Main
- (3) *Rödler P.* (2009), Grundlagen zu einem pädagogischen Verständnis autistischer Verhaltensweisen, www.uni-koblenz.de/~proedler/autsem/index.htm
- (4) *Poustka et al.* (2009), Ratgeber Autistische Störungen, 2. überarbeitete Auflage, Hogrefe
- (5) *Remschmidt H.* (2000), „Asperger-Syndrom und High-Functioning-Autismus“, Referat auf der Tagung des Bundesverbandes Hilfe für das autistische Kind am 23.10.1999, Autismus-Heft Mai Nr. 49/00
- (6) *Girsberger Th.* (2009), „Der HAWIK-III – ein nützliches Instrument bei der Abklärung des Asperger-Syndroms“, Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 4-2009
- (7) *Asperger, H.* (1943). Die „Autistischen Psychopathien“ im Kindesalter, Habilitationsschrift eingereicht bei der Medizinischen Fakultät der Wiener Universität, 8.10.1943.
- (8) *Grob et al.* (2009), IDS – Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kinder von 5-10 Jahren, Verlag Hans Huber, Bern

Untersuchung zu Erfolg und nachhaltiger Wirkung von ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung

Marion Raitzig

Ziel war es, zu erfahren, inwieweit unsere ambulante Behandlung nachhaltige Effekte auf die Entwicklung, die psychische Gesundheit sowie die Lebensqualität hatte, und ob nach Abschluss der Behandlung bei uns weitere therapeutische Angebote in Anspruch genommen wurden.

Methodik

Januar bis Februar 2009 schrieben wir alle Patienten unserer Praxis an, bei denen die Therapie im 1. Quartal 2007 beendet worden war. Die Befragung fand also zwei Jahre nach dem Therapieende statt.

Mit einem kurzen Anschreiben verschickten wir folgenden Fragebogen:

Fragebogen für unsere Patienten nach Abschluss der Behandlung		
Christian Mustermann, geb. 03.05.2000		Psychiatrieweg 1a, 12345 ADHS-Stadt
Bogen wurde ausgefüllt am:		von:
Wie schwer schätzen Sie, war Ihr Problem als Sie zu uns kamen?	<input type="checkbox"/>	1 <i>kaum vorhanden</i> – 10 <i>fast unerträglich</i> Bitte Zahl eintragen
Wie schwer schätzen Sie Ihr Problem beim Abschluss der Behandlung ein?	<input type="checkbox"/>	1 <i>kaum vorhanden</i> – 10 <i>fast unerträglich</i> Bitte Zahl eintragen
Falls Ihr Problem noch besteht, wie schwer schätzen Sie dieses zum jetzigen Zeitpunkt ein?	<input type="checkbox"/>	0 <i>nicht vorhanden</i> – 10 <i>fast unerträglich</i> Bitte Zahl eintragen

Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität zum jetzigen Zeitpunkt ein?	<input type="checkbox"/>	1 <i>kaum vorhanden</i> – 10 <i>sehr gut</i> Bitte Zahl eintragen
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer familiären Situation zum jetzigen Zeitpunkt?	<input type="checkbox"/>	1 <i>kaum zufrieden</i> – 10 <i>sehr zufrieden</i> Bitte Zahl eintragen
Wie zufrieden sind Sie mit ihrer schulischen / beruflichen Laufbahn nach Abschluss Ihrer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	1 <i>kaum zufrieden</i> – 10 <i>sehr zufrieden</i> Bitte Zahl eintragen
Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Behandlung insgesamt?	<input type="checkbox"/>	1 <i>kaum zufrieden</i> – 10 <i>sehr zufrieden</i> Bitte Zahl eintragen
Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Therapeutin / Ihrem Therapeuten?	<input type="checkbox"/>	1 <i>kaum zufrieden</i> – 10 <i>sehr zufrieden</i> Bitte Zahl eintragen
Wie zufrieden waren Sie mit der ärztlichen Betreuung?	<input type="checkbox"/>	1 <i>kaum zufrieden</i> – 10 <i>sehr zufrieden</i> Bitte Zahl eintragen
Hat sich für Sie der Kontakt zu uns gelohnt?	<input type="checkbox"/>	0 <i>überhaupt nichts gebracht</i> – 10 <i>sehr gelohnt</i> Bitte Zahl eintragen
Erfolgten nach Abschluss weitere Behandlungen?	nein / ja (<i>bitte ankreuzen, welche Form</i>)	
Psychotherapie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Erziehungsberatung		
Klinikaufenthalt		
Medikation		
Homöopathie		
Kinesiologie		
sonstiges (was?)		
Was war besonders hilfreich für Sie?		
Was war überhaupt nicht hilfreich für Sie?		
Möchten Sie uns noch weitere Bemerkungen (gerne auch Kritik) mitteilen?		

Waren unsere ehemaligen Patienten inzwischen über 18 Jahre alt, baten wir sie, selbst den Bogen auszufüllen. Bei unter 15jährigen sollten die Eltern ihre Einschätzung dokumentieren. Bei 15- bis 18jährigen schickten wir je einen Bogen für die Eltern und die Jugendlichen. Die so erhaltenen Informationen verglichen wir mit den Daten unserer Abschlussberichte und dem Fragebogen (ähnlich aufgebaut wie der Katamnesebogen), den die Patienten zum Abschluss der Behandlung bei uns erhalten und ausgefüllt hatten.

Ergebnisse

Acht Kinder waren bei Therapieende bis zu 10 Jahre alt (4 Jungen und 4 Mädchen). In dieser Gruppe gaben lediglich die Eltern eine Bewertung ab. Die Eltern der Mädchen waren mit der Behandlung sehr zufrieden (5, 10, 10, 10 Punkte in der Scala *Hat sich der Kontakt zu uns gelohnt?*). Bei den Eltern der Jungen zeigte sich ein geteiltes Bild (0, 3, 8, 10 Punkte).

12 Kinder waren bei Therapieende im Alter zwischen 10;1 und 14;0 Jahren (7 Mädchen und 5 Jungen). Bei den Mädchen haben fünfmal die Eltern die Fragebögen ausgefüllt (2, 8, 8, 8, 10 Kontaktaufriedenheitspunkte) und zweimal die Jugendlichen selbst, die ihre Unzufriedenheit zum Ausdruck brachten (0 und 1 Punkt). Bei den Jungen antworteten nur die Eltern, diese waren mit der Behandlung viermal sehr zufrieden (viermal 10 Punkte) und einmal unzufrieden (1 Punkt).

11 Jugendliche waren bei Therapieende älter als 14 Jahre (3 Mädchen und 8 Jungen).

Bei den Mädchen gab es zweimal eine Doppelbewertung durch die Jugendlichen und deren Eltern (0 und 0 Punkte, 5 Punkte von den Eltern, 4 Punkte von der Jugendlichen) und einmal die Bewertung von der Jugendlichen alleine (5 Punkte). Bei den Jungen gab es drei Doppelbewertungen (5 und 5, 10 und 10, 9 Punkte von den Eltern, 8 vom Jugendlichen) und fünf Bewertungen allein von den Jugendlichen (0, 2, 4, 8, 10 Punkte Zufriedenheit mit der Behandlung).

Betrachtet man die Gruppe der Jungen und Mädchen insgesamt, so unterscheidet sich die Behandlungszufriedenheit nicht (Jungen im Durchschnitt 6,05 und Mädchen 6,1 Zufriedenheitspunkte).

Die Bewertungen unterscheiden sich maximal um einen Punkt, wenn Eltern und Jugendliche Bewertungen abgegeben haben.

Den unterschiedlichen Bewertungen je nach Altersgruppe würde ich zu-

nächst keine Relevanz zuordnen, hier wäre sicherlich eine größere Stichprobe notwendig.

1) Antwortbereitschaft

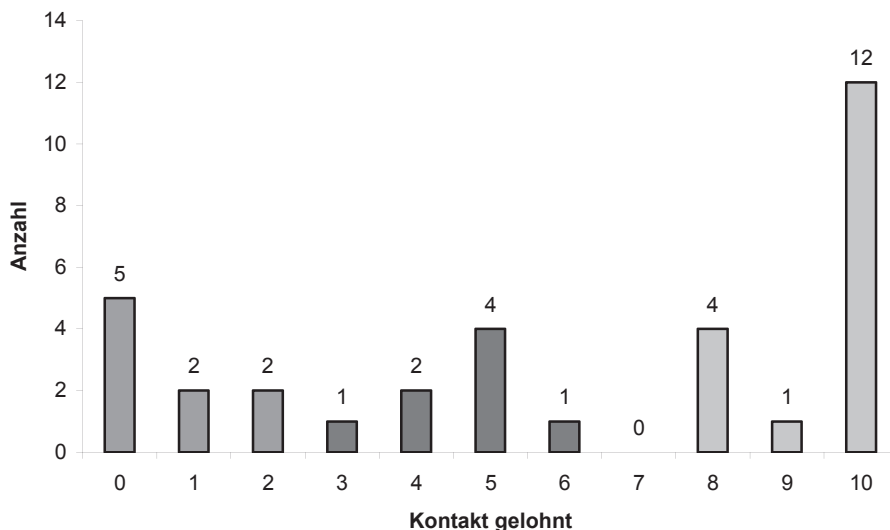
Insgesamt hatten 83 (=100%) Patienten ihre Behandlung bei uns im 1. Quartal 2007 beendet.

29	(35%)	füllten den Fragebogen aus
28	(34%)	waren nicht mehr erreichbar, die Post kam zurück
21	(25%)	schickten keinen Bogen zurück
3	(4 %)	verweigerten aktiv die Auskunft und teilten uns dies am Telefon mit
1	(1 %)	Kind lebte nicht mehr in der Pflegefamilie
1	(1 %)	Patientin befand sich wieder in unserer Behandlung

a) Hatte die Zufriedenheit mit der Behandlung etwas mit der Antwortbereitschaft zu tun?

Die Frage „Hat sich für Sie der Kontakt zu uns gelohnt?“ konnte von 0 (überhaupt nichts gebracht) bis 10 (sehr gelohnt) skaliert werden.

Von den 29 Patienten, die uns antworteten (teils doppelte Fragebögen von Eltern und Kind), wurde diese Frage wie folgt beantwortet:



Hieraus ergibt sich ein Durchschnittswert von 6. Auffällig ist allerdings, dass sich gute Noten (8 bis 10) und sehr schlechte Noten (0 bis 2) häufen. Möglicherweise haben gerade die Patienten den Rückmeldebogen ausgefüllt, die sich bei uns sehr gut behandelt erlebten und die, die unzufrieden waren.

b) Wie haben wir selbst die Arbeit nach Abschluss der Behandlung mit diesen Patienten eingeschätzt?

Der Behandlungserfolg wurde von den Therapeuten nach Abschluss der Behandlung eingeschätzt: Differenz der Symptomstärke bei Therapiebeginn und -ende (Skala zwischen 1 und 10). Die Behandlung der Patienten, die mit unserer Arbeit nicht zufrieden waren, war weniger erfolgreich (Differenz im Durchschnitt 2,7 Punkte) als die Behandlung der Patienten, die mit unserer Arbeit zufrieden waren (Differenz im Durchschnitt 4,07 Punkte). Die durchschnittliche Behandlungsdauer unterschied sich nicht wesentlich: 9,25 (4 - 21) Termine bei den Unzufriedenen, 10,25 (2 - 20) Termine bei den Zufriedenen.

2) Wurden nach der Behandlung bei uns weitere Hilfen in Anspruch genommen?

Von den 29 Klienten, die den Fragebogen zurückgesandt hatten, haben 18 (62 %) angegeben, seither keine weiteren Hilfen in Anspruch genommen zu haben. Zwei Fragebögen waren diesbezüglich unklar ausgefüllt: einmal kein eindeutiges Kreuz, einmal waren alle Therapieoptionen angekreuzt.

Ansonsten waren folgende Hilfen aufgesucht worden (Mehrfachnennungen waren möglich):

Ergotherapie:	3-mal
Logopädie:	2-mal
Erziehungsberatungsstelle:	1-mal
Kontakt zum Jugendamt:	1-mal
Kinesiologie:	1-mal
Medikation:	2-mal
Psychotherapie:	1-mal
Homöopathie:	1-mal

3) Wie schätzten die ehemaligen Patienten ihre aktuelle Situation ein?

a) Aktuelle Lebensqualität

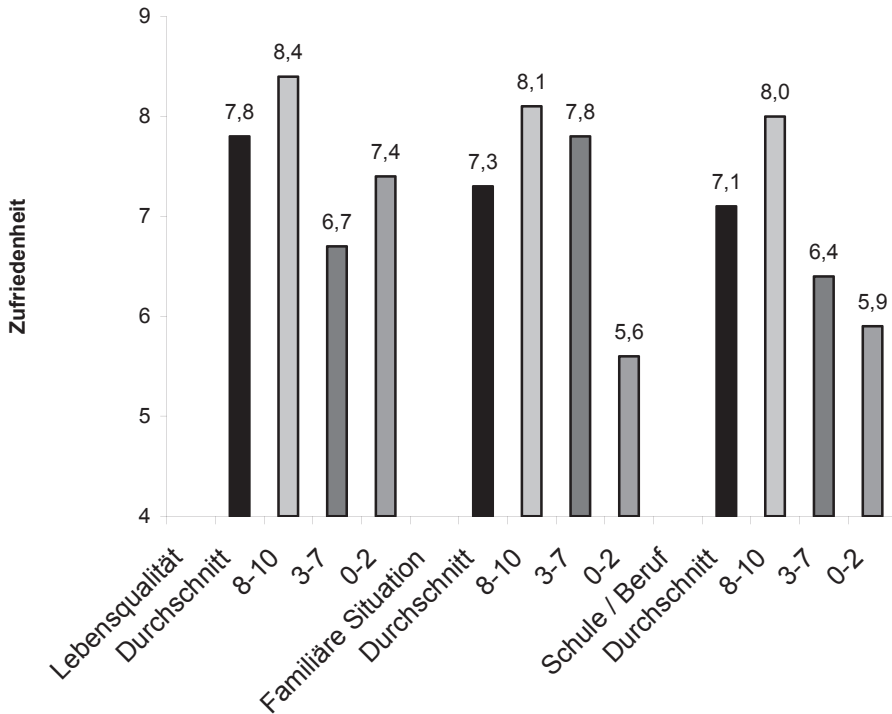
In der Gruppe der Patienten, die den Kontakt zu uns positiv sahen, ergab sich ein deutlicher Unterschied im Vergleich zu denen, die weniger oder gar nicht zufrieden waren:

Gruppe Zufriedenheit 8 bis 10: Lebensqualität: 8,4 (10 - 4, N=16)

Gruppe Zufriedenheit 3 bis 7: Lebensqualität: 6,7 (10 - 5, N=6)

Gruppe Zufriedenheit 0 bis 2: Lebensqualität: 7,4 (10 - 4, N=9)

Im Durchschnitt schätzen alle ihre Lebensqualität mit 7,8 ein (10 - 4, N=31).



b) Zufriedenheit mit der familiären Situation

Ein ähnliches Bild ergibt sich hinsichtlich der familiären Zufriedenheit:

Gruppe Zufriedenheit 8 - 10: Familiäre Zufriedenheit: 8,1 (10 bis 4, N=16)

Gruppe Zufriedenheit 3 - 7: Familiäre Zufriedenheit: 7,8 (10 - 5, N=6)

Gruppe Zufriedenheit 0 bis 2: Familiäre Zufriedenheit: 5,6 (10 - 3, N=9)

Im Durchschnitt schätzen alle ihre familiäre Situation mit 7,3 ein (10 - 3, N=31).

c) Zufriedenheit mit schulisch-beruflicher Entwicklung

Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in dieser Rubrik:

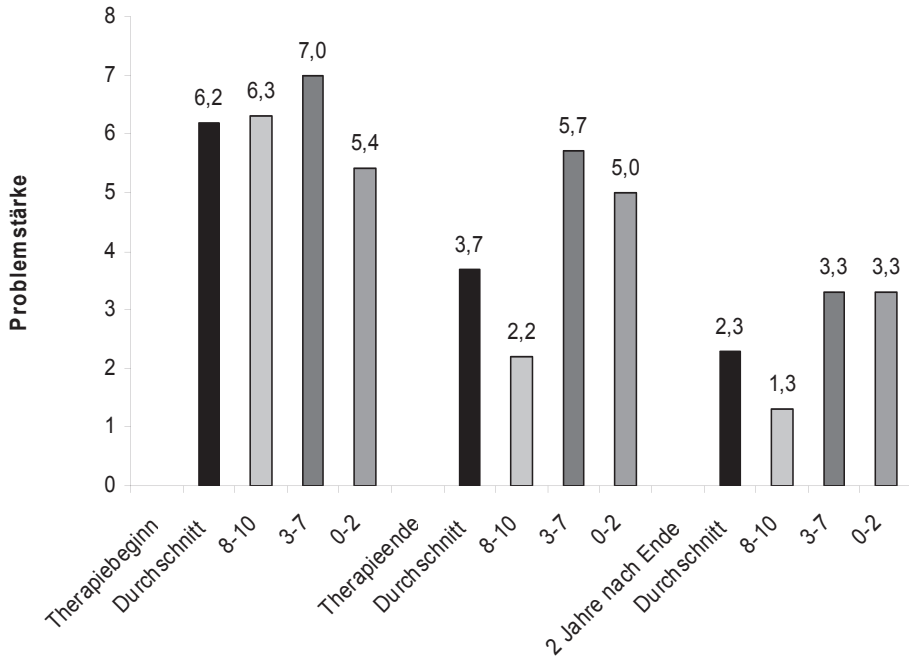
Gruppe Zufriedenheit 8 - 10: Zufriedenheit in Schule/Beruf: 8,0 (10 - 2, N=16)

Gruppe Zufriedenheit 3 - 7: Zufriedenheit in Schule/Beruf: 6,4 (8 - 3, N=5)

Gruppe Zufriedenheit 0 - 2: Zufriedenheit in Schule/Beruf: 5,9 (10 - 1, N=8)

Die Zufriedenheit mit der aktuellen schulisch-beruflichen Entwicklung liegt bei allen, die geantwortet hatten, durchschnittlich bei 7,1 (10 - 1, N=29).

4) Wie verhält sich die subjektive Einschätzung des Verlaufes der Problemstärke?



a) Problemstärke bei Beginn

Gruppe Zufriedenheit 8 bis 10:	6,3	(N=16, Range 10 bis 2)
Gruppe Zufriedenheit 3 bis 7:	7,0	(N=6, Range 9 bis 3)
Gruppe Zufriedenheit 0 bis 2:	5,4	(N=9, Range 10 bis 1)

Die Problemstärke lag bei Therapiebeginn durchschnittlich bei 6,2 (N=31, Range 10 bis 1).

b) Problemstärke bei Therapieende

Gruppe Zufriedenheit 8 bis 10:	2,2	(N=16, Range 5 bis 1)
Gruppe Zufriedenheit 3 bis 7:	5,7	(N=6, Range 8 bis 2)
Gruppe Zufriedenheit 0 bis 2:	5,0	(N=9, Range 9 bis 1)

Die durchschnittliche Problemstärke lag bei Therapieende bei 3,7 (N=31, Range 9 bis 1).

c) *Aktuelle Problemstärke*

Gruppe Zufriedenheit 8 bis 10:	1,3	(N=16, Range 7 bis 0)
Gruppe Zufriedenheit 3 bis 7:	3,3	(N=6, Range 8 bis 0)
Gruppe Zufriedenheit 0 bis 2:	3,3	(N=9, Range 9 bis 0)

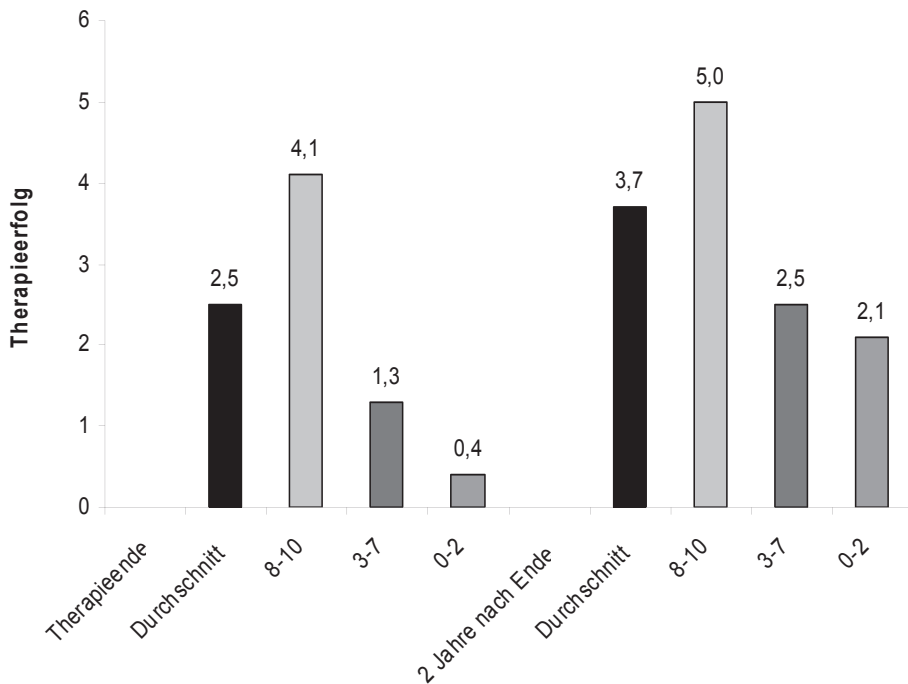
Die aktuelle Problemstärke wurde zwei Jahre nach Beendigung der Therapie mit durchschnittlich 2,3 (N=31, Range 9 bis 0) wahrgenommen.

d) *Therapieerfolg bei Abschluss der Behandlung*

Den Therapieerfolg beim Abschluss der Behandlung errechneten wir aus der subjektiv empfundenen Differenz der Problemstärke zwischen Beginn und Ende der Therapie.

Gruppe Zufriedenheit 8 bis 10:	4,1	(N=16, Range 9 bis 1)
Gruppe Zufriedenheit 3 bis 7:	1,3	(N=6, Range 2 bis 0)
Gruppe Zufriedenheit 0 bis 2:	0,4	(N=9, Range 2 bis 0)

Der Therapieerfolg wurde bei Behandlungsende durchschnittlich mit 2,5 angegeben (N=31, Range 9 bis 0).



e) *Therapieerfolg zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung*

Den Therapieerfolg zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung errechneten

wir aus der subjektiv empfundenen Differenz der Problemstärke zwischen Therapiebeginn und Zeitpunkt der Katamneseerhebung.

Gruppe Zufriedenheit 8 bis 10: 5,0 (N=16, Range 10 bis 2)

Gruppe Zufriedenheit 3 bis 7: 2,5 (N=6, Range 4 bis 1)

Gruppe Zufriedenheit 0 bis 2: 2,1 (N=9, Range 5 bis +2)

Der Therapieerfolg wurde zwei Jahre nach Abschluss der Therapie durchschnittlich mit 3,7 angegeben (N=31, Range 10 bis +2).

„+2“ bedeutet, dass die Problemstärke um 2 subjektive Wertpunkte zugenommen hat. Eine Zunahme der Problemstärke im Verlauf wurde nur einmal angegeben.

f) Wie hoch ist die subjektive Verbesserung nach Abschluss der Behandlung bei uns ?

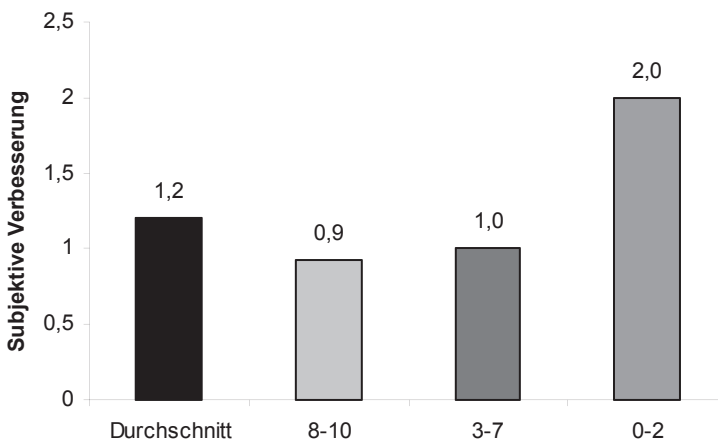
Die Differenz zwischen Problemstärke bei Therapieende und Problemstärke bei Katamneseerhebung könnte u. a. den Spontanverlauf beschreiben, aber auch eine Nachwirkung der Therapie über das Therapieende hinaus anzeigen. Wir haben die Patienten, die angegeben hatten, nach Ende der Behandlung bei uns andere Hilfen in Anspruch genommen zu haben, aus dieser Auswertung herausgenommen.

Therapiezufriedenheitsgruppe 8 bis 10: 0,92 (N=12, Range +2 bis 3)

Therapiezufriedenheitsgruppe 3 bis 7: 1,0 (N= 4, Range +1 bis 2)

Therapiezufriedenheitsgruppe 0 bis 2: 2,0 (N=6, Range 1 bis 3)

Zwei Jahre nach Abschluss der Therapie ergibt sich ein zusätzlicher Therapieerfolg von 1,2 (N=22, Range +2 bis 3).



5) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Therapie und dem subjektiv empfundenen Therapieerfolg, sowie den Diagnosen, die zur Behandlung bei uns führten?

Wir erstellten eine Liste der von uns gestellten Diagnosen. Einige Patienten erhielten mehrere Diagnosen.

Häufigkeit der Diagnosen in der Gruppe Zufriedenheit 8 bis 10 (N=16)

ADS	6
Emotionale Störung mit Ängsten	2
Kombinierte Tics	2
Lispeln	1
LRS	3
Mittelgradige depressive Episode	1
Motorische Entwicklungsstörung	3
PTBS	2
Rechenstörung	1
Rezeptive Sprachstörung	1
Trennungsangst	1

In dieser Gruppe entfielen im Durchschnitt 1,4 Diagnosen auf einen Patienten.

Häufigkeit der Diagnosen in der Gruppe Zufriedenheit 3 bis 7 (N=6)

ADS	3
Anpassungsstörung	1
Enuresis nocturna	1
Geschwisterrivalität	1
Mittelgradige depressive Episode	2
Störung des Sozialverhaltens	1
Zwangsstörung	1

In dieser Gruppe entfielen im Durchschnitt 1,1 Diagnosen auf einen Patienten.

Häufigkeit der Diagnosen in der Gruppe Zufriedenheit 0 bis 2 (N=9)

ADS	2
Anpassungsstörung	2
Borderline-Störung	1
Essstörung	2
Geschwisterrivalität	1
Identitätsstörung	1
Mittelgradige depressive Episode	1
Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	2

In dieser Gruppe entfielen im Durchschnitt 1,3 Diagnosen auf einen Patienten.

Bei der Betrachtung der Diagnosen fällt auf, dass Entwicklungsstörungen und Teilleistungsdefizite ausschließlich in jener Patientengruppe auftreten, die mit der Behandlung bei uns zufrieden waren. In der Tendenz könnte man aufgrund der Diagnosenliste folgern, dass Patienten mit schwerer wiegenden psychiatrischen Störungen sowie mit Störungen des Sozialverhaltens weniger häufig mit unseren therapeutischen Angeboten zufrieden waren und von der Behandlung mäßiger profitieren konnten.

Diskussion

Unser Anliegen war es, den Verlauf nach Abschluss der Behandlung bei uns zu erfassen, um zu erfahren, ob unsere Behandlungsbemühungen nachhaltigen Erfolg zeigen. Dieses haben wir mittels Fragebogenerhebung versucht. Die untersuchte Gruppe ist jedoch recht klein. Von 83 angeschriebenen Patienten haben 35 % geantwortet.

Ein erstes Ergebnis erscheint uns zu sein, dass besonders die Patienten, die mit unserer Arbeit zufrieden waren, geantwortet haben. Von 50 % erhielten wir die Noten 8-10 bezüglich der Frage, ob sich der Kontakt zu uns gelohnt hat. Auch ist der Anteil derer, die mit unserer Arbeit nicht zufrieden war, hoch: 38 % Noten von 0-2.

Erfreulich ist, dass in den Bereichen Lebensqualität, schulisch-berufliche, sowie familiäre Zufriedenheit insgesamt recht positive Bewertungen abgegeben

wurden, und somit in der Gruppe der ehemaligen Patienten, die uns antworteten, eine gute Alltagsfunktionalität vermutet werden kann.

Im Durchschnitt konnten die Patienten deutlich von der Beratung und Behandlung in unserer Praxis profitieren. Bei allen Zufriedenheitsgruppen verbesserte sich die Problemstärke im Verlauf der Behandlung, aber bei den „Unzufriedenen“ nicht nennenswert. Erstaunlich ist, dass auch in der Gruppe der „Unzufriedenen“ im Verlauf der zwei Jahre nach Beendigung der Therapie bei uns eine weitere Verringerung der Problemstärke ohne weitere Therapie eintrat – und zwar eine deutlich stärkere Verbesserung als in der Gruppe der „Zufriedenen“, die allerdings auch geringere Problemstärken bei Beendigung der Behandlung zeigten.

Es kristallisierte sich eine Tendenz heraus, dass Patienten mit Entwicklungsstörungen deutlicher von unserer Behandlung profitierten und auch insgesamt zufriedener mit ihrer aktuellen Lebenssituation sind als Patienten, die schwerwiegendere psychische Störungen zeigten. Dennoch verringerte sich die Problemstärke gerade bei diesen Menschen im Verlauf, aber auch nach Abschluss der Behandlung. Möglicherweise wirkt die Beratung und Behandlung nach. Hier sind Studien mit größeren Patientenzahlen zur Untermauerung dieser These notwendig.

Unsere kleine Fragebogenerhebung bestätigt insofern die Beobachtung der Psychotherapieforschung, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung über die eigentliche Behandlungsdauer hinaus positive Wirkungen hat.

Danksagung

Mein Dank gilt allen Mitarbeitern der Praxis für ihre Unterstützung, besonders bedanken möchte ich mich bei Frau Marion Wischnewski, die bei der graphischen Darstellung und des Layouts half.

Adresse der Autorin:

Dr. Marion Raitzig

Fachärztin für Psychiatrie – Psychotherapie

Gemeinschaftspraxis Dr. Ullrich Lampert & Dr. Marion (H) Raitzig

Brühlstraße 14, 32423 Minden

Tel. 0571-21849

Email: info@lampert-raitzig.com

Zweistufiges Screening zur Früherkennung psychischer Störungen im Vorschulalter

Falk Burchard, Gregor Wittmann & Nadine Auer

1. Einleitung

Bezug nehmend auf die KiGGS-Studie, die von 2003 bis 2006 im Auftrag der Robert Koch-Instituts durchgeführt und in der eine repräsentative Datenerhebung zu dem Gesundheitszustand in Deutschland lebender Kinder und Jugendlicher erbracht wurde, ergab sich ein Handlungsbedarf für die präventive Arbeit bei psychischen Störungen. Danach sind bei der Befragung nach psychischen Störungen etwa 5,3% der Kinder im Alter von 3 - 6 Jahren bereits auffällig, 8% als grenzwertig eingestuft. Dies bedeutet, dass rund 13% der Kinder im Alter von 3 - 6 Jahren als von einer psychischen Störung bedroht gelten können. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter haben nicht nur für die Kinder und Jugendlichen selbst schwerwiegende Konsequenzen, auch ist das soziale Umfeld (also Familie, Freunde, Schule) meist stark davon belastet. Ein frühes präventives Eingreifen soll die Gefahr nachteiliger Folgen psychischer Störungen, auch für das Jugendalter, mindern.

Vor allem bei einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) handelt es sich um eine im frühen Kindesalter beginnende, meist genetisch bedingte Funktionsstörung des Gehirns, deren Schweregrad durch psychosoziale und gesellschaftliche Faktoren besonders stark beeinflusst wird (vgl. Barkley, 1998; Döpfner et al., 1998). Auch Störungen des Sozialverhaltens manifestieren sich oft frühzeitig und wirken sich negativ auf den weiteren Werdegang von Kindern aus (vgl. Moffit, 1993). Eine frühzeitige Behandlung körperlicher, geistiger und seelischer Störungen, unter die auch ADHS fällt, sollte die wirksamste Methode sein, eine spätere Behinderung und/oder Beeinträchtigung der Lebensqualität für das betroffene Kind möglichst gering zu halten oder abzuwenden. Früherkennung eröffnet die Möglichkeit, eine Frühförderung in einer Phase mit den größten Kompensationskompetenzen

zen zu beginnen. Sekundäre Fehlentwicklung, komorbide Störungen und eine Fixierung inadäquater Verhaltensmuster können so vermieden werden. Eine frühzeitige Diagnostik umgeht zudem eine längere Phase der Unsicherheit, die für Eltern sehr belastend sein kann (von Suchodoletz, 2005).

Folgende Befunde lassen sich in dieser Richtung anführen: Viele Familien machen mit ihren Kindern eine Odyssee der Diagnosesuche durch, bis ein ADHS angemessen diagnostiziert werden kann (Regniet et al. 2007). Bei Kindern mit psychosozialen familiären Belastungen und einem ADHS reduziert Frühintervention das spätere Auftreten von ADHS-Symptomen im Schulalter (Rappaport et al. 1998). Nach Nelson et al. (2003) kann ein stabiler positiver Effekt auf die Bereiche der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie der sozialemotionalen Anpassung von Kindern durch Präventionsmaßnahmen bis zum Alter von 9 Jahren nachgewiesen werden. ADHS als Risikofaktor für das Auftreten von schwerwiegenden psychiatrischen Störungsbildern im jungen Erwachsenenalter unterstreicht die Notwendigkeit von Frühdiagnostik und Frühprävention (Biederman et al. 2007).

2. Stand der Früherkennung von Entwicklungsstörungen

Die Kindervorsorgeuntersuchungen (U1 bis U11, J1 & J2) sollen sicherstellen, dass Defekte und Erkrankungen von Neugeborenen, Kleinkindern und Kindern, insbesondere solche, die eine normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden, möglichst zeitnah durch einen Kinderarzt erkannt werden, um früh entsprechende Hilfsangebote einleiten zu können.

Bereits 1971 wurden die Kindervorsorgeuntersuchungen im Kindesalter in den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Die Frequentierung stieg von 50% der Eltern im Jahr 1972 auf 80% im Jahr 1980 und auf 92% im Jahr 2005 (Suchodoletz, 2005). Die Früherkennungsuntersuchungen nehmen mit über einem Drittel einen großen Teil der Arbeitszeit in den pädiatrischen Praxen ein. Bestand bis 1977 das Ziel der Vorsorgeuntersuchungen noch darin, auffällige Entwicklungen zu erfassen, ohne dass jedoch eine weitere diagnostische Differenzierung angestrebt wurde, so sind seitdem deutlich differenziertere Befunderhebungen vorgesehen, die eine er-

ste diagnostische Zuordnung ermöglichen. 1978 wurde das Vorsorgeheft eingeführt, in dem die erhobenen Befunde und somit der Entwicklungsverlauf dokumentiert werden (Allhoff et al. 1991).

Zur Effektivität der Vorsorgeuntersuchungen gibt es bislang nur wenige vorliegende Befunde und somit wenig Hinweise darüber, ob Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch die bestehenden Vorsorgeuntersuchungen gelingt. Die vorliegenden Befunde deuten jedoch auf ein recht ernüchterndes Bild der Effektivität der bestehenden Versorgungsangebote hin (Suchodoletz, 2005). So kam Voss 1982 in seiner Dissertation zu dem Ergebnis, dass 7 bis 73% der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten des Nervensystems im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung nicht erfasst werden und 2 – 3% der tatsächlich auffälligen Kinder falsch zugeordnet werden. Nach Meunzel (2003) wurden bis zum Zeitpunkt der U6 Untersuchung (10. – 12. Lebensmonat) 40% der Kinder mit einer infantilen Zerebralparese und zur U7 Untersuchung (21. – 24. Lebensmonat) 77% der Kinder mit einer geistigen Behinderung nicht als entwicklungsgestört erkannt. Nach einer bayerischen Längsschnittstudie zeigte sich, dass eine Intelligenzstörung (IQ <70) bis zum Alter von 4,5 bis 5 Jahren lediglich bei jedem zweiten Kind richtig diagnostiziert wurde (Riegel et al. 1995).

Diese Studien, wenn sie auch nicht ADHS-Erkrankungen und Störungen des Sozialverhaltens fokussieren, deuten doch darauf hin, dass ein gewisser Teil auffälliger Kinder durch die bestehenden Kindervorsorgeuntersuchungen nicht oder falsch diagnostiziert werden. Diese These wird von einem Vergleich zwischen dem Ergebnis einer 1998 in Niedersachsen durchgeführten nicht standardisierten Untersuchung und Befragung durch Ärzte zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und Studien zur Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten von Verhulst (1995), Petermann (2005) und Richman et al. (1982) gestützt, zusammengefasst durch Spitzcok von Brisinski et al. (2006). Demnach werden 87,5% aller psychischen Störungen bis zum Zeitpunkt des Schuleintritts durch die bestehenden Vorsorgeuntersuchungen nicht erkannt bzw. die Betroffenen nicht einer notwendigen Behandlung zugeführt.

Darüber hinaus werden durch die Kindervorsorgeuntersuchung, auch wenn sie nach Suchodoletz (2005) mit mittlerweile 92% eine recht hohe Frequentierung erreichen, doch nicht alle Elternteile mit diesem Angebot erreicht. Laut Robert-Koch-Institut (2004), zitiert nach Spitzcok von Brisinski et al. (2006), nimmt die Inanspruchnahme mit steigendem Alter der Kinder von 93% bei

U3 bis auf 79% bei U9 ab. Kinderreiche Familien, Migrantenfamilien und Familien der unteren sozialen Schicht nehmen Vorsorgeuntersuchungen noch deutlich seltener in Anspruch (Delekat & Kis, 2001; Robert Koch-Institut, 2005; Mersmann, 1998).

Ein nicht unerheblicher Teil der Kinder mit einer psychischen Störung wird also durch die Kindervorsorgeuntersuchung nicht oder falsch erkannt. Es bedarf daher ergänzender präventiv orientierter Angebote, die möglichst flächendeckend die bestehenden Versorgungsangebote unterstützen um psychische Störungen frühzeitig zu erfassen, zu diagnostizieren und den Betroffenen und deren Umfeld adäquate Hilfsangebote zukommen zu lassen. Dies müsste erfolgen, noch bevor Entwicklungsphasen mit einer hohen Kompensationskompetenz verstrichen sind und Störungsbilder sowie komorbide Störungen sich all zu sehr fixiert haben.

3. Projekthintergrund

Um das bestehende präventive Versorgungssystem für Vorschulkinder zu verbessern und zu erweitern, hat die LWL-Klinik Marsberg KJP ein Modellprojekt mit dem Ziel ins Leben gerufen, flächendeckend psychische Störungen von Vorschulkindern zu erfassen, um ihnen im Anschluss eine Anknüpfung an das bestehende Versorgungsnetzwerk zu ermöglichen. In Kooperation mit den Gesundheitsämtern des Versorgungsgebietes der Klinik wurde ein zweistufiges Screeningverfahren entwickelt, dass diesen Ansprüchen genügen sollte.

An die Schuleingangsuntersuchung angelehnt, erreichte das Projekt im Jahr 2007/2008 den Übergang von der Theorie- in die Praxisphase und befindet sich zurzeit im 3. Modelljahr. Seitdem nahmen über 12.000 Kinder an dem Präventionsprojekt teil, wobei mehr als 1.000 Kinder als potentiell problembelastet identifiziert wurden und die Möglichkeit erhielten, eine eingehendere Untersuchung in einer der vier Ambulanzen der Klinik zu erhalten.

4. Projektanbindung

Das Präventionsprojekt will potentiell auffällige Kinder noch vor deren Einschulung und den damit verbundenen steigenden Anforderungen der neuen Sozialisationsinstanz Schule erkennen, noch bevor unerkannte und unbehandelte Störungsmuster den Schulalltag und die weitere psychosoziale Entwicklung gefährden.

Um einem möglichst großen Anteil der Vorschulkinder dieses präventive Angebot zugänglich zu machen, musste ein Medium gefunden werden, durch das möglichst alle Kinder eines Jahrganges erreicht werden. Lediglich die Schuleingangsuntersuchung (SEU) kann eine derartig lückenlose Erfassung gewährleisten. Die SEU ist in den meisten Bundesländern eine verpflichtende Untersuchung, die kurz vor der Einschulung, im Alter von 5 - 6 Jahren, stattfindet. Dadurch bietet sie die Möglichkeit, einen ganzen Jahrgang von Kindern zu erreichen. Aus diesem Grund wurde, in Kooperation mit den Gesundheitsämtern des Versorgungsgebietes der LWL-Klinik Marsberg KJP (Landkreis Paderborn, Landkreis Höxter und Hochsauerlandkreis), das Präventionsprojekt an die SEU angebunden.

Die SEU wird in Nordrhein-Westfalen in allen Kreisen und kreisfreien Städten nach dem „Bielefelder Modell“ durchgeführt. Die nach dem „Bielefelder Modell“ zu dokumentierenden Befunde beziehen sich auf Körpermaße, Befunde des Kopfes, Befunde der inneren Organe, Befunde des Skelettes und der Haut, Befunde der Konstitution, der Harnorgane und andere, Befunde des zentralen Nervensystems und des Verhaltens und Befunde spezieller Behinderungen (vgl. LIGA – Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2006). Sie zielt darauf ab, schul- und lernrelevante Beeinträchtigungen zu erkennen und ggf. Fördermöglichkeiten aufzuzeigen (vgl. Gesundheitsamt der Stadt Dortmund). Die SEU soll demnach primär klären, ob die Kinder den anstehenden schulischen Anforderungen gewachsen sein werden. Potentielle psychische Störungen liegen nicht im primären Fokus der Untersuchung. Für jede Untersuchung stehen lediglich 30 Minuten zur Verfügung. Es stand deshalb nur ein kleines Zeitfenster für ein ergänzendes Screeningverfahren zur Verfügung. Aus diesem Grund wurde die Erhebung zweistufig aufeinander aufbauend gestaltet. In der ersten Screeningstufe, die im Rahmen der SEU statt findet, wird eine erste „gröbere“ Identifizierung potentiell risikobehafteter Kinder geleistet. Die weitaus umfangreichere zweite Screeningstufe findet in einer der vier Ambulanzen der LWL-Klinik Marsberg statt.

5. Methodik

1. Screeningstufe

Die erste Screeningstufe umfasst zwei Instrumente, den SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) und den VEWU-Bogen (Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung). Durch die Kombination dieser beiden Instrumente findet sowohl die Perspektive der Eltern Beachtung, die ihr Kind gut kennen, jedoch subjektiv behaftet sind, als auch die objektive Untersucherperspektive, aus der heraus das zu untersuchende Kind zeitlich jedoch nur kurz wahrgenommen wird.

Der SDQ ist ein 25 Items umfassender Eltern- bzw. Lehrerfragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten im Alter von 4 - 16 Jahren. Er wurde 1997 von Goodman in Großbritannien veröffentlicht und noch im selben Jahr in die deutsche Sprache übersetzt (SDQ-Deu) (vgl. Klasen et al., 2003). Jeweils 5 Fragen beziehen sich auf eine der folgenden Störungen: emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten. Zu jeder Frage gibt es 3 Antwortmöglichkeiten (nicht zutreffend, teilweise zutreffend und eindeutig zutreffend) mit unterschiedlichen Scores (0 - 2). Der Summenscore aller 5 Antworten aus einem Bereich wird addiert. Zudem gibt es drei abschließende Kontrollfragen zu allgemeinen Einschätzungen der Eltern über ihr Kind mit jeweils 4 Antwortmöglichkeiten. Jede dieser Kontrollfragen hat einen eigenständigen Cutoff. Wird ein Cutoff bei einem der 5 Bereiche oder bei einer der Kontrollfragen überschritten, liegt in dem entsprechenden Bereich eine potentielle Auffälligkeit vor. Validierungsstudien zeigten, dass der SDQ hochsignifikant mit der etablierten (und wesentlich längeren) CBCL (Child Behavior Checklist) korreliert (vgl. Becker, 2007). Den Eltern wird im Zuge der Schuleingangsuntersuchung der SDQ-Elternfragebogen mit der Bitte ausgehändigt, diesen auszufüllen. Es werden hierbei nur Auszüge der 25 Items des SDQ verwendet, so im ersten Modelljahr 07/08 die 5 Items aus dem Bereich "Hyperaktivität" sowie die drei Kontrollfragen. Im zweiten Modelljahr wurden die 5 Items aus dem Bereich "Verhaltensprobleme" hinzugenommen.

Der VEWU (Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung) ist ein Fremdbeurteilungsbogen, der von dem untersuchenden Arzt am Ende der SEU ausgefüllt wird. Er wurde von Döpfner aus dem amerikanischen übersetzt und in Deutschland erstmals als VWU 1998 veröffentlicht (Döpfner et

al. 1998) und sollte zur Einschätzung des Verhaltens während psychologischer Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund von Verhaltensauffälligkeiten verwendet werden (Döpfner et al. 2000). Der VEWU-Bogen ist eine Weiterentwicklung dieses Instruments. Die 11 Items des VWU wurden von Wüst und Döpfner auf 10 reduziert (Wüst, 2010). Diese Items bezogen sich auf das Instruktionsverständnis, Kooperation, Interesse an den Aufgaben, Unsicherheit/Ängste, Frustrationstoleranz, motorische Unruhe, Ablenkbarkeit und Konzentration, Impulsivität, Arbeitsgeschwindigkeit und Aufmerksamkeit suchendes Verhalten des Kindes. Jede Frage konnte mit 5 vorformulierten Antworten beantwortet werden. Jeder dieser Antworten wurde ein Score (1 - 5) zugeordnet. Je höher der Score, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer potentiellen Auffälligkeit. Das Instrument VEWU wurde im Landkreis Olpe an 1573 Kindern erprobt. Aus der itembezogenen Häufigkeitsverteilung wurden vorläufige Cutoffs, zwischen 0,9 und 5,7%, erstellt. Es fand somit eine eigene Normierung statt. Item bezogen wurden durch Cutoffs die auffälligsten 0,9 - 5,7% der Probanden identifiziert und als Risikogruppe definiert. Die Cutoffs haben sich auch in den ersten Modelljahren als praktikabel erwiesen. Im Laufe der beiden Modelljahre wurden von den ehemals 10 Items nur noch die 6 für eine ADHS Aussagekräftigsten beibehalten (Interesse an Aufgaben, Unsicherheit/Ängstlichkeit, Frustrationstoleranz, motorische Unruhe, Ablenkbarkeit und Konzentration, Impulsivität). Es wird von einer potentiellen, durch weitere Diagnostik zu prüfende Verhaltensauffälligkeit ausgegangen, wenn bei einer dieser Fragen der Cutoff überschritten wird.

Auf der Grundlage der beiden Bögen (SDQ und VEWU) entscheidet der Arzt, ob die Eltern eine Empfehlung erhalten, ihr Kind in einer der Ambulanzen vorzustellen oder nicht. Eine Empfehlung zur 2. Screeningstufe soll immer dann ausgesprochen werden, wenn in einem Bereich des SDQ- oder VEWU-Bogens der Cutoff überschritten wird. Die Eltern auffällig eingestufte Kinder haben die Möglichkeit zu entscheiden, ob sie das Angebot der zweiten Screeningstufe annehmen oder nicht.

2. Screeningstufe

Die zweite Screeningstufe beinhaltet einen Anamnesebogen bzw. ein Anamnesegespräch, einen computergestützten Continuous Performance Test (CPT) mit Bewegungsmessung (Aktometer), den CBCL 4 - 18 Elternfragebogen, ein klinisches Interview (SNAP-IV) durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und eine Beratung durch den genannten Facharzt.

Die Anamnese ist in der Medizin (und somit auch für die Psychiatrie) ein integraler Bestandteil (vgl. Hartmann, 1973; Biermann, 1962). Sie gilt als eine der wichtigsten Methoden um eine psychische Problematik zu erfassen. Rund 70% aller Diagnosen können schon aufgrund einer Anamnese mit anschließender Exploration gestellt werden (vgl. Remschmidt, 1992). Neben der biographischen Tatsachenerhebung vor dem Hintergrund einer potentiellen psychischen Störung dient die Anamnese den Patienten, im Fall des Präventionsprojektes den Eltern, dazu, sich der Vergangenheit im Kontext des Screenings noch einmal bewusst zu werden. Dadurch dient sie neben der Diagnostik ebenfalls als Wegbereiter der später eingesetzten Instrumente wie etwa dem CBCL-Elternfragebogen und dem klinischen Interview SNAP-IV. Psychosoziale und gesellschaftliche Faktoren haben in vielen Fällen einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Entwicklung von psychischen Störungen (vgl. Barkley, 1998; Döpfner et al., 1998). Um diese Wirkfaktoren zu erfassen, die Störung zu verstehen und Interventionsstrategien zu entwickeln ist die Erhebung der (Kranken-)Geschichte die erste Maßnahme einer Diagnostik.

Die Aktometertestung ist ein computergestütztes Verfahren zur Ergänzung einer ADHS-Diagnostik, das sich noch in der Erprobungsphase befindet. Entwickelt wurde dieses Verfahren von Prof. Dr. M. Huss (Mainz) in Zusammenarbeit mit der Firma MediTech. In dem Abschlussbericht zum ADHS-Messgerät von 2007 schreibt Huss auf der Grundlage evaluierter und ausgewerteter Daten von n=1.591 Probanden, dass die Stärke der Aktometertestung in ihren Screening-Eigenschaften liege. Die Aktometertestung solle jedoch nicht unabhängig von anderen Diagnostikinstrumenten Verwendung finden, sondern lediglich im Kontext anderer Verfahren. Bei der Aktometertestung wird mit Hilfe eines Doppler-Radars die motorische Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeit eines Probanden gemessen. Die Aktometertestung setzt sich aus zwei Untertests zusammen, dem Continuous Performance Test (CPT) und dem Ruhescan. Begonnen wird üblicherweise mit dem CPT. Bei diesem Testverfahren nimmt der Proband eine sitzende Position etwa 2m vor dem

Aktometergerät ein. Über eine LED-Matrix werden über 10 Minuten lang 6 unterschiedliche Symbole in unterschiedlichen Intervallabfolgen gezeigt. Die Aufgabe besteht darin, innerhalb kurzer Zeit einen Taster immer dann zu drücken, wenn eine bestimmte Symbolkombination erscheint. Ziel dieser Testung ist die Erfassung der selektiven Aufmerksamkeit sowie der Daueraufmerksamkeit und der Impulsivität. Parallel dazu wird mit Hilfe des Doppler-Radars die motorische Unruhe während der Untersuchung gemessen. Nach einer zweiminütigen Pause folgt der Ruhescan über ebenfalls 10 Minuten. Bei diesem Testdurchlauf wird der Proband angehalten, möglichst ruhig zu sitzen, ohne eine Aufgabe aktiv zu erfüllen. Das Doppler-Radar misst dabei die Bewegungsintensität. Um einen späteren validen Vergleich zwischen den Ergebnissen der Aktometertestungen und den Ergebnissen der anderen Screeninginstrumente zu erlauben, waren die Ergebnisse der Aktometertestung in den ersten beiden Modelljahren für die Fachärzte nicht zugänglich. Dadurch hatte die Aktometertestung keinerlei Auswirkung auf das im Anschluss stattfindende klinische Interview (SNAP-IV).

Mit Hilfe des Elternfragebogens CBCL 4-18 werden Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 – 18 Jahren erfasst (Achenbach et al., 1983). Der Fragebogen ist zweigeteilt und erfasst im ersten Teil die Elternperspektive auf die Bereiche der Aktivitäten, sozialen Kompetenz und Schule in drei Kompetenzskalen. Der zweite Teil besteht aus 120 Items, in denen potentielle Verhaltensauffälligkeiten in 8 verschiedenen Bereichen erfasst werden (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich depressiv, soziale Probleme, schizoid/ zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten). Die Itemformulierung ist möglichst einfach gehalten, der Fragebogen kann daher auch von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau beantwortet werden (Döpfner et al. 1994). Auf der Grundlage von Studien (Remschmidt & Walter, 1990) zu dem 1. Teil der CBCL 4-18 ergab sich eine geringe Konsistenz der Kompetenzskalen. Aus diesem Grund findet nur der 2. Teil der CBCL 4-16 innerhalb des Präventionsprojektes Anwendung.

Bei dem SNAP (Swanson, Nolan and Pelham) handelt es sich um einen Lehrer und Eltern Fragenkatalog zur Abklärung einer ADHS nach den Kriterien des DSM-IV, das von Swanson et al. 1983 veröffentlicht wurde. 1983 in Anbindung an das damals gültige DSM-III (SNAP III) wurde der SNAP 1992 auf das DSM-IV aktualisiert und SNAP IV genannt (Swanson 1992). Im Rahmen der 2. Screeningstufe werden nur die Teile des SNAP IV genutzt, die

Aufschluss darüber geben ob eine ADHS Erkrankung vorliegt oder nicht. Der differentialdiagnostische Teil findet keine Verwendung. Es wird also nur auf die 18 ADHS-Items zurückgegriffen, welche jeweils mit nie/ selten (Score 0), gelegentlich (Score 1), häufig (Score 2) und sehr häufig (Score 3) beantwortet werden können. Die Summe der Antwort-Scores wird addiert. Ergibt sich ein Wert von ≥ 24 so wird, orientiert an der DSM-IV Definition, von einer Störung ausgegangen. Der Facharzt geht den Fragebogen im Rahmen seines klinischen Interviews mit den Eltern durch.

Zum Ablauf der Untersuchung:

Zu Beginn der 2. Screeningstufe wird mit den Eltern zunächst ein Anamnese-gespräch durchgeführt, in dem die Entwicklung des Kindes von der Schwangerschaft an eruiert wird. Darauf folgend werden die Kinder mit dem Aktometer getestet. Während das Kind die Aktometertestung durchläuft, werden die Eltern gebeten, die CBCL 4-18 auszufüllen. In einem anschließenden Beratungsgespräch mit dem Facharzt der Ambulanz werden die Informationen aus dem Anamnese-gespräch und der Auswertung des CBCLs zusammengeführt. Zudem führt der Facharzt mit den Eltern ein strukturiertes Interview (SNAP-IV) durch.

Erhärtet sich der Verdacht aus der ersten Screeningstufe, so werden den Eltern Optionen eröffnet, wie sie ihrem Kind helfen können, zum Beispiel durch Aufklärung und psychoedukative Elternarbeit, Gruppentrainings, Konzentrationstrainings, soziale Kompetenztrainings, die in vernetzten lokalen Kompetenzteams angeboten werden, an denen Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Beratungsstellen, Schulsozialarbeiter, niedergelassene Fachtherapeuten (Ergotherapeuten, Heilpädagogen, Logopäden etc.) sowie Lehrer mitwirken. In vielen Fällen bietet sich auch eine vertiefende Diagnostik als erster weitergehender Schritt an.

6. Evaluation

Die Ergebnisse der 1. und 2. Screeningstufe aus den vergangenen zwei Modelljahren wurden in Kooperation mit den beteiligten Gesundheitsämtern evaluiert.

In der ersten Screeningstufe besteht jedes der verwendeten Instrumente (VEWU, SDQ und Rückmeldebogen) aus mehreren Durchschreibeseiten, wobei auf dem jeweils letzten Bogen alle Felder, die eine Zuweisung des Bogens

zu einem bestimmten Probanden erlauben, unkenntlich gemacht wurden. Diese anonymisierten Bögen werden von den Gesundheitsämtern gesammelt und, mit Zustimmung der Eltern, im Anschluss der jeweiligen Schuleingangsuntersuchungen an das Projektbüro zur statistischen Auswertung versendet. Die restlichen Bögen gehen jeweils an die Eltern, das Gesundheitsamt und, bei einem Befund innerhalb der 1. Screeningstufe, an die Ambulanz, in welcher die 2. Screeningstufe durchgeführt wird.

Innerhalb der 2. Screeningstufe werden die Daten der 1. Screeningstufe all jener Probanden gesammelt, deren Eltern der zweiten Screeningstufe und der Weitergabe der Ergebnisse zugestimmt haben. Die bisher erhobenen Daten werden festgehalten, ebenso wie die Ergebnisse der zweiten Screeningstufe. Die Eltern der teilnehmenden Probanden können durch eine Einverständniserklärung ihre Bereitschaft zur späteren Rekontaktierung und zur anonymisierten wissenschaftlichen Auswertung geben.

7. Ergebnisse der beiden Modelljahre 2007/2008 und 2008/2009

Ergebnisübersicht der ersten beiden Modelljahre:

	Paderborn		Höxter		HSK		Gesamt	
	07/08	08/09	07/08	08/09	07/08	08/09	07/08	08/09
Teilnehmer S1	7844	2874	1487	1451	1144	2283	5475	6608
Auffällig S1 insgesamt	304	249	185	177	37	222	526	648
%	10,69%	8,66%	12,44%	12,20%	3,23%	9,72%	9,61%	9,81%
nur SDQ auffällig	144	162	92	68	KA	152	KA	402
%	47,37%	73,09%	49,73%	38,42%		68,47%		62,04%
nur VEWU auffällig	53	50	57	58	KA	54	KA	162
%	17,43%	20,00%	30,81%	32,77%		24,32%		25,00%
VEWU & SDQ auffällig	37	17	36	51	KA	16	KA	84
%	12,17%	6,83%	19,46%	20,81%		7,21%		12,96%
Bögen eingegangen in Ambulanz	46	45	81	110	28	62	155	217
%	15,13%	18,87%	43,78%	62,15%	75,68%	27,93%	29,47%	33,49%
Vorstellung in Ambulanz	27	23	46	57	16	30	89	110
%	58,70%	51,11%	56,79%	51,02%	57,14%	48,39%	57,42%	50,69%
davon nur SDQ Auffällig	KA	5	KA	1	KA	11	KA	17
%		21,74%		1,75%		36,67%		15,45%
davon nur VEWU Auffällig	KA	9	KA	39	KA	10	KA	58
%		39,13%		68,42%		33,33%		52,73%
davon VEWU & SDQ auffällig	KA	6	KA	9	KA	5	KA	20
%		26,09%		15,79%		16,67%		18,18%
S2 besucht OHNE S1 Zuweisung	KA	3	KA	8	KA	4	KA	15
%		13,04%		14,04%		13,33%		13,64%
Mit Befund	26	21	41	53	11	23	78	97
%	96,30%	91,30%	89,13%	92,98%	68,75%	76,67%	87,64%	88,18%
SDQ Auffällig & S2 Befund	KA	6	KA	1	KA	8	KA	14
%		23,81%		1,89%		34,78%		14,43%
VEWU Auffällig & S2 Befund	KA	8	KA	38	KA	8	KA	54
%		38,10%		71,70%		34,78%		55,67%
SDQ&VEWU Auffällig & Befund	KA	6	KA	8	KA	5	KA	19
%		28,57%		15,09%		21,74%		19,59%
KEIN SDQ&VEWU auffällig ABER Befund S2	KA	2	KA	6	KA	2	KA	10
%		9,52%		11,32%		8,70%		10,31%

Erläuterung der Ergebnisübersicht:

„Teilnehmer S1“	All jene Probanden, die an der 1. Screeningstufe teil genommen haben.
„Auffällig S1 insgesamt“	Alle Probanden, die aus der 1. Screeningstufe mit einem potentiellen Befund hervorgegangen sind und eine Empfehlung zur 2. Screeningstufe erhalten haben.
„Bögen eingegangen in Ambulanz“	Anzahl der Probanden, die nach der 1. Screeningstufe eine Zuweisung zur 2. Screeningstufe erhalten haben und zum Zeitpunkt der SEU der 2. Screeningstufe zugestimmt haben.
„Vorstellung in Ambulanz“	Anzahl der Probanden, die nach der 1. Screeningstufe eine Zuweisung zur 2. Screeningstufe erhalten haben und an der 2. Screeningstufe teil genommen haben.
„Mit Befund“	Die Probanden, die an der 2. Screeningstufe teilgenommen haben und mit einem Befund daraus hervorgegangen sind.
„KA“	Keine Angaben

Bei dem Untersuchungsjahr 2007/2008 handelte es sich um den Pilotdurchgang für das Präventionsprojekt. Bei der Einführung in die Praxis kam es in den einzelnen Landkreisen teilweise noch zu unterschiedlichen Eigenarten in der Umsetzung. So begann zum Beispiel ein Landkreis mit der flächendeckenden Untersuchung erst, nachdem schon fast die Hälfte der Kinder die SEU durchlaufen hatten. In einem anderen Landkreis wurden die Zuweisungskriterien zur 2. Screeningstufe sehr genau erfasst, die Empfehlung zur zweiten Screeningstufe jedoch nach subjektiven Kriterien anstatt den Zuweisungs-

kriterien der beiden Screeninginstrumente SDQ und VEWU ausgesprochen. Aufgrund dieser Artefakte werden in der Übersichtsdarstellung des ersten Modelljahres (2007/2008) nur gemittelte Daten aufgeführt.

Bei dem zweiten Modelljahr (2008/2009) wurde das Vorgehen der Gesundheitsämter aufeinander abgestimmt und das Verfahren weiter optimiert. So wurde der SDQ-Bogen der 1. Screeningstufe durch 5 Items aus dem Bereich der „Verhaltensprobleme“ ergänzt (siehe oben). Der VEWU-Bogen wurde um ein Informationsfeld erweitert, das Rückschlüsse zulässt, durch welches Instrument (SDQ, VEWU oder beides) eine Zuweisung zur zweiten Screeningstufe jeweils erfolgt ist.

Die Ergebnisse der beiden Modelljahre weisen in den einzelnen Bereichen, abseits von einigen durch die unterschiedliche Handhabung im 1. Modelljahr zurückzuführenden Artefakte, eine weitgehende Konstanz auf. Im weiteren Verlauf werden deutliche Hinweise beschrieben, dass Kinder mit einer psychischen Störung durch das Verfahren erkannt werden. Die hier beschriebene Konstanz der Ergebnisse über zwei Modelljahre ist ein weiterer Hinweis auf die Validität des verwendeten Instrumentariums.

Die durch die 1. Screeningstufe als potentiell auffällig erkannten Probanden der einzelnen Landkreise liegen in beiden Jahren in dem erwarteten Bereich zwischen 8,66 und 12,20%. Das Artefakt des 1. Modelljahres im Hochsauerlandkreis mit 3,23% liegt in den von den anderen Landkreisen abweichenden Zuweisungskriterien begründet. So wurde nicht allen Probanden, die die Zuweisungskriterien zur 2. Screeningstufe erfüllten, eine Empfehlung ausgesprochen. Im zweiten Modelljahr wurden die Zuweisungskriterien der beiden Instrumente der 1. Screeningstufe verwendet.

Die im Vergleich zu den anderen beiden Landkreisen höhere Zahl der potentiell auffälligen Probanden im Landkreis Höxter lässt sich durch eine im Vergleich mit den anderen Landkreisen unterschiedliche Handhabung des VEWU-Instrumentes erklären. Die Anzahl der VEWU-Zuweisungen ist im Landkreis Höxter mit 6,25% im 1. und 7,51% im 2. Modelljahr (MJ), gemessen an der Gesamtzahl der S1-Teilnehmer dieses Landkreises, signifikant höher als in den beiden anderen Landkreisen (Paderborn: 3,16% 1. MJ / 2,33% 2. MJ, HSK: keine Angaben im 1. MJ / 3,07% MJ). In den Landkreisen Paderborn und dem Hochsauerlandkreis wurde der VEWU-Bogen nur dann von den untersuchenden Ärzten ausgefüllt bzw. angewandt, wenn die jeweiligen

Untersucher subjektiv, von dem VEWU-Bogen unabhängig, eine potentielle Störung vermutet haben. Demgegenüber wurde im Landkreis Höxter der VEWU-Bogen bei jedem Probanden, unabhängig von der Gesamteinschätzung der Untersucher, ausgefüllt. Dieses Vorgehen führte zu einer wesentlich höheren Zuweisungsrate durch das Messinstrument VEWU.

Die Anzahl der durch den SDQ-Bogen als potentiell risikobehaftet erfassten Probanden unterscheidet sich in den drei Landkreisen unwesentlich (6,36% - 8,61%, gemessen an der Grundgesamtheit der S1-Teilnehmer der jeweiligen Landkreise). Das Messinstrument SDQ hat sich auch in dieser Studie als ein gut standardisiertes Instrument erwiesen, das vergleichbare Ergebnisse liefert.

	Höxter		Paderborn		HSK	
	07/08	08/09	07/08	08/09	07/08	08/09
Auffällig S1 Gesamt	185 (12,44%)	177 (12,20 %)	304 (10,69%)	249 (8,66 %)	37 (3,23%)	222 (9,72 %)
Auffällig SDQ	128 (8,61%)	119 (8,20 %)	181 (6,36 %)	199 (6,92%)	KA	168 (7,36%)
Auffällig VEWU	93 (6,25%)	119 (7,51%)	90 (3,16%)	67 (2,33%)	KA	70 (3,11%)

Ein weiterer Effekt der unterschiedlichen Verwendung des VEWU-Bogens ist eine erheblich höhere Übereinstimmung der Untersuchereinschätzung (VEWU) mit der Elterneinschätzung (SDQ) bei potentiell belasteten Probanden im Landkreis Höxter als in den übrigen Landkreisen. Im Landkreis Höxter lag der Anteil der Risikogruppe, die sowohl nach dem Elternfragebogen als auch nach dem Untersucherfragebogen als potentiell auffällig erkannt wurden, bei 2,42% im 1. MJ und 3,51% im 2. MJ. Im Vergleich dazu lag dieser Anteil im Landkreis Paderborn bei 1,30% im 1. MJ und 0,59% im 2. MJ sowie im Hochsauerlandkreis bei 0,70% im 2. MJ (keine Angaben im 1. MJ), jeweils gemessen an der Grundgesamtheit der S1 Teilnehmer aus den Landkreisen.

	Höxter		Paderborn		HSK	
	07/08	08/09	07/08	08/09	07/08	08/09
Auffällig S1 Gesamt	185 (12,44%)	177 (12,20 %)	304 (10,69%)	249 (8,66 %)	37 (3,23%)	222 (9,72 %)
Auffällig SDQ	128 (8,61%)	119 (8,20 %)	181 (6,36 %)	199 (6,92%)	KA	168 (7,36%)
Auffällig VEWU	93 (6,25%)	119 (7,51%)	90 (3,16%)	67 (2,33%)	KA	70 (3,11%)

Aus dem 1. MJ liegen keine Daten über die Zuweisungskriterien der Teilnehmer der 2. Screeningstufe vor. Aus diesem Grund beziehen sich die folgenden Auswertungen lediglich auf das 2. MJ.

Der Großteil der Probanden mit einer Auffälligkeit in der 1. Screeningstufe, die das Angebot zur 2. Screeningstufe wahrgenommen haben, hatte eine Zuweisung durch den VEWU-Bogen erhalten, also aus der Untersucherper-

spektive. Aufgrund einer VEWU-Zuweisung haben demnach in allen Landkreisen mehr Probanden an der 2. Screeningstufe teilgenommen als aufgrund einer SDQ-Zuweisung. Auch hier sticht der Landkreis Höxter deutlich hervor. Gemessen an der Grundgesamtheit der S1-Teilnehmer aller Landkreise erschienen im Landkreis Höxter 3,31% der Probanden aufgrund einer VEWU-Zuweisung zur 2. Screeningstufe, in den beiden anderen Landkreisen 0,52% (Paderborn) und 0,66% (HSK).

	Höxter	Paderborn	HSK
Erschienen in S2 Gesamt	57 (3,92%)	23 (0,8 %)	30 (1,3 %)
Erschienen aufgrund von aussch. SDQ	1 (0,07 %)	5 (0,17 %)	11 (0,48 %)
Erschienen aufgrund von aussch. Vewu	39 (2,69 %)	9 (0,31 %)	10 (0,44 %)
Erschienen aufgrund von SDQ+Vewu	9 (0,62 %)	6 (0,21 %)	5 (0,22 %)
Erschienen ohne Kriterienerfüllung	8 (0,55 %)	3 (0,10 %)	4 (0,17 %)
Erschienen aufgrund von SDQ	10 (0,69 %)	11 (0,38 %)	16 (0,70 %)
Erschienen aufgrund von VEWU	48 (3,31 %)	15 (0,52 %)	15 (0,66 %)

Gemessen an der Anzahl der zur 2. Screeningstufe erschienenen Probanden kamen insgesamt lediglich 15,45 % aufgrund einer (ausschließlichen) SDQ-Zuweisung. Der Großteil der S2-Probanden nahmen dieses Screening somit aufgrund einer VEWU-Zuweisung wahr.

	Höxter	Paderborn	HSK	Gesamt
Erschienen in S2 Gesamt	57	23	30	110
Erschienen ausschließlich durch SDQ	1 (1,75 %)	5 (21,74 %)	11 (36,67 %)	17 (15,45 %)
Erschienen durch VEWU	48 (82,76 %)	15 (65,22 %)	15 (50,00 %)	78 (70,91 %)
Ohne Kriterienerfüllung	8 (14,04 %)	3 (13,04%)	4 (13,33 %)	15 (13,64 %)

Im Landkreis Höxter war, prozentual an der Gesamtheit der Auffälligkeiten des jeweiligen Landkreises gemessen, die Bereitschaft der Probanden mit einer Zuweisung durch die 1. Screeningstufe am größten, auch die 2. Screeningstufe zu besuchen. Dort stimmten von 177 als auffällig identifizierten 110 (62,15 %) der Probanden im Anschluss an die Schuleingangsuntersuchung der 2. Screeningstufe zu. Im Landkreis Paderborn und dem HSK lag dieser Wert mit 18,07 % und 27,93 % wesentlich niedriger. Tatsächlich nahmen im Landkreis Höxter 32,20% der durch die S1 als potentiell auffällig erkannten Probanden an der 2. Screeningstufe teil, in den beiden anderen Kreisen lediglich 9,24% in Paderborn und 13,51% im Hochsauerlandkreis.

	Höxter	Paderborn	HSK
Auffällig S1 Gesamt	177 (12,20 %)	249 (8,66 %)	222 (9,72 %)
Bereitschaft zur S2 Gesamt	110 (62,15 %)	45 (18,07 %)	62 (27,93 %)
tatsächlich erschienen zur S2 Gesamt	57 (32,20 %)	23 (9,24 %)	30 (13,51 %)

Abschließend ist die Anzahl der Probanden zu betrachten, welche die 2. Screeningstufe durchlaufen haben und mit einem Befund aus ihr hervorgegangen sind. In allen Landkreisen ist die Zahl dieser Probanden, verglichen mit der jeweiligen Gesamtzahl der S2-Teilnehmer, in beiden Modelljahren sehr hoch (Höxter: 1.MJ: 89,12%/ 2.MJ: 92,98 %, Paderborn: 1.MJ: 96,30/ 2. MJ: 91,30 %, HSK: 1. MJ: 68,75%/ 2. MJ: 76,67 %). Insgesamt 87,74 % der S2-Teilnehmer im 1. und 88,18 % im 2. MJ, also Personen, die in der 1. Screeningstufe als potentiell risikobehaftet erfasst wurden und die 2. Screeningstufe durchlaufen haben, gingen mit einem tatsächlichen Befund aus der 2. Screeningstufe hervor, unabhängig davon, nach welchem S1-Instrument sie ihre Zuweisung erhalten hatten.

Bei einer Zuweisung zu der 2. Screeningstufe durch SDQ und VEWU, wenn also sowohl Eltern als auch Untersucher eine potentielle Auffälligkeit wahrnahmen, ist die Wahrscheinlichkeit eines tatsächlichen Befundes mit 95% im Vergleich zu Zuweisungen durch nur eines der beiden Instrumente erwartungsgemäß am höchsten (82,35% bei ausschließlich SDQ-Zuweisungen und 93,10% bei ausschließlich VEWU-Zuweisungen).

	Höxter		Paderborn		HSK		Gesamt	
	07/08	08/09	07/08	08/09	07/08	08/09	07/08	08/09
Erschienen zur S2 Gesamt	46	57	27	23	16	30	69	110
mit Befund in S2 Gesamt	41 (89,12%)	53 (92,98 %)	26 (96,30%)	21 (91,30 %)	11 (68,75%)	23 (76,67 %)	78 (87,64%)	97 (88,18 %)
Erschienen S2 aufgrund ausschließlich SDQ	KA	1	KA	5	KA	11	KA	17
davon mit Befund	KA	1 (100 %)	KA	5 (100 %)	KA	8 (72,73 %)	KA	14 (82,35 %)
Erschienen S2 aufgrund ausschließlich VEWU	KA	39	KA	9	KA	10	KA	58
davon mit Befund	KA	36 (92,44%)	KA	8 (88,89 %)	KA	8 (80,00 %)	KA	54 (93,10 %)
Erschienen S2 aufgrund SDQ und VEWU	KA	9	KA	6	KA	5	KA	20
davon mit Befund	KA	8 (88,89 %)	KA	6 (100 %)	KA	5 (100 %)	KA	19 (95,00 %)
Erschienen S2 ohne SDQ oder VEWU Zuweisung	KA	8	KA	3	KA	4	KA	15
Befund S2 ohne SDQ oder VEWU Zuweisung	KA	6 (75 %)	KA	2 (66,67 %)	KA	2 (50,00 %)	KA	10 (66,67 %)

Die Anzahl der durch den VEWU-Bogen identifizierten Probanden, die tatsächlich an der 2. Screeningstufe teilnahmen ist im Vergleich zu der Anzahl der durch das zweite verwendete Instrument SDQ erfassten Probanden, die an der S2 teilnahmen (37 von 486 SDQ Auffälligen), sehr hoch. Der Anteil der Probanden, die zur S2 gekommen und mit einem Befund daraus hervorgegangen sind, ist unabhängig von dem verwendeten Instrument sehr hoch (82,35 – 96%). Gegebenenfalls könnte überlegt werden den Cutoff der im

	08/09
Auffällig SDQ insgesamt	486
Auffällig SDQ und S2 besucht	37 (7,61%)
Auffällig VEWU insgesamt	246
Auffällig VEWU und S2 besucht	78 (31,71%)

SDQ verwendeten Variablen höher anzusetzen, um die Spezifität des SDQ-Screeninganteils potentiell belasteter Kinder zu erhöhen.

Augenfällig ist der Befund, dass in dem Landkreis, in dem der VEWU-Bogen systematisch bei allen Kindern angewendet wurde, im Vergleich mit den Landkreisen, in denen die Anwendung des VEWU nur bei klinisch ohnehin auffälligen Kindern vorgenommen worden war, etwa die doppelte Anzahl an Kindern als auffällig identifiziert wurde. Zwar weisen auch die aus den anderen beiden Landkreisen im VEWU auffällig identifizierten Kinder im Screening 2 zu einem hohen Prozentsatz einen tatsächlichen Befund auf. Die durch die individuelle Nutzung des VEWU im Landkreis Höxter erfassten Probanden zeigen indes eine ebenso hohe Trefferquote. Die Variante des Landkreises Höxter, den VEWU Bogen unabhängig von der eigenen Wahrnehmung des untersuchenden Arztes bei allen Kindern anzukreuzen, führt demnach zu einer höheren Anzahl mit einer psychischen Störung erkannter Probanden und erscheint also empfehlenswert.

8. Diskussion

Nach zwei Jahren Praxiserfahrung lässt sich sagen, dass durch das Präventionsprojekt Kinder mit psychischen Störungen, noch vor deren Einschulung, erfasst und deren Eltern über weitere Hilfsmöglichkeiten durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie beraten und weiterer Diagnostik, Beratung und Behandlung zugeführt werden können. Diese Kinder wären ohne das Modellprojekt ohne Wissen um ihre Krankheit und ohne fachärztliche Beratung über geeignete Hilfsangebote in eine ungewisse Schullaufbahn und weitere psychosoziale Entwicklung gestartet. Die Diskrepanz zwischen den in der 1. Screeningstufe als potentiell auffällig erkannten Kindern und der weitaus geringeren Anzahl derer, die die zweite Screeningstufe dann tatsächlich wahrnehmen, lässt für die Zukunft jedoch noch Optimierungspotential im Bereich der Akzeptanz erkennen. Das Instrumentarium scheint sich bewährt zu haben, es stehen jedoch noch Auswertungen aus, um die Sensitivität und Spezifität an aussagekräftigen Fallzahlen zu ermitteln.

Auffällig erscheint die für ein Screening ungewöhnlich hohe Trefferquote bei den in der 2. Screeningstufe erschienenen Probanden in Bezug auf eine tatsächlich diagnostizierte Störung (>85%). Diese dürfte zumindest zum Teil dadurch zu erklären sein, dass vor allem Eltern mit einem hohen Leidensdruck die Chance der 2. Screeningstufe wahrgenommen haben.

Verglichen mit den Ergebnissen aus dem Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen der KIGGS Studie (Hölling et al. 2007, Schlack et al. 2007) liegen die Prozentränge der potentiell auffälligen Probanden des Präventionsprojektes dicht beieinander.

KIGGS – Studie		Präventionsprojekt	
Verhaltensprobleme (mittlerer sozialök. Status)	13,7%	Auffällig (Verhaltensprobleme & Hyperaktivität) in der 1. Screeningstufe	9,61%
ADHS (7-10 Jahren)	5,3%		- 9,81%

Die Zahl der im Rahmen der in der KIGGS - Studie erfassten Kinder mit einer ADHS - Erkrankung steigt im Vergleich zur Anzahl der erkannten Vorschulkinder (3-6 Jahre: 1,5%) in der Zeit nach der Einschulung deutlich an (7-10 Jahre: 5,3%). Legen wir die Annahme zugrunde, dass eine ADHS Erkrankung nicht erst pünktlich zur bzw. nach der Einschulung „entsteht“, bietet dieser Anstieg einen Hinweis darauf, dass eine ADHS im Vorschulalter bislang häufig noch nicht diagnostiziert wird. Erst nach der Einschulung, wenn die Leistungsanforderungen steigen und neue soziale Räume in der Lebenswelt der Kinder erschlossen werden, werden die Symptome der ADHS erkannt, häufig vor dem Hintergrund aus der ADHS resultierenden schulischen und sozialen Problemen. Diese Probleme könnten durch frühe Prävention und/oder Hilfsangebote, wenn schon nicht vollends verhindert, dann doch zumindest gemildert werden.

Dem Projekt liegt die Hypothese zugrunde, eine frühe Diagnostik psychischer Störungen und Beratung der Sorgeberechtigten trage dazu bei, dass Eltern an das bestehende Hilfesystem Anbindung finden, die daraus resultierenden Ratschläge annehmen, was sich wiederum auf die weitere psychosoziale Entwicklung sowie die Lebensqualität der Betroffenen und deren Bezugssystem positiv auswirkt. Auch wenn diese Vermutung auf den ersten Blick nahe liegt, so steht hierfür der Beweis aus. Eine in Vorbereitung befindliche Studie soll sich mit einem Gruppenvergleichsdesign mit Effekten der frühen Prävention beschäftigen.

In den folgenden Jahren will die LWL-Klinik Marsberg das Projekt zur Früherkennung psychischer Störungen weiterführen und etablieren. Die Kooperation mit den Gesundheitsämtern spielt bei diesem Vorhaben eine zentrale

Rolle, ohne ihre Mitarbeit ist die 1. Screeningstufe und somit der flächendeckende Kontakt zu den Kindern nicht möglich. Die 1. Screeningstufe stellt eine bisher auf freiwilliger Basis geleistete Mehrarbeit der Ärztinnen und Ärzte aus den Gesundheitsämtern in einem schon gut gefüllten Arbeitsalltag dar. Die Klinik verbleibt in der Hoffnung, dass die Gesundheitsämter der Landkreise Paderborn, Höxter und des Hochsauerlandkreises auch in den folgenden Jahren die motivierte und engagierte Zusammenarbeit fortsetzen werden.

Literatur

Allhoff, P., Bachmann, K. D., Collatz, J., Flatten, G., Gey, W., Irlé, U., Karch, D., Klebe, D., Lajosi, F., Seimer, S., Schirm, H. & Weidtmann, V. (1991) Hinweise zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter. In Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), Publikationsreihe „Diagnose-Therapie“ (Bd. 19). Köln: Deutsche Ärzte-Verlag

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1983) Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington

Barkley, R.a. (1998) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 2nd edition, New York, Guilford Press

Becker, A. (2007) Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Evaluations and applications, Dissertation, Georg-August-Universität zu Göttingen

Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, Snyder LE, Faraone SV. (2007) Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study (PMID 17650275, 2007)

Biermann, G. (1962) Biographische Anamnese und Beratungssituation in ihrer Bedeutung für Diagnose, Prognose und Therapie neurotischer und psychosomatischer Störungen im Kinder- und Jugendalter. Zeitschr. F. Kinderheilkunde 86

Bruns-Philipps, E.; Bunzendahl, I. Gesundheitsziele in Niedersachsen - Stärkung der Inanspruchnahme der U8/U9/J1. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt und Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen

Delekat, D.; Kis, A. (2001) Gesundheitsberichtserstattung Berlin. Spezialbericht 2001-1. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen

Döpfner, M., Schmeck, K., Bern, W. (1994) Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child

Behavior Checklist (CBCL), 1. Auflage KJFD, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998) Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). Bern, Huber

Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock, Petermann (2000) Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, Hogrefe- Verlag; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Gesundheitsamt Dortmund (2010) Einschulungsuntersuchung: Gesundheit für Körper und Seele, www.dev.gesundheitsamt.dortmund.de

Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines

Hartmann, F. (1973) Die Anamnese. In: Klinik der Gegenwart. Handbuch der praktischen Medizin. München, Bd. 10

Huss, M. (2007) Abschlussbericht Projekt „ADHS-Messgerät“ (KF0286401KF5), Berlin

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Schalk, R. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen - Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KIGGS), Bundesgesundheitsblatt –Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, Springer Medizin Verlag

Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., Goodman, R. (2003) Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde, Praxis der Psychologie und Kinderpsychiatrie,

Kurth B.-M., Robert Koch-Institut, Berlin, BRD, Der Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) 2003 - 2006 – ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2006) Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2006

Mersmann, H. (1998) Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln

Meunzel, J. (2003) Erfassung schwerer Entwicklungspathologien in den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder am Beispiel der infantilen Cerebralparese und der geistigen Behinderung oder deren Kombination. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Moffitt, T. E. (1993) Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. Psychological Review

Nelson et al. (2003) A Meta-Analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention and Treatment*, Vol. 6 Art. 31, Dec. 18 2003

Petermann, F. (2005) Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48-57

Rappaport GC, Ornoy A, Tenenbaum A. (1998) Is early intervention effective in preventing ADHD? (PMID 9988984, 1998)

Regniet, A. (2007) Psychosoziale Situation von Kindern mit Verdacht auf AD(H)S zum Zeitpunkt der Einschulung – Diagnostische, pädagogische, familiäre und therapeutische Herausforderungen

Remschmidt, H. & Walter, R. (1990) Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern, Göttingen: Hogrefe

Remschmidt, H. (1992) Psychiatrie der Adoleszenz, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1992

Richman, N.; Stevenson, J.; Graham, P. (1982) *Preschool to School: A Behavioural Study*. London: Academic Press

Riegel, K., Ohrt, B., Wolke, D. & Österlund, K. (1995) Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum fünften Lebensjahr: Die Arvo-Ylppö-Neugeborenen-Nachsorgestudie in Südbayern und Südfinnland, Stuttgart: Enke

Robert-Koch-Institut (Hg.) (2004) *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin

Robert-Koch-Institut (Hg.) (2005) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4 – Armut bei Kindern und Jugendlichen*. Überarb. Neuaufl. Berlin

Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M., Huss, M. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit- / und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS), *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2007, Springer Medizin Verlag

Spitzok von Brisinski, I., Schaff, C., Schepker, R., Schulte-Markwort, M. (2006) Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte zur Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U4 bis U9, *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2– 2006

Suchodoletz, W. v. (2005) *Früherkennung von Entwicklungsstörungen*, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

Swanson, J. (1992) *School-based assessment an interventions for ADD students*. Irvine CA: K.C. Publishing 1992

Verhulst, F. C. (1995) A review of community studies. In: Verhulst FC; Koot HM (Hg.) The epidemiology of child and adolescent psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 146-177

Voss, R. v. (1982) Effektivität des ersten Früherkennungsprogramms für Säuglinge und Kleinkinder. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Wüst, B. (2010) Psychiatrisches Screening im Rahmen der Reihenuntersuchung zur Einschulung, Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Köln

Korrespondenzadresse

Gregor Wittmann
LWL Klinik Marsberg - KJP
Bredelarer Strasse 33, 34431 Marsberg
Email: Gregor.Wittmann@wkp-lwl.org
Tel.: 02992 / 601 - 3107
Fax: 02992 / 601 - 3103

Zur Diskussion gestellt:

Stellungnahme zu den MTA-Langzeitergebnissen

Götz-Erik Trott & Klaus-Ulrich Oehler

Die MTA-Studie, durch die MTA-Cooperativ Study Group 1999 veröffentlicht, ist nach wie vor der Goldstandard, auf den sich Diagnostik und Behandlung von Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter zu beziehen hat. Bezüglich des Designs handelt es sich um eine randomisierte Studie mit 579 Kindern im Alter von 7 bis 9 Jahren. Die Dauer der Studie betrug 14 Monate. Insgesamt wurden vier Behandlungsformen unterschieden:

1. Medikamentöse Therapie und individuelle fachärztliche Beratung
2. Verhaltenstherapie (Eltern-Schule-Patient zentriert einschließlich freizeitpädagogischer Maßnahmen, fünfmal pro Woche)
3. Kombination von medikamentöser und Verhaltenstherapie
4. Standardbehandlung: Nach ortsüblicher Diagnostik und Empfehlung, eine Behandlung aufzunehmen. In dieser Standardbehandlung wurden auch 67 % der Patienten medikamentös behandelt.

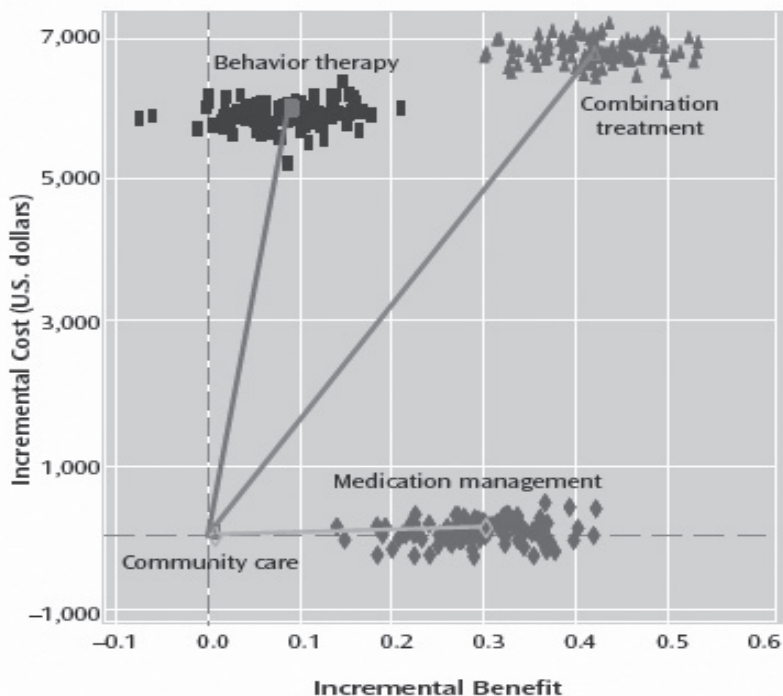
(ARCH GEN PSYCHIATRY 56: 1073 – 7086)

Es sei darauf hingewiesen, dass es sich bei Arm 2 bzw. 3 der Studie um ein extrem aufwendiges verhaltenstherapeutisches Programm handelt, welches in keinem Gesundheitssystem der Welt in dieser Form regelhaft durchzuführen ist. Die Autoren weisen darauf hin, dass neben der Einzelpsychotherapie der Kinder gleichzeitig ein Elterntraining in einer Frequenz durchgeführt wurde (18 Sitzungen), die im deutschen Kassen-System (1 Elternsitzung auf 4 Einzeltherapiesitzungen = 15 Sitzungen für Elterntraining in 14 Monaten) nur bedingt realisierbar wäre. Darüber hinaus wurde ein Lehrertraining durchgeführt sowie ein Co-Teaching, d. h. eine pädagogisch/psychotherapeutische geschulte Kraft wohnte dem Unterricht bei.

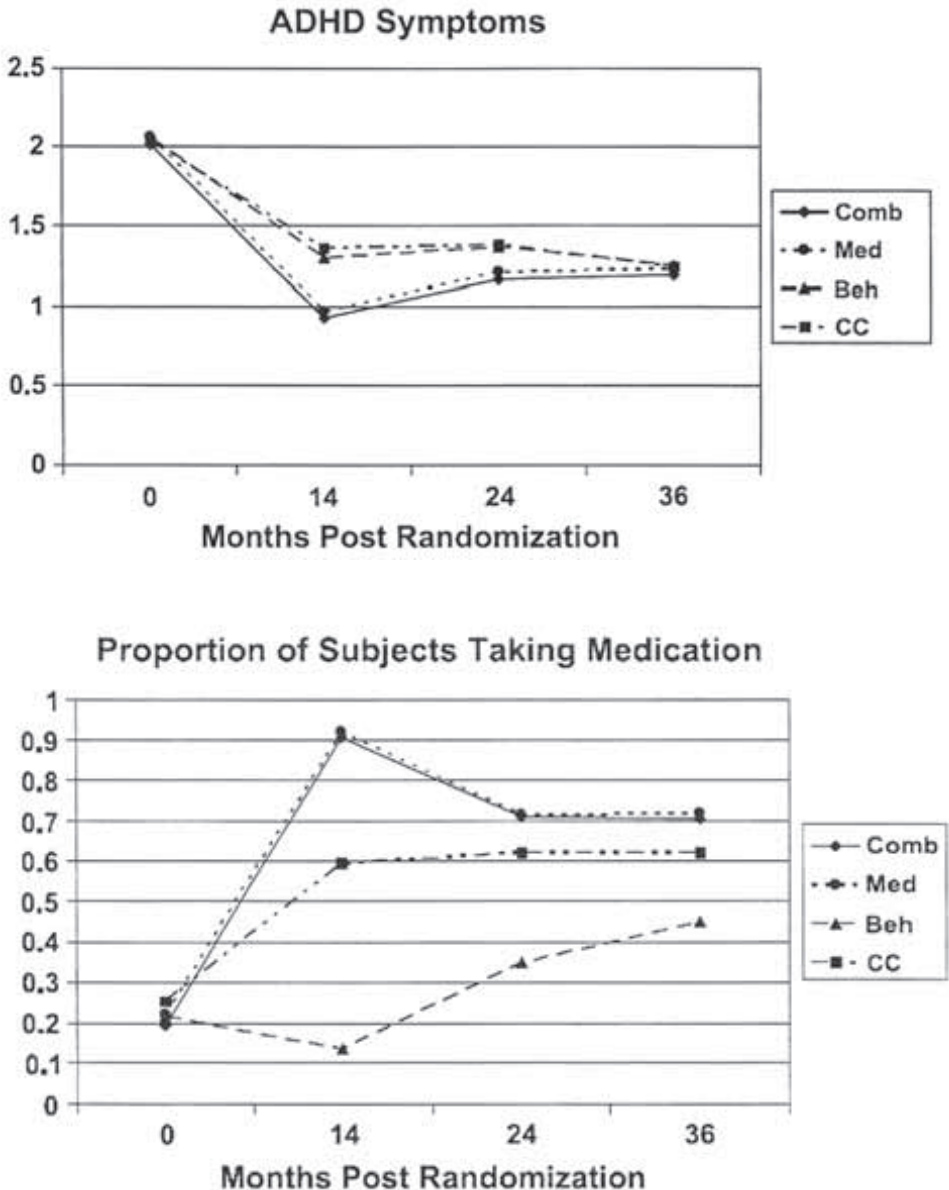
Zusammenfassend zeigt die MTA-Studie während der 14 Monate eine überlegene Effizienz der engmaschigen fachärztlichen Behandlung mit Stimulanziengebe bezüglich der Kernmerkmale der hyperkinetischen Störung. Die Verhaltenstherapie erwies sich insgesamt als effektiv bezüglich begleitender Angst und Sozialverhaltensstörungen.

Zu bedenken sind u. a. die unterschiedlichen finanziellen Aufwendungen. So ist Verhaltenstherapie wesentlich kostenintensiver als die medikamentöse Behandlung. Verlaufsuntersuchungen der MTA-Studie haben gezeigt, dass Verhaltenstherapie nicht mehr langfristige Effekte und Therapieerfolge hat als andere Interventionen. Ausgegangen werden muss von einem Kostenfaktor 4 bis 5, d. h. dass die verhaltenstherapeutische Behandlung vier- bis fünfmal teurer ist als medikamentöse Behandlung einschließlich intensiver fachärztlicher Beratung im selben Zeitraum. Dies wird in Figure 2 aus Schlander 2004 dargestellt:

FIGURE 1. Incremental Cost-Effectiveness (\$) of Alternative Treatments Relative to Routine Community Care for Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) During 14 Months of Treatment



Nach der Beendigung der Studie wurden keine Behandlungsvorgaben mehr gemacht. 485 Patienten, d. h. 84 % der Ausgangsstichprobe wurden nachuntersucht. Die 14 Monate nach Beginn der Studie eindeutigen Unterschiede waren nach 36 Monaten unter Bedingungen der „Community Care“ nicht mehr nachweisbar:



Die von Jensen et al. 2007 veröffentlichten Grafiken suggerieren auf den ersten Blick, dass es für die Langzeitergebnisse unerheblich ist, ob die Patienten eine Medikation bekommen oder verhaltenstherapeutisch behandelt werden. Jedoch muss man bedenken, dass nach 14 Monaten keine weiteren standardisierten Behandlungen erfolgten. Insbesondere ist zu beachten, dass fast die Hälfte der Patienten aus der Verhaltenstherapiegruppe nach 36 Monaten eine Medikation einnahmen. Aus der Medikamentengruppe nahmen nur noch knapp 70 % der Patienten Methylphenidat, so dass sich die VT-Gruppe und die Medikamenten-Gruppe auch bezüglich der Medikamenteneinnahme nicht wesentlich unterschieden. Auffällig ist, dass nahezu keiner der untersuchten Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung sich in einer Verhaltenstherapie befand. Außer bei einem ausreichenden Behandlungserfolg, der keine weitere Behandlung mehr erforderlich macht, mag dies auch an den Kosten der VT liegen, die in den USA in der Regel durch das Versicherungssystem nicht bezahlt wird, oder auch an den Therapieerfahrungen sowie der individuellen Kosten-Nutzen-Analyse dieser Patienten bzw. ihrer Angehörigen, die sich studienbedingt mit der Gesamtsituation nun doch sehr intensiv befasst hatten.

Hochproblematisch finden die Autoren, dass von der MTA-Study-Group die Adhärenzdaten erst im Jahre 2009, d. h. ca. 10 Jahre nach Veröffentlichung der MTA-Daten publiziert wurden (Padadopoulos et al. 2009). Daraus geht hervor, dass 24,5 % der Patienten der Medikamentengruppe die Medikation überhaupt nicht genommen hatte, 24,8 % unregelmäßig und nur 53,5 % regelmäßig. Dazu ist zu bedenken, dass die Adhärenz-Kontrolle per Speichelprobe erfolgte und angekündigt war. D. h. die Patienten wussten, dass eine Kontrolle anstand. Aus dem Drogenscreening wissen wir, dass sich hier Adhärenz-Daten abbilden, die der realen Einnahmesituation nicht entsprechen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass fast die Hälfte der Medikamentengruppe die Medikation nicht oder nur sehr unregelmäßig eingenommen hat, was die doch sehr eindrücklichen Daten noch einmal sehr eindrucksvoll unterstreichen.

Wenn man eine Subselektion vornimmt und differenzielle Verläufe ansieht, kann man erkennen, dass schwer beeinträchtigte Patienten und Patienten mit ungünstigem Verlauf nicht häufiger Medikamente nahmen. Bei 34 % der Stichprobe verbesserte sich die Symptomatik über drei Jahre kontinuierlich, die Medikation spielt dabei eine Rolle. 52 % der Patienten zeigten eine starke Verbesserung innerhalb der ersten 14 Monate und die Effekte blieben stabil. 14 % der Patienten mit einer starken Verbesserung innerhalb der ersten 14 Monate verloren diesen Erfolg nach 36 Monaten fast vollständig unter den o.

g. Bedingungen (Swanson et al 2007 J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 46,8: 1003 – 1004).

Die Patienten der Untersuchungsgruppe zeigten 26 Monate nach Behandlungsbeginn eine signifikant höhere Delinquenzrate im Vergleich zur Kontrollgruppe, 27,1 % versus 7,4 %. Auch die Rate des Substanzmissbrauchs war signifikant höher als bei der gesunden Kontrollgruppe, 17,4 % versus 7,8 %. Dieses zeigt unserer Ansicht nach, dass eine engmaschige fachärztlich-therapeutische Führung der Patienten absolut notwendig ist, um die Prognose zu verbessern. Die Kinder, die eine Verhaltenstherapie erhalten hatten, zeigten eine geringfügig geringere Rate an Substanzmissbrauch. Dieses lag jedoch unterhalb der Signifikanzgrenze (Molina et al 2007 J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 46,8: 1021 – 1040).

Zusammenfassung:

Die ADS-Symptomatik und damit einhergehende Probleme verbesserten sich im Verlauf von drei Jahren. 52 % der Patienten hatten nach 14 Monaten gut stabilisierte Therapieeffekte. 34 % der Patienten zeigte eine kontinuierliche Verbesserung.

Die Ergebnisse bzgl. Substanzmissbrauch und Delinquenz müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da die Patienten am Beginn der Adoleszenz standen und sich erfahrungsgemäß um diese Zeit sowohl die Delinquenzrate als auch die Substanzmissbrauchsrate altersbedingt insgesamt erhöht.

Günstige Verläufe kann es auch ohne medikamentöse Therapie geben. Daraus ergeben sich folgende Konsequenzen für die Praxis: Nicht immer ist eine jahrelange medikamentöse Therapie indiziert. Psychoedukation und Verhaltensmodifikation spielen eine wichtige Rolle. Individuelle Dosisanpassungen müssen immer wieder erfolgen. Erkennen und fachgerechte Behandlung komorbider Störungen ist essentiell. Eine kontinuierliche kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung über einen längeren Zeitraum ist für den Erfolg maßgeblich. Dieses kann in optimaler Weise durch kinderpsychiatrische Behandlung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) oder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz (PIA) erreicht werden. Weniger erfolgreich sind offenbar relativ kurzzeitige, hochintensive Therapiemaßnahmen wie z. B. Richtlinienpsychotherapie. SPV bzw. PIA ermöglichen eine langfristige, d. h. mehrjährige Begleitung der Patienten mit Anpassung des therapeutischen Angebots an die individuellen Bedürfnissen, um die Prognose der Patienten zu verbessern, und das bei relativ günstigem Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Korrespondenz:

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler

Arzt für Neurologie und Psychiatrie

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Psychotherapie, Epileptologie

Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg

Telefon: 0931/5 80 22 oder 0931/32 29 66

Zur Diskussion gestellt:

Kinder ohne Bindung in virtuellen Welten: eine psychotherapeutische Bestandsaufnahme

Reinhard Plassmann

1. Einleitung

Der Computer als Arbeitsmittel hat derartig hohe Bedeutung in jeder Form von Wirtschaft und Forschung, dass Bildschirm schlechterdings gleichgesetzt wird mit Moderne. Hinter diesem Positiven fällt die Wahrnehmung der Schäden, die Bildschirme in der Seele des sich entwickelnden Kindes anrichten, vergleichsweise schwach aus, so dass man in der Beschäftigung mit medienkritischen Aspekten sehr leicht die Ecke der ewig Gestrigen zugewiesen bekommt. Abhilfe schafft nach meiner Erfahrung die Beschäftigung mit Kindern und Jugendlichen, Säuglingsforschung, Bindungsforschung, moderner Neurobiologie und moderner Traumatherapie, die uns besser als jemals zuvor ermöglichen zu verstehen, was Kinder für ihre Entwicklung brauchen und was sie nicht brauchen. Kurzum: welcher entwicklungsförderliche Rahmen für Kinder notwendig ist. Es fällt dann auch leichter zu beurteilen, ob es gut ist, wenn die Welt unserer Kinder zu einem ständig größer werdenden Anteil aus elektronischen Objekten besteht. Aus Erwachsenenperspektive möchte man die Beschäftigung mit dem Bildschirm vielleicht als eine Art Spiel der Kinder sehen, von dem diese sich im Erwachsen-Werden zu gegebener Zeit wieder abwenden werden. Der rein quantitative Aspekt, also die Zeit, die Kinder mit Bildschirmobjekten verbringen, lässt allerdings aufmerken.

Ziel meines Vortrages ist Folgendes: Der Nutzen der digitalen Kommunikation ist enorm. Das Web weiß alles und dank Google findet man alles. Wenn es so ist, und es ist so, dass sich die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen zunehmend in virtuellen Welten vollzieht, wollen wir das? Virtuelle Objekte als Mutter und Vater unserer Kinder?

2. Zur Pathologie virtueller Welten

Die elektronischen Medien sind keine Randerscheinung. Wir leben in einer Epoche, die man als Post-Gutenberg-Epoche bezeichnen kann. Das dominierende Kommunikationssystem ist nicht mehr die Schrift, sondern das elektronisch erzeugte Zeichen. Ungefähr das Jahr 1950 wird als Wendepunkt zwischen diesen beiden Epochen angesehen, und zwar deshalb, weil in den Jahren nach dem 2. Weltkrieg die amerikanischen Haushalte mit Fernsehgeräten gesättigt waren und sich somit dieses neue Kommunikationssystem durchgesetzt hatte.

Nun ist man immer in irgendeiner Post-Ära und es könnte natürlich sein, dass genauso wie unsere Eltern und Großeltern etwas gegen Rock n'Roll, Comics und Sex hatten, wir heute etwas gegen Computerspiele haben. Es wird deshalb mit Sicherheit nicht genügen, in pauschalisierender Weise von „dem Internet“ und „den Jugendlichen“ zu sprechen (Bergmann, W., Hüther, G., 2006). Wir müssen genau Bescheid wissen, was vor sich geht. PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM 2 Cyber-Space-Begriffe

Wir haben gelernt, auch andere technische Revolutionen zu kultivieren, beispielsweise das Autofahren. Jeder kann es, jeder benutzt es und es gibt eine allgemein bekannte und relativ plausible Straßenverkehrsordnung. In den virtuellen Welten sind wir noch weit davon entfernt. Zwar benutzt fast jeder Internet und Fernsehen, aber wir die Erwachsenen wissen wenig über die virtuellen Räume, in denen sich die Kinder und Jugendlichen im Web bewegen. Dafür sind diese Welten längst viel zu groß und viel zu komplex geworden. Andreas Lober hat ein gutes Buch darüber geschrieben (Lober 2007) und betrachtet man eine beliebige Seite aus dem Glossar dieses Buches, wo gängige Cyberspace- Begriffe erklärt werden, zeigt sich, dass praktisch keiner dieser Begriffe geläufig ist. Die virtuellen Welten der Computerspiele haben nicht nur ihre eigenen Gesetze, sondern längst ihre eigene Sprache.

3. Die neuere Medienforschung

Also: Was geht vor sich? Ich schildere Ihnen zunächst einige Ergebnisse der neueren Medienkonsumforschung. Wir können uns dann anschließend mit der Frage beschäftigen, warum Kinder sich so verhalten. Sie sind nicht passive Konsumenten, sondern aktiv Handelnde. Kinder binden sich an elektronische virtuelle Objekte. Meine Hauptfrage wird sein, wie sich Kinder verändern, wenn die natürliche Bindung zurückgeht und die virtuelle Bindung zunimmt. Für welche Störungen sind Kinder disponiert, die wesentliche Teile ihrer Persönlichkeitsentwicklung in der Bindung an virtuelle Objekte vollziehen?

Der Fernsehkonsum in Deutschland hat sich in den Jahren von 1970 bis 2003 ungefähr verdoppelt von 110 Minuten auf etwa 220 Minuten pro Tag über die gesamte Bevölkerung gerechnet. Der stärkste Anstieg fällt in die Zeit nach 1984, als in Deutschland das kommerzielle Fernsehen eingeführt wurde (Van Eimeren & Ridder 2001).

220 Minuten sind gut 3 ½ Stunden. Es würde mich interessieren, ob jemand unter uns ist, der jeden Tag 3,5 Stunden fernsieht. Wer also sind die Nutzer? Eine große Studie in den USA (Christakis et al. 2004) ergab, dass amerikanische Kinder im Alter von 1,8 Jahren durchschnittlich 2,2 Stunden täglich fernsehen, im Alter von 3,8 Jahren sind es durchschnittlich 3,6 Stunden. Die Studie ergab übrigens auch, dass die Fernsehdauer dieser kleinen Kinder in direktem Zusammenhang stand mit der späteren Entwicklung eines Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms. In Japan werden Kinder bereits mit wenigen Monaten vor den Bildschirm gesetzt, weil man annimmt, es sei gut für sie. In Deutschland liegt die Fernsehdauer der kleinen Kinder noch niedriger, im Vorschulalter bei durchschnittlich 70 Minuten pro Tag, bei den Grundschulern sind es ca. 1,5 Stunden und bei den 10- bis 13jährigen ca. 2 Stunden pro Tag (Feierabend & Klingler 2004).

Haushalte ohne Fernsehen gibt es bei 98 % Marktsättigung heutzutage nicht mehr.

Bei den 15jährigen sind etwa die Hälfte Vielseher, sie verbringen von der jährlich zur Verfügung stehenden Zeit etwa 1.000 Stunden in der Schule, etwa 690 Stunden sind sie mit der Familie zusammen ohne fernzusehen, und ca. 1.200 Stunden pro Jahr verbringen sie vor dem Fernseher. Myrtek & Scharff (2000) berechnen, dass fast 42 % der Erziehung vom Fernsehen geleistet werden.

Ein amerikanischer Abiturient (Highschoolabsolvent) hat mit 18 Jahren etwa 13.000 Stunden in der Schule verbracht und 25.000 Stunden vor dem Bildschirm, also mit Fernsehprogrammen und ausgeliehenen Videofilmen. Nicht einberechnet ist hier die Zeit, die mit Computerspielen und mit Spielekonsolen, wie beispielsweise Playstation verbracht wird.

Quantitativ überwiegt also die verbrachte Zeit mit elektronischen Objekten längst diejenige mit natürlichen Objekten.

Möller (2009) hat die Epidemiologie der Bildschirmnutzung in folgender Weise zusammengefasst: PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM 7 Haushalte in Deutschland, in denen ein Jugendlicher im Alter zwischen 12 und 19 Jahren lebt - haben

mindestens 1 Handy: - 99% haben mindestens einen Fernseher - 98% mindestens einen Computer oder Laptop - 95% einen Internetzugang - 63% eine Spielkonsole Davon haben: - 63% der Mädchen und 71% der Jungen einen eigenen Fernseher - 61% der Mädchen und 72% der Jungen einen eigenen Computer - 41% der Mädchen und 48% der Jungen einen eigenen Internetzugang - 30% der Mädchen und 59% der Jungen eine eigene Spielkonsole (JIM, 2007). (aus Möller, 2009)

Interessanterweise haben Kinder aus Familien mit niedrigem Einkommens- und Bildungsniveau doppelt so viele eigene Fernseher und Spielekonsolen wie Kinder aus der Oberschicht und sie haben in allen Altersgruppen auch doppelt so häufig ADHS (Stolz und Häntzschel 2010).

An **welche** elektronischen Objekte binden sich die Kinder?

Ich persönlich hätte immer vertreten, dass Werbespots etwas äußerst Lästiges sind, mir aufgenötigte emotionale Manipulationen. Wir müssen leider konstatieren, dass Werbespots mittlerweile Erholungspausen für die kindliche Seele sind. Zwar sieht ein amerikanisches Kind durchschnittlich jährlich etwa 20.000 Werbespots (Gentile & Walsh 1999) und die traditionelle Fernsehwerbung ist extrem manipulativ, sie ist jedoch eher gewaltarm. Im deutschen Fernsehprogramm (Lukesch 2004) werden dagegen pro Stunde im Durchschnitt 4,12 schwere Gewalttaten wie z. B. Mord und etwa 5,11 schwere Gewalttaten wie z. B. Körperverletzung gezeigt. Dies gilt auch für 89,4 % der Kindersendungen.

Zur Fernsehzeit addiert sich noch die an Spielekonsolen verbrachte Zeit. Auf diesem Gebiet scheinen Erwachsene die größten Wissensdefizite zu haben. Sie interessieren sich wenig für diese Spiele. Amerikanische Kinder zwischen 2 – 17 Jahren verbringen durchschnittlich eine weitere Stunde pro Tag vor Spielekonsolen (Gentile et al. 2004). Die Kinder bevorzugen eindeutig die aggressivsten Videospiele, die zu bekommen sind. Am beliebtesten sind die verbotenen Programme, 53 % der 10- bis 12jährigen bevorzugend diese Programme, bei den 13- bis 14jährigen sind es noch mehr (67 %). Es wäre falsch, hier noch von Spielen zu sprechen. Es handelt sich bei diesen verbotenen Programmen vielmehr um mit großer kommerzieller Perfektion entwickelte Programme mit dem Ziel, das Töten zu trainieren. Das 1993 zuerst auf den Markt gekommene Spiel „Doom“ wird vom amerikanischen Militär als Trainingsprogramm verwendet, um den Soldaten das Töten des Gegners beizubringen (Anderson & Dill 2000). Die Erziehung unserer Kinder wird also von professionell entwickelten Programmen übernommen, die das Ziel haben, so perfekt wie möglich eine normale Persönlichkeit in eine Killerpersönlichkeit umzuwandeln. Das Killerspiel „Duke Nukem“ war bei einer Untersuchung

80 % aller befragten jugendlichen Schüler bekannt, jedoch nur 5 % der Eltern (Subrahmanyam et al. 2000). Dies gilt auch für mich. Ich persönlich habe nie ein solches Killerprogramm erprobt und Sie vermutlich auch nicht.

Um mit den Kindern, die Sie haben oder betreuen über das sprechen zu können, womit die Kinder beschäftigt sind, müssten Sie also pro Tag ungefähr 3 Stunden fernsehen und 1 Stunde Training zum professionellen Killer mitmachen.

Man könnte es auch so ausdrücken: Ein Teil unserer Kinder durchläuft ein mit professioneller Perfektion durchgeführtes Erziehungsprogramm zur Borderline-Persönlichkeit mit einem durchschnittlichem Zeitaufwand von ca. 2 Stunden täglich, also 14 Wochenstunden, bis wir Therapeuten dann, wenn sich die Folgen bemerkbar machen, mit ca. einer Wochenstunde ein Gegenprogramm beginnen. Eine nicht unbizarre Entwicklung.

Was wir zunächst benötigen ist ein systematisches Wissen über Folgeschäden. Erfreulicherweise nimmt der Forschungsstand ständig zu. Am häufigsten diskutiert werden PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM 9 - Erziehung zur Gewaltbereitschaft - Lernbeeinträchtigung - körperliche Schäden wie Übergewicht – Suchtentwicklung.

Ich kann Ihnen einige Ergebnisse der diesbezüglichen Untersuchungen sehr kurz referieren und möchte dann einen weiteren, weniger beachteten Punkt ergänzen: die Bindungsstörung, also die Folgen der Bindung an pseudolebendige Kunstprodukte.

Dass hoher Medienkonsum die Gewaltbereitschaft fördert, ist mittlerweile in sorgfältigen Studien nachgewiesen. Aggressivität wird stimuliert und die Empathie für das menschliche Gegenüber reduziert (Gentile et al., 2004; Hopf, Huber u. Weiß, 2008; Krahe, Möller u. Berger, 2006; Lukesch, 2005; Anderson, 2004).

Spitzer (2005) fasst seine Überlegungen, wie man sich in einer solchen Welt fühlt und verändert in folgender Weise zusammen: „Kurzfristig bewirkt Gewalt in Computer- und Videospiele eine Steigerung der Erregung, die Gewalt wird imitiert und es kommt zu einer Abstumpfung gegenüber realer Gewalt. Für das Denken, Fühlen und Handeln von Kindern und Jugendlichen wird Gewalt damit zum Normalfall und die Fähigkeit zum Mitgefühl für Andere nimmt ab. Langfristig kommt es durch den permanenten erfahrungs- bzw. gebrauchabhängigen Umbau des Gehirns, d. h. durch Neuroplastizität zum aktiven Einüben, Modelllernen sowie zum emotionalen und sozialen Lernen von Gewalt.“

Auch das Lernvermögen wird durch Computerspiele nachgewiesener Weise

beeinträchtigt, zum einen natürlich dadurch, dass die Konsumenten sehr viel Zeit für die Computerspiele aufwenden (Pfeiffer et al., 2007) zum anderen durch die Störung der Emotionsverarbeitung. Dies wirkt sich negativ auf die Gedächtnis- und Lernfunktion aus. Die Computerspielkonsumenten sind in einem ständigen nicht abgebauten, hohen Erregungslevel (Möble et al., 2006). Die schulischen Leistungen der Computerspielkonsumenten verschlechtern sich deutlich, wenn die Kinder einen eigenen Fernseher in ihrem Zimmer haben, diesen ausgiebig benutzen, wenn sie häufig Computerspiele konsumieren oder wenn sie speziell erregende gewalttätige Computerspiele benutzen (Möble et al., 2006, S. 12).

Je häufiger die Nutzer mehrere Medien gleichzeitig laufen haben (Multitasking), desto schlechter wird ihre Konzentrationsfähigkeit (Spitzer 2009).

Auch der Zusammenhang von Medienkonsum und Übergewicht ist erforscht. Die Ernährungsgewohnheiten ändern sich durch hohen Medienkonsum, die Kinder und Jugendlichen und jungen Erwachsenen nehmen hoch kalorische Fastfood zu sich und bewegen sich kaum noch. Bei hohem, sechs- und mehrstündigem täglichem Medienkonsum verdreifacht sich bei Mädchen das Risiko einer Adipositas, bei Jungen verdoppelt sich das Risiko (Lampert et al., 2007, S. 651).

Das Suchtpotenzial von Computerspielen ist mittlerweile gut untersucht. Wölfling, Grüsser und Thalemann (2007) kommen auf 6,3% der Schüler einer achten Schulstufe, bei denen eine Internetsucht vorliegt. Über alle Altersstufen hinweg kommen Quandt und Wimmer (2008) auf 5% der Onlinespieler. Dabei ergaben sich bei den Süchtigen wöchentliche Spielzeiten zwischen 29 und 35 Stunden (Hahn und Jerusalem, 2001a)!

Die durch Medienkonsum bewirkte Bindungsstörung wird seltener beachtet. Deshalb möchte ich darauf näher eingehen.

Die Haupteigenschaft virtueller Objekte ist die **Pseudolebendigkeit**. Sie scheinen lebendig, sind es aber nicht. Wenn pseudolebendige Objekte zu Primärobjekten werden, hat dies weitreichende Auswirkungen auf das kindliche Subjekt.

Den zum virtuellen Objekt zugehörigen Typus der Objektbeziehung könnte man konsequenterweise **virtuelle Objektbeziehung** nennen. Sie ist pseudolebendig und führt nicht zum seelischen Wachstum, sie kann sich jederzeit spurlos auflösen, die Subjekte der Beteiligten, also die Personen sind austauschbar, ganz im Gegensatz zur **personalen Objektbeziehung**, die uns hundert Jahre in der Psychoanalyse beschäftigt hat.

Es gibt zahlreiche Beobachtungen, dass virtuelle Objekte bei Kindern bereits in großem Umfang zu Primärobjekten geworden sind, so zum Beispiel die in

letzter Zeit wiederholt aufgetretenen rational nicht erklärbaren Kaufräusche bei Kindern und deren Eltern, z. B. Ende der 90er Jahre in der Nachfrage nach einem in Japan produzierten virtuellen Haustier, dem Tamagotchi (von japanisch Tamago *das Ei*). Die Kinder trugen ein kleines Gerät mit LCD-Display bei sich, worauf ein kleines Küken erschien, das Pflege und Versorgung forderte. In Deutschland wurden 1997 zwei Millionen Stück verkauft, das ganze Geschwa-der von Nachfolgeprodukten für Kinder und für Erwachsene noch nicht mitgerechnet. Die Perfidie dieses sogenannten Spielzeugs liegt, wie ich meine, in der elektronischen Nachahmung und Ausbeutung der Suche nach einer primären Objektbeziehung. Nach der elektronischen Geburt des Kükens (nach Anschalten des Gerätes) prägt sich dessen elektronischer Charakter. Ist das Kind mit größtem Einsatz fürsorglich zum virtuellen Küken, verhält dieses sich freundlich, ist das Kind unaufmerksam, wird das Küken böse, vergisst das Kind das Füttern, verhungert das Küken. Die Kinder hängen mit ihren ganzen Gefühlen an diesen Geräten, sind verzweifelt, deprimiert und haben schwere Schuldgefühle, wenn ihr Küken gestorben ist.

Der exzessive Verkaufserfolg beruht wahrscheinlich darauf, dass die größte Sehnsucht von Kindern nach einer guten Primärobjektbeziehung virtuell nachgeahmt und damit verkäuflich wird. Auffällig ist, wie leicht sich der Wunsch des Kindes nach primärer Objektbeziehung auf das Display des Gerätes lenken lässt. Vielleicht sind Bildschirme für viele Kinder tatsächlich schon zum Primärobjekt geworden. Lassen Sie uns dieser Frage nachgehen.

4. Die Bindungsstörungen durch virtuelle Objekte

Wir können davon ausgehen, dass Kinder unter den gegenwärtigen Entwicklungsbedingungen in vielfältiger Weise Probleme bekommen, eine zum Wachstum erforderliche sichere Bindung an natürliche Objekte aufzubauen. Das Herstellen von Bindung ist aber ein lebensnotwendiger Vorgang, der deshalb auch biologisch in vielfältiger Weise gebahnt wird. Die sichere Bindung zwischen Mutter und Kind ergreift beide Personen, wenn sie gelingt, zutiefst, spezifische Hormonsysteme sind aktiv, insbesondere die Ausschüttung von Oxytocin und Vasopressin. Mutter und Kind warten nach der Geburt mit größter Bereitschaft auf die Gelegenheit, sich, wie Daniel Stern es ausdrückt, intensiv ineinander zu verlieben. Der Vorgang ist bei aller Macht, die ihm innewohnt, doch leicht störfähig durch Vorgänge vor der Geburt, während der Geburt und nach der Geburt, durch Frühgeburt, Kaiserschnitt, ungünstige Geburtsverläufe, ungünstige Betreuung von Mutter und Kind nach der Geburt und vieles mehr. Mentale Blockaden der Mutter durch eigene traumatische Erfahrungen können sich auswirken. Die Folgen beschreibt die Bin-

dungstheorie als Bindungsstörung vom unsicher anklammernden Typ, vom unsicher vermeidenden Typ oder Bindungsstörung vom chaotischen Typ. Sofern sich das Kind dann seinem unbefriedigten Bindungsbedürfnis folgend virtuellen Objekten zuwendet, könnte etwas entstehen, was wir vorläufig als **Bildschirmtrauma** bezeichnen können.

Wesentliche Aufgabe sicherer Bindung ist, einen entwicklungsförderlichen Rahmen zu schaffen, in dem das Kind die Möglichkeit hat, zu mentalisieren, also in wechselseitiger emotionaler Regulation seine Gefühle zu entwickeln und zu verstehen, sie in eine Persönlichkeit zu integrieren und sich, wenn es an der Zeit ist, als autonome zur Selbstregulation und zum Verstehen kompetente Person von den Eltern abzulösen, diese Fähigkeiten für sich selbst zu nutzen und sie der nächsten Generation, also den eigenen Kindern, Schülern oder Patienten weiterzugeben. PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUMKITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM10Folgen von Bildschirmtraumatisierung•Flüchtige Bindung•Emotionsverarbeitung repetitiv und imitativ•Verlust des Körpergefühls•fehlende Integration von Emotionen(„mentales Zappeln“)•Verlust des Körpergefühls•Sprachverarmung Für Kinder mit virtuellen Pseudobindungen entsteht eine ganz andere Welt. Die Bindungen sind nicht stabil, sondern flüchtig und auswechselbar, so wie es eben dem Charakter der elektronisch produzierten Kunstobjekte und virtuellen Identitäten entspricht.

Die Emotionsverarbeitung ist repetitiv und imitativ. Vor dem Bildschirm Erlebtes bleibt auf der Stufe der Imitation stehen, die damit verbundene vegetative Erregung wird repetitiv abgebaut. Im Moment der Triggerung bestimmter Erregungsmuster entsteht das imperative Bedürfnis, repetitiv Handlungssequenzen auszuführen, die dem Abbau der Erregung dienen sollen. Die Dimension der Zeitlichkeit entsteht dabei nicht, alles Erlebte bleibt allgegenwärtig. Dieser imitative und repetitive Verarbeitungsmodus entspricht dem, was die Londoner Arbeitsgruppe um Peter Fonagy und Mary Target als „Äquivalenzmodus“ beschrieben haben. Der von dieser Forschergruppe sogenannte „Als-Ob-Modus“, der zur Verarbeitung und Integration notwendig ist, bildet sich nicht.

Die Fähigkeit zur Regulation von Emotionen entwickelt sich nicht normal. Emotionen haben ihren eigenen Zeitverlauf so wie sie entstehen, stärker werden und wieder ab-klingen. Diese natürliche Kontur emotionalen Erlebens verträgt sich nicht mit dem Rhythmus des virtuellen Mediums. Natürliche Emotionsverläufe stören vor dem Bildschirm, sie belasten und entwickeln

sich deshalb nicht. Die Situation von Kindern in der virtuellen Welt ist vielleicht vergleichbar mit der Situation eines Autofahrers, auf der Autobahn. Alle Aufmerksamkeit ist auf gegenwärtiges Geschehen reduziert, jede Emotion würde stören in der Aufmerksamkeit für die nächste drohende Gefahr. Kinder, die viele Stunden am Bildschirm verbracht haben, berichten, dass sie ihren Körper nicht mehr spüren, alle Aufmerksamkeit ist auf die körperlose virtuelle Welt gerichtet und vom eigenen Körper abgezogen.

Die Folgen können wir bei ADHS-Kindern gut beobachten. Bei Triggerung belastender Emotionen reagieren sie mit einem meist unsichtbaren vegetativen Erregungssturm, der normale Herzrhythmus wird chaotisch. Der Außenstehende bemerkt diese vegetative Erregung allerdings so wenig wie das Kind selbst. Was tut das Kind allein mit seiner Erregung, die es selbst nicht versteht? Was als Aufmerksamkeitsdefizit beschrieben wird, könnte man auch „mentales Zappen“ nennen: ständiges Springen von Bild zu Bild um unangenehme Emotionen zu verringern.

Die Bindungsstörung vom virtuellen Typ enthält auch das Element der Sprachverarmung. Die Kinder haben nicht die Zeit und nicht die natürliche Bindung, Sprache zu entwickeln. Sie können nicht benennen, was vor sich geht, damit nicht den mentalen Abstand herstellen, sie können kein Narrativ ihrer Erfahrung, ihrer selbst und ihrer Welt entwickeln.

Die Bindung an virtuelle Objekte ist körperlos, nicht nur deshalb, weil es der Natur der virtuellen Objekte entspricht, ebenfalls körperlos zu sein, sondern auch deshalb, weil das Kind seine eigenen Erlebnisse nicht in seine Körperlichkeit integriert. Bis auf die vegetativen Erregungsstürme fühlt es den Körper nicht, der Körper hilft nicht bei der Wahrnehmung von Erfahrung und bei der Ordnung von Erfahrung. Der Körper wird eine eher fremde, dadurch unheimliche und bedrohliche Welt. Die Hyperaktivität der ADHS-Kinder hilft dem nicht ab. Es sind ungerichtete, chaotische, nicht zur Erlebnisverarbeitung beitragende Muster, die gleichzeitig die qualvolle Notwendigkeit zur Erlebnisverarbeitung signalisieren. Bildschirmtraumatisiert ist ein Kind, was am Vorabend 3 Stunden ferngesehen hat, sich dann im eigenen Zimmer ohne Wissen der Eltern eine Stunde mit einem Tötungstraining beschäftigt hat, in der Nacht statt gelingender Traumverarbeitung Alpträume mit den Erlebnisfetzen dieser virtuellen Welt entwickelt, am anderen Morgen unausgeschlafen das Frühstück überspringt und von dem dann erwartet wird, dass es in der Schule 5 Stunden still sitzt und konzentriert hört, was der Lehrer spricht.

5. Klinische Phänomene und therapeutische Konsequenzen

5.1 Das Mini-ADHS

Ich kann Ihnen nun zwei Phänomene vorstellen, auf die sich diese Überlegungen anwenden lassen, ein auffälliges und ein unauffälliges.

Das unauffällige zu erst.

Es ist das Phänomen der **Mini-ADHS**, wie ich es nennen möchte. In diesem Zustand sind Kinder in einem mentalen Modus, der normal scheint, aber nicht normal ist, sie sind in einer Art Bildschirm-Modus.

Ein Beispiel: Ich komme im Kinderzentrum unserer Klinik in den Spiel- und Aufenthaltsraum der älteren Kinder, darin steht ein bequemes Sofa, ein Tisch mit Stühlen, zwei Schränke mit Spielmaterial, ein kleiner Billardtisch und eine Kommode mit einem Radio. Im Raum sind drei Mädchen und ein Junge zwischen 9 und 11 Jahren: Marie, Sandra, Anna und Nick.

Ich begrüße sie, setze mich an den Tisch und mache zunächst nichts weiter, als da sein und die Atmosphäre wahrnehmen.

Die Kinder nehmen scheinbar wenig Notiz von mir. Das Radio spielt ziemlich laut Musik, zwei Mädchen haben sich aus Legosteinen etwas gebastelt, was sie als Mikrofone benutzen. Anna, ein blondes eher kleines Mädchen, steht neben dem Radio wie auf einer Bühne und spielt, sie wäre ein Star. Marie, mittel-groß und ein wenig mollig, turnt auf dem Sofa herum, Sandra, ein dunkelhaariges Mädchen mit Brille, schaut mit eher missvergnügtem Gesicht zu, Nick, ein schmaler Junge mit verlegenem Gesichtsausdruck versucht neben Anna einen Platz beim Radio zu finden.

Ständig werfen Anna und Marie Anspielungen durch den Raum über Freunde, Freunde haben, kichern hektisch und erregt.

Ist das ein normales Kinderspiel in der Vorpubertät? Sind das gut gelaunte Kinder?

Ich habe nicht das Gefühl. Etwas stört, wirkt ungesund. Die Kinder sind sehr sprunghaft, keine Spielidee hält länger als ein paar Sekunden, es bildet sich nichts gemeinsames, keine Dialoge. Die Kinder sind hektisch, überdreht, innerlich so schnell wie die Musik und ohne Verbindung untereinander und zu mir. Sind sie im Bildschirmmodus?

Ich sage den Kindern, dass sie mir überdreht vorkommen und ich die Musik zu laut finde, schlage vor, das Radio leiser zu drehen. Die Kinder reagieren nur wenig, das Tempo der Satzketten geht aber etwas zurück.

Nach ein paar Minuten wiederhole ich meinen Vorschlag mit etwas mehr Nachdruck. Daraufhin geht Anna hin, dreht das Radio immer leiser bis es praktisch nicht mehr zu hören ist.

Was wird jetzt den Raum füllen?

Zunächst kann ich eine Beruhigung fühlen. Die Kinder setzen sich aufs Sofa, atmen etwas anders, ich fange an, eine Aufmerksamkeit und eine Bezogenheit zu spüren. Ich folge meinen eigenen Einfällen und sage: „Ihr könntet mir etwas von euch erzählen, was ihr für Kinder seid, was ihr gut könnt oder was ihr in euren Therapiestunden macht.“

Die Kinder denken nach, reagieren noch nicht. Mit Sandra bin ich gut bekannt. Ich schaue sie an und sage langsam und nachdenklich, einen Satz mit offenem Ende: „Wie läufst in deiner Therapie?“ Sie antwortet sofort: „Ich habe Ärger mit meiner Therapeutin, ich kann schon vieles besser als früher aber sie findet, ich brauche noch lange Therapie!“ Sie runzelt die Stirn. Ich: „Ich finde es gut, dass du deinen eigenen Standpunkt hast, das kannst du wirklich besser als am Anfang.“

Mir scheint, dass mit diesem kurzen Dialog schon genug gesprochen ist, ich schaue Marie an und sage: „Was bist du für ein Kind, was kannst du gut?“ Sie wälzt sich ein wenig auf dem Sofa herum, ein Kind was zuhause kein klares Wort gesprochen, sondern nur unverständlich genuschelt oder geschrien hat und sagt mit klarer Sprache: „Ich streite viel weniger mit meiner Mama, wir reden oft. Wir haben am Montag eine Kerze angezündet und an meinen Papa gedacht.“ Ich bin ziemlich berührt, ihr Vater ist vor genau einem Jahr gestorben und sage: „Schöne Idee, wer hatte die denn?“ Marie: „Meine Mama und ich gemeinsam.“ Ich: „Ihr macht das gut, deine Mama und du.“ Wieder scheint genug gesprochen, ich schaue Nick zu und frage ihn auch: „Was bist du denn für ein Kind, was kannst du gut?“ Mittlerweile ist eine konzentrierte Ruhe im Raum, die Kinder und ich haben ein kleines Spiel gefunden und spielen es gemeinsam.

Nick, ein Junge mit schweren Wutausbrüchen in der Schule, sagt: „Rennen, ich bin der schnellste!“ Die trockene Direktheit des Jungen bringt mich zum Lachen. Ich sage nur: „Klasse, jetzt weiß ich von dir auch was, du kannst gut rennen.“

Anna hat sich auf dem Sofa unter einer Decke versteckt, sie will nicht gefragt und nicht gesehen werden. Ich kommentiere die Szene ein wenig und sage: „Anna versteckt sich unter der Decke, jetzt kriege ich ja nichts von dir mit. Ich überlege, was du wohl gut kannst?“ Ein paar Sekunden Pause, ich will sie schon in Ruhe lassen, da kommt sie unter der Decke hervor geflitzt und sagt: „Ich kann Kopfstand ohne Anlehnen!“ und führt den Kopfstand mitten im Raum vor. Ich sage, echt beeindruckt: „Toll, das sollte ich auch mal wieder ausprobieren. Geht's auch ganz kurz freihändig?“ Sie kennt den Trick, klatscht kurz in die Hände, steht eine Sekunde nur auf dem Kopf und stellt

sich dann wieder auf. Ich freue mich mit ihr und ihrem Stolz und sage: „Klasse, jetzt weiß ich von dir auch was, du bist Anna und kannst gut Kopfstand.“ Dann verabschiede ich mich, sage den Kindern: „Ich finde, ihr seid sympathische Kinder, ich habe gerne mit euch gesprochen.“

Was könnte hier vor sich gegangen sein? Ich meine, die Kinder waren anfangs in einem Mini-ADHS-Modus, den sie aktiviert haben, um mit dem, was sie emotional beschäftigte, nicht in Berührung zu kommen, besonders deutlich Sandras Ärger, Maries Trauer, Annas Unsicherheit. Es war nicht gute Laune, es war ein chaotischer mentaler Modus, ein Bildschirm-Modus, meine ich. Dann ein Übergang, die Kinder zentrieren sich, beruhigen sich, binden sich, eine kohärente Spielidee, die auch ich vorher nicht hatte, entsteht aus der Situation heraus, organisiert sich. Ich habe dabei das Gefühl, die Kinder nehmen mit ihrem emotionalen Kern Kontakt auf und ich genauso. Es entsteht Verbindung, sichere Bindung.

Ich halte es für falsch, wenn der überdrehte ADHS-Zustand zum Normalzustand erklärt wird, in den man Kinder versetzen solle. Ich teile diese Auffassung nicht.

5.2 Selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten ist ein Phänomen, was mich schon lange beschäftigt.

Es hat epidemische Ausmaße angenommen oder vielleicht: Es ist normal geworden. Angeblich praktizieren ca. 30% der Jugendlichen zeitweise selbstverletzendes Verhalten. Von den Jugendlichen, die zur stationären Psychotherapie kommen, praktizieren etwa 25% zum Zeitpunkt der Einweisung selbstverletzendes Verhalten, fast immer Ritzen. Auffällig ist dabei die Beiläufigkeit, mit der sie es erwähnen, sie finden es selbstverständlich. Während wir vor Jahren selbstverletzendes Verhalten nur bei Jugendlichen und Erwachsenen gesehen haben mit schweren Störungen der Persönlichkeit, sinkt jetzt offenbar die Schwelle ständig ab, die Bereitschaft steigt an.

Die Jugendlichen wechseln dabei aus einem dysphorischen, schwer erträglichen mentalen Zustand mit erstaunlicher Leichtigkeit in einen anderen mentalen Zustand, in dem sie sich vorübergehend besser fühlen. Sie wechseln gleichsam den emotionalen Kanal, sie dissoziieren. Der Ablauf ist fast immer der gleiche. Die Jugendliche ist in einer inneren, häufig auch äußeren Gewaltstimmung. Sie hat beispielsweise Wut und Hass bei einer Mitpatientin wahrgenommen, Emotionen, die es ihr schwer fällt zu regulieren. Sie fühlt sich hilflos. Sie weiß nun, was sie zu tun hat. Sie geht in ihr Zimmer und

vollzieht einen inneren Wechsel zu einem Gefühlszustand von kalter Aggression. In diesem Zustand existieren keine äußeren Objekte mehr, sondern nur noch der eigene Körper als fremdes Objekt. Sie lebt in diesem Zustand ein Gewaltschema am eigenen Körper aus, in dem sie die Täterin ist. Dies ist mit einer kurzzeitigen Reduktion der Gefühle der Hilflosigkeit und Objektlosigkeit verbunden. Sie hat den Körper zur freien Verfügung und ist nun Täterin, nicht Opfer. Klinisch sehr auffällig, aber wenig beachtet ist die Leichtigkeit dieses Wechsels, der sich wie ein aktives Zappen in einen anderen mentalen Zustand vollzieht.

Nach geschehener Selbstverletzung geschieht der mentale Wechsel erneut mit der gleichen Leichtigkeit, jedoch in Gegenrichtung. Die Jugendliche verlässt ihr Zimmer und will nun das eben Geschehene aus der Beziehung vollständig ausklammern. Das eben am Körper ausgelebte Gewaltschema soll nicht zur eigenen Person gehören, es soll wie nicht gewesen sein. Sie hat sich, so könnte man sagen, zurückgezappt. Sie erwartet, dass der Therapeut und der therapeutische Rahmen den Wechsel in einen anderen mentalen Zustand kommentarlos übergehen, das Recht dazu möchte sie sich jederzeit vorbehalten.

Im stationären Rahmen hat dies fatale Folgen. Alle Patientinnen versuchen, auf der Seite der Traumatisierenden zu sein, nicht auf der Seite der Traumatisierten. Niemand will das Risiko einer personalen Beziehung eingehen, weil stets irgendeine Mitpatientin sich in die scheinbare Überlegenheit der Selbstverletzungswelt überhebt. Die Folge sind redundante Traumainszenierungen ohne Ende und ohne Ausweg, Selbstverletzungsendemien. Es ist, wie wenn jeder versuchte, den Lärm des anderen mit noch mehr Lärm zu übertönen. Die Folge wäre eine zum Wachstum und zum Leben nicht mehr geeignete Kakophonie der Gewalt, die Klinik wäre zum Horrorvideo geworden.

Was ist zu tun? Wir sind in unserer Klinik der Not gehorchend vor einigen Jahren dazu übergegangen, den stationären Therapieraum als selbstverletzungsfrei zu definieren. Wir haben den Patientinnen erklärt, dass uns stationäre Psychotherapie, die zum seelischen Wachstum geeignet sein soll, nur in einem gewaltfreien Raum möglich ist und dass alle Patientinnen, die glauben, auf ihr Selbstverletzen nicht verzichten zu können, die stationäre Therapie solange unterbrechen, bis sie es können.

Aufgrund dieser Setzung treffen alle Patientinnen seither die Entscheidung, ob sie Selbstverletzen praktizieren wollen oder nicht und zwar erstaunlich eindeutig. In den 5 Jahren, seit die Klinik selbstverletzungsfrei ist, liegt die Abbruchquote wegen Rückfällen bei weniger als 2 %, obwohl wir weiterhin unverändert Patienten mit allen Schweregraden selbstverletzenden Verhaltens stationär aufnehmen.

Das emotionale Traumaschema ist damit nicht aufgelöst, es hat sich aber die verrückte Bereitschaft verändert, mentale Zustände wie Fernsehprogramme zu behandeln. Die Patientinnen beginnen, Verantwortung zu übernehmen für Bindung und Selbstfürsorge. Bemerkenswert ist der emotionale Effekt hiervon. Nach einigen Wochen erfolgreicher Selbstverletzungsfreiheit sprechen sie von ihrem Stolz, ihrem Selbstbewusstsein und von ihrer sehr verbesserten Fähigkeit, das mentale Zappen zu regulieren, zu reflektieren. Sie schauen befremdet auf diejenige zurück, die sie noch vor einiger Zeit waren, vielleicht wie auf einen Film, der ihnen nicht mehr gefällt.

Was hat das zu bedeuten? Ich meine, dass wir die Patientinnen unterschätzt haben. Sie waren der personalen Objektbeziehung eben nicht entwöhnt, die Erinnerung daran, die Sehnsucht nach dem, was seelisches Wachstum ermöglicht, war viel aktiver als wir dachten.

6. Schluss

Wir können mit digitaler Kunst, digitalen Medien und digitalen Formen der Kommunikation ohne weiteres leben, ohne daran Schaden zu nehmen. Mehr noch: der Mensch benötigt Virtualität. Zum Leben gehört nicht nur platte, unmittelbare Erfahrung, also der objektivistische Modus des Erkennens (das pragmatische Realitätsprinzip nach Uexküll), sondern notwendigerweise der Raum der Fantasie, der Kunst, der Raum von Symbol, Sprache und Spiel. Alles Denken, alle Erkenntnis ist nicht Abbild, sondern Konstruktion, etwas Virtuelles also.

Was allerdings niemals passieren darf, ist ein Bildschirmtrauma: der Ersatz von personaler Beziehung zu den Primärobjecten, zu den Gefühlen und zum eigenen Körper durch pseudolebendige, instabile Objekte. Personale, lebendige Primärobjecte, (also: Menschen) werden für alle Zeiten der wachstumsförderliche, seelische Raum bleiben, den Kinder zum Leben brauchen. Niemals werden Bildschirme und digitales Spielzeug dem Kind seine inneren und äußeren Primärobjecte ersetzen.

Literatur

- Anderson, C. A., Dill, K. E.* (2000): Video games and aggressive thoughts, feelings, and behavior in the laboratory and in life. *Journal of Personality and Social Psychology* 78: 772-790
- Anderson, C. A.* (2004): An update on the effects of playing violent video games. *Journal of Adolescence*, 27, 113-122
- Bergmann, W., Hüther, G.* (2006): *Computersüchtig. Kinder im Sog der modernen Medien.* Düsseldorf: Patmos
- Christakis, D. A. et al.* (2004): Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics* 113: 708-713
- Dornes, M.* (2006): *Die Seele des Kindes.* Fischer Taschenbuch Frankfurt
- Feierabend, S., Klingler, W.* (2004): Was Kinder sehen. Eine Analyse der Fernsehnutzung 3- bis 13-jähriger 2003. *Media Perspektiven* 4/2004: 151-162
- Gentile, D. A. et al.* (2004): The effects of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviors, and school performance. *J Adolesc* 27: 5-22
- Gentile, D. A., Walsh, D. A.* (1999): National survey of family media habits, knowledge and attitudes. National Institute on Media and the Family
- Grüsser, S. M., Thalemann, R., Griffiths, M. D.* (2007): Excessive computer game playing: Evidence for addiction and aggression? *CyberPsychology & Behaviour*, 10, 290-292
- Hahn, A., Jerusalem, M.* (2001a): Internetsucht – Reliabilität und Validität in der Online-Forschung. In A. Theobald, M. Dreyer, T. Starsetzki (Hrsg.), *Handbuch zur Online-Marktforschung. Beiträge aus Wissenschaft und Praxis* (S. 161-186). Wiesbaden: Gabler
- Hopf, W.H., Huber, G. L., Weiß, R.H.* (2008): Media violence and youth violence. A 2-year longitudinal study. *Journal of Media Psychology*, 20 (3), 79-96
- JIM. Jugend, Information, (Multi-)Media.*: Basisstudie zum Medienumgang 12-bis 19-Jähriger in Deutschland. Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest. 2007: www.mpfs.de
- Krahé, B., Möller, I., Berger, A.* (2006): Aktuelle Forschungsprojekte zum Thema „Mediengewalt“: Fragestellungen, Methode und Ergebnisse. Zugriff am 01.02.2007 unter www.psych.uni-potsdam.de/social/projects/files/ForschungThema-Mediengewalt.pdf
- Lampert, T. et al.* (2007): Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Zugriff am 26.09.2008 unter www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/Basispublikation/GesundheitsverhaltenEntwicklung.html
- Lober, A.* (2007): *Virtuelle Welten werden real.* Verlag Heise
- Lukesch, H. et al.* (2004): Das Weltbild des Fernsehens: eine Untersuchung der Sendungsangebote öffentlich-rechtlicher und privater Sender in Deutschland. Roderer, Regensburg

- Lukesch, H. et al.* (2005): Wirkungen gewaltiger Video- und Computerspiele. In R. Hänssel, (Hrsg.) Da spiel ich nicht mit! Auswirkungen von „Unterhaltungsgewalt“ in Fernsehen, Video- und Computerspielen – und was man dagegen tun kann. Eine Handreichung für Lehrer und Eltern (S.119-135). Donauwörth: Auer
- Möller, C.* (2009): Internetsucht/ Computersucht bei Kindern und Jugendlichen. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: S.15-16
- Mößle, T. et al.* (2006): Mediennutzung, Schulerfolg, Jugendgewalt und die Krise der Jugend. Zugriff am 08.02.2007 unter <http://www.kfn.de>
- Myrtek, M., Scharff, C.* (2000): Fernsehen, Schule und Verhalten. Untersuchungen zur emotionalen Beanspruchung von Schülern. Huber, Bern
- Oehmichen E., Schröter, C.* (2007): Zur typologischen Struktur medienübergreifender Nutzungsmuster. ARD/ ZDF Onlinestudie 2007. www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Online07/Online07_ONT.pdf (14.01.2008)
- Pfeiffer, C., et al.* (2007): Die PISA-Verlierer – Opfer ihres Mediumkonsums. Eine Analyse auf der Basis verschiedener empirischer Untersuchungen. Zugriff am 26.09.2008 unter <http://www.kfn.de/Aktuelles/Neuveroeffentlichung.htm>
- Quandt, T. Wimmer, J.* (2008): Online-Spieler in Deutschland 2007: Befunde einer repräsentativen Befragungsstudie. In T. Quandt, J. Wimmer, Jeffrey, J. Wolling (Hrsg.), Die Computerspieler. Studien zur Nutzung von Computergames (S.169-192). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Subrahmanyam, K. et al.* (2002): The impact of home computer use on children's activities and development. *Children and Computer Technology* 10: 123-144
- Spitzer, M.* (2005): Vorsicht Bildschirm! Ernst Klett Verlag Stuttgart
- Spitzer, M.* (2009): Multitasking – Nein danke. *Nervenheilkunde* 2009; 28: 861 – 864
- Stolz, M., Häntzschel, O.* (2010): Kleines Deutschland. *Zeit-Magazin* Nr. 9
- Van Eimeren, B., Ridder C.-M.* (2001): Trends in der Nutzung und Bewertung der Medien 1970 bis 2000. *Media Perspektiven* 11/2001:538-553
- Van Eimeren, B., Frees, B.* (2007): Internetnutzung zwischen Pragmatismus und YouTube-Euphorie. ARD/ZDF Onlinestudie 2007.www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Online07/Online07_Nutzung.pdf (14.01.2008)

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann
Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24
97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931 – 5316 – 1302
E-Mail: r.plassmann@ptz.de

Buchrezension

Heising, Kerstin: **Das Ende der Geduld – Konsequenz gegen jugendliche Gewalttäter.** 2010, 205 Seiten, 14,95 €, Herder-Verlag, Freiburg-Basel-Wien, ISBN:978-3-451-30204-6

Dieses Buch wurde bereits in zahlreichen Feuilletons besprochen. Weshalb noch eine weitere Rezension in unserer Zeitschrift, zumal die Kinder- und Jugendpsychiater in diesem Buch nicht explizit als Kooperationspartner genannt werden sondern nur einmal subsumiert auf S. 62 bei der Erwähnung der psychologischen und psychiatrischen Gutachten vorkommen. Ich als Kinder- und Jugendpsychiater habe dieses Buch mit großem Interesse gelesen und empfehle es allen Kinder- und Jugendpsychiatern, insbesondere unseren KollegInnen in Weiterbildung zur Lektüre, da wir es mit ganz ähnlichen Jugendlichen, Kindern und Familien zu tun haben, wie sie in diesem Buch geschildert werden. Auch die in diesem Buch prototypisch geschilderten Lebensentwicklungen werden uns aus unserer eigenen Alltagsarbeit sehr bekannt vorkommen. Und schließlich sind unsere eigenen Arbeitsbedingungen, die z. T. hinderlichen Rahmenbedingungen der Arbeit, die Bedeutung des Zeitfaktors – dass eigentlich alles viel zu lange dauert – und die Notwendigkeit zur Kooperation nicht unähnlich. Die Autorin wendet sich in ihrem Buch nicht nur an ein Fachpublikum, sondern auch an Laien, denen sie sehr anschaulich die Arbeitsbedingungen, Zuständigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen eines Jugendrichters darstellt samt der Aufgaben der Bewährungshelfer, der Jugendgerichtshilfe, der Staatsanwaltschaft und der Verteidigung (S. 45 bis 63).

Im ersten Kapitel schildert sie typische Lebensläufe jugendlicher Täter an den Beispielen der „Lehmans, Maiks und Johns“. Diese Schilderungen haben etwas Klischeehaftes. Doch dieses Klischeehafte liegt nicht an vermeintlichem „Stammtisch-Denken“, sondern an der fatalen Regelmäßigkeit, in der sich solche Lebensentwicklungen vollziehen.

Indem die Autorin zunächst die Entwicklung urdeutscher Kinder und Jugendlicher nachzeichnet, versucht sie dem sofortigem Vorwurf von Migrantenfeindlichkeit zu entgehen. Dieser Vorwurf könnte sich einstellen, wenn nach dem Kapitel über „Die Gewaltdelikte der „Rechten“ und Linken“ im 4. Kapitel „Die Intensivtäter – und Jugendliche die es werden“ geschildert werden. Und das sind nach den verschiedenen Kriminalstatistiken ganz überwiegend Jugendliche und Kinder mit speziellem Migrationshintergrund, nämlich „arabischer“ Herkunft – überwiegend aus dem Libanon – und mit türkischen Wurzeln, die „Yilmaz, Husseins und Kaans“.

Nach einer Zwischenbilanz (S. 100/101), werden in einem umfangreichen Kapitel die Rollen und die Möglichkeiten der Schulen, der Jugendämter und der Polizei erörtert, in einer sehr kritischen Bewertung auch die Umsetzung von richterlichen Weisungen und Anti-Gewalt-Maßnahmen bei freien Trägern und Projekten.

Einer Übersicht über ausländische Erfahrungen zur Entwicklung und im Umgang mit jugendlichen Gewalttätern an den Beispielen von Oslo, Glasgow, London und Rotterdam folgt die Darstellung von Versuchen zu effektiverer Prävention im Rahmen des „Neuköllner-Mo-

dells“ und durch die „Task-Force Okerstraße“. Kernelement des Neuköllner Modells ist das Bemühen, durch eine Straffung und Beschleunigung der Verfahrensabläufe zum Einen die jugendlichen Straftäter mit den Sanktionen und Maßnahmen noch dann zu erreichen, wenn die Taten präsent sind und nicht bereits in der Täterwahrnehmung längst der Vergangenheit angehören. Zum Anderen soll durch die raschere Verfolgung auch den Opfern Gerechtigkeit widerfahren.

Der Blick auf die Opfer ist neben der immer wieder gestellten Frage, wie eine effektivere Prävention möglich ist, ein Kernpunkt dieses Buches. Exemplarisch dafür stehen die Aussagen „Opferschutz vor Täterschutz“ und „Opferschutz vor Datenschutz“.

Auf den Seiten 196 bis 202 fasst die Autorin noch einmal ihre Erkenntnisse aus ihrer vieljährigen Tätigkeit als Jugendrichterin in Empfehlungen zusammen.

Vor dem Dank an all Diejenigen, die sie bei der Erstellung dieses Buches unterstützt haben, gibt sie auf S. 203 noch „Etwas Persönliches zu guter Letzt“ von sich preis. Sie verweist auf ihr Glück, durch ihr Geburtsjahr 1961 in einer Zeit von Frieden, Freiheit und Gleichheit aufgewachsen zu sein mit der Möglichkeit, unbehelligt von äußeren Einflüssen und gesellschaftlichen Zwängen schulisch, beruflich und privat eigene Entscheidungen zu treffen.

In dem Buch und auch in diesen persönlichen Anmerkungen zeichnet sich nicht ab, was die Autorin dazu gebracht hat, kurz vor dem Erscheinen des Buches aus dem Leben zu scheiden.

Es ist schade, dass es uns nicht mehr möglich ist, dieses Buch, das sicher auch Kontroversen auslösen wird, mit der Autorin zu diskutieren. Eine solche Diskussion würde sich auch für uns Kinder- und Jugendpsychiater lohnen, weshalb ich die Lektüre dieses Buch noch einmal allen ans Herz legen. Mein Rezensionsexemplar wird ab heute in der Patientenbibliothek stehen.

Christian K. D. Moik, Aachen

Internet-Tipp

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen-Anhalt zu Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation

www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=24329

Die 2. Auflage des Leitfadens zur Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung steht kostenlos als Volltext (aufgeteilt in mehrere Kapitel) online zur Verfügung. Er entstand in Kooperation vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt und der Techniker Krankenkasse Sachsen-Anhalt. Sein Ziel ist es, Ärztinnen und Ärzten Unterstützung beim möglichst frühzeitigen Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche zu geben und die Kontaktaufnahme zu anderen Hilfeeinrichtungen zu erleichtern.

Im Kapitel „Grundlagen für das Fallmanagement in der Arztpraxis“ finden sich Definitionen und Klassifikationen zu direkter Gewalt/Misshandlung (körperliche Gewalt, seelische/emotionale Gewalt, Vernachlässigung, sexuelle Gewalt), indirekter Gewalt/häuslicher Gewalt, sowie Ausführungen zu Auswirkungen von Gewalt und Gewalt begünstigenden Faktoren. Es folgen Abschnitte zu Häufigkeiten, Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis (rechtliche Rahmenbedingungen, Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung, Konsequenzen für die ärztliche Praxis), Diagnostik und Befunderhebung (körperliche Misshandlung, seelische/emotionale Gewalt, sexueller Missbrauch, Beobachtungen bei Eltern und Begleitpersonen, Bewertung der Anamnese und der Befunde), sowie Fallmanagement (Ziele, Aufgaben und Voraussetzungen, Erst- und Wiederholungsuntersuchungen, Umgang mit betroffenen Kindern und Eltern, Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind). Weitere Themen dieses Kapitels sind „Wenn ein Kind verstorben ist“ und „Feedback“.

Das Kapitel „Dokumentationshilfen“ ist untergliedert in „Schätzung des Wundalters“ (Hautabschürfung mit Blutung und Heilung unter dem Schorf, kleinere Schnitt- oder Risswunden mit primärer Heilung, Kanüleneinstich-

verletzungen, Hautwunden mit Sekundärheilung, Hautunterblutungen, Unterblutungen der Augenlider, Heilung von Knochenbrüchen), „Dokumentation bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung“ und „Dokumentation bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch“.

Der Serviceteil beinhaltet allgemeine Beschreibungen der Hilfeangebote sowie ein Verzeichnis der regionalen und überregionalen Hilfeangebote einschließlich der Hilfeangebote im Internet.

Im Anhang finden sich Fotos mit Beispielen körperlicher Misshandlung sowie ein Literaturverzeichnis, auch zu weiterführender Literatur.

Dieser 120seitige Leitfaden stellt eine gute Einführung und lesenswerte Zusammenfassung des Themas dar, ersetzt jedoch nicht ein umfassendes Kompendium.

Der entsprechende Leitfaden für Schule und Kindergarten mit 140 Seiten ist in der 2. überarbeiteten Auflage 2010 unter www.sachsen-anhalt.de/LPSA/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Kinder_und_Jugendliche/Kinderschutz/leitfaden_gesamdatei.pdf online.

Ingo Spitzok von Brisinski, Viersen

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, BKJPP-Geschäftsstelle c/o Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - 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 Kopierversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

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



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

bkjpp

Jahrestagung des BKJPP

TherapieKulturen –
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Europa

BOCHUM

RUHR.2010 Kulturhauptstadt Europas
RuhrCongress Bochum

11.–13. November 2010

Information/Anmeldung

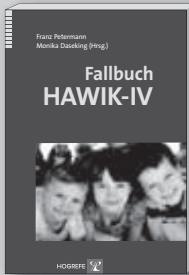
CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH
Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin

Tel.: +49 (0)30 85 99 62-24

Fax: +49 (0)30 85 07 98 26

E-Mail: bkjpp@ctw-congress.de

www.ctw-congress.de/bkjpp



Franz Petermann
Monika Daseking (Hrsg.)

Fallbuch HAWIK-IV

2009, 234 Seiten,
€ 29,95 / sFr. 49,90
ISBN 978-3-8017-2199-2

Die Wechsler-Skalen gehören zu den international am weitesten verbreiteten und akzeptierten Intelligenztests. Das Buch veranschaulicht mit 24 Fallbeispielen die Vielfalt der Einsatzgebiete des HAWIK-IV bei Kindern und Jugendlichen im Alter von sieben bis knapp 17 Jahren. Die Profilinterpretationen beziehen sich auf Lernstörungen, neurologische und psychiatrische Störungen sowie die Anwendung des HAWIK-IV im Bereich der Hochbegabung, der Lernbehinderung und der Intelligenzminderung. Testanwender erhalten in diesem Band praxisorientierte Hilfen für die Auswertung und Interpretation von HAWIK-IV-Testergebnissen, um so die Interpretationsmöglichkeiten der Testprofile besser ausschöpfen zu können.



Waldemar von Suchodoletz
(Hrsg.)

Therapie von Entwicklungs- störungen

Was wirkt wirklich?

2010, VIII/288 Seiten,
€ 34,95 / sFr. 59,-
ISBN 978-3-8017-2138-1

Das Buch informiert kompakt und fundiert über Förder- und Therapiemöglichkeiten. Hilfen für Kinder mit motorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen, mit Sprachentwicklungs-, Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwächen, mit emotionalen, hyperkinetischen, sozialen oder autistischen Störungen werden beschrieben. Außerdem wird ein Überblick über alternative Therapieangebote gegeben. Das Buch macht die Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten deutlich und geht darauf ein, welche Behandlungsangebote auf ihre Wirksamkeit hin überprüft wurden und welcher Nutzen für die Kinder zu erwarten ist.



Klaus Sarimski

Frühförderung behinderter Kleinkinder

Grundlagen, Diagnostik
und Intervention

2009, 242 Seiten,
€ 29,95 / sFr. 49,90
ISBN 978-3-8017-2079-7

In diesem Buch wird ein Überblick über entwicklungsbezogenes, störungsspezifisches und interventionsorientiertes Wissen gegeben, das für die Frühförderung von behinderten Kleinkindern in den ersten drei Lebensjahren von Bedeutung ist. Der Autor stellt die Ursachen von biologischen und sozialen Entwicklungsstörungen dar und setzt Ergebnisse aus der Forschung in Empfehlungen für die Diagnostik, Interventionsgestaltung und Familienberatung um.



Klaus Sarimski
Hans-Christoph Steinhausen

KIDS 2 – Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung

(Reihe: »KIDS Kinder-Diagnostik-System«, Band 2)

2007, 186 Seiten, Großformat,
€ 69,95 / sFr. 110,-
ISBN 978-3-8017-1945-6

KIDS 2 dient der Diagnostik von geistigen Behinderungen und schweren Entwicklungsstörungen. Dargestellt werden Verfahren zur Beurteilung von kognitiven Funktionen, Sprache und Kommunikationsfähigkeit, adaptiven Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten, autistischen Verhaltensmerkmalen und familiären Belastungen und Bedürfnissen sowie ein Leitfadens zur Verhaltensanalyse.

HOGREFE



Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Rohnsweg 25 · 37085 Göttingen · Tel.: (0551) 49609-0 · Fax: -88
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

Ich suche für meine seit 1994 bestens eingeführte, überdurchschnittlich große Einzelpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (www.praxis-zimmermann.net) in Essen, einen Facharzt/Fachärztin (gern ca. 40-jährig) derselben Fachrichtung zur Anstellung. Gern auch Teilzeit (Zeitpunkt variabel) und evtl. späteren Entwicklung einer Partnerschaft.

Merkmale:

- Vielfältiges Untersuchungs- und Behandlungsspektrum
- Ermächtigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung (fünf nichtärztliche Therapiefunktionen)
- Richtlinienpsychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, tiefenpsychologisch fundiert
- Psychosomatik
- Psychotraumatologie
- gutachterliche Tätigkeit für verschiedene Gerichte
- Kooperation mit psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten
- Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Nordrhein

Es arbeiten derzeit auf der ärztlichen Ebene zwei angestellte Fachärztinnen mit mir zusammen. Meinerseits besteht großes Interesse an der Entwicklung der Praxisübergabe in etwa zehn Jahren.

Kontakt

Praxis Dr. med. Brigitte Zimmermann
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Ärztliche Psychotherapeutin
Moltkestr. 29, Villa Koppers, 45 138 Essen
Tel.: 02 01 / 79 49 80, Fax: 02 01 / 79 65 85
info@praxis-zimmermann.net, www.praxis-zimmermann.net

WIR EXPANDIEREN!

Große Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis mit Sozialpsychiatrie sucht zur Sicherstellung der Behandlung vieler Patienten dringend einen

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
(angestellt, ggf. später Gemeinschaftspraxis)

Wir sind ein großes, dynamisches und offenes Team, das sich über den Praxisalltag hinaus engagiert. Wir bieten die gesamte Palette kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und nahezu alle therapeutischen Verfahren an. Wir kooperieren mit der Universität Oldenburg und verschiedenen Jugendhilfe-institutionen, entwickeln Angebote für Gehörlose, Adipositasgruppen etc. und suchen deshalb eine(n) teamfähige(n) Ärztin/Arzt, die/der an der spannenden Weiterentwicklung der Praxis mit einer Reihe von ausbaufähigen Projekten interessiert ist.

Kontakt

Gemeinschaftspraxis Dr. Prahm und Dr. Koppe
Anfragen bitte an Dr. Koppe, Telefon: 04 41 / 9 99 11 00



Die **Park-Krankenhaus Leipzig GmbH**, eine Tochtergesellschaft der RHÖN-KLINIKUM AG, ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 600 im Krankenhausplan des Freistaates Sachsen ausgewiesenen voll- und teilstationären Betten/Plätzen.

Unser Krankenhaus ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig in den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Anästhesie und Intensivmedizin. Im Zentrum für Gefäßmedizin, im Bauch- und Thoraxzentrum, im Orthopädisch-Traumatologischen Zentrum und im Darmzentrum arbeiten verschiedene Fachgebiete interdisziplinär zusammen.

In unserer **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie** haben wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt folgende Positionen zu besetzen:

FACHÄRZTIN/-ARZT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

und

ASSISTENZÄRZTIN/-ARZT IN WEITERBILDUNG IM GEBIET KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verfügt über 65 vollstationäre Behandlungsplätze mit den Schwerpunkten Kinderpsychotherapie, Kinderpsychiatrie, Jugendpsychiatrie, Jugendpsychotherapie und Therapie abhängigkeitserkrankter Kinder und Jugendlicher, einer Tagesklinik mit 22 Behandlungsplätzen, drei Satellitentageskliniken mit jeweils 6 Behandlungsplätzen sowie Institutsambulanzen mit Spezialsprechstunden. Die therapeutische Arbeit findet in multiprofessionellen Teams statt. Innovative Projekte sind: Traumatherapie, Behandlung von Abhängigkeitserkrankten, Qualitätsmanagement, Aufbau komplementärer vernetzter Einrichtungen, Behandlung früher Interaktionsstörungen.

Wir erwarten Engagement für die psychischen und sozialen Probleme unserer Patienten und ihrer Familien. Persönliche Aufgeschlossenheit, Motivation, Team- und Kommunikationsfähigkeit setzen wir voraus. Weiterhin haben Sie Interesse an einer psychodynamisch systemischen Sichtweise seelischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht entsprechend unseres Haustarifvertrages. Daneben bieten wir Ihnen die Beteiligung am Unternehmensergebnis sowie ein attraktives Alterssicherungssystem. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir Ihnen gerne behilflich.

Für nähere Auskünfte steht Ihnen der Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Herr Dr. med. E. Thoms, gerne unter Tel. 0341/864-1250 zur Verfügung.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an die:

Park-Krankenhaus Leipzig GmbH, Strümpellstr. 41, 04289 Leipzig
Tel. 0341/864-2130, www.parkkrankenhaus-leipzig.de



**Park-Krankenhaus
Leipzig**



RHÖN-KLINIKUM AG

Sozialpsychiatrisches Zentrum für Kinder und Jugendliche

Wir stellen zum nächstmöglichen Termin eine/-n Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie wahlweise in Teilzeit oder in Vollzeit ein. Das Zentrum bietet eine anspruchsvolle Arbeit, flexible Arbeitszeiten und eine Vergütung nach TvöD an. Unser junges Team besteht aus 24 psychologischen und pädagogischen Mitarbeitern und 3 Fachärzten. Wir erwarten von Ihnen berufliche Erfahrung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, selbständiges Arbeiten und Teamgeist.

Für nähere Informationen besuchen Sie bitte unsere Homepage:

www.kijupsy-zentrum-frankfurt.de
oder rufen Sie uns unter 0 69 / 97 78 77 70 an.

**Arbeitsgemeinschaft für die Anwendung
der Psychoanalyse in Gruppen e.V. Göttingen**

bietet Fort- und Weiterbildungen in Gruppentherapie:

1. Seminar in Psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie vom 30.11. bis 04.12.2010 in Tiefenbrunn
2. Seminar in psychoanalytischer und psychoanalytisch orientierter Gruppentherapie vom 07.02.–12.02.2011 in Tiefenbrunn
3. Ausbildung in psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie für Jugendliche und junge Erwachsene (einschließlich Selbsterfahrung für Facharztweiterbildung)
Leiter: Dr. med. C. Möller, Chefarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hannover;
Ort: Hannover; Beginn: Herbst 2010

Anmeldung

Arbeitsgemeinschaft
z. Hd. Frau Launhardt
Wilhelm Weber-Str. 24, 37073 Göttingen
Tel.: 05 51 / 48 60 22
www.psychoanalyse-in-gruppen.de

Diplom-Psychologe/-in

für Kinder- und Jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Praxis zur Verstärkung unseres multiprofessionellen Teams baldmöglichst gesucht.

Schriftl. Bewerbungen an:

Praxis
Dr. med. T. Nissen
Berliner Promenade 7
66111 Saarbrücken
www.praxis-nissen.de

Zur Vervollständigung unseres Teams
suchen wir händeringend nach einem/r
Kinder- u. Jugendpsychiater/in
und/oder einem/r
**Kinder- u.
Jugendpsychotherapeuten/in.**

Wir sind ein **Therapeutisches Zentrum für
Kinder- und Jugendmedizin** im Süddeutschen Raum
am Autobahnkreuz Feuchtwangen/Crailsheim A6/A7
in landschaftlich reizvoller Lage gelegen.

Unsere Schwerpunkte sind
**Neuropädiatrie, Kinder- und Jugendrheumatologie,
Psychosomatische Grundversorgung.**

Unser Zentrum verfügt über eigenständige Praxen für
Kinderphysiotherapie, Logopädie und Ergotherapie.

Weitere Informationen erhalten Sie unter
www.med-gersmuehle.de



MEDGERSMÜHLE

Therapeutisches Zentrum für
Kinder- und Jugendmedizin Gersbach

Gersbach 1/1,
74589 Satteldorf-Ellrichshausen
Fon 0 79 50 - 28 36 Fax - 29 28
www.med-gersmuehle.de

Kinder- und Jugendpsychiater/-in zur Bildung einer Praxisgemeinschaft

Für meine gut eingeführte kinder- und jugendpsychiatrische Praxis (ohne SPV) mit guter örtlicher Vernetzung und hohem Psychotherapieanteil suche ich eine oder einen Kinder- und Jugendpsychiater/-in zur Bildung einer Praxisgemeinschaft.

Kontakt (bitte per Post oder E-Mail):

Dr. Hedwig Außendorf
Bahnhofstr. 28, 44575 Castrop-Rauxel
E-Mail: dr.aussendorf@t-online.de



Das CHNP Ettelbrück (Luxemburg) sucht für seine Jugendabteilung zum nächstmöglichen Zeitpunkt

1 Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie Vollzeit und unbefristet

Die Jugendabteilung (Unité Adolescents) wurde 2006 eröffnet und umfasst neben ambulanten Aktivitäten derzeit eine geschlossene Station für 12–18 Jahre alte Jugendliche, die unter einer psychischen Erkrankung mit Selbst- oder Fremdgefährdung leiden.

Ihr Aufgabengebiet:

- ❖ Medizinische Verantwortlichkeit und Koordination der Behandlungs-, Rehabilitations- und Reintegrationsmaßnahmen im multidisziplinären Team der geschlossenen Station
- ❖ Durchführung von Diagnostik, Einzel- und Familientherapie und ggfs. medikamentöser Behandlung der stationären Patienten; Mitwirkung an der Vor- und Nachsorge
- ❖ Teilnahme an der ärztlichen Rufbereitschaft (etwa 8 Dienste pro Quartal)

Ihr Profil:

- ❖ Sie besitzen die Facharztanerkennung und die Voraussetzungen für die Berufserlaubnis in Luxemburg
- ❖ Sie verfügen über zusätzliche therapeutische Qualifikationen (z. B. in systemischer Therapie oder Traumatherapie)
- ❖ Sie haben Erfahrungen in der Arbeit mit Diagnosespektrum der Störung des Sozialverhaltens bei Jugendlichen
- ❖ Sie beherrschen die in Luxemburg üblichen Sprachen (französisch, deutsch, luxemburgisch) oder Sie verpflichten sich diese zu erlernen

Unser Angebot:

- ❖ Eine anspruchsvolle Tätigkeit in einem multikulturellen und multidisziplinären Rahmen
- ❖ Mitwirkung an Aufbau und Weiterentwicklung von Abteilung und Klinik
- ❖ Eine attraktive Vergütung

Falls Sie Fragen haben sollten oder für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an Dr. Jo Joosten, General- und Medizinischer Direktor, Telefonnummer (+ 3 52) 26 82 26 24, oder Dr. Thomas Karst, Leiter des Bereiches Jugendpsychiatrie, Telefonnummer (+ 3 52) 26 82 20 73, oder an Frau Arantxa Miralles, Direktionsbeauftragte für Personalwesen, Telefonnummer (+ 3 52) 26 82 26 36.

Weitere Informationen über das CHNP finden Sie auf unserer Internetseite www.chnp.lu. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung (*Curriculum vitae* und Bewerbungsschreiben) per Post an:

Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique

Personalbüro
Postfach 111, L-9002 Ettelbrück
oder per E-Mail an drh@chnp.lu



Das St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH verfügt über insgesamt 220 Betten/Plätze. Gesellschafter ist der Orden der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul, Freiburg.

Für die **Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Assistenzärztin/-arzt

sowie eine/einen

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-en

oder eine/einen

Psychologische/-n Psychotherapeutin/-en Assistenzärztin/-arzt

Unsere kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Abteilung verfügt über zwei Stationen mit jeweils zehn Betten sowie eine Tagesklinik mit 12 Plätzen in zwei Gruppen. Weiterhin verfügt die Abteilung über eine Psychiatrische Institutsambulanz sowie eine Ermächtigungs- und Privatambulanz des Leitenden Arztes.

Gewünscht wird

- für die Assistenzarztstelle Berufseinstieg oder bereits Erfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- für die Psychotherapeutenstelle Berufserfahrung im Kinder- und Jugendbereich, eine abgeschlossene oder fortgeschrittene Psychotherapieausbildung (verhaltenstherapeutische und/oder systemische Ausrichtung) bzw. Approbation
- Interesse an einem breiten Spektrum differenzierter Diagnostik und therapeutischer Methoden
- Engagement beim weiteren Ausbau der Abteilung
- Freude an der Vernetzung und Beratung von niedergelassenen Kollegen/-innen und externen Institutionen

Wir bieten

- Freude an der Arbeit in einem dynamischen, engagierten und sympathischen jungen Team
- strukturiertes Weiterbildungsangebot
- geregelte Arbeitszeit
- perspektivenreiche und dynamische Entwicklung der Abteilung

Die Vergütung sowie die übrigen Sozialleistungen (einschließlich der betrieblichen Altersversorgung) orientieren sich an dem AVR mit einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von derzeit 39 Stunden.

Wenn wir Ihr Interesse wecken konnten, freuen wir uns auf Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen. Bitte schicken Sie diese an:

Herrn Andreas Heuser
Verwaltungsleiter
St. Elisabethen-Krankenhaus gGmbH
Feldbergstr. 15, 79539 Lörrach

Für Vorinformationen steht Ihnen Herr Dr. Clemens Keutler, Leitender Arzt der Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Tel. 07621-171-4802), gerne zur Verfügung.

St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach • St. Josefskrankenhaus Freiburg
Loretto-Krankenhaus Freiburg • St. Elisabeth-Krankenhaus Freiburg
Bruder-Klaus-Krankenhaus Waldkirch • Hospiz Karl Josef Freiburg • Kreiskrankenhaus Emmendingen



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

bkjpp

Jahrestagung des BKJPP

TherapieKulturen –
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Europa

BOCHUM

RUHR.2010 Kulturhauptstadt Europas
RuhrCongress Bochum

11.–13. November 2010

Information/Anmeldung

CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH
Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin

Tel.: +49 (0)30 85 99 62-24

Fax: +49 (0)30 85 07 98 26

E-Mail: bkjpp@ctw-congress.de

www.ctw-congress.de/bkjpp

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „weiße Seiten“

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

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, 41749 Viersen
Tel.: 0 21 62 / 96 31, Fax: 0 21 62 / 96 50 38, E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion „gelbe Seiten“

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Ute Müller

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP
Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 8 97 37 97 40, Fax: 0 30 / 83 22 48 96, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte, BLZ: 422 600 01, Kto.-Nr.: 164 164 300

Druck

Meta Druck, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 89 73 79 74-0, Fax: 0 30 / 83 22 48 96, E-Mail: mail@bkjpp.de

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich
Preis des Einzelheftes: 13,- € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 44,- € (einschließlich Postversand)
Der Bezugspreis des Forums ist im Jahresbeitrag der Mitglieder des BKJPP enthalten.

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

Preis des Einzelheftes: 11,- € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 33,- € (einschließlich Postversand)

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