



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

21. Jahrgang | Heft 2/2011

*Offizielles 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: Therapie, Beratung, Coaching <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
Frühdiagnostik und Intervention bei psychosomatischen Beschwerden <i>Michael Simons</i>	7
Zur Wirksamkeit von Tiertherapie bei Kindern: Die Anwesenheit eines Therapiehund hat keinen signifikanten Einfluss auf die initiale Therapieerwartung <i>Thomas Rellum, Maïke Pellarin und Jochen Gehrman</i>	16
Multifamilientherapie in der Tagesklinik – dargestellt am Beispiel der Villa Paletti Flensburg <i>Heinz Georg Löffler</i>	24
Das Vorgespräch für eine elektive kinder- und jugendpsychiatrische stationäre Klinikaufnahme <i>Ulrich Rùth</i>	38
<i>Zur Diskussion gestellt:</i> Die Zukunft des Asperger-Syndroms – Wird diese Diagnose wieder gestrichen? <i>Claus Lechmann</i>	51
<i>Nachruf</i> Heinz-Dieter Jung	58
<i>Nachruf</i> Bruno Paul	59
<i>Ausschreibung</i> des Förderpreises der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	60
<i>Tagungsbericht</i> „Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Wissen – Mythen – Perspektiven“ in Aachen am 9. April 2011	62
<i>Buchrezensionen</i>	
SYMPATHische Psychiatrie	64
Familien-Stärken	65
Kinderschutz	67
<i>Hinweise für Autoren</i>	69

Editorial: **Therapie, Beratung, Coaching**

Manche Psychotherapeuten verwenden für Teilbereiche ihrer beruflichen Tätigkeit gern auch die Begriffe „Beratung“ oder, in den letzten Jahren, auch „Coaching“. Andere Psychotherapeuten dagegen bemühen sich eher um Abgrenzung dieser Begriffe von der Psychotherapie. Was sind eigentlich die Unterschiede und was ist den drei Tätigkeiten gemeinsam?

Der Begriff „Coach“ stammt aus dem Englischen und bedeutet je nach Kontext Trainer, Nachhilfelehrer, Kutsche, im britischen Englisch auch Reisebus oder Eisenbahnwagen, im amerikanischen Englisch auch Economyklasse im Luftreiseverkehr (Das große Oxford Wörterbuch 2003). „Coaching“ bedeutet demselben Wörterbuch nach Training, Schulung, Nachhilfe.

Coaching ist mittlerweile ein weitverbreiteter Begriff und wird von vielen Berufsgruppen in Anspruch genommen, u. a. von Führungskräften, Trainern und Therapeuten. Bemüht man sich um Abgrenzung von Beratung und Psychotherapie, besteht u. a. die Möglichkeit, die Definitionen von Coaching-Fachverbänden heranzuziehen:

So definiert beispielsweise die European Coaching Association e.V. (ECA) die Tätigkeit folgendermaßen: „Professionelles Coaching ist potential-, lösungs- und zielorientierte, gleichberechtigte, autonome und partnerschaftliche Beratung und Begleitung von Klientinnen und Klienten unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen und Fähigkeiten. Die Klientel vereinbart die Verwirklichung der beruflichen und persönlichen Coaching-Ziele. Das Vorgehen hierbei ist kundenorientiert. Der zeitliche Verlauf der Coaching-Ziele wird individuell abgestimmt. Es wird ein Coaching-Auftrag (Coaching-Ziele) zwischen Klientel und Coach sowie ein Stunden-, bzw. Tageshonorar inkl. oder zzgl. Spesen schriftlich oder mündlich vereinbart“ (www.european-coaching-association.de). Die Abgrenzung zwischen Coaching und Beratung könnte hiernach sein, dass es sich beim Coaching um eine bestimmte Art von Beratung handelt, die einerseits „partnerschaftlich“ erfolgt, andererseits „kundenorientiert“ und

gegen Honorar, das zwischen Kunde und Coach vereinbart wird. Mit Psychotherapie gibt es der o. g. Definition nach je nach Psychotherapieschule und Setting ebenfalls Überschneidungen, insbesondere zur Systemischen Therapie erscheint die Nähe in vielerlei Hinsicht groß. Die Deutsche Gesellschaft für Coaching e.V. (DGfC) führt dazu ausdrücklich in ihrer Definition aus, dass Coaching systemisch orientiert ist (www.coaching-dgfc.de/cgi-bin/portal/portal.pl?level=root&pmenu_id=1), während die Deutsche Coaching Gesellschaft e.V. (DCG) ausführt, dass Coaching ein personenzentrierter Beratungsprozess ist (www.decg.de/ueber-uns/definition-coaching).

Der Deutsche Bundesverband Coaching e.V. (DBVC) fokussiert auf Business Coaching und Leadership, so dass bei ihm die Abgrenzung zu Psychotherapie und anderen Formen der Beratung präziser bzw. konkreter gerät: „Im Gegensatz zur Psychotherapie, richtet sich Coaching an ‚gesunde‘ Personen und widmet sich vorwiegend den Problemen, die aus der Berufsrolle heraus entstehen, die ohne entsprechendes Fachwissen des Coaches nicht bearbeitet werden können. Psychische Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen oder andere Beeinträchtigungen der Selbststeuerungsfähigkeit gehören ausschließlich in das Aufgabenfeld entsprechend ausgebildeter Psychotherapeuten, Ärzte und medizinischer Einrichtungen“ und „Der Coach kann keinen Fachberater (z.B. Unternehmensberater, IT-Berater, Arbeitsmediziner, Rechtsanwalt usw.) ersetzen. Dennoch wird der Coach häufig auch als fachlicher Ansprechpartner bei bestimmten Anliegen gesehen und um Ratschlag oder eine persönliche Stellungnahme gebeten. Sofern dies für den Beratungsprozess sinnvoll ist und der Coach über die entsprechende fachliche Kompetenz verfügt, kann dies ein Teil von Coaching-Prozessen sein“. Auch eine Abgrenzung des Coachings von Training wird hier geboten: „Training dient dem gezielten Aufbau bestimmter Verhaltensweisen, d.h. es steht meist das Erlernen eines ‚idealen‘ Ablaufmusters im Vordergrund. Die individuellen Bedürfnisse des Klienten sind dabei zwar maßgeblich, aber den Schwerpunkt bilden die Trainingsinhalte (z.B. bei Verkaufstrainings, Moderationstrainings, Rhetoriktrainings uvm.). Training kann als Maßnahme im Coaching eingesetzt werden, z.B. um Verhaltensdefizite zu korrigieren. Das Coaching bietet dann den Anlass und den Rahmen, spezielle Fertigkeiten aufzubauen bzw. zu verbessern“ (www.dbvc.de/cms/index.php?id=361).

Das Wort „*Therapie*“ heißt bei Übersetzung aus dem Neugriechischen „Behandlung“, bei Übersetzung aus dem Altgriechischen „Dienen“, „Hochachtung gegenüber Eltern bzw. höher Gestellten“. Der Begriff bezeichnet in der

Medizin Behandlung von Krankheiten und Verletzungen, in anderen Arbeitskontexten auch von Problemen, die nicht immer einer Störung von Krankheitswert zugeordnet werden. Interessanterweise empfindet Johannes Vesper (2011) den Begriff „Behandler“ als diskriminierend. Er begründet dies damit, dass der Begriff ursprünglich um 1900 in die deutsche Sozialgesetzgebung eingeführt wurde zur Bezeichnung nicht ärztlich approbierter Therapeuten, wie Heilpraktiker oder Kurpfuscher. Mit der IV. Verordnung vom 25. Juli 1938 wurde den jüdischen Ärzten zum „Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ die ärztliche Approbation zum 30. September 1938 entzogen. Von den damals tätigen jüdischen Ärzten durften 709 weiter tätig sein, aber nur mit einer widerruflichen Genehmigung zur Behandlung eigener Familienangehöriger und Juden. Diese jüdischen Ärzte ohne Approbation durften sich nicht mehr Arzt nennen, sondern mussten die Bezeichnung „Krankenbehandler“ führen. Nach 1945 wurde der Begriff zunächst benutzt, um Psychologische Psychotherapeuten, dann aber auch Vertreter alternativer Heilmethoden in Abgrenzung zu Ärzten zu bezeichnen. Seit den 1980er Jahren wird der Begriff „Behandler“ wieder zur Bezeichnung von Ärztinnen und Ärzten benutzt. Der deutsche Philosoph Hans Blumenberg widmete dem „Krankenbehandler“ in seiner Serie in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ ein eigenes Kapitel und wies dort auf die infame Übertragung von „Manipulieren“ in die deutsche Sprache hin („manipulieren“ = „behandeln“). Dem Behandler, also demjenigen, der manipuliert, sei schon dank dieser Bezeichnung alles zuzutrauen.

Ziel des Therapeuten ist Heilung bzw. Beschleunigung der Heilung, Beseitigung oder Linderung von Symptomen bzw. Wiederherstellung körperlicher und psychischer Funktionen und/oder Reorganisation des Selbstkonzepts.

Psychotherapie ist ein zumindest teilweise bewusster und geplanter interaktioneller Prozess, innerhalb dessen psychisch oder psychosomatisch bedingte Krankheiten, Leidenszustände und/oder Verhaltensstörungen mittels verbaler und/oder nonverbaler Kommunikation in Richtung auf ein definiertes, möglichst gemeinsam erarbeitetes Ziel behandelt werden (Strotzka 1978).

Unterschiede zwischen Therapie und Beratung ergeben sich aus Kontext und Zielsetzung. Während in der Therapie die Behandlung einer Störung im Fokus steht, geht es in der Beratung eher um Vermittlung von Wissen. Beratung betont Problemlösungen, Psychotherapie die Gestaltung der Beziehung und die Erforschung des Selbst (was aber z. B. für Lösungsorientierte Therapie

nur bedingt zutrifft, vgl. Steve deShazer, 2004). Dauer, Ausmaß der Vertiefung oder thematische Begrenzung sind ebenfalls Unterscheidungskriterien, die nicht für alle Therapieschulen gelten. Die Grenzen zwischen Therapie und Beratung können fließend sein. So meint Haja Molter (1999): „Ich teile mit vielen Kolleginnen und Kollegen die Überzeugung, daß es nützlich sein kann, Ressourcen, die von außen kommen, an Klientensysteme heran zu tragen. Ich habe kein Problem damit, wenn mich jemand fragt, wo bitte geht's zum Bahnhof, ihm einen Stadtplan oder eine genaue Wegbeschreibung zu geben. Denn wir können nicht immer davon ausgehen, daß Klienten oder Hilfesysteme über genügend Ressourcen verfügen“ sowie (2005): „Lösungen können auch Verordnungen oder Verschreibungen sein, diese können auch als Optionen angeboten werden. Es könnte ja sein, dass es unter Millionen von Kunden auch einige gibt, die nicht kundig sind und Therapie aufsuchen, weil sie sich kundig machen wollen“.

Möglicherweise bietet die Psychotherapie mittlerweile ein breiteres Spektrum an *Settings* bzw. *Teilnehmerkreisen* als Beratung und Coaching: Mit einem oder zwei Therapeuten wird sie als Einzeltherapie (Boscolo & Bertrando 2000), Gruppentherapie (Molter & Hargens 2006, Vogt & Caby 2010), Familientherapie, Mehrfamilientherapie (Asen & Scholz 2009) oder Therapie mit größeren Systemen (Imber-Black 2006) durchgeführt. Weitere Personen auf der Behandlerseite können beim Reflektierenden Team (Andersen 1996) beteiligt sein. Im Rahmen systemischer stationärer Behandlung besteht die therapeutische Gemeinschaft (Rotthaus 1990) sowohl aus Professionellen (Ärzte, Psychologen, Pflege- und Erziehungskräfte, Fachtherapeuten, Sozialarbeiter, usw.) als auch der Gruppe der Mitpatienten, die sich gegenseitig in ihrem Therapieprozess unterstützen (Milieuthherapie).

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

- Andersen, T. (Hg.) (1996) Das reflektierende Team: Dialoge und Dialoge über Dialoge. 4. Aufl., Dortmund: Verlag modernes lernen
- Asen, E.; Scholz, M. (2009) Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Boscolo, L.; Bertrando, P. (2000) Systemische Einzeltherapie. 2. korr. Aufl. 2000. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

- De Shazer, S.* (2004) *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie.* 8. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Imber-Black, E.* (2006) *Familien und größere Systeme. Im Gestrüpp der Institutionen.* 5. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Molter, H.* (1999): *Weise in Beziehungen oder „Beziehungswaisen“.* Systemische Therapeutinnen und Therapeuten im Spannungsfeld von Neutralität und Affekt. *systema* 13(1): 41-49.
- Molter, H.* (2005): *Verordnen, Lösungsorientierung und Kundendienst.* In: Spitzcok von Brisinski, I.: *Systemisches Gedankenregister.* www.systemisch.net/gedankenregister/verordnen.htm
- Molter, H.; Hargens, J.* (2006): *Ich, du, wir und wer sonst noch dazugehört. Systemisches Arbeiten mit und in Gruppen.* 2. Aufl. Dortmund: borgmann publishing.
- Nemetschek, P.* (2006): *Systemische Familientherapie. Lebensfluß-Modelle und analoge Methoden für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rotthaus, W.* (1990): *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Dortmund: modernes lernen.
- Strotzka, H.* (1978): *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen.* 2. überarb. u. erw. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Vesper, J.* (2011) „Behandler“: Der Begriff gehört ad acta. *Dtsch Arztebl* 2011; 108(18): A-989 / B-817 / C-817
- Vogt, M.; Caby, F.* [Hg.] (2010): *Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen.* 2. verb. Aufl. Dortmund: borgmann publishing

Frühdiagnostik und Intervention bei psychosomatischen Beschwerden

Michael Simons

Einleitung

Auf den ersten Blick scheint es, als könnten wir psychische und organische Erkrankungen sauber voneinander unterscheiden. Bei näherer Betrachtung verschwimmen die Unterschiede. Viele „psychische“ Störungen gehen mit schweren körperlichen Symptomen einher: Bei Ess- und Ausscheidungsstörungen ist dies offensichtlich, aber auch Depressive zeigen körperliche Beschwerden (Müdigkeit, Mattheit, Schlafprobleme usw.). Angststörungen äußern sich in Bauch- und Kopfschmerzen, Atemnot, Schweißausbrüchen; die Emetophobie beschreibt die Angst, erbrechen zu müssen. Patienten mit Waschzwang klagen häufig über trockene, gerötete und rissige Haut und werden mit diesen Problemen nicht selten zunächst beim Dermatologen vorstellig (Fineberg et al., 2003), ebenso wie Patienten mit Trichotillomanie. Essen diese Patienten ihre Haare auch noch (Trichophagie), kann es zum Ileus kommen.

Psychosomatik und Stigma

Typischer Dialog in der Sprechstunde: „Herr Doktor, die Ärzte sagen, die Bauchschmerzen unseres Sohnes sind ‚züsichsch‘.“ – „Was meinen Sie mit ‚psychisch‘?“ – „Na, der hat’s nicht am Bauch, der hat’s am Kopp!“

Viele Patienten und ihre Eltern erleben die Aussage des Organmediziners, für die Beschwerden des Kindes gebe es keine organische Ursache, als Kränkung („Der hat nichts!“). Oft reagieren sie zunächst skeptisch und bitten, die Organdiagnostik noch weiter fortzusetzen oder zu wiederholen. „Psychisch“ wird verstanden als „nicht richtig krank“, „vorgetäuscht“ oder „hysterisch“. Was Psychotherapeuten später als „Widerstand“ auf Patientenseite deuten, ist häufig Folge solch problematischer Informationsvermittlung (vgl. auch Asmundson und Taylor, 2005).

Unter dem Oberbegriff Psychosomatik werden insbesondere „funktionelle“ Schmerzen (Kopf, Bauch etc.), Übelkeit, Erbrechen, übertriebene Gesundheitsängste und chronische Müdigkeit zusammengefasst. Die Beschwerden werden einer der beiden Unterkategorien „somatoforme“ oder „dissoziative“ Störungen zugeordnet. Die ätiologische Annahme, dass ein psychischer Konflikt nicht ausgedrückt werden kann und sich daher der „Organsprache“ bedient, gilt heute als problematisch und allzu vereinfachend (Woolfolk und Allen, 2007). Zudem lassen sich selten „dahinter liegende“ Konflikte bestimmen. Daher wird in letzter Zeit der neue Terminus „MUS“ (= medizinisch unerklärte Symptome) verwendet (Eminson, 2007). Für diesen Begriff spricht seine deskriptive Neutralität in Bezug auf vermeintliche Ursachen, gegen ihn spricht seine Unschärfe. „Unerklärt“ lässt zudem offen, wie umfassend eine ausreichende Abklärung sein sollte, sodass „unerklärt“ auch für „unzureichend untersucht“ stehen könnte.

Diagnostisches Vorgehen

Neben dem Erfragen der aktuellen Beschwerden sind Einzel- und Familienanamnese sowie psychopathologischer Befund (komorbide Störungen wie Depression und Angststörungen) selbstverständlich (Shaw und DeMaso, 2006). Besonderes Augenmerk sollte auf belastende Lebensereignisse und den Umgang der Familienmitglieder mit den kindlichen Beschwerden gelegt werden. In der Krankheitsanamnese werden die Entwicklung der einzelnen Symptome und mögliche Auslöser erfragt. Dabei ist zu überprüfen, ob die notwendigen organischen Untersuchungen erfolgt sind und etwaige positive Befunde die Beschwerden ausreichend erklären. Positiv-Kennzeichen für somatoforme oder dissoziative Störungen sind inkonsistente Befunde (z.B. Anfälle ohne Zungenbiss) oder Exazerbation der Symptome in Gegenwart Dritter oder kontingent zu schulischen (oder anderen) Belastungen.

In der testpsychologischen Diagnostik werden klinische Fragebögen (zu Angst, depressivem Erleben etc.) eingesetzt und die intellektuellen Fähigkeiten (und ggf. Teilleistungsbereiche) überprüft mit der Fragestellung, ob eine schulische Überforderung vorliegt.

Diagnostische „Fallen“

Die falsche Dichotomie von „organisch versus psychisch“ führt zu verschiedenen diagnostischen Fallen. Problematisch ist die „Ausschlussdiagnose“, bei der alleine der unauffällige organische Befund als Beweis für eine psy-

chische Störung gewertet wird. Hier ist der MUS-Begriff angemessener. Auch schließt ein positiver Befund nicht aus, dass psychische Faktoren die Beschwerden verschlimmern oder beispielsweise epileptische und nicht-epileptische Anfälle nebeneinander bestehen.

Die Suche nach einem „dahinter liegenden“ psychischen Konflikt führt häufig zu verständlicher Reaktanz seitens der Patienten und ihrer Angehörigen.

Dringend abzuraten ist von frühzeitigem „Psychologisieren“ der Beschwerden. Werden z.B. erforderliche organische Untersuchungen nicht mehr durchgeführt, weil der Patient ein übertriebenes Krankheitsverhalten zeigt (und damit eine Psychogenese der Beschwerden vermeintlich beweist), können schwerwiegende Erkrankungen übersehen werden. Organische Ursachen sollten zunächst ausgeschlossen. Eine nachgeholt organische Diagnostik („*Wenn die Psychotherapie nicht hilft, können wir immer noch eine Bildgebung machen.*“) riskiert das Vertrauen der Patienten in die Behandler.

- ✓ Prinzipien der Diagnostik
- ✓ Validiere die Beschwerden, sie sind nicht „eingebildet“ oder „nur im Kopf“
- ✓ Validiere die familiären Bedenken und Sorgen
- ✓ Respektiere das organische Störungsmodell der Patienten
- ✓ ... und erweitere es um eine biopsychosoziale Perspektive
- ✓ Vermeide unnötige Untersuchungen
- ✓ Klare Kommunikation, keine wilden Spekulationen

Verhaltensanalyse

Die Symptome der Patienten lassen sich besser verstehen, wenn man ihre Auslöser und Konsequenzen sowie begleitende Kognitionen und Emotionen kennt. In der Verhaltenstherapie wird zu diesem Zweck die Verhaltensanalyse durchgeführt (s. Kasten).

Verhaltensanalyse

Körperliche Symptome

Auslöser bzw. Moderatoren (Situationen, Erlebnisse...)

In welchen Situationen hast du die Schmerzen?

In welchen sind sie besonders stark?

Kognitionen und Emotionen

Was denkst/fühlst du dann?

Klinisch relevantes Verhalten

Vermeidung (Schonung) – Schulbesuch!!

Sicherheitshandlungen (Rückversicherungen bei Eltern und Ärzten)

Auswirkungen

Kurz- und langfristig

Behandlung

Wegen des hohen Chronifizierungsrisikos sollte eine Behandlung rasch eingeleitet werden. Indikationen für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische (-psychosomatische) Behandlung sind

- chronifizierte Beschwerden
- ein zu geringes Funktionsniveau, sodass beispielsweise kein Schulbesuch mehr möglich ist
- die Erschöpfung der familiären Ressourcen oder eine massive Einbindung der Familie in die Beschwerden sowie massive familiäre Konflikte um die Symptome.

Psychoedukation

Die Behandlung dient explizit nicht der Heilung, sondern der Rehabilitation und Bewältigung (Shaw und DeMaso, 2006). Wird zu offensiv „Heilung“ als Therapieziel propagiert, werden möglicherweise zu hohe Erwartungen geweckt und/oder Reaktanz gefördert, weil damit der Erfolg der Therapie die Psychogenese der Symptome beweist. Stattdessen sollte klar kommuniziert

werden, was die Beschwerden sind („Du hast ein Schmerzproblem“), dass die Ursachen (vorläufig) unbekannt sind und die Behandlung darauf abzielt, die Beschwerden zu bewältigen und das Funktionsniveau zu verbessern. Eine psychische Störung wird damit nicht notwendig impliziert. Hilfreich kann hier der Verweis auf vergleichbare Methoden des „mentalen Trainings“, das Leistungssportler in Anspruch nehmen, um ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern, sein. Der Fokus der Behandlung liegt somit auf der Förderung von Stärken und Kompetenzen. Dagegen ist ein übermäßiger Problemfokus häufig abträglich, da die Symptome durch entsprechende Aufmerksamkeitsfokussierung verstärkt werden können (vgl. die Begriffe „Problemhypnose“ in der hypnosystemischen Therapie (Schmidt, 2004) und „Bedrohungsmonitoring“ in der Metakognitiven Therapie (Wells, 2011)). So sind Kopf- oder Bauchschmerzkalender sinnvoll, wenn sie zu diagnostischen Zwecken für wenige Tage eingesetzt werden; werden sie länger eingesetzt, fördern sie jedoch eine Fixierung auf diese Beschwerden. Je mehr die Patienten angeleitet werden, auf körperliche Missempfindungen zu achten, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie diese tatsächlich auch wahrnehmen.

Nicht nur die Behandlung (durch den Vergleich mit mentalem Training), auch die Symptome sollen „normalisiert“ werden. Hilfreich ist der Hinweis, dass in einem lebendigen Körper „immer etwas los ist“ („noisy body“, Abramowitz und Braddock, 2011), was wir jedoch meist nicht bemerken; dies kann durch ein Aufmerksamkeitsexperiment verdeutlicht werden: „Achte darauf, was du in deinen Füßen spürst! Hast du das eben auch schon gespürt?“ Auch der Zusammenhang von körperlichen Symptomen und spezifischen Belastungen dient der Normalisierung von Körpersensationen: „Wo spürst du in deinem Körper die Aufregung vor einer wichtigen Prüfung? Was spürst du, wenn du verliebt bist?“

Sogar Schmerzen sollten normalisiert werden; sie sind wichtig, weil sie uns auf eine mögliche Verletzung hinweisen. Im Rahmen somatoformer Störungen ist dieses Signal allerdings ein „Fehlalarm“, ähnlich wie bei einem Phantomschmerz.

Kognitive Verhaltenstherapie

In der Behandlung psychosomatischer Störungen werden insbesondere operante und kognitive Interventionen der *Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)* bzw. der *Verhaltensmedizin* (Hechler et al., 2009; Woolfolk und Allen, 2007) eingesetzt. *Operante Verfahren* fokussieren auf die Konsequenzen des Verhaltens nach dem Prinzip des Lernens am Erfolg. Krankheitsverhalten kann ungewollt verstärkt werden durch

positive Verstärkung: gezielte Zuwendung zum Patienten bei Äußerungen von Beschwerden

negative Verstärkung (Vermeidungslernen): Schonung (z.B. Vermeidung des Schulbesuches) wegen der Beschwerden.

Empfohlen werden statt dessen die positive Verstärkung angemessenen Bewältigungsverhaltens und ein emotional sehr zurückhaltender, nüchterner Umgang mit den Beschwerden. Sind immer wieder körperliche Untersuchungen erforderlich, sollten diese regelmäßig und nicht-kontingenter zu den Beschwerden durchgeführt werden.

Ein gestufter Verhaltensaufbau und Exposition wirken dem zur Chronifizierung erheblich beitragenden Vermeidungsverhalten entgegen. Der Rückzug ins Bett wird unterbunden, der Schulbesuch stundenweise aufgebaut. Alternative Maßnahmen wie Hausunterricht mögen kurzfristig hilfreich sein, sind jedoch kontraproduktiv, weil sie das Vermeidungsverhalten fördern.

Kognitive Interventionen zielen darauf ab, katastrophisierende Interpretationen der Symptome (z.B. „Ich habe Kopfschmerzen, deshalb ist mein ganzer Tag hin“; „Ich kann nichts mehr tun“) zu überprüfen und eine aktive Bewältigung der Beschwerden anzustreben. Ferner werden Patienten darin angeleitet, sich nicht so viele Sorgen um ihre körperlichen Symptome zu machen (Asmundson und Taylor, 2005). Ein innovativer Ansatz, übermäßiges Sorgenmachen zu reduzieren, ist die von Wells entwickelte *Metakognitive Therapie* (Simons und Herpertz-Dahlmann, in Vorb.; Wells, 2011).

Reigada und Kollegen (2008) adaptierten das für Angststörungen entwickelte Behandlungspaket „Coping Cat“ für psychosomatische Beschwerden. Das Programm umfasst Psychoedukation, Entspannung, operante und kognitive Interventionen, Exposition und Elternberatung.

Eine aktive Bewältigung der Beschwerden wird dadurch erleichtert, dass sie im Sinne der *Narrativen Therapie* (White und Epston, 1990) *externalisiert* werden, z.B. als „Bauchschmerzmonster“ wie im folgenden Beispieldialog:

Therapeut: Wann hattest du das letzte Mal Besuch vom Bauchschmerzmonster?

Jan: Gestern morgen.

Therapeut: Und was wollte es von dir?

Jan: Mein Bauch tat weh, ich hab mir Sorgen gemacht und bin wieder ins Bett gegangen.

Therapeut: Und nicht in die Schule?

Jan: Nee, ging nicht, das Bauchschmerzmonster hatte was dagegen.

Therapeut: Wie mächtig war das Bauchschmerzmonster?

Jan: Sehr!

Therapeut: Sag mal, Jan, was denkst du, wie hätte das Bauchschmerzmonster reagiert, wenn du gesagt hättest: Ich pfeife auf dich und gehe trotzdem in die Schule!

Jan: Ich glaube, das hätte ihm nicht gefallen.

Therapeut: Das glaube ich auch. Und wenn du es dennoch durchgezogen hättest?

Jan: Ich weiß nicht. Vielleicht hätte es die Schmerzen noch stärker gemacht?

Therapeut: Und wenn du dem Monster tief in die Augen geschaut und gesagt hättest: „Freundchen, du kannst machen, was du willst, aber ich gehe“?

Jan: Cool! Soll ich das beim nächsten Mal ausprobieren?

Therapeut: Gute Idee, Jan! Was denkst du, woher das Monster seine Macht hat?

Jan: Wenn ich tue, was es befiehlt?

Therapeut: Genau! Und wie verliert es seine Macht?

Jan: Wenn ich das Gegenteil tue von dem, was es will.

Therapeut: Richtig! Deswegen bedeutet Therapie: frech werden gegen das Bauchschmerzmonster. Möchtest du das mal probieren?

Jan: Klaro!

Elternberatung

Die Eltern sind gut und transparent über die Befunde und das therapeutische Vorgehen aufzuklären. Insbesondere bei jüngeren Kindern fungieren sie häufig als Cotherapeuten. Im folgenden Kasten sind die wichtigsten Empfehlungen für die Eltern zusammengefasst.

Elternberatung

Diskutieren Sie nicht, ob Ihr Kind wirklich Beschwerden hat!

Registrieren Sie Schmerzverhalten möglichst nüchtern!

Fragen Sie nicht nach Schmerzen!

Sprechen Sie regelmäßig mit Ihrem Kind, v. a. wenn es **keine** Schmerzen äußert!

Ermutigen Sie Ihr Kind, sich „nicht alles vom Schmerz gefallen zu lassen“!

Zusammenfassung

Ältere psychosomatische Störungs- und Behandlungsmodelle implizieren eine lineare Beziehung von psychischen Konflikten zu somatischen Beschwerden. Neuere Modelle sehen die Zusammenhänge komplexer und sind zurückhaltender in der Deutung der Beschwerden. Eine verkürzte und vorschnelle Deutung der Beschwerden als psychisch weckt Reaktanz auf Patientenseite. Eine erfolgreiche Behandlung folgt eher einem Bewältigungs- als einem Heilungskonzept. Verhaltenstherapeutische, (meta-)kognitive und narrative Interventionen lassen sich dabei gut kombinieren.

Literatur

Abramowitz, J.S., Bradock, A.E. (2011) Hypochondriasis and health anxiety. Göttingen: Hogrefe.

Asmundson, G. J. G., Taylor, S. (2005). It's not all in your head: How worrying about your health could be making you sick and what you can do about it. New York: The Guilford Press.

Eminson, D.M. (2007) Medically unexplained symptoms in children and adolescents *Clinical Psychology Review* 27, 855-871.

- Fineberg, N.A., O'Doherty, C., Rajagopal, S., Reddy, K., Banks, A., Gale, T.M.* (2003) How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic? *Journal of Clinical Psychiatry* 64, 152-155.
- Hechler, T., Dobe, M., Kosfelder, J., Damschen, U., Hübner, B., Blankenburg, M., Sauer, C., Zernikow, B.* (2009) Effectiveness of a 3-week multimodal inpatient pain treatment for adolescents suffering from chronic pain. Statistical and clinical significance. *Clinical Journal of Pain* 25,156–166.
- Reigada, L.C., Fishera, P.H., Cutlera, C., Warner, C.M.* (2008) An innovative treatment approach for children with anxiety disorders and medically unexplained somatic complaints. *Cognitive and Behavioral Practice* 15, 140-147.
- Schmidt, G.* (2004) *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten.* Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Simons, M., Herpertz-Dahlmann, B.* (in Vorb.) *Angststörungen – Therapie bei Kindern und Jugendlichen.* In: Rupperecht, R., Kellner, M. (Hg.) *Angststörungen: Klinik, Forschung, Therapie.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Shaw, R.J., DeMaso, D.R.* (2006). *Clinical manual of pediatric psychosomatic medicine.* Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wells, A.* (2011). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression.* Weinheim: Beltz.
- White, M., Epston, D.* (1990) *Die Zähmung der Monster: literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken.* Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Woolfolk, R.L., Allen, L.A.* (2007). *Treating somatization. A cognitive-behavioral approach.* New York, London: The Guilford Press.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Simons
Universitätsklinikum RWTH Aachen
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und
Jugendalters
Neuenhofer Weg 21
52074 Aachen
Email: msimons@ukaachen.de

Zur Wirksamkeit von Tiertherapie bei Kindern: die Anwesenheit eines Therapiehundes hat keinen signifikanten Einfluss auf die initiale Therapieerwartung

Thomas Rellum, Maike Pellarin & Jochen Gehrman*

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus, Ludwigshafen a. Rh.
* AHG Klinik für Kinder und Jugendliche, Beelitz-Heilstätten

Zusammenfassung

Die Wirksamkeit tiergestützter Therapieformen gilt allgemein als anerkannt, jedoch sind die einzelnen Wirkfaktoren bisher wenig erforscht. In einer Querschnittserhebung in einer nicht selektierten ambulanten Inanspruchnahmegruppe wurde daher eine mögliche Einflussgröße auf den Therapieerfolg, nämlich der Aufbau einer positiven Therapieerwartung durch den Kontakt mit einem „tierischen Therapeuten“, untersucht. Dabei wurden Patienten ab dem späten Grundschulalter und deren Angehörige unmittelbar nach dem Erstgespräch in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz, das entweder mit oder ohne den dort vorhandenen Therapiehund stattfand, befragt. Relevante Kontrollvariablen wurden parallel erhoben.

Zwischen den Untersuchungsgruppen ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich aktueller Befindlichkeit, Therapie- oder Erfolgserwartung.

Es ist daher anzunehmen, dass die Wirkfaktoren der Hundetherapie erst im späteren Verlauf einer Therapie durch den eigentlichen Kontakt mit dem Tier zum tragen kommen.

Einleitung

In kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Kliniken erfreut sich die Hundetherapie einer zunehmenden Beliebtheit, ohne dass deren Wirkfaktoren hinreichend empirisch untersucht sind.

Bei der hundegestützten Therapie wird der ausgebildete Therapiehund als ein vorrangiges Medium verwendet, um das diagnostische Einschätzungsspektrum zu erweitern, um alternative Verhaltensweisen zu trainieren oder um generell die psychische Gesundheit vermittelt positiver Selbstwirksamkeitserfahrungen zu verbessern. Die tiergestützte Psychodiagnostik und -therapie allgemein kann besonders in Bereichen angezeigt sein, in denen verbale Verfahren, etwa aufgrund autistischer Beeinträchtigungen oder einer sehr hohen Impulsivität/Unkonzentriertheit, schwierig sind.

In vielen Fällen dürfte die tiergestützte Therapie die Wirksamkeit etablierter psychotherapeutischer Interventionen unterstützen (Nimer & Lundahl, 2007). Dabei ist das wertungs- und vorurteilsfreie Entgegenkommen insbesondere des Sozialpartners Hund besonders wertvoll. Im Umgang mit Menschen zeichnen sich entsprechend ausgebildete Hunde durch eine hohe Sensibilität für menschliche Gefühlslagen aus und können dies sehr fein signalisieren, was vielen jungen Patienten eine nachhaltige Verhaltensmodifikation überhaupt erst ermöglicht (Otterstedt, 2007). Darüber hinaus besitzen Hunde einen hohen Aufforderungscharakter, was eine Steigerung der Therapieakzeptanz und somit eine verbesserte Zugänglichkeit für konkrete, oft nicht nur angenehme Interventionen (z.B. Konfrontationstechniken) zur Folge haben kann.

Selbst ausgewiesene Fachleute auf dem Gebiet der tiergestützten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, wie beispielsweise Frau Dr. Anke Prothmann (Prothmann, 2007, 2008), weisen auf die vergleichsweise dünne Datenlage zur wissenschaftlichen Erforschung der nach klinischer Erfahrung unbestrittenen Therapieeffekte hin: erst relativ wenige Untersuchungen zur Effektivität tiergestützter Therapie konnten bislang den Anforderungen der Leitlinien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) genügen. Methodisch hochrangige Studien zu den Wirkprinzipien dieser Therapieformen sind demnach sehr selten (Prothmann, 2007, 2008).

Die vorliegende Studie untersucht einen möglichen initialen Einflussfaktor auf einen zu erwartenden Therapieeffekt in einer nicht selektierten kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichprobe. Konkret geht es um

die Einstellung gegenüber einer kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie noch vor deren Beginn, wenn die Mitwirkung eines Therapiehundes erwartet wird bzw. erwartet werden kann.

Methoden

Stichprobe

Die Stichprobe stellt eine Inanspruchnahmepopulation der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des St. Annastiftes Ludwigs-hafen dar. Kinder im Altersbereich zwischen 10 und 17 Jahren, die in einem festgelegten Zeitfenster vorgestellt wurden, wurden pseudorandomisiert auf die Untersuchungsbedingungen und Untersucher aufgeteilt.

Der Umfang der Gesamtstichprobe betrug $N = 43$. Die ICD-10-Diagnosegruppen (Achse 1 Hauptdiagnose) verteilten sich wie folgt auf die Gesamtgruppe:

Emotionale Störungen (F93): 29%

Hyperkinetische und Aufmerksamkeitsstörungen (F90): 25%

Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotion (F92): 16%

Anpassungsstörungen (F43): 12%

Depressive Episoden (F32): 5%

Spezifische Phobien (F40): 5%

Zwangsstörungen (F42): 2%

Persönlichkeitsstörungen (F60): 2%

Somatoforme Störungen (F45): 2%

Angststörungen (F41): 2%

Untersuchungsbedingungen

Bedingung A: Hund ist anwesend, es erfolgt eine kurze standardisierte Einführung in die tiergestützte Psychotherapie (ohne dass diese für den Aufnahme-fall explizit in Aussicht gestellt wird)

Bedingung B: Der Hund ist nicht anwesend und es erfolgt keine Einführung in die tiergestützte Psychotherapie.

Abhängige Variablen

AV1: Aktuelle Stimmungslage nach dem Erstgespräch, erfasst mit einer altersgerechten Auswahl aus den Items des Mehrdimensionalen Befindlich-

keitsfragebogen (MDBF) zur Messung der drei Dimensionen: gute - schlechte Stimmung, Wachheit - Müdigkeit und Ruhe - Unruhe.

AV2: (Positive) Therapieerwartung nach dem Erstgespräch, erfasst mit einer selbst entwickelten Rating-Skala zur Therapieerwartung, die vor allem auf die Verminderung der zur Vorstellung führenden Probleme sowie die Rolle der Institution/Therapeuten bei deren Bewältigung fokussiert.

Kontrollvariablen

Folgende Kovariaten wurden immer mit erhoben:

Alter, Geschlecht, Schulart, Intelligenz, ICD-10 Diagnose, Haustiere in der Familie, tatsächliche Belastung durch Anwesenheit des Hundes (Geruch, ggf. Angst)

Hypothesen

H1: Die mittlere Stimmungslage der Probanden (und die diesbezügliche Einschätzung durch die Angehörigen) unterscheidet sich unter den verschiedenen Untersuchungsbedingungen.

H2: Der mittlere Score bezüglich der Therapieerwartung der Probanden (und deren Angehöriger) unterscheidet sich unter den verschiedenen Untersuchungsbedingungen.

Ablauf/Instruktionen

Auf die Untersuchung bezogener Gesprächsablauf:

Auf dem Weg zum Büro der UntersucherIn: „Magst du Hunde?“ Nach der Antwort des Patienten: „Kingsley, unser Therapiehund, ist nämlich in meinem Büro“.

Im Büro (wo der Hund in der Regel auf die sich vorstellende Familie positiv reagierte): „Der hilft uns, wenn wir mit Kindern/ Jugendlichen arbeiten“.

Beim evtl. Beschnuppern der Anwesenden: „Das ist normal, er kennt das eigentlich schon, wenn jemand neues kommt. Der legt sich gleich wieder hin, der muss nur alle begrüßen“.

Ohne Aufforderung wurde grundsätzlich folgendes gesagt: „Kingsley ist ein Therapiehund. Er kann dabei helfen, dass sich ängstliche Kinder/ Jugendliche mutiger fühlen oder dass unruhige Kinder/ Jugendliche ruhiger werden oder dass traurige Kinder/ Jugendliche wieder fröhlicher sind. Das passiert, wenn man viel mit dem Tier zusammen ist und auch was mit ihm zusammen macht“.

Die Phase, in der mit den Patienten und deren Angehörigen über den Hund gesprochen wurde, erstreckte sich auf die ersten etwa fünf Minuten des Erstvorstellungstermins. Ansonsten blieb der halbstandardisierte Ablauf der eigentlichen Vorstellung durch die Studie unverändert. Ein direkter Kontakt mit dem Tier wurde freundlich unterbunden, der Hund blieb aber während des gesamten Erstgesprächs im Raum anwesend. Aufgrund seiner Therapiehundausbildung war sichergestellt, dass er sich seinerseits ruhig verhielt.

Sämtliche studienspezifischen Fragebogen wurden am Ende des Gesprächs vorgegeben bzw. zum Ausfüllen nachhause mitgegeben.

Den Patienten und ihren Angehörigen wurde versichert, dass sämtliche Daten, welche die Hundestudie betreffen, insbesondere der am Ende ausgefüllte Fragebogen zur aktuellen Befindlichkeit und Therapieerwartung, anonymisiert verarbeitet und nicht in die Krankenakte aufgenommen werden. Sämtliche bei der Auswertung berücksichtigten Teilnehmer wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert und stimmten dieser aktiv und schriftlich nach entsprechender Aufklärung zu.

Die Untersuchung war zuvor durch die Ethikkommission des St. Marien- und St. Annastiftskrankenhauses geprüft und entsprechend dem vorgelegten Konzept genehmigt worden.

Ergebnisse

Sämtliche Auswertungsschritte wurden mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows (www.spss.com) berechnet. Die Verarbeitung fand unter der geprüften Voraussetzung der Normalverteilung der Rohdaten auf varianzanalytischer Basis statt.

Es ergaben sich bezüglich sämtlicher Kontrollvariablen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen.

Beide zuvor aufgestellten Hypothesen mussten aufgrund der statistischen Analyse verworfen werden:

H1: Die mittlere Stimmungslage der Probanden (und die diesbezügliche Einschätzung durch die Angehörigen) unterscheidet sich nicht unter den verschiedenen Untersuchungsbedingungen.

H2: Der mittlere Score bezüglich der Therapieerwartung der Probanden (und deren Angehöriger) unterscheidet sich nicht unter den verschiedenen.

Diskussion

Obschon die mindestens teilweise Anwendung von tiergestützter oder -unterstützter Therapie sehr große Verbreitung gefunden hat (Prothmann, 2008), sind deren Wirkmechanismen weitgehend unerforscht geblieben – und das trotz der Tatsache, dass diese Verfahren eher kostenintensiv und aufwändig sind. Im Gegensatz dazu bestehen über die prinzipielle Wirksamkeit tiergestützter Therapieverfahren wenig Zweifel; so konnten Nimer und Lundahl (2007) in einer Meta-Analyse unter Berücksichtigung von knapp 50 dazu angefallenen Studien stabile Effekte im Befinden als auch im Bereich psychiatrischer Symptomindikatoren nachweisen: „*The results from this meta-analysis support the long-held impression that animals can help in the healing process. [...] Further support for the use of AAT came from four studies that compared AAT with established interventions and found that AAT was as effective as or more effective than other investigation*” (Nimer & Lundahl, 2007).

In der vorliegenden Studie wurde der Fokus auf die Erwartungshaltung der Patienten und ihrer Familien als *ein* möglicher Wirkfaktor gesetzt. Dabei stellte sich heraus, dass die reine Anwesenheit eines als therapeutischer Helfer eingeführten Tieres in einem Kontext, in dem Menschen aktiv nach psychologischer Hilfe suchten, weder die Stimmungslage noch die Therapieerwartung der Teilnehmer substanziell beeinflusste. Da im vorgegebenen Untersuchungssetting darauf geachtet wurde, die tatsächlich Interaktion mit dem Therapiehund möglichst gering zu halten, scheint eine Wirkungsweise analog zum sog. Placebo-Effekt bei Medikamentengabe wenig wahrscheinlich. Mit Blick auf die vorliegenden Untersuchungsergebnisse einerseits und die Datenlage zur Wirksamkeit andererseits lässt sich vielmehr vermuten, dass Tiere nicht etwa nur als Vermittler in der ansonsten womöglich mit Berührungängsten behafteten Patienten-Therapeuten-Beziehung fungieren, sondern echte eigene „Verhaltensanteile“ in die Therapie mit einbringen. Dies könnten beispielsweise sozial-kommunikative Aspekte sein, welche zur Steigerung des Selbstwirksamkeitsempfindens auf Patientenseite beitragen (Bianchi, 2008); auch eine Funktion als Projektionsfläche für eigene Wünsche und Ziele, die Motivation zur Änderung konkreten (Freizeit-)Verhaltens oder die Ablenkung von intensiven negativen Gefühlen wäre denkbar (Hoff & Bergler, 2006; Bergler & Hoff, 2010). Besonders beachtenswert erscheinen in diesem Zusammenhang Befunde, wonach Hunde nach intensivem Kontakt zu Menschen ähnliche Bindungsmuster aufbauen wie Menschen untereinander und diese Verhaltensanteile mit den Methoden der klassischen Bindungsfor-

schung identifiziert werden können (Topál et al., 1998). In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse einer japanischen Studie interessant, der zufolge bei Hundebesitzern die Oxytocinsekretion ansteigt, nachdem sie mit ihrem Hund gespielt und dabei häufigen Blickkontakt hatten (Nagasawa et al., 2009). Vor diesem Hintergrund erscheint es durchaus plausibel anzunehmen, dass bei Kindern und Jugendlichen Bindungen zu Tieren ungünstige Bindungserfahrungen zumindest doch teilweise kompensieren könnten. Daneben gibt es vermutlich noch eine Reihe weiterer tierischer, mehr oder weniger aktiver Verhaltensweisen, die in künftigen Studien zunächst identifiziert und deren jeweiliger Einfluss auf den Therapieerfolg dann eingehend erforscht werden sollte, um die Effizienz tiergestützter Therapie weiter zu erhöhen.

Literatur

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (1993) *Multivariate Analysemethoden*, 8. Auflage, Berlin: Springer.
- Bergler, R., Hoff, T. (2010) *Der Einfluss von Hunden auf das Verhalten und Erleben von Jugendlichen in der Großstadt Berlin*. München: Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik, www.familienhandbuch.de.
- Bianchi, D. (2008) *Wildes Land – die therapeutische Arbeit mit Hunden in der erweiterten ADHS-Therapie*. *Kinder- und Jugendmedizin* 8 (1), Beilage.
- Hoff, T., Bergler, R. (2006) *Kann ein Hund Kinder trösten, wenn Eltern sich scheiden lassen?* München: Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik, www.familienhandbuch.de.
- Lüer, G. (1987) *Allgemeine Experimentelle Psychologie*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Nagasawa, M., Kikusui, T., Onaka, T., Ohta, M. (2009) Dog's gaze at its owner increases owner's urinary oxytocin during social interaction. *Hormones and Behaviour* 55(3), 434-41.
- Nimer, J., Lundahl, B. (2007) *Animal-Assisted Therapy: A Meta-Analysis*. *Anthrozoös* 20 (3), 225-238.
- Otterstedt, C. (2007) *Mensch und Tier im Dialog, Kommunikation und artgerechter Umgang mit Haus- und Nutztieren, Methoden der Tiergestützten Arbeit und Therapie*, Stuttgart: Kosmos.
- Prothmann, A. (2007) *Tiergestützte Kinderpsychotherapie*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Prothmann, A. (2008) *Tiergestützte Therapie – Medizin mit Streichelfaktor? Erfahrungsheilkunde*, 57 (10), 573-579
- Sarris, V. (1992) *Methodologische Grundlagen der Experimentalpsychologie*. München: Reinhardt.
- Topál, J., Miklósi, Á., Csányi, V., Dóka, A. (1998) *Attachment Behavior in Dogs (Canis familiaris): A New Application of Ainsworth's Strange Situation Test*. *Journal of Comparative Psychology* 112 (3), 219-229.

Adresse des Korrespondenzautors:

Dr. med. Jochen Gehrmann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Mainz & Heidelberg

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Karolina-Burger-Str. 51

67065 Ludwigshafen

Tel.: 0621 – 5702 4222

Fax: 0621- 5702 4242

Email: jochen.gehrmann@st-annastifts Krankenhaus.de

Internet: www.st-marienkrankenhaus.de

Multifamilientherapie in der Tagesklinik – dargestellt am Beispiel der Villa Paletti Flensburg

Heinz-Georg Löffler

Vorbemerkung und allgemeiner Rahmen

Die Villa Paletti wurde Ende 2002 eröffnet und beinhaltet eine Tagesklinik und eine Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Die Tagesklinik umfasst 12 Plätze für Kinder im Alter von 5 – 13 Jahre. Das Diagnosespektrum umfasst die übliche Bandbreite von Störung des Sozialverhaltens, ADHS über Anpassungsstörungen bis hin zu Ängsten, emotionalen Störungen, Schulverweigerung, etc. Das Einzugsgebiet umfasst die Stadt Flensburg und angrenzende Bereiche zweier ländlich geprägter Kreise.

Nach einem Tagesklinikvorgespräch, das – wenn nötig – auch mehrere Sitzungen umfassen kann, werden neben einer diagnostischen Einschätzung und Abklärung der Indikation für eine tagesklinische Behandlung alle wichtigen Informationen hinsichtlich unseres Angebotes, aber auch die Erwartungen und Verpflichtungen beider Seiten erklärt und vereinbart.

Auf Seiten der Eltern umfasst dies u. a.:

- Das zuverlässige Kommen des Kindes in die TK
- Tägliche Kontaktaufnahme mit uns, die i. d. R. am Anfang durch persönlichen Kontakt beim Bringen oder Abholen des Kindes, später und bei relativ großen Distanzen zum Wohnort auch telefonisch und nach einiger Zeit in gegenseitiger Absprache in größeren Zeitabständen erfolgt
- regelmäßige Teilnahme mindestens eines Elternteils an einer unserer Multifamiliengruppen am Donnerstag
- Auch unsererseits gibt es Verpflichtungen, wie z.B.
- Regelmäßige Informationen über den Tagesverlauf und ggf. sofortige Informationen bei besonderen Ereignissen

- Zusagen für und Durchführung regelmäßiger therapeutischer Angebote, z. B. Multifamilientherapie ((MFT))

Formeller Rahmen

Besondere Charakteristika der MFT sind die gleichzeitige Behandlung mehrerer Familien durch ein multidisziplinäres Therapeutenteam in einem mehrstündigen Setting an einem festgelegten Wochentag über einen bestimmten Zeitraum als offene Gruppe.

MFT bieten wir, wohlwissend, dass es einigen Familien auch bei grundsätzlicher Bereitschaft nicht möglich ist an der langen Version teilzunehmen, in zwei Versionen an: Die kurze Version umfasst jeden Donnerstag die Zeit von 13:30 Uhr bis 15:30 Uhr; die lange Version beginnt um 9:45 Uhr und endet um 16:00 Uhr. Gegenstand der Darstellung in diesem Artikel ist die lange Version.

In unserem therapeutischen Gesamtangebot stellt die MFT (Löffler & Smetters 2011) einen sehr wichtigen Baustein dar, ist aber nur eines von mehreren Angeboten.

Eltern-Kind-Gruppen und deren Weiterentwicklung zum MFT-Konzept

Bereits seit Beginn der Tagesklinik, also seit etwa 8 ½ Jahren, führen wir spezifische Gruppen mit vielen Familien gleichzeitig durch. Diese nannten wir schlicht „Eltern-Kind-Gruppen“ (Behme-Matthiessen & Löffler 2009, Behme-Matthiessen & Pletsch 2009). Dieses Schema, auf das ich hier nicht weiter eingehen werde, war die Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der langen Version von MFT und bildet bis dato das Grundgerüst unserer kurzen Version.

Entscheidend für die Weiterentwicklung war u. a. eine Frage, die uns vielfältig und seit Längerem begleitet: wie kann der in der Tagesklinik (TK) erreichte Erfolg bei den Kindern und ihren Familien besser und vor allem dauerhafter in der poststationären Zeit verankert werden?

Neben regelmäßig angebotenen Katamnese-Gesprächen und (in der Minderheit der Fälle) poststationärer ambulanter Anbindung (nachgelagerte Maßnahmen) überlegten wir nach weiteren Möglichkeiten bereits während des

Aufenthaltes in der TK. Auf Grund der sehr guten Erfahrungen mit den Eltern-Kind-Gruppen erschien uns eine Erweiterung dieser Gruppen mit Hilfe des Multifamilienansatzes von Eia Asen (Heidelberger Kongresse 2006 „Praxis der Multifamilientherapie“ und 2008 „Elterncoaching trifft Multisystemtherapie“) und folgend von Asen & Scholz (2009) sinnvoll.

Neben individuellen Fortbildungen der Mitarbeiter führten wir dazu eine einwöchige praktische Schulung, an der fast das gesamte Team der Villa Paletti teilnahm, mit Professor Michael Scholz durch. Darüber hinaus schulten wir gezielt einzelne Mitarbeiter in anderen, in unser Modell der MFT integrierten Methoden, z.B. Marte Meo (Bünder et al. 2011) oder anderen Video-Feedback Verfahren.

Die **Rahmenbedingungen für die Familien** klären wir – wenn möglich – schon beim ersten Vorstellungsgespräch für die TK. Sie bedürfen erfahrungsgemäß mindestens einer Wiederholung und Einschätzung direkt vor Aufnahme.

Teilnehmen können nur Familien, die ein Kind in der TK haben und die vorher festgelegte kontinuierliche Teilnahme zusagen. Es muss mindestens ein Elternteil anwesend sein, sonst kann auch das Kind nicht teilnehmen. Erfahrungsgemäß ist es für die Kinder, die zwar in der TK sind, aber wegen Abwesenheit des Elternteils nicht daran teilnehmen können, ausgesprochen bitter. Umgekehrt ergibt nicht selten die Besprechung dessen mit der Familie einen deutlichen Umschwung in der Motivation hin zum Engagement des betreffenden Elternteils. Eingeladen sind beide Eltern und andere wichtige Familienmitglieder (Geschwister, Großeltern, neue Partner etc.). Erfahrungsgemäß kommt meist nur ein Elternteil, allerdings kommen aus den Familien, bei denen zwei Eltern vorhanden sind, öfters als üblich beide und die Teilnahme von Geschwistern ist keine Seltenheit.

Personeller Rahmen

Das MFT-Team ist ein fester Stamm von 4 MitarbeiterInnen aus 4 verschiedenen Professionen: Hans Jürgen Strufe (Pflege), Holger Buchholz (Ergotherapie), Betina Smetsers (Psychologie) und Heinz-Georg Löffler (Medizin). Diese Multidisziplinarität ist ein grundlegender Baustein in unserem Konzept.

Zeitlicher Rahmen

Die MFT findet jeden Donnerstag in der Zeit von 9:45 Uhr bis 16:00 Uhr statt. Im Durchschnitt nehmen seitens der TK drei Teammitglieder daran teil. Am Montag trifft sich das ganze Team zu einer etwa einstündigen Besprechung der letzten und Vorbereitungen der nächsten Sitzung. In letzter Zeit hat sich darüber hinaus eine ca. 30-minütige Nachbesprechung direkt nach der Gruppe eingebürgert. Darüber hinaus sind 2 MitarbeiterInnen 15 – 30 Minuten mit der Dokumentation und ein/e MitarbeiterIn ca. eine Stunde mit der Erstellung und Vorbereitung des Video-Feedbacks beschäftigt. Der zeitliche Aufwand je MitarbeiterIn beträgt inkl. aller Vor- und Nachbereitungen ca. 7-8 Stunden wöchentlich.

Der **zeitliche Ablauf** mit den Familien erstreckt sich – wie oben schon beschrieben – jeden Donnerstag von 9:45 Uhr bis 16:00 Uhr. Zunächst möchte ich hier einen kurzen zeitlichen Abriss geben, um anschließend die einzelnen Abschnitte etwas näher darzustellen:

Der Tag beginnt um 9:45 Uhr mit der ritualisierten Übergabe der Erziehungsverantwortlichkeit an die Eltern und anschließender Teilnahme der ganzen Familie und von jeweils zwei Mitarbeitern bzw. des Lehrers an der dritten Unterrichtsstunde der üblichen Beschulung in der TK. An diesen Stunden nehmen nur die Kinder der MFT teil, die anderen Kinder der TK (kurze Version, s. o.) werden schulisch anderweitig betreut.

Danach erfolgt eine Trennung der Familien in zwei Gruppen: Die erste Familiengruppe kocht für alle Teilnehmer der MFT. Die zweite Familiengruppe nimmt an der Video-Feedbackgruppe teil. Die Familien, die am Vortermin gekocht haben, bekommen beim nächsten Termin ein Video-Feedback über die familiäre Zusammenarbeit und Beziehungsdynamik beim Kochen.

In der Zeit von 12:00 Uhr bis 13:00 Uhr essen alle Familien zusammen in der TK. Daran nehmen die Therapeuten nicht teil, die Familien bleiben unter sich. Allerdings wird das Essen auf Video aufgezeichnet und ggf. später mit Hilfe dessen besprochen.

Um 13:00 Uhr treffen sich alle Familien und die Therapeuten im großen Stuhlkreis und besprechen zunächst wichtige, insbesondere organisatorische Dinge. Anschließend starten wir mit einer kurzen psychomotorischen Auflockerungsübung.

Bevor wir die Schulstunde mit in unseren Gesamtablauf aufgenommen haben, begannen unsere spezifischen MFT-Übungen erst eine Stunde später. Stattdessen begannen wir das Programm um 13:00 Uhr mit einer Hausaufgabensequenz und starteten mit der spezifischen MFT-Übung erst um 14:00 Uhr. Die Herausnahme dieser Sequenz bzw. die Integration der Schulstunde in den Beginn des Tages stellt eine große Erleichterung für das Nachmittagsprogramm dar, denn oftmals waren die Zeiten zu kurz bzw. mussten zu Lasten der Gruppendynamik begrenzt werden. Eine Verschiebung über 16:00 Uhr hinaus war durch die Ermüdungserscheinungen, insbesondere der Kinder, zu Ende hin nicht sinnvoll.

Vor dem Start stehen erfahrungsgemäß oft noch Fragen zum Gruppenprozess vom Vortermin, aber auch ausstehende Präsentationen der Ergebnisse der letzten Sitzung an. Insbesondere diese Sequenz stellt für viele Teilnehmer die erste Möglichkeit dar, sich aktiv einzubringen und sich mit sich selbst bzw. mit der Beziehungsdynamik auseinander zu setzen und ist für die Integration neuer Familien sehr wichtig. Diese Zeit und die der Übungen stellen andererseits hohe Ansprüche an die Moderation und Gesprächsleitung des Teams. Besonders hier ist eine gute Zusammenarbeit und Abstimmung unter den Mitarbeitern von großer Bedeutung.

Gegen 15:30 Uhr schließt sich dann zum Abschluss des Tages ein „Blitzlicht“ an, bei dem alle etwas sagen müssen.

Detaillierte Darstellung einiger Sequenzen

Die **Übergabe der Erziehungsverantwortlichkeit** an die Eltern durch die jeweiligen Bezugsbetreuer der TK ist stark ritualisiert und geschieht für jedes Kind einzeln. Dabei werden die Übergabe und die Annahme laut verbalisiert und per Handschlag besiegelt. Diese „Dramatisierung“ hat sich als sehr hilfreich für die Eltern erwiesen und hilft diesen im Verlaufe des Tages das Öfteren wieder daran zu denken bzw. bei Erinnerung durch andere diese Funktion wieder adäquat wahrzunehmen.

Die Intention der gemeinsamen **Schulstunde** ist, dass die Eltern lernen, auch im schulischen Kontext mit ihren Kindern effektiv zu kommunizieren und auf sie Einfluss zu nehmen. Auch hier gilt das Prinzip, dass die Eltern bei den schulischen Anforderungen begleiten und sich zunächst gegenseitig helfen bzw. erst bei darüber hinaus gehenden Problemen und Fragen die „Profis“

fragen. Therapeuten sind für den Rahmen und dessen Aushandlung zuständig, nicht für die Übernahme elterlicher Funktionen. Der Unterricht ist an den Prinzipien von FiSch (Behme-Matthiessen et al. 2011) orientiert und dementsprechend organisiert.

Für die Zuständigkeit des Einkaufs und des **Kochens** wählt die MFT-Gruppe am Vortermin zwei bis drei Familien aus. Diese Familien planen das Was und Wie selbständig und erledigen auch den Einkauf alleine. Bei Fragen stehen wir zur Verfügung, aber nicht von vorneherein, sondern nur auf klare Anfrage hin. Die Kosten dafür werden gegen Vorlage der Belege von uns getragen. Allein die Planung stellt für manche Familie eine echte Herausforderung dar bzw. benötigt einen Grad an Organisiertheit, den die Familie im Alltag oft nicht hat. Dies spiegelt sich nicht nur in dem wider, was es zu Essen gibt, sondern z.B. auch in dem desorganisierten Ablauf und dem Überschreiten des Zeitrahmens bzw. den daraus resultierenden Problemen. Da diese Schwierigkeiten oft typische – und vielen bekannte – Probleme der Familien im Alltag darstellen, ergeben sich daraus oftmals sehr alltagsrelevante Gruppenprozesse und Interventionsmöglichkeiten.

Das **Video-Feedback** für die Familien, die letzte Woche gekocht hatten, orientiert sich sowohl an Kriterien von Marte Meo als auch einer lösungsorientierten systemischen Praxis. Jeweils eine MitarbeiterIn erstellt die Videofeedbackanalyse und trägt diese den betreffenden Familien vor. Die Familien erhalten i. d. R. einzeln Feedback, aber in Anwesenheit der anderen Familien. Dabei werden nur Filmsequenzen von Familienmitgliedern besprochen, die anwesend sind.

Neben diesem benutzen wir während der Gruppenprozesse noch eine Flipcam (kleine Video-Handkamera, etwas größer als ein Handy) und eine Digitalkamera. Mit beiden machen wir spontan Aufnahmen von Familieninteraktionen und zeigen bzw. besprechen diese direkt vor Ort mit den Familien. Besonders geeignet ist dies für gelingende Kommunikationen, die den Familien oft durch eine starke Fehlerorientiertheit völlig entgehen.

Bei der **Stuhlkreisbesprechung nach dem Mittagessen** werden zunächst die neuen Familien vorgestellt und begrüßt. Breiten Raum nehmen hier organisatorische Fragen ein, z. B. das Besprechen der Zeiten, von Aufgaben, der Veränderungen vom üblichen Ablaufplan, etc.. Hier gibt das MFT-Team aber auch Rückmeldungen von extern in die Gruppe: beispielsweise kam es,

als ein Teil der Kinder unbeaufsichtigt von den Eltern durch das Haus tobte, zu Störungen anderer. Dabei legen wir großen Wert darauf, dass die Familien untereinander besprechen, wie damit umgegangen werden soll, wobei das Team genau auf die Einhaltung des Rahmens achtet und z.B. daran erinnert, dass die Eltern für ihre Kinder zuständig sind. Meist sind sich die Eltern schnell einig, aber nicht selten muss besprochen werden, wie sich die Familien untereinander in kritischen Situationen unterstützen. Diesen Prozess unterstützen wir. In der Praxis kommt es dabei oft zu erstaunlichen Lösungen und Entwicklungen.

Ein weiterer Themenkomplex ist hier die Besprechung der **Familienhausaufgaben**. Diese werden nicht generell an alle vergeben, sondern ergeben sich aus speziellen Abläufen oder Anlässen der letzten Stunde. Als Beispiel mag hier dienen, dass eine Familie den Auftrag bekam, darauf zu achten, untereinander nur in ganzen Sätzen zu sprechen (mindestens Drei-Wort- statt der üblichen Ein-Wort-Kommunikation).

In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Festlegung von **Tageszielen** durch die Eltern. Dabei werden die Eltern reihum befragt, welches Ziel sie sich heute für sich selbst vorgenommen haben und ob sie ggf. darin Unterstützung durch andere haben möchten.

Angedacht ist an dieser Stelle noch die Etablierung eines Ritus' zur Installation einer Patenfamilie für neue Familien.

Bei unseren **psychomotorischen (Auflockerungs-)Übungen** kommen sehr verschiedene, jeweils an den derzeitigen Gruppenstand angepasste Sequenzen zum Einsatz. Schwerpunkt sind Themen wie Zusammenarbeit, Planung, aber auch Spaß, Freude und manchmal Kräfteressen.

Zwei aktuelle Beispiele: Beim Spiel ‚Decke umdrehen‘ müssen alle Familien auf einer Decke stehen und diese einmal umdrehen, ohne dass ein Gruppenmitglied die Decke verlässt; bei der ‚Kristallkugel‘ wird zunächst ein Ball in einer vorher festgelegten Reihenfolge in der im Kreis aufgestellten Gruppe weitergeworfen. Als Nächstes folgt ein zweiter und ggf. noch weitere Bälle. Dabei ist neben der Reihenfolge besonders darauf zu achten, dass die fliegenden Bälle sich nicht gegenseitig treffen, denn sobald ein Ball den Boden berührt, ist das Spiel zu Ende.

Der Fundus an geeigneten Spielen und auch Vorschlägen der Familien ist schier unbegrenzt, wobei wir sehr darauf achten, dass das „Thema“ des Spiels in die Gruppendynamik passt. Gerade wenn kleinere Kinder mit bei sind, sind diese Auflockerungsübungen unerlässlich, aber auch sehr motivations-erhaltend.

Bei den **MFT-Übungen** im engeren Sinne greifen wir sowohl auf unseren über die Jahre gewachsenen eigenen Fundus an Übungen und aus der Literatur (Behme-Matthiessen & Pletsch 2009), als auch auf die Übungen von Asen und Scholz (2009) zurück. Schwerpunktthemen sind ‚Umgang miteinander‘, ‚Zugang zu sich selbst‘, ‚Kooperation‘, ‚Eltern-Kind- & Familiendynamik‘. Als besonders anschlussfähig an die Familien hat sich auch die Übernahme (mit anschließender Modifikation!) von Formaten bekannter TV-Serien wie z. B. „Herzblatt“ erwiesen.

Von großer Bedeutung ist, dass alle Teammitglieder es gewohnt sind, im und als Team zu arbeiten und sich sehr gut und ohne große Worte abzustimmen. Dabei ist immer eine Person für die jeweilige Einheit zuständig und aktiv, während die anderen zurückhaltend teilnehmen und auf den Rahmen, die Gruppendynamik und andere Kernprozesse achten. Eingriffe der beobachtenden Teammitglieder erfolgen zumeist im Stile eines reflecting teams (Anderesen 1996), sodass die Familien dabei ein positives Beispiel des gegenseitigen Umgangs bei unterschiedlichen Sichtweisen erleben können.

Hinsichtlich des gelingenden Ablaufs sind die **Vor- und Nachbesprechungen** unabdingbar notwendig. Dabei trifft sich bei uns das ganze Team immer am Montag eine Stunde lang für die Nachbesprechung der letzten Sitzung und die Vorbesprechung der kommenden. Anhand eines Protokollbogens erfassen wir verschiedene Punkte bzw. die geplanten Maßnahmen und legen die einzelnen Inhalte und Abläufe sowie die jeweiligen Zuständigkeiten fest. Diese systematische Besprechung ist erfahrungsgemäß von hoher Wichtigkeit und ein unentbehrliches Werkzeug zur Reflexion des Geschehens, besonders des bisweilen sehr dynamischen Geschehens in der MFT-Gruppe, aber auch der Teamentwicklung und Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen.

Materielle Ausrüstung

Der Aufwand stellt sich bei uns in etwa wie folgt dar: Wir benötigen einen großen Raum (ca. 100 qm) mit Videoanlage und einen kleinen Raum (sehr wichtig, z.B. für ‚Notfall-Coaching‘). Mittags steht uns von 11:00 Uhr bis 12:45 Uhr die Küche der TK zur Verfügung. Videokamera, Flipcam und Fotoapparat benötigen wir immer wieder. Für die Arbeiten der Familien brauchen wir fünf bis acht große Tische und entsprechende Stühle sowie für Präsentationen eine große Stellwand. Dazu kommt noch allerhand, aber nicht näher aufzuführendes Kreativkleinmaterial.

Indikation und Kontraindikationen

Als Indikation für die Teilnahme erachten wir das Vorhandensein von Problemen, die im Rahmen der Gesamtfamilie angegangen werden können und die einer familiären (Beziehungs-) Dynamik unterliegen. Eine Kombination mit anderen therapeutischen Zugängen ist sehr gut möglich (MFT ist nur ein wichtiger Baustein).

Natürlich sehen wir auch Kontraindikationen für das MFT: relativ besteht dies darin, dass ein ausreichendes Maß an Freiwilligkeit auf Seiten der Familien (sowie ein gewisses Maß an Forderung seitens der Therapeuten) vorhanden sein muss bzw. nicht unterschritten sein darf. Eltern, die ihre Kinder schlagen, sind kein Hinderungsgrund per se, allerdings muss diese Thematik mit den Eltern vorher sehr gut besprochen werden. Bei misshandelnden Eltern ist es eindeutig kritischer. Seitens der Kinder muss eine ausreichende Gruppenfähigkeit vorhanden sein.

Eine absolute Kontraindikation sehen wir bei Personen, deren Zugang zu Kindern generell hochproblematisch ist, sowie bei akuten Alkohol- und Drogenproblemen oder bei einer akuten und massiven psychischen Beeinträchtigung der Eltern / Kinder.

Konkrete Beispiele für Vorgehensweisen

Stellvertretend für viele Vorgehensweisen seien hier ein paar der Techniken zur **Stärkung der elterlichen Selbstwirksamkeitsüberzeugung**, Erziehungs- und Beziehungsfähigkeit genannt.

Situationen, in denen ein Kind z.B. absolut nicht auf seine Eltern hört oder es die Eltern gar schlägt, sind hinlänglich bekannt. Klassischerweise fühlen wir Therapeuten uns leicht angesprochen, meinen eingreifen zu müssen und tun dies oft auch. Dies führt unter anderem dazu, dass die Eltern sich in ihrem geringen Selbstwertgefühl bzw. ihrer angegriffenen Selbstwirksamkeitsüberzeugung bestätigt fühlen. Dies befeuert wiederum den Konfliktkreislauf, indem die Eltern mit noch weniger Selbstwirksamkeitsüberzeugung ihr Kind ansprechen, das Kind dies „versteht“ und sich noch weniger an dem orientiert, was die Eltern sagen.

Hier gehen wir beispielsweise nach der folgenden Fragetechnik vor: Wir sprechen die Eltern an, indem wir beispielsweise sagen, dass wir gesehen hätten, wie sie ihr Kind aufgefordert hätten, das Kind aber dies oder jenes täte

und ob sie dies ähnlich wahrnehmen würden und ob ihnen dies ggf. recht sei oder ob sie sich ein anderes Verhalten wünschten, etc.. Dabei beziehen wir andere involvierte Personen, z.B. den Partner der Mutter, und die anderen Familien mit ein.

An die Mutter gewandt:

„Ich sehe / beobachte, dass ...“

- „Sie möchten, dass sich Ihr Sohn neben Sie setzt, er sich aber versteckt“.
- „Das Du, Kevin, genau das Gegenteil machst und rumrennst / Dich versteckst“ etc.

oder

- „Sie (Mutter) mit Kevin sprechen wollen, aber Klaus (Partner der Mutter) immer etwas dazwischen sagt“
- „Möchten Sie, dass das bleibt? Ist Ihnen das recht?“
- „Wenn nein, wie möchten Sie es gerne haben?“
- „Was könnten Sie anders machen, damit es so wird, wie Sie es möchten?“

An die anderen Eltern gewandt:

„Ich sehe / beobachte, dass ...“

- „Jedesmal, wenn Frau Petersen spricht, ihr Mann sie unterbricht“
- „Haben Sie das auch so gesehen oder sehe ich das falsch?“
- „Wie finden Sie das?“
- „Was kann Frau Petersen machen?“ (Beispiel mit konkreter Formulierung erfragen und dies der Mutter direkt sagen.)

An Herrn Petersen:

- „können Sie meine Wahrnehmung verstehen / nachvollziehen?“
- „Wie sehen Sie das?“
- Ggf. „Möchten Sie das anders machen?“
- Ggf. „Wie können Sie das, was Sie eigentlich möchten (z.B. Ihrer Frau helfen) evtl. anders erreichen?“

An die Gruppe:

- „Wie war das für Sie?“

Je nach Entwicklungsstand beziehen wir auch das betroffene Kind bzw. auch die Kinder in der Runde mit ein. Es erstaunt uns immer wieder, wie konstruktiv und kompetent die Kinder zu Lösungen und tragbaren Neuregelungen beitragen.

In diesem Zusammenhang stellen wir auch gerne unser **Arbeitsmodell „Zusammenarbeit“** vor: Hierbei versuchen wir zu verdeutlichen, dass z.B. Vater und Kind meistens auch dann zusammenarbeiten, wenn das Kind immer etwas anderes (ggf. das Gegenteil) von dem macht, was Vater ihm sagt. Die wichtige Frage sei dabei, ob das Ergebnis das sei, was der Vater / das Kind sich erhofft hatten bzw. wenn nicht, was er / das Kind anderes machen könnten bzw. müssten, damit sich die Interaktion zwischen beiden in die beabsichtigte (und für beide Seiten akzeptable) Richtung entwickle.

Sehr leicht kommen dabei elterliche und auch kindlichen Gefühle, Einstellungen und Vorerfahrungen, aber auch Ambivalenzen etc. zur Sprache und werden dadurch psychotherapeutisch besser angebar. Besonders geeignet ist dies bei sich aufschaukelnden Prozessen, bei denen die kaskadenhafte Eskalation verständlich dargestellt werden kann.

Ein anderer wichtiger Teil ist – besonders oft kommt dies in diesen emotionalen Prozessen der angeleiteten Selbstreflexion der Eltern zum Einsatz – das **persönliche Coaching der Eltern**. Beispielsweise wollte ein Vater, dass sich der Sohn neben ihn im großen Kreis hinsetzt. Der Sohn sprang aber durch den Raum und verwickelte den Vater in ein Fang- und Versteckspiel, was dieser dann erschöpft aufgab und hilflos fragte, ob jemand noch eine Idee hätte, was er noch tun könnte. Als sich niemand meldete, wandte er sich an ein Mitglied des MFT-Teams. Er wurde befragt, von wem er sich was erwarte und wurde dann in der oben beschriebenen Weise ganz eng (inhaltlich und auch räumlich) von einem Mitarbeiter begleitet und gecoacht. Auch hier ist es eine sehr wichtige Aufgabe des Therapeuten strikt darauf zu achten, die Situation nicht für den Vater zu „lösen“, sondern den Vater in seiner Vaterrolle und bei seinem Verhalten zu begleiten.

In gleicher Weise werden auch Kinder begleitet und zur Selbstreflexion angeleitet.

Da jedoch die Erwachsenen die Verantwortung für die Erziehung haben und in der Beziehung zum Kind (auch durch Passivität und Hilflosigkeit) oft dominant sind, stehen diese in der Praxis mehr im Fokus. Je älter die Kinder sind, desto mehr treten diese in den Vordergrund.

FAQ

Drei häufig gestellte Fragen seien hier aufgegriffen:

Gibt es genügend Familien, die einen Tag in der Woche so lange in die TK kommen?

Die Anforderung für 6 Stunden bzw. den „ganzen“ Tag zu uns zu kommen, hat sich in praxi für die Familien als wenig einschränkend erwiesen. Dazu kommen noch ca. alle 2 Wochen Termine für Einzelfamiliengespräche. Seit einiger Zeit haben wir mehr (auch berufstätige) Familien auf der Warteliste für diese Version als für die kurze.

In Kombination damit: Sind das nur bestimmte Familien(-Konstellationen), die das Angebot in Anspruch nehmen?

Alle Familien, die zu uns mit der Frage einer TK-Behandlung kommen, bekommen dieses Angebot. Die Familien, die dann zusagen, unterscheiden sich nicht ersichtlich von denen, die sich für die kürzere Version entscheiden. Selten sagen Familien, dass ihnen selbst die Anforderung für die kurze Version nicht machbar sei.

Ist die (gefühlte) Belastung für die Mitarbeiter nicht sehr hoch?

Unisono berichten die Mitarbeiter nach diesem Tag von weniger Müdigkeit, Erschöpfung o. ä. als nach einem Durchschnittstag. Ursprünglich dachten wir, der Donnerstag sei besonders gut, weil das Wochenende nahe ist. Daran hat sich nur der 2. Teil, dass das Wochenende bald kommt, bewahrheitet.

Als letztes sei nochmals auf die **besonderen Charakteristika auf Seiten des MFT-Teams** hingewiesen. Diese stellen in viel stärkerem Maße als die Techniken das Rückgrat unseres Ansatzes und Erfolgs dar:

- Ein sehr hoher Respekt vor dem Gegenüber, seiner bisherigen Lebensgestaltung und seinen bisherigen Versuchen, mit dem Problem umzugehen. Anerkennung, dass die Familie sich dazu entschlossen hat, Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Große Empathiefähigkeit und ein fest verankertes und grundsätzliches Wohlwollen den Familien gegenüber
- Die Bereitschaft, an den Personen in schwierigen Situationen „dran“ zu bleiben und sie zu begleiten

- Liebevoller Konsequenz, d.h. konsequent nicht „aus sich heraus“ oder als Prinzip, sondern aus Zugewandtheit, Wohlwollen und Lösungsorientierung liebevolle Konsequenz vermitteln
- Die feste Überzeugung, dass wir, die „Profis“ sehr viel wissen und zu (fast) Allem eine Meinung haben, dies aber für andere nicht immer die gleiche Gültigkeit hat wie für uns und die betroffenen Menschen jeweils für sich entscheiden

Dank

An dieser Stelle möchte ich mich ausdrücklich und herzlich bei meiner Kollegin Betina Smetsers und meinen Kollegen Holger Buchholz und Hans Jürgen Strufe, sowie dem Team der Villa Paletti für ihr hohes Engagement bedanken! Ohne dies wäre die Umsetzung des geschilderten Konzepts überhaupt nicht möglich!

Ausblick

Insgesamt hat sich das Konzept als recht konstant und robust in der konkreten Anwendung erwiesen und sich schnell zu einem wichtigen und integralen Bestandteil unseres Behandlungsangebotes entwickelt. Andererseits erfordern Veränderung in den Rahmenbedingungen Anpassungen in der Praxis. Vor Kurzem integrierten wir durch die Bereitschaft der Schule zur Mitarbeit eine Schulstunde mit den Eltern ins Konzept. Seit der Aufstockung von 5 auf 7 Familien gewinnt die Prozessorientierung gegenüber der Strukturorientierung an Gewicht, was neue Anforderungen an die Planung und die Flexibilität im Ablauf erforderlich macht.

Weitere Anpassungen werden auf uns zukommen, das Team erlebt dies als Herausforderung.

Literatur

- Andersen, T.* (Hg.) (1996) Das reflektierende Team: Dialoge und Dialoge über Dialoge. 4. Aufl., Dortmund: Verlag modernes lernen
- Asen, E., Scholz, M.* (2009) Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- Behme-Matthiessen, U., Bock, K., Nykamp, A., Pletsch, T.* (2011) FiSch – Familie in Schule. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 21(1), 5-18
- Behme-Matthiessen, U., Löffler, H.-G.* (2009) Räume – Träume – Grenzen – Themenorientierte Eltern-Kind Gruppentherapie. Hamburg 4.-7. März 2009, XXXI. Kongress der DGKJP
- Behme-Matthiessen, U., Pletsch, T.* (2009) Räume - Träume - Grenzen: Materialien zur Themenorientierten Eltern-Kind-Gruppentherapie (TEK). Dortmund: Verlag modernes lernen
- Bünder, P., Sirringhaus-Bünder, A., Helfer, A.* (2011) Lehrbuch der Marte-Meo-Methode. Entwicklungsförderung mit Videounterstützung. 2., erg. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Löffler, H.-G., Smetsers, B.* (2011) Multisystemische Familientherapie in der Tagesklinik. Essen, XXXII. Kongress der DGKJP

Eine letzte Anmerkung

An Kommentaren und Anregungen bin ich grundsätzlich interessiert, so dass ich und auch das Team uns über entsprechende Korrespondenz freuen würden.

Anschrift des Verfassers

Heinz-Georg Löffler
Ltd. Arzt Villa Paletti
Tagesklinik für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Diakonissenanstalt Flensburg
Marienhözungsweg 19
24939 Flensburg

Das Vorgespräch für eine elektive kinder- und jugendpsychiatrische stationäre Klinikaufnahme

Ulrich Rüth

Vorgespräche für eine elektive kinderpsychiatrische stationäre Klinikaufnahme erfüllen unterschiedliche Aufgaben, werden aber in der Fachliteratur wenig dargestellt. Aus der Sicht des erfahreneren Kliniklers sind Vorgespräche wesentlich für eine gute Aufnahmepvorbereitung ebenso wie für den gewünschten Behandlungserfolg. Darüber hinaus vermeiden die Vorgespräche kurzfristige Behandlungsabbrüche nach der Klinikaufnahme.

Rotthaus (1990) geht aus systemischer Sicht vertieft auf die Weichen stellende Bedeutung des Vorgesprächs ein und zitiert eine Vielzahl familientherapeutischer und systemischer Autoren, die sich mit dem Erstkontakt befasst haben. Rotthaus betont, dass der Entschluss zu einer stationären Aufnahme für gewöhnlich auf dem Höhepunkt einer Krise stattfindet. Aber gerade deshalb müssten die Aufnahmeentscheidung genauso wie die Zielformulierung für den Klinikaufenthalt der Familie überlassen werden.

Schmidt (2001) betont die Bedeutung des Vorgesprächs für die Auftragsklärung und für die Klärung der Frage, welches Gewicht und welche Bedeutung die einzelnen Beteiligten dem Klinikaufenthalt geben wollen. Im Vorgespräch würden zentrale Grundinterventionen gestaltet, die den Verlauf der eventuellen Kooperation des Jugendlichen entscheidend mitbestimmen. Wiethoff et al. (2003) untersuchten das Ausmaß der Partizipation stationärer Patienten an der Aufnahmeentscheidung; lediglich ein Drittel der Stichprobe stimmten eindeutig zu, an der Aufnahmeentscheidung beteiligt gewesen zu sein. Als Ergebnis wurde als für viele Patienten zutreffend die Aussage benannt: „Ich durfte ja nichts sagen, ich musste hier rein“. Zurecht verweist Alderson (2003) deshalb auf die UN-Kinderrechte-Konvention, nach der potentiell alle Kinder nach Maßgabe ihrer Fähigkeit, sich eine Meinung zu bilden und diese

auszudrücken, bei medizinischen Maßnahmen aufgeklärt werden müssen und ihre Meinung äußern sowie zu fällende Entscheidungen beeinflussen können sollten.

Vor dem Hintergrund einer mehr als 15-jährigen Erfahrung mit Vorgesprächen für eine stationäre Aufnahme werden in der vorliegenden Arbeit

- äußere Abläufe
 - inhaltliche Fragestellungen
 - Sondersituationen (z.B. bei Verweigerung der Mitarbeit von Kindern und Jugendlichen oder deren Sorgeberechtigten)
- von Vorgesprächen beschrieben.

Inhaltliche Aufgaben der vorstationären Kontakte und des Vorgesprächs

Die vorstationären Kontakte sowie Vorgespräche für die elektive Aufnahme erfüllen unterschiedliche Aufgaben (vgl. Rüth und Schlamp 1997). Hierzu gehören:

- die Auftragsklärung mit den Sorgeberechtigten, ihren Kindern sowie dem Umfeld, z.B. einem bereits eingeschalteten Jugendamt;
- die Klärung von Akuität und Dringlichkeit einschließlich eventueller alternativer Maßnahmen;
- die Klärung der Mitarbeitswilligkeit wie -fähigkeit des betroffenen Kinds oder Jugendlichen, aber auch der Umgebung, einschließlich der Möglichkeiten einer eventuellen Verbesserung der Mitarbeit;
- der Abbau von Ängsten und Ambivalenzen bei den zukünftigen Patienten – und deren Eltern;
- die Steuerung der künftigen Behandlungsplanung einschließlich der Planung eventueller weiterer vorstationärer diagnostischer Maßnahmen, sowie die Aufnahmeplanung bei grundsätzlich durchgehend bestehendem Bettenmangel.

Ablauf der vollstationären Kontakte sowie des Vorgesprächs

Anfragen für eine stationäre Behandlung erfolgen zumeist über Zuweisung durch einen niedergelassenen Kollegen oder die eigene Institutsambulanz, in einigen Fällen aber auch – bei entsprechenden Empfehlungen – durch die Sorgeberechtigten selbst oder auch durch Jugendamtsmitarbeiter. Vor dem

eigentlichen Vorgespräch ist zumindest ein längeres Telefonat mit einem der Sorgeberechtigten zur Vorbereitung des Vorgesprächstermins wichtig und deshalb empfehlenswert.

Im Vortelefonat erfolgt eine erste Klärung des Kontextes der Zuweisung, also wer will tatsächlich die Klinikaufnahme (Eltern? Arzt? Jugendamt? Schule?), sowie ein Erstscreening der Akuität. Es werden dann kurz Abläufe, Inhalte und Ziele des zu terminierenden Vorgesprächs erläutert:

- Wesentlicher Adressat des Vorgesprächs ist das betroffene Kind oder der Jugendliche. Die Vermittlung wichtiger Informationen über Örtlichkeiten der Behandlung, Regeln und Abläufe in der Klinik sollte einer Entängstigung dienen..
- Zweiter Adressat des Vorgesprächs sind die Eltern, welche das Haus und die Behandler kennen lernen können. Fragen der Eltern zu Inhalten und Abläufen der Behandlung würden im Vorgespräch – sofern möglich – beantwortet werden.
- An dritter Stelle steht als Adressat des Vorgesprächs die Klinik selbst, die durch den Erstkontakt eine Erstuntersuchung des Kindes oder bei Zuweisung durch die eigene Institutsambulanz einen persönlichen Eindruck des künftigen Patienten gewinnen kann, wobei im Vorgespräch dann mit den Eltern der eigentliche „Auftrag“ für die Klinikbehandlung geklärt werden sollte.

Sofern notwendig werden im Vortelefonat Vereinbarungen getroffen über die Zusendung eventueller weiterer Unterlagen, auch durch Dritte, wie z.B. früher konsultierte niedergelassene Kollegen oder andere Kliniken. Inhaltlich wird das terminierte Vorgespräch durch eine „Hausaufgabe“ an die Eltern und deren Kind vorbereitet. Es wird benannt, dass im Rahmen des Vorgesprächs voraussichtlich gar nicht weitergehend über die ja ohnehin bekannten Probleme gesprochen werden wird. Dass vorhandene Probleme bei einer Inanspruchnahme der Klinik groß sind, sei selbstverständlich. Das erneute „Auf-den-Tisch-Legen“ dieser Probleme sei voraussichtlich so nicht hilfreich. Vielmehr würden im Vorgespräch an das teilnehmende Kind oder den Jugendlichen die Frage gestellt werden, „was habt Ihr denn über den heute stattfindenden Termin vorab miteinander besprochen?“. Im Anschluss daran würden Eltern wie Kind gefragt werden, was in der Zukunft „leichter“ werden solle oder was man „hinter sich lassen“ wolle. Es wird dann dem anrufenden Sorgeberechtigten kurz erläutert, dass die Frage an das Kind dazu diene, mit

dem Kind ins Gespräch zu kommen, einen ersten Eindruck zu gewinnen und über die Öffnung der Frage gegenüber allen Beteiligten – im Sinn eines aber so nicht direkt benannten zirkulären Fragens - auch auf einen gemeinsamen Stand in Bezug auf das Ziel des Vorgesprächstermins zu kommen. Die sich anschließende Frage, was denn leichter werden sollte oder was man weglassen möchte, sollte der Klärung dienen, was Eltern und Kinder mit einer Klinikaufnahme erreichen möchten oder sich von ihr erhoffen. Nicht explizit ausgesprochen wird, dass es um lösungsorientierte und Ressourcen fokussierende Ansätze geht, wodurch bereits im Vorgespräch eine Verengung auf schwere oder gar unlösbare Probleme vermieden wird.

Abschließend wird noch erwähnt, dass die Teilnahme am Vorgespräch optional ist, es aber sinnvoll sei, wenn alle Sorgeberechtigten erscheinen könnten, um Zweit-Vorgespräche mit dem abwesenden Elternteil zu vermeiden. Auch sollten alle an der Aufnahmeentscheidung wesentlich Beteiligten anwesend sein. Auf Wunsch der Sorgeberechtigten könnte die Teilnehmerrunde auch gerne geöffnet werden, so dass unterstützende Menschen mitkommen können, aber im Falle unterschiedlicher Einschätzungen auch Mitarbeiter des Jugendamts.

Geschwisterkinder werden nicht in jedem Fall mit eingeladen, können aber gerne mitkommen und sollen insbesondere dann mitkommen, wenn sie für die Vermittlung der Aufnahme an ihr Geschwister als Indexpatienten von Bedeutung sind.

Das Vorgespräch

Das Vorgespräch findet bei grundsätzlich offenem Ausgang im ersten Abschnitt noch nicht unter Beteiligung der Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes statt und auch nicht notwendigerweise gemeinsam mit einem – ohnehin oft noch nicht sicher zu benennenden – künftigen Behandler auf Station.

Die Frage an das Kind/den Jugendlichen „was habt ihr über den heutigen Termin denn miteinander besprochen?“ dient der Einschätzung des entstehenden Kontaktes und der Ausdrucksfähigkeit des betroffenen Kindes, aber besonders auch der Abschätzung, ob Informationen innerhalb der Familie übereinstimmen und dem Informationsstand eventuell anwesender Dritter entsprechen (z.B. Mitarbeitern des Jugendamtes oder einer ambulanten Erziehungshilfe). Benannt wird in jedem Fall, dass das Kind oder der Jugend-

liche am Tag des Vorgesprächs wieder mit nach Hause geht, dass aber die Frage eines künftigen Übernachtens in der Klinik – also die „Aufnahme“ – im Raum stehe.

Mit Hilfe der Frage, was leichter werden solle bzw. was man weglassen oder hinter sich lassen wolle, erfolgt auf indirektem Weg eine Problemdefinition, indem aber über Ziele und erhoffte Lösungen gesprochen wird. Über die Definition grundsätzlicher Ziele gelangt man zur Auftragsklärung an die Klinik. Immer wieder fällt es dabei Familien sehr schwer – statt über die ihnen schon langwierig bekannten Probleme – darüber zu sprechen, wie ihr Leben künftig besser aussehen sollte. Zum Teil müssen Vorschläge und Ideen der Eltern für ein „Leichter-Werden“ mit deren Einverständnis „übersetzt“ werden, um zu positiven, in die Zukunft gerichteten Formulierungen zu kommen. Gelingt es, das Gespräch zukunfts- und zielorientiert zu führen, entsteht immer wieder eine gewisse Leichtigkeit und Offenheit, aber auch Hoffnung, und es wird ein Anschluss gefunden an eigene kreative Ressourcen und die Fähigkeit zur Nachdenklichkeit.

In einem weiteren Schritt wird von unserer Seite benannt, ob und wie, in welcher Größenordnung und mit welchem zeitlichen aber auch inhaltlichen Aufwand die benannten Ziele innerhalb einer Klinikbehandlung erreicht werden können und wo die Grenzen der Klinik liegen dürften. Es wird benannt, welche Anforderungen an die Mitarbeit der Eltern gestellt werden, was regelmäßige Elterngespräche und Wochenendbeurlaubungen, aber auch den Mut zu Neuem betreffe. Vor dem Hintergrund der bereits vorhandenen, weiterreichenden Vorinformationen über Berichte früherer Behandlungen können neben dem grundsätzlichen Angebot der Klinikaufnahme bereits spezifische Inhalte einschließlich einer vielleicht sinnvollen Pharmakotherapie und einer sinnvollen Zusammenarbeit mit dem Jugendamt für die Erarbeitung der poststationären Hilfen benannt werden. Die Klinik macht beim Vorgespräch – sofern fachlich stimmig – das grundsätzliche Angebot der Aufnahme, legt aber offen, dass die „Indikationsstellung“ für die Aufnahme weniger seitens der Ärzte oder Dritter, sondern letztendlich durch die Familie erfolge. Eine positive Entscheidung für eine Klinikaufnahme solle aber auf keinen Falle vor einer Besichtigung der Station, dem Kennenlernen der Stationsregeln und einer nochmaligen Prüfung durch die Familie selbst stattfinden.

Vor der Besichtigung der Station wird benannt, dass dort dem anwesenden Teammitglied der Station eine kurze Information gegeben werde über das, was aus den Unterlagen erfahren werden konnte und was im Vorgespräch verstanden worden sei. Diese Information könne auch als eine Art Rückmeldung an die Familie angesehen werden.

Besichtigung der Station

Auf Station selbst wird zunächst ein eher kurzes Gespräch mit einem Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes in Gestalt einer fokussierten „Spiegelung“ an die Sorgeberechtigten und die Kinder geführt. Dabei werden Informationen weitergegeben, die bei der Besichtigung wichtig sind, wie z.B. Aufmerksamkeits- oder Verständnisprobleme der Kinder, Ängste wegen früherer Klinikaufenthalten und eine Zieldefinition für den Aufenthalt. Diese Informationen dienen auch dazu, den Familien mitzuteilen, was wir verstanden haben. Die Familien werden aufgefordert, bei der fokussierten Schilderung ihnen auffallende schwerwiegendere Missverständnisse zu korrigieren, aber tolerant zu sein gegenüber eventuellen Lücken. Die ärztlichen Informationen an die Mitarbeiter des Pflege- oder Erziehungsdienstes enthalten auch wesentliche Aspekte der Störungsvorgeschichte, wie z.B. dass seit 6 Monaten die Schule nicht besucht werde oder es immer schwierig gewesen sei mit den Noten. Zu diesem Zeitpunkt des Vorgesprächs sind die ausgedruckten Stationsregeln und Elterninformationen der Station bereits soweit vorbereitet, dass auf diese Unterlagen für das weitere häusliche Studium verwiesen werden kann und sich deshalb weder Eltern noch Kind während der Besichtigung der Station alles merken müssten.

Die Station wird von den Mitarbeitern des Pflege- und Erziehungsdienstes durch einen Gang über die Station, die Besichtigung von Tagesraum, Zimmern der Jugendlichen, Sanitäreinrichtungen, Freizeiträumlichkeiten vorgestellt. Dabei wird der Tages- wie Wochenablauf erläutert und über die Regeln und die gemeinsamen Aktivitäten auf Station gesprochen. Für gewöhnlich wird der Pflege- und Erziehungsdienst auch ein ggf. vorhandenes Time-Out-Zimmer zeigen und kurz die Nutzung dieses Raums erläutern. Während die Familie die Station besichtigt, kann vom Arzt die Zeit genutzt werden für weitere Dokumentationen z.B. des psychischen Befunds und der wahrgenommenen Interaktionen. Abschließend erfolgt eine Familienrunde unter Einbeziehung des gesprächsführenden Arztes und des Pflege- und Erzie-

hungsdienstes. Unser künftiger Patient wird gefragt, was er gesehen habe, um visuelle Erinnerungen zu evozieren und ggf. Ordnung in die erinnerten Wahrnehmungen zu bringen. Anschließend wird nachgefragt „was hast du gehört?“, um auf Regeln, aber auch auf evtl. bereits benennbare Probleme zu fokussieren. Abhängig von der Reaktion des Kindes wird die Frage an das Kind und seine Eltern gestellt, ob es den Beteiligten gefallen habe und ob sich das Kind vorstellen könne, auf die Station in die Klinik zu kommen. In mehr als der Hälfte der Fälle können sich die Kinder bei dem beschriebenen Ablauf des Vorgesprächskontakts nach Besichtigung der Station eine Aufnahme vorstellen und wollen ggf. sogar gerne kommen. Grundsätzlich wird aber an die gesamte Familie die Aufnahmeentscheidung im Sinn einer erneuten Hausaufgabe zurückgegeben. Die Familie wird gebeten, in den nachfolgenden Tagen nach einer „Familienkonferenz“ zu Hause bzw. weiteren Gesprächen der Sorgeberechtigten gemeinsam mit den Kindern der Klinik zurück zu melden, ob das Kind zur Aufnahme kommen und auf die Warteliste aufgenommen werden soll.

Sondersituationen

Wenn sich Kinder und Jugendliche einer stationären Aufnahme verweigern, werden wir ebenso vor spezifische Probleme gestellt wie bei einer eventuellen Aufnahme eines Kindes gegen den Willen der Sorgeberechtigten.

Das Kind oder der Jugendliche wollen nicht auf Station kommen

Wenn nach dem Vorgespräch das Kind oder der Jugendliche nicht aufgenommen werden möchte, kann in einzelnen Situationen – z.B. bei einer Schulverweigerung – darauf verwiesen werden, dass bei wieder aufgenommenem Schulbesuch eine vollstationäre Klinikbehandlung nicht mehr nötig werden würde. Hier kann das Vorgespräch einer Ressourcen-Aktivierung dienen und therapeutische Ziele verfolgen. Wenn Kinder am Vorgespräch teilnehmen und auch die Station besichtigen, dann aber wegen ihrer Trennungsängstlichkeit bei Schulverweigerung nicht aufgenommen werden wollen, kann die Klinikaufnahme als „aversiver Reiz“ wichtige Ressourcen zugänglich machen sowohl beim Patienten wie der gesamten Familie. Der dann deutlich gewordene Wunsch, andere Wege gehen zu können, ermöglicht diesen Weg manchmal überhaupt erst.

Vor diesem Hintergrund werden bei engen Platzkapazitäten die Vorgespräche manchmal nicht ganz zeitnah angeboten, um durch passende Hinweise im Vortelefonat bereits die Ressourcenaktivierung anzustoßen.

Grundsätzlich besteht aber auch die Möglichkeit zu weiteren klärenden Vorgesprächen mit den Eltern. Wenn es sinnvoll ist, können die betroffenen jungen Patienten zu Besuchen auf Station kommen, um eine weitere Entängstigung zu erreichen. Bei Angststörungen und Schulverweigerung haben wir hier gute Erfolge in Richtung einer dann doch möglichen Mitarbeit bei der Klinikaufnahme gehabt.

Das Kind verweigert eine Besichtigung der Station, kommt aber mit zum Vorgespräch

Kommt das Kind zum Vorgespräch, verweigert aber die Besichtigung der Station, wird für gewöhnlich ein zweiter Vorgesprächstermin mit den Eltern vereinbart. Der zweite Vorgesprächstermin dient dann der Klärung der evtl. doch möglichen Mitarbeit des Kindes oder aber bei weiter bestehender Verweigerung der Vorbereitung einer eventuellen elektiven freiheitsentziehenden Aufnahme.

Das Kind verweigert völlig die Mitarbeit

Eine völlige Mitarbeitsverweigerung deutet sich oft schon im Vortelefonat mit den Eltern an. Den Eltern wird dann vorgeschlagen, zu dem vereinbarten Termin auf jeden Fall zu kommen, sei es alleine oder mit dem Kind. Die Eltern werden darauf hingewiesen, dass sie im Falle des Druck Ausübens in Richtung einer Teilnahme beim Vorgespräch die Situation nur bedingt klären können, da es ja um die Frage der Mitarbeit ihres Kindes bzw. dessen Verweigerung gehe. Wenn das Kind sich verweigert, geht es um die Klärung des weiteren Vorgehens allein mit den Sorgeberechtigten. In dem Vortelefonat kann bereits knapp darauf hingewiesen werden, dass bei einer völligen Verweigerung des Kindes die Eltern nicht hilflos würden zusehen müssen und es Wege einer Lösung gebe.

Vorgespräch für eine elektive freiheitsentziehende Aufnahme

Das Vorgespräch für eine elektive freiheitsentziehende Aufnahme wird immer nur mit den Sorgeberechtigten alleine ohne Anwesenheit des betroffenen Kindes geführt. Sinnvollerweise sollten alle Sorgeberechtigten anwesend sein. Bei Verweigerung des Kindes zur Mitarbeit und Erscheinen der Eltern alleine zum Vorgespräch geht dieses Gespräch direkt über in einen Termin über eine eventuelle freiheitsentziehende Aufnahme in die Klinik.

Den Eltern wird eindringlich benannt, dass eine freiheitsentziehende Klinikaufnahme ausschließlich Elternentscheidung sei. Dies bedeutet, keine Informationen hierüber dürften von den Eltern an ihr Kind weitergereicht werden, da dann die Situation uneinschätzbar werde aufgrund des evtl. entstehenden Drucks. Insofern wären Informationsweitergaben an das Kind alleinige Elternverantwortung.

Zunächst wird den Eltern erläutert, dass bei klarer Elternentscheidung ihr Kind auch gegen den eigenen Willen nach entsprechender Vorbereitung in die Klinik aufgenommen werden könnte. Anschließend werden die inhaltlichen, nicht aber die formalen Aspekte einer solchen Aufnahme besprochen. Es wird die Abholungssituation zuhause differenziert geschildert, was bedeutet, dass ihr Kind voraussichtlich morgens durch Polizeibeamte in Zivil und einen Mitarbeiter des Jugendamtes abgeholt werde. Wichtig sei die Sicherung von Fenstern und Türen durch die Polizeibeamten. Der Mitarbeiter des Jugendamts werde dem Kind die anstehende Klinikaufnahme mitteilen. Für gewöhnlich sollten die Kinder nicht gemeinsam mit den Eltern in die Klinik fahren, da dies zu unnötigen Diskussionen auf der Fahrt und einer emotionalen Verschärfung der Situation führen würde. Die Eltern müssten aber bei der Aufnahmesituation in der Klinik anwesend sein, also z.B. mit dem Jugendamtsmitarbeiter oder per eigenem Wagen in die Klinik kommen. Für gewöhnlich könne die Aufnahmesituation in der Klinik recht schwierig sein mit Beschimpfungen der Eltern und großer emotionaler Enttäuschung. Entscheidend sei aber, dass die Aufnahme von den Eltern gewollt werde und auch ausgehe. Normalerweise würde zur Verdeutlichung der Verlässlichkeit der Eltern noch in der Aufnahmesituation ein Gesprächstermin für den nächsten oder übernächsten Tag vereinbart werden. Die elektiven freiheitsentziehenden Aufnahmen sollten deshalb zu Beginn der Woche stattfinden, um diesen Termin auch möglich zu machen. Die freiheitsentziehende Klinikaufnahme habe als Ziel die Erarbeitung der Mitarbeitsfähigkeit des Kindes oder des

Jugendlichen, um dann auf freiwilliger Basis und später auf einer offenen Station weiterzuarbeiten.

Immer wieder wird deutlich, welche erheblichen emotionalen Reaktionen für die Eltern mit der Vorstellung einer Klinikaufnahme gegen den Wunsch des Kindes verbunden sind. Deshalb wird im ersten Termin alleine mit den Eltern eher nicht das spezifische formale Vorgehen besprochen – also die formale Antragstellung beim Familiengericht – sondern auf die Bearbeitung der emotionalen Reaktionen und insbesondere der Trennungssituation auf Seiten der Eltern eingegangen. Die Eltern werden darüber aufgeklärt, dass die Bearbeitung ihrer emotionalen aktuellen Reaktionen noch vor einer Klinikaufnahme ihrem Kind helfen wird. Es wird den Eltern gesagt: „Was sie jetzt durcharbeiten, wo sie jetzt durchgehen, das hilft ihrem Kind, wenn es bei uns aufgenommen wird“. Den Eltern wird erläutert, dass die jetzt durchlebten eigenen Emotionen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme nicht mehr so stark auftreten und um so weniger bei ihrem Kind landen werden. „Wenn ihr Kind bei uns ist, dann brauchen wir sie, aber noch mehr braucht ihr Kind sie als Eltern! Als Eltern, die ausreichend stark sind.“

Bis zum zweiten Termin der Vorbereitung einer freiheitsentziehenden Aufnahme wird den Eltern angeraten, zuvor – z.B. im Rahmen eines Spaziergangs – die Situation gut miteinander zu besprechen, so dass es bei dem kommenden Termin um die konkreten Schritte gehen würde, sofern sie als Eltern hierfür schon bereit seien. Es wird darauf hingewiesen, dass die Frage der Klinikaufnahme alleinige Elternentscheidung sei und die entsprechenden Diskussionen auf keinen Fall von ihrem Kind mitgehört werden dürften, da ansonsten wiederum eine nicht einschätzbare Situation entstehen würde.

Im für gewöhnlich zweiten Vorgespräch für die geschlossen-stationäre freiheitsentziehende Aufnahme wird zunächst geklärt, welche Haltung die Eltern dazu entwickelt haben. Sofern der Eindruck entsteht, dass Gefühlsreaktionen stark abgewehrt werden, wird dies unter Hinweis auf die Sinnhaftigkeit der Reaktion vor der Aufnahme nochmals benannt. Manchmal wird die Vereinbarung eines weiteren und dann dritten Termins notwendig. Erscheinen die Eltern in ihrer Entscheidung klar genug, werden die rechtlichen Voraussetzungen mit Antragstellung zur Genehmigung seitens des Familiengerichts nach § 1631b BGB genannt. Es ist auch möglich, den entsprechenden Antrag der Eltern an das Gericht durch den Arzt gegenlesen zu lassen. Den Eltern werden die weiteren konkreten Schritte erläutert, das heißt die Kontaktaufnahme zu dem befassten Familienrichter und dem Jugendamt. Sinnvoller-

weise sollte der Jugendamtsmitarbeiter durch einen Hausbesuch die Räumlichkeiten zu Hause kennen lernen können, um die Abholungssituation gut vorzubereiten. Für gewöhnlich wird auch auf die mögliche Gefährdung hingewiesen, die von einer vor einer Klinikaufnahme dem formalen Gesetzeswortlaut nach notwendige vorherige Anhörung durch den Richter ausgehen könnte, und dass der Richter wenn möglich auf diese Anhörung verzichten sollte, um keine Drucksituation für das Kind oder den Jugendlichen entstehen zu lassen. Hierbei wird auch auf die Möglichkeit eines so genannten Vorführungsbeschlusses nach § 283 FamGG hingewiesen, falls der Familienrichter ohne eine vorherige Anhörung noch keine abschließende Genehmigung zur Klinikaufnahme ausstellen würde (vgl. Rütth et al. 2006).

Eine planbare freiheitsentziehende Aufnahme sollte niemals ohne Vorgespräche mit den Eltern stattfinden, da andernfalls die emotionale Belastung für das betroffene Kind sehr groß sein kann. Diese Belastung wird umso größer, je weniger die Eltern klar hinter der Klinikaufnahme stehen und je näher sie selbst einer Dekompensation nahe stehen. Besonders schwierig wird es, wenn Eltern aufgrund ihrer eigenen unzureichenden emotionalen Vorbereitung mit Verweigerung ihres Erscheinens in der Klinik reagieren.

Aufnahme gegen den Willen der Sorgeberechtigten

Aufnahmen gegen den Willen der Sorgeberechtigten werden von uns als höchst problematisch angesehen. Sie sind mit größter Vorsicht anzugehen. Es ist unbedingt angezeigt, den Kontext einer solchen Klinikaufnahme umfassend zu klären, dabei ist das Jugendamt unbedingt einzubeziehen. Eine Aufnahme gegen den Willen der Sorgeberechtigten kann für gewöhnlich nur durch einen aktuellen Sorgerechtsingriff oder die bereits bestehende Pflegerbestellung umgesetzt werden. Die entstehenden Loyalitätskonflikte der Kinder gegenüber den Eltern müssen hier bedacht werden einschließlich der Frage, inwieweit die Kinder von den Eltern zum aktiven Boykott der Klinikaufnahme aufgefordert werden würden.

Steht eine Aufnahme gegen den Willen der Sorgeberechtigten im Raum und können diese nicht zur Mitarbeit bewegt werden, würden wir die Beauftragung der Klinik mit einem Gutachten zur Frage der Einschränkung des Sorgerechtes als sinnvolles Vorgehen bevorzugen. Hierdurch würde die Klinik zum aktiven Mitgestalter der Gesamtsituation und nicht zum ausführenden Organ

eines Pflegers werden. Auf die Schwierigkeiten der Rollendefinitionen beim Sorgerechtsentzugverfahren sei am Rande hingewiesen (vgl. Rütth 1998).

Zusammenfassung

Vorgespräche für die stationäre Klinikaufnahme erleichtern unserer Einschätzung nach für alle Beteiligten den Weg in die Klinik und lohnen den zeitlichen Aufwand von insgesamt 90-120 Minuten beim ersten Termin. Die Vorgespräche „normalisieren“ die anstehende Klinikaufnahme im Sinn eines gemeinsamen Arbeitsentwurfs der Familie in Zusammenarbeit mit der Klinik. Als systemisch-lösungsorientierter Ansatz helfen Vorgespräche, die Verengung auf Probleme bereits im Vorfeld aufzulösen und die Wirklichkeit als soziales Konstrukt zu verändern (vgl. Schlippe & Schweitzer 2007). Das Wie von Vorgesprächen sollte unseren angehenden jüngeren Kollegen nahe gebracht werden und in Einführungswerke wie das „Klinikmanual für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ (Fegert & Kölch, 2011) Eingang finden. Die Pflege einer „Vorgesprächskultur“ zeichnet unserer Einschätzung nach das Selbstverständnis und die Qualität der Arbeit einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Institution aus.

Literatur

- Alderson, P. (2003) Die Autonomie des Kindes – über die Selbstbestimmungsfähigkeit von Kindern in der Medizin. In: Wiesemann, C.; Dörries, A.; Wolfslast, G.; Simon, A. (Hg) Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswillen. Frankfurt, Campus Verlag, 28-47
- Fegert, J.M.; Kölch, M. (2011) Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Rotthaus, W. (1990) Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Rütth, U.; Schlamp, D. (1997) Die vorstationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine spezifische Leistung der Institutsambulanz. Spektrum, 26: 17-21.
- Rütth, U. (1998) Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47: 486-498. http://familienrecht.at/fileadmin/psy_aufsaeetze/r_z/ruethl_gutachterliche_probleme_beim_sorgerechtsentzugsverfahren_nach_1666f_bgb.pdf
- Rütth, U.; Pankofer, S., Freisleder, F.J. (2006) Geschlossene Unterbringung im Spannungsfeld von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Praktisches Vorgehen für eine geschlossene Klinikaufnahme. Germering bei München: Zuckschwerdt Verlag, 173

- Schlippe, A.; Schweitzer J.* (2007) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 10. Aufl., Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Rupprecht
- Schmidt, G.* (2001) Kompetente jugendliche Kunden und Familien als kotherapeutische Helfersysteme – das Hardberg-Modell einer stationären systemisch-hypnotherapeutischen Jugendlichen-Psychosomatik. In: Rotthaus, W. (Hg) Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 313-358
- Wiethoff, K.; Dippold, K.; Rothärmel, S.; Wolfslast, G.; Konopka, L.; Naumann, A.; Keller, F.; Fegert, J.M.* (2003): „Ich durfte ja nichts sagen, ich musste hier rein“ – Bedingungen und Folgen der stationären Aufnahme aus der Sicht minderjähriger Patienten. In: Lehmkuhl, U. (Hg) Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Rupprecht, 89-104

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ulrich Rüth
Fachbereichsoberarzt
Heckscher-Klinikum München
Deisenhofener Straße 28
81539 München
Email: ulrich.rueth@heckscher-klinik.de
Fax: ++49-89-99991111

Zur Diskussion gestellt:

Die Zukunft des Asperger-Syndroms Wird diese Diagnose wieder gestrichen?

Clans Lechmann

Das Asperger-Syndrom hat noch keine lange Geschichte und schon droht es wieder als Störung zu verschwinden und im Autismus-Spektrums-Begriff unterzugehen. Bekanntlich veröffentlichten Leo Kanner (1943) und Hans Asperger (1944) fast zeitgleich ihre Beschreibungen von autistischen Kindern, während aber der Frühkindliche Autismus, wie ihn Kanner beschrieben hatte, schon 1976 als offizielle Störung anerkannt wurde und in den Kanon der Krankheiten aufgenommen wurde, musste Hans Asperger bis in die Neunziger Jahre warten, bis er unter F84.5 in der ICD-10 als eigenständige Störung aufgelistet wurde. Leider ist die heute immer noch gültige Formulierung aber sehr unglücklich geraten und dem Frühkindlichen Autismus untergeordnet worden. Die anschaulichen Beschreibungen von Hans Asperger wurden nur rudimentär umgesetzt; man hielt sich vielmehr an das Konzept des Frühkindlichen Autismus, übernahm die Items für die Erfassung der gestörten Interaktion und der rigiden Verhaltensmuster und ließ den Bereich Kommunikation einfach außer acht, da ja die Jungen, die Hans Asperger beschrieben hatten, alle sprachlich kommunizieren konnten. Die Kritik an dieser unglücklichen Konzeptionalisierung ließ nicht lange auf sich warten. Spitzfindige Autoren (Miller & Ozonoff 1997) fanden heraus, dass bei strenger Auslegung der ICD keinem der von Asperger beschriebenen Jungen heute das Asperger Syndrom bescheinigt würde, sondern – da sie alle auch Auffälligkeiten in der Kommunikation zeigten – unter den Frühkindlichen Autismus fallen würden. Auch der ‚Asperger-Papst‘ Tony Attwood sieht die ICD- und DSM-Kriterien kritisch und legt eher die Anwendung der Gillberg-Kriterien nahe. Und tatsächlich scheint dieses Raster für den klinischen Alltag viel hilfreicher zu sein.

Gillberg & Gillberg (1989) benennen bekanntlich 6 Bereiche und beschreiben neben den in der ICD schon erfassten Schwierigkeiten in der Interaktion und der rigiden Verhaltensmuster auch die Auffälligkeiten in der Sprache und in der Motorik.

1. Soziale Beeinträchtigung
2. Eingegrenzte Interessen
3. Repetitive Routinen
4. Rede- und Sprachbesonderheiten
5. Nonverbale Kommunikationsprobleme
6. Motorische Unbeholfenheit

Kriterien für das Asperger Syndrom von Gillberg & Gillberg (1989)

Damit decken sie die Vielfalt der Besonderheiten viel besser ab und kommen den Ursprungsbeschreibungen von Hans Asperger viel näher. Für den Diagnostiker sind sie allemal ein Gewinn, da durch die Gillberg-Kriterien die Abgrenzung bei differenzialdiagnostischen Fragestellungen (z.B. schizoide Störung) einfacher ist. Allerdings weist Gillberg (2002) selbst daraufhin, dass seine Konzeptionalisierung vielleicht etwas zu eng geraten ist, da sicherlich nicht jeder Mensch, für den das Asperger-Konzept hilfreich ist, Auffälligkeiten in allen 6 Bereichen zeigen muss. Nach Gillberg muss der erste Bereich (soziale Interaktion) immer passen, aber nur 4 der 5 anderen müssen zutreffen. Dennoch würde das engere und konkretere Bild vom Asperger-Syndrom auch aus einem anderen Grunde sinnvoll sein. Manchmal bekommt man den Eindruck, dass das Bild des Asperger-Syndroms in den letzten Jahren so ausgeweitet wurde, dass wir eine Flut von Diagnosen haben, die letztlich den Gewinn der Diagnose wieder infrage stellen können. Ähnlich wie bei dem Trauma-Begriff scheint mir eine Ausweitung kontraproduktiv zu sein; wenn mit dem Ausdruck ‚Trauma‘ zu freigiebig umgegangen wird, verliert er den Schutzaspekt für die Menschen, die im engeren Sinne traumatisiert wurden. So könnte es auch beim Asperger Syndrom (AS) kommen. Schon gibt es in Schulen manchmal den Tenor „ach, Asperger ist doch eine Modediagnose, da geben wir nichts mehr drauf“. Und wenn Asperger-Diagnosen als Modeerscheinung abgetan werden, dann verlieren die Schüler, die die Diagnose wirklich benötigen, den Schutz, den die Diagnose vermittelt. Die Diagnose sagt doch: „Halt, das ist ein besonderes Kind, man darf es nicht ohne weiteres mit anderen Kindern vergleichen, sonst tut man ihm Unrecht“. Die Diagnose schützt also vor unpassenden Erwartungen und Anforderungen der Eltern,

der Lehrer, der Therapeuten; sie schützt sogar die Betroffenen, nämlich vor eigenen unangemessenen Vorstellungen.

Nach langjähriger klinischer Anwendung erscheinen mir aber auch die Gillberg-Kriterien noch verbesserungsfähig zu sein. Der erste Bereich ist sicherlich der zentrale: Ohne eine Einschränkung in der Kontaktgestaltung zu anderen Menschen ist die Diagnose Asperger nicht sinnvoll. Gillberg nennt vier mögliche Items, die die soziale Beeinträchtigung charakterisieren:

Soziale Beeinträchtigung

(extreme Ichbezogenheit)

(mindestens zwei der folgenden Merkmale):

- a) Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen
- b) Mangelnder Wunsch, mit Gleichaltrigen zu interagieren *oder intensiver Wunsch, aber mangelnde Fähigkeiten, freundschaftliche oder partnerschaftliche Kontakte angemessen zu gestalten**
- c) Mangelndes Verständnis für soziale Signale
- d) Sozial und emotional unangemessenes erhalten

(*kursiver Text ergänzt durch Lechmann)

Der zweite Punkt („mangelnder Wunsch mit Gleichaltrigen zu interagieren“) kann nach meiner Erfahrung aber in die Irre führen. Bei Vorschulkindern gewinnt man tatsächlich oft den Eindruck, dass sie andere Kinder meiden und lieber mit den Erzieherinnen „quasseln“. In der Schulzeit suchen aber die meisten Kinder Kontakt. Diese unbeholfenen und wenig geschmeidigen Kontaktversuche werden aber nicht selten durch Hänseleien und Ausgrenzungen beantwortet. Spätestens jetzt erkennen viele Kinder ihr ‚Anderssein‘ und ziehen sich ganz zurück („und dann habe ich meine Selbstverwirklichung in den nichtsozialen Bereich gelegt“), was wiederum dazu führt, dass entsprechende Fähigkeiten („Freundschaftsskills“) sich nicht weiterentwickeln können. Aber im Jugendalter bzw. spätestens im jungen Erwachsenenalter zeigt sich bei fast allen Menschen mit AS, die wir im Autismus-Therapiezentrum (ATZ) Köln länger begleitet haben, der nicht selten sehnsüchtige Wunsch nach Freundschaften oder nach einer Partnerschaft. Ich würde deshalb den Punkt in den Gillberg-Kriterien „mangelnder Wunsch, mit Gleichaltrigen zu interagieren“ ergänzen durch „oder intensiver Wunsch, aber mangelnde Fähigkeiten, freundschaftliche oder partnerschaftliche Kontakte angemessen zu gestalten“. Die Einbeziehung der ‚Rede- und Sprachbesonderheiten‘ sind der große Vorteil gegenüber den Kriterien der ICD oder des DSM.

Rede- und Sprachbesonderheiten

(mindestens drei der folgenden Merkmale):

- a) verzögerte Entwicklung
- b) (oberflächlich gesehen) perfekter sprachlicher Ausdruck
- c) formelle, pedantische Sprache
- d) seltsame Prosodie, eigenartige Stimmmerkmale
- e) beeinträchtigt Verständnis einschließlich Fehlinterpretationen von wörtlichen /implizierten Bedeutungen

Gerade durch die Beachtung der teilweise diskreten, aber dennoch deutlichen Auffälligkeiten gelingt die differenzialdiagnostische Abgrenzung z.B. gegenüber Menschen mit reinem ADHS oder Persönlichkeitsstörungen. Aber auch hier würde ich gerne die Liste der möglichen Besonderheiten nach jahrelanger klinischer Erfahrung ergänzen und präzisieren. Neben den von Gillberg genannten Aspekten sind nach meiner Erfahrung häufig auch bedeutsam:

Rede- und Sprachbesonderheiten

(ergänzt durch Lechmann)

- a) ungewöhnliche Sprachebene (altkluge Sprache)
- b) Schwierigkeiten, ein wechselseitiges Gespräch zu führen
- c) Schwierigkeiten, einen Smalltalk zu führen
- d) Schwierigkeiten, Ironie und Spaß zu verstehen
- e) Sinn für Wortspiele und Wortklänge
- f) Wahrheit geht vor

Auch der sechste Bereich bei den Gillberg-Kriterien ist ein deutlicher Fortschritt gegenüber dem kargen Konzept in ICD und DSM. Motorische Unbeholfenheit ist sicherlich nicht bei allen Menschen mit AS anzutreffen, aber die Nennung dieser Ebene rundet die Beschreibung des Asperger-Bildes doch sehr gut ab. Allerdings ist der einzige Punkt („Mangelnde Leistung bei Untersuchung der neurologischen Entwicklung“), den Gillberg nennt, aus meiner Sicht nicht konkret und ausreichend genug. Neben der Motorik beklagen insbesondere Erwachsene mit AS ihre auditive Überempfindlichkeit. Deshalb würde ich den sechsten Bereich weiter fassen und umbenennen in „Auffälligkeiten im Bereich Motorik, Wahrnehmung und der Exekutivfunktionen“ und folgende Unterpunkte aufzuführen:

Auffälligkeiten im Bereich Motorik, Wahrnehmung, und der Exekutivfunktionen

- a) auffälliges Gangbild
- b) motorische Unbeholfenheit (Koordinationsprobleme, Dyspraxie, schlechtes Schriftbild)
- c) Unsportlichkeit (besonders bei Ballspielen)
- d) Wahrnehmungsbesonderheiten (z. B. auditive Überempfindlichkeit)
- e) Probleme bei Exekutivfunktionen

Auch die ausschließliche Konzentration auf die potenziellen Schwierigkeiten von Menschen mit AS wurde schon von Attwood und Gray (1999) kritisiert und sie „entdeckten“ die „Aspie-Kriterien“, eine Sammlung von potenziellen Stärken und Talenten. Tatsächlich scheint mir die Einbeziehung möglicher Stärken für die Diagnosestellung hilfreich zu sein. Die Stärken sind häufig nur die andere Seite der Medaille (z.B. Sinn für Details vs. Schwierigkeiten das große Ganze zu erfassen). Das Muster der Stärken ist dabei nicht beliebig und kann zusätzlich für die Diagnosestellung herangezogen werden:

Mögliche Stärken

- a) Systematisieren
- b) Gedächtnisleistungen
- c) Erkennen von Details
- d) Räumliche Orientierung
- e) Visuelles Erfassen

Nun ergibt sich die einmalige Chance, die bisherigen offiziellen Kriterien zu verbessern; die Revision der Klassifikationssysteme DSM und ICD steht an. Die Arbeitsgruppen tagen seit geraumer Zeit und 2013 soll das DSM-V fertig sein, ein Jahr später dann die ICD-11. Die Kriterien für das Asperger Syndrom stehen auf dem Prüfstand. Eine Revision scheint unumgänglich und ist auch sehr wünschenswert. Woodbury-Smith et al. haben schon 2005 eine Idee davon vermittelt, was sich ändern könnte: Wie schon von Gillberg vorgeworfen, müssten die Sprache und die Motorik als Kriterien aufgenommen werden und die Unterordnung unter den Frühkindlichen Autismus müsste wegfallen. Doch möglicherweise fällt das Asperger Syndrom ganz weg. Die meisten Studien konnten nämlich die autistischen Störungen nicht hinreichend voneinander abgrenzen. Eine unübersehbare Anzahl von Studien

ging der Frage nach, ob man High-functioning Autismus (also Frühkindlicher Autismus ohne Intelligenzminderung / HFA) vom Asperger-Syndrom unterscheiden kann. Schon Tony Attwood hielt diese Frage mehr von akademischen als vom klinischen Wert; entsprechend wird nun häufig der Begriff HFA auch eher als Oberbegriff für alle autistischen Störungen, die ohne Intelligenzminderung einhergehen, verwendet, was dazu führt, dass maximale Begriffsverwirrung herrscht. Der Streit um Störungsbilder hat aber auch einen Vorteil: Es wird noch einmal deutlich, dass die Störungsbilder nicht naturgegebene Einheiten sind, sondern dass sie das Ergebnis eines Abstimmungsprozesses von Fachleuten vor dem Hintergrund des derzeitigen Wissensstandes bzw. des derzeitigen Paradigmas sind. Was Kliniker tagein tagaus erleben, wird nur zu deutlich: Das Diagnosesystem ist ein wichtiger und nützlicher Versuch, die mannigfaltige Wirklichkeit von menschlichem Verhalten und Erleben, von Krankheiten und Störungen zu ordnen und zu kategorisieren, aber häufig genug erscheint es doch ein sehr hilfloser Versuch zu sein. Wie oft können die Besonderheiten der Kinder und Jugendlichen nicht einer einzigen Störung zugeordnet werden (Stichwort Komorbidität) oder abgegrenzt werden (Differentialdiagnose). Nicht selten muss man sich bei Menschen, die ein deutliches Asperger-Muster aufweisen, aber recht gut „funktionieren“ auch fragen, ob die Einordnung in die Rubrik der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen passend erscheint. Es fehlt nach meiner Ansicht eine Ziffer für das „Asperger light“ bzw. für subklinische Manifestationen. Eine Mutter, die sich nach der Diagnose ihres Sohnes in vielen Aspekten selbst erkannte, kreierte für sich den Ausdruck „tiefgreifende Entwicklungsbesonderheit“, was ich für ihre Situation sehr treffend fand. Damit wären wir bei der Gender-Perspektive. Die bisherigen Kriterien scheinen das Diagnoseungleichgewicht zwischen Männern und Frauen zu begünstigen. Auch wenn Hans Asperger das Asperger-Syndrom mit einem extrem männlichen Charakterzug vergleicht, wurden interessanterweise mehr Bücher von Frauen über ihr Leben mit AS veröffentlicht als von Männern und immer mehr Frauen sehen in dem Konzept AS einen passenden Verstehensrahmen für ihre chronischen zwischenmenschlichen Schwierigkeiten und suchen den „Schutz“ der Diagnose. Vielleicht würden geschlechtsspezifische Kriterien hier weiterhelfen.

Aufgrund der Flut der derzeitigen Asperger-Diagnosen kommt auch immer wieder die Frage auf, ob diese Zahlen eine tatsächliche Zunahme der Störung widerspiegeln oder ob es andere Ursachen für die „Autismus-Epidemie“ gibt. Die meisten Fachleute stimmen überein, dass man sich kaum eine tatsächliche Zunahme erklären könnte und dass vielmehr die veränderten Diagno-

sekriterien, die heute eingesetzten Diagnostikinstrumente und die vermehrte Beachtung für autistische Störungen die entscheidende Rolle bei der Erhöhung der Prävalenzzahlen spielen.

Ich hoffe, dass das Asperger-Syndrom überleben wird. Die Chancen stehen aber schlecht. Die DSM-5 Task Force scheint fest entschlossen, das Asperger Syndrom wieder abzuschaffen. Jeder kann die Revisionsschritte im Internet mitverfolgen und sogar mitdiskutieren (www.dsm5.org). Schon regt sich teilweise empörter Widerstand z.B. von Simon Baron-Cohen, nachzulesen in Psychologie heute (2010) oder auf diversen Blogseiten von Asperger-Aktivisten. Das Hauptargument der Task Force ist aber nicht zu entkräften, HFA und AS sind kaum voneinander zu unterscheiden. Das verwundert nicht, da die Kriterien so schlecht voneinander abgegrenzt wurden. Anstatt das Asperger Syndrom aber abzuschaffen, sollte es vielmehr präzisiert und eingegrenzt werden.

Literatur:

- Asperger, H.* (1944) Die „autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 117, 76-136
- Attwood, T., Gray, C.* (1999) The Discovery of Aspie. The Morning News 11, 3
- Baron-Cohen, S.* (2010) Diagnosen altern schnell. Psychologie heute 37(4), 52 f.
- Gillberg, C.* (2002) A Guide to Asperger Syndrome. Cambridge University Press
- Gillberg, I. C., Gillberg, C.* (1989) Asperger Syndrome: Some epidemiological considerations: A research note. Journal of Child Psychology & Psychiatry 30(4), 631-638
- Kanner, L.* (1943) Autistic Disturbances of Affective Contact. Nervous Child 2, 217-250

Dieser Beitrag erschien zuvor in autismus 2011, Heft 71, 12-15. Der Zweitabdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung von autismus Deutschland e. V..

Kontaktadresse:

Dipl.-Psych. Claus Lechmann
Kurfürstenstraße 5-7
50678 Köln
Telefon: 0221-9853330
Email: lechmann@netcologne.de

Nachruf Heinz-Dieter Jung



Wir trauern um unseren lieben, hoch geschätzten Kollegen Dr. Heinz-Dieter Jung, der im Alter von 60 Jahren am 27.2.2011 verstorben ist. Er hat sich seine lange Krankheit bis kurz vor seinem Tod nicht anmerken lassen, sondern die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik Holzminden souverän, engagiert und zuversichtlich geleitet.

Heinz-Dieter Jung absolvierte sowohl seine pädiatrische als auch seine kinder- und jugendpsychiatrische Facharztweiterbildung in Göttingen und erwarb sich zusätzlich umfassende psychotherapeutische Kompetenz mit systemischem Schwerpunkt. Nach erster leitender Tätigkeit in Wilhelmshaven übernahm er unter schwierigen Vorbedingungen die Chefarztposition im Albert-Schweitzer-Therapeutikum Holzminden.

Hier gelang es ihm im Laufe der Jahre, wieder einen sehr guten fachlichen Ruf der Klinik zu begründen. Seine ruhige, besonnene, freundlich-beharrliche Art, sein Einsatz für die Belange psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und deren Familien, seine hohe fachliche Kompetenz und sein klarer organisatorischer Blick haben dazu ausschlaggebend beigetragen.

Er wird uns sehr fehlen.

Christoph Höger (Göttingen), Alexander Naumann (Lüneburg)

Nachruf Bruno Paul

Wir gedenken in Trauer und Dankbarkeit Dr. medic. (RO) Bruno Paul, der am 17. März 2011 im Alter von 57 Jahren nach schwerer Krankheit verstorben ist. Er war ein fachlich hoch geschätzter und zutiefst menschlicher Kollege. Durch seine aufrichtige und umsichtige Art war Herr Dr. Paul eine Bereicherung für die gesamte Klinik. Für die Patienten war er ein engagierter und einfühlsamer Arzt. Von Februar 2001 bis März 2011 war er als Leitender Oberarzt in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn tätig. Zwischenzeitlich hatte er kommissarisch die chefarztliche Leitung der Abteilung inne. Herr Dr. Paul war als Vorgesetzter und als Arzt gleichermaßen geachtet und beliebt. Das Wohl seiner jungen Patienten war ihm immer besonderes Herzensanliegen. Seine warmherzige Menschlichkeit wird uns fehlen.

Judith Sinzig & Jürgen Schallenberg (Bonn)

Ausschreibung

**Stiftung für ambulante Psychiatrie
und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter**

Förderpreis 2011 – 2013

Zur Förderung der wissenschaftlichen Grundlagen ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung schreibt die Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter 2011 erneut einen Förderpreis aus.

Thema/Ziel

Förderung eines Forschungsprojektes, das geeignet ist die ambulante psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien nachhaltig zu verbessern.

Bei der Vergabe des Preises werden Projekte bevorzugt, die innovative Versorgungsziele beinhalten und/oder durch den Nachweis evidenter Wirksamkeit experimentelle Behandlungsformen in die klinische Versorgung einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung implementieren.

Dotierung: 15.000,00 €

Davon werden 12.000,00 € bei der Entscheidung für das Förderprojekt am 15.11.2011 ausgezahlt, die restlichen 3.000,00 € nach Abschluss des Projektes als Publikationszuschuss. Es wird erwartet, dass das geförderte Projekt **bis zum 30.06.2013 abgeschlossen** ist und die schriftliche Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse in deutscher Sprache und in zehnfacher Ausfertigung über die Geschäftsstelle dem Vorstand und dem Kuratorium der Stiftung vorgelegt wird.

Bewerbungen sind mit einer ausführlichen Darstellung des Projektes in seiner Fragestellung, seiner Zielsetzung und mit den vorgesehenen Durchführungsschritten in deutscher Sprache und in zehnfacher Ausfertigung per Post **bis zum 30.09.2011** an die Geschäftsstelle der Stiftung zu senden. Die Jury (Mitglieder siehe www.stiftung-kjpp.de) wird die eingegangenen Projektvorschläge bewerten nach 1) Neuigkeit, 2) Machbarkeit und 3) personeller sowie institutioneller Vernetzung von Forschung und ambulanter Praxis.

Geschäftsstelle

Stiftung-KJPP

Christian K. D. Moik

Lütticher Str. 512 b

52074 Aachen

Tel. 0241 73960

Fax: 0241 79419

E-Mail: info@stiftung-kjpp.de

Tagungsbericht

Symposium „Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Wissen – Mythen – Perspektiven“ in Aachen am 9. April 2011

Dieses Symposium stand in der Tradition der seit 1988 von Christian Moik zusammen mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikum der RWTH Aachen gemeinsam veranstalteten Tagungen. Gemeinsam mit Dr. Claudia Stollbrink-Peschgens und Dr. Dipl.-Psych. Michael Simons hatte er wieder ein anspruchsvolles und abwechslungsreiches Programm mit hochrangigen Referenten zusammengestellt.

Prof. Dr. Franz Resch trug eindrucksvoll zu psychischen Problemen von Kindern mit somatischen Erkrankungen vor. Durch die vertiefte Kooperation seiner Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Kinderklinik des Universitätsklinikums Heidelberg sowie entsprechende Forschungsschwerpunkte bestehen insbesondere in der Psychoonkologie, in der Betreuung von Kindern krebserkrankter Eltern sowie in der Betreuung von Kindern mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen umfassende Erfahrungen, aber auch bzgl. Kindern mit Migräne und anderen Kopfschmerzen. Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann stellte sehr anschaulich aktuelle Erkenntnisse aus der Neurobiologie für die Therapie der Pubertätsmagersucht vor. Therapeutische Evidenz, wenn auch nur geringe, besteht bisher lediglich für Familientherapie. Dr. Dipl.-Psych. Michael Simons referierte lebendig und humorvoll zu Frühdiagnostik und Intervention bei psychosomatischen Beschwerden. Der Inhalt seines Vortrags ist als Beitrag in diesem Heft enthalten. Funktionelle und somatoforme Störungen waren das Thema des Vortrags von PD Dr. Dipl.-Psych. Meinolf Noeker. Im Unterschied zu den polysymptomatischen, fluktuierenden Beschwerdebildern des Erwachsenenalters dominieren im Kindesalter monosymptomatische Beschwerdebilder. Die häufigsten Beschwerden beziehen sich auf funktionelle Schmerzstörungen. Im Vordergrund stehen Kopf- und Bauchschmerzen mit einer Häufigkeit von jeweils etwa 10 Prozent. Medizinisch nicht erklärbare Beschwerden beim Kind und Fehlanpassung seitens des Kindes oder seitens der Eltern können zu einer Somatoformen Störung des Kindes bzw. Somatoform-

men Störung by proxy führen. Noeker wies auf die Koexistenz psychischer, funktioneller und organischer Befunde hin, so dass ein Entweder-oder u. U. nicht gerechtfertigt ist. Seinem 2-Phasen-Modell als Ätiologiekonzept nach ist die Somatoforme Störung als Anpassungsstörung an eine zunächst bestehende funktionelle Symptomatik zu erklären. Er sieht demnach weniger einen psychosomatischen Dualismus i. S. von biologischen versus psychologischen Störungsanteilen, sondern vielmehr ein klinisches Spektrum von mehr oder weniger gemeinsam auftretender biologischer Vulnerabilität und somatoformer kognitiv-emotionaler-behavioraler Fehlverarbeitung. Funktionelle gastrointestinale Störungen werden nach den Rom-III-Kriterien¹ diagnostiziert und umfassen sowohl Erbrechen, Rumination und Aerophagie als auch Bauchschmerz-Störungen, Obstipation und Inkontinenz. Nach der pädiatrischen Ausschlussdiagnostik ermöglichen die Rom-III-Kriterien eine positive Diagnosestellung als erste Intervention. Interessant ist, dass zu den Prädiktoren im 1. Lebensjahr zur Vorhersage eines Bauchschmerzes im 6. Lebensjahr nicht nur exzitablem Temperament beim Kind gehören, sondern auch körperliche Symptome bei der Mutter und mütterliche Angst, also eine Dosis-Wirkung-Beziehung zwischen der Angstaussprägung bei den Eltern und einem späteren Bauchschmerz beim Kind. Als ein Mediator des Übergangs von einer einfachen funktionellen Symptomatik in eine komplexe somatoforme Störung muss Katastrophisierung als ein Prinzip kognitiver Schmerzverarbeitung angesehen werden mit den damit einhergehenden kognitiven Verzerrungen wie Übergeneralisierung, Selektive Wahrnehmung, Alles-oder-nichts-Denken, Über-/Untertreibung oder emotional verengtes Denken. Ein weiterer Mediator ist operante Verstärkung exzessiven, somatoformen Schmerzverhaltens als dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktion. Das Konzept der Hypersensitivität und -reagibilität (Interaktion ZNS-ENS) als Grundlage der Patientenaufklärung stellt eine weitere Intervention dar mit dem Ziel der Akzeptanz der Disposition. Kontrolle der Auslöser und Folgebeeinträchtigungen stellen weitere Schritte dar.

Am Nachmittag fanden Arbeitsgruppen zu Psychosomatik am Beispiel der Enuresis (Dipl.-Psych. Britta Koch & Dr. Claudia Stollbrink-Peschgens), Funktionellen und somatoformen Störungen (PD Dr. Dipl.-Psych. Meinolf Noeker) sowie zur Frühdiagnostik und Intervention bei Gesundheitsangst (Dr. Dipl.-Psych. Michael Simons) statt.

Ingo Spitzcok von Brisinski

¹ Die Rom-Kriterien für die Diagnose von funktionellen Störungen des Verdauungsapparates werden nach der Delphi-Methode von Gastroenterologie-Experten mittels Konsensus-Konferenz in Rom festgelegt (Rom-I-Kriterien 1992, Rom-II-Kriterien 1998, Rom-III-Kriterien 2006). www.romecriteria.org

Buchrezensionen

Schweitzer, Jochen; Nicolai, Elisabeth: **SYMPAthische Psychiatrie. Handbuch systemisch-familienorientierter Arbeit.** 2010, 168 S., 19.95 €, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, ISBN: 3-525-40162-0, ISBN-13: 9783525401620

Das Buch untergliedert es sich in 8 Kapitel : Im ersten wird das „SYMPA-Projekt“ knapp und kurz dargestellt. Im 2. Kapitel „Theorie systemischer Psychiatrie“ werden die aus Sicht der beiden Autoren wichtigen systemischen Essential unter spezieller Betonung von Kommunikation, Kontext und „chronifizierungsfördernden Theorien“ kurz dargestellt. Im folgenden Teil werden die „Prinzipien systemisch-psychiatrischer Praxis“ dargestellt und an Hand systemischen Sprechens, der „Wahlmöglichkeiten im Behandlungsmenü“, des Reflexionssettings und der Verhandlungsspielräume in Bezug auf Medikamente, Diagnosen und Zwangsmaßnahmen erläutert. Im Kapitel „SYMPA-Weiterbildung“ werden das Curriculum und der Zeitplan der gesamten Fortbildung der Mitarbeiter in den verschiedenen Einrichtungen im Gesamtumfang von jeweils 27 Fortbildungstagen anschaulich dargestellt. Das Kernstück des Buchs wird im anschließenden Kapitel „Die SYMPA-Praxis – ein Handbuch“ ausführlich und mit vielen Praxisbeispielen und –erläuterungen plastisch vermittelt. Hier macht das Lesen richtig Spaß! Bevor das Buch mit „Resümee und Ausblick“ und dem „Dank“ ausklingt, werden in der „Wissenschaftlichen Evaluation des SYMPA-Projekts“ akademisch die Studienergebnisse, insbesondere zur Nachhaltigkeit, zusammengefasst.

Das Buch ist eine sehr gelungene Mischung aus einerseits ausführlicher Projektbeschreibung und verdeutlicht in seinem beschreibenden Teil eher nebenbei ohne effektheischem Unterton sehr gut, wie viel Arbeit und Schritte über Jahre bei der Realisierung eines solchen Projekts von der Idee über die Umsetzung bis zum Abschluss notwendig sind. Zum anderen zeigt es durch seine vielen Praxisbeispiele, wie Systemische Therapie im akut-psychiatrischen Alltagsgeschäft umgesetzt werden kann. Es scheut dabei auch nicht kritische Themen, wie z.B. „Verhandlungen über Medikamente“ oder Möglichkeiten im Umfeld von Zwangsmaßnahmen.

Die in der Systemischen Therapie oftmals gebrauchte Metapher von der „angemessenen Verstörung“ trifft hier nicht zu. Das Buch wirkt ganz ohne Verstörung ausgesprochen anregend und ideenanstoßend.

Was mir an diesem Buch besonders gefällt, ist, dass ein universitäres Projekt den Elfenbeinturm der reinen Forschung mit hochselegiertem Klientel (das wir draußen so gar nicht kennen) verlässt, sich hinaus in die Provinz (Paderborn und die anderen Städte mögen mir das verzeihen) begibt, sich an der dort vorgefundenen Realität orientiert und Werkzeuge für den psychiatrischen (grauen) Alltag entwickelt.

Insgesamt eine sehr gelungene Mischung aus knapper Theorie, Praxisbeispielen und Darstellung von tools, die zum Ausprobieren einladen. Entsprechende Neugier vorausgesetzt, ist es ein Buch, von dem auch langjährig Berufserfahrene profitieren können.

Heinz-Georg Löffler, Breklum

Rüdiger Retzlaff: **Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie.** 2010, 288 S., 29,95€, Stuttgart: Klett-Cotta, ISBN 3-608-94635-7, ISBN-13: 9783608946352

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines wachsenden medizinischen Fortschritts gehören teilweise mehrfach und schwerst behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zu unserem Alltag in Familien, Nachbarschaft, Schule, aber auch im Kontext psychosozialer Beratung bzw. medizinisch-psychologischer Behandlung.

Die Mehrzahl der Kinder mit geistigen bzw. körperlichen Behinderungen lebt tatsächlich in ihren Familien. Das Leben mit einem behinderten Kind ist für Eltern eine kontinuierliche Herausforderung, die ihren Alltag als Eltern, als Paar ebenso beeinflusst wie das Leben gesunder Geschwisterkinder. Nicht-Betroffene nehmen von außen vielleicht vorrangig die sicher nicht zu unterschätzende chronische Belastung wahr, übersehen aber möglicherweise dass das Leben mit einem behinderten Kind durchaus auch Entwicklungschancen für Familien bieten kann. Rüdiger Retzlaff, selbst betroffener Vater, der also

aus eigenem Erleben, weiß, worüber er schreibt, setzt vorrangig eine Ressourcenbrille auf. So kommen viele Familien mit ihrer Lebenssituation bemerkenswert gut zurecht. Diese Bewältigungsstrategien sind möglicherweise ein Schlüssel auch für einen besseren professionellen Betreuungs- und Behandlungskontext.

Welche Stärken zeichnen kompetente Familien aus, denen es gelingt, ungeachtet aller nicht zu leugnender Belastungen und Einschränkungen ein erfülltes Leben mit ihrem behinderten Kind zu führen? Wie können Beratung und Therapie diese Stärken fördern? Ausgehend von Konzepten der systemischen Therapie, der Familien- und Kohärenzforschung und Interviews mit Familien vermittelt Rüdiger Retzlaff ein Verständnis davon, welche Familienmuster und Einstellungen dazu beitragen, dass Akzeptanz und Resilienz entstehen. In einem ausführlichen praktischen Teil finden Berater konkrete Hinweise und detaillierte Anleitungen für die ressourcenorientierte Arbeit, die gezielt die Stärken von Familien behinderter Kinder ansprechen.

Das Buch verbindet vor dem fachlich-biographischen Hintergrund des Autors dessen besondere fachliche Expertise mit einfühlsamen und ermutigenden Ratschlägen für betroffene Familien und ihre professionellen Helfer. Zielgruppen sind daher u.a systemische Familientherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Lehrer, BeraterInnen aus Frühfördereinrichtungen, Mitarbeiterinnen in sozialpädiatrischen Zentren bzw. Praxen, Ambulanzen Kliniken sowie Rehabilitationseinrichtungen. Nach Spielräumen ist Rüdiger Retzlaff mit diesem Buch über Familien mit behinderten Kindern ein Klassiker gelungen, der definitiv lesenswert ist und dessen Schlussfolgerungen und Empfehlungen auch den Praxisalltag in der Arbeit mit behinderten Kindern und ihren Eltern durchaus in einem neuen Licht scheinen lässt.

Jochen Gehrman, Ludwigshafen

Suess, Gerhard J.; Hammer, Wolfgang (Hrsg.): **Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten.** 2010; 262 S., 29,95 €; Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart, ISBN: 3-608-94663-2, ISBN-13: 9783608946635

Im letzten Jahr überschlugen sich die Nachrichten über Missbrauchsfälle in Deutschland, verbunden mit der Forderung nach einem besseren Kinderschutz. Diesem Thema widmeten sich schon im Sommer 2009 zwei multidisziplinäre Tagungen in Frankfurt, deren Beiträge jetzt von den Herausgebern in diesem Buch veröffentlicht wurden.

Wolfgang Hammer von der Behörde für Soziales und Gesundheit Hamburg führt in das Thema ein und betont die Eckpunkte des Kinderschutzes, vor allem die notwendige Unterstützung der Eltern. *Martha F. Erickson* vom Center for Early Education and Development in Minnesota, die Gründerin des STEEP-Programms (Steps Towards Effective and Enjoyable Parenting), sowie *H.P. Hartmann*, *M. Buchwald* und *J. Lederer-Charrier* berichten über ihre Erfahrungen in dieser Arbeit mit überforderten Müttern und Familien, z.B. bei psychischen Erkrankungen, wie Depressionen, oder bei Partnerschaftskonflikten. In den weiteren Beiträgen wird die Wichtigkeit einer normalen Bindungsentwicklung aufgegriffen.

H.-H. Uslucan fordert stärkere Hilfen für Familien mit Migrationshintergrund. *M. Leuzinger-Bohleber* schildert, auch an Hand eines Fallbeispiels ‚Pete‘, psychoanalytische und bindungstheoretische Überlegungen zum Konzept der Resilienz.

Leider hemmen oft unterschiedliche Denkweisen die notwendige interdisziplinäre Vernetzung beim Kinderschutz und führen manchmal, wie im Falle Kevin aus Bremen, zu fatalem Ausgang. Unser Fachkollege *J. Fegert* und Mitarbeiter zeigen in ihrem Beitrag das Spannungsfeld zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe, wie wir es in unserer täglichen Arbeit leider immer noch antreffen. Sie plädieren für eine stärkere Evidenzbasierung, um unnötige Reibungsverluste zu vermeiden. Die Ulmer Arbeitsgruppe entwickelte u.a. praktikable Arbeitsinstrumente bei Verdacht auf konkrete Kindeswohlgefährdung, z.B. einen ‚Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe‘.

G. Suess betont, dass Kindeswohl nicht im Besitz einer einzelnen Disziplin steht. Die überwiegend empirische Ausrichtung der Jugendhilfe und der Sozialarbeit sei generell umstritten. Der naturwissenschaftliche Ansatz in der

Kinder- und Jugendpsychiatrie und vor allem in der Entwicklungspsychologie und der traditionell geisteswissenschaftliche Ansatz scheinen sich gegenseitig auszuschließen. Er fordert weiter ein besseres Zusammenspiel zwischen Forschung und Praxis.

Zum Schluss fasst *H. Kindler* vom Deutschen Jugendinstitut München die empirisch begründeten Strategien zusammen, die zur Verbesserung des deutschen Kinderschutzsystems beitragen sollten: 1) verstärkte Fortbildung, 2) Aufbau früher Hilfen, 3) intensivere Vernetzung, 4) Ausweitung von Personal- und Hilferessourcen, 5) vermehrte Forschung zu Diagnostik und Intervention, 6) Förderung von Partizipation.

Diese multidisziplinären Überlegungen und Erfahrungen zum Kinderschutz sollten nicht nur eine Basis für weitere politische Entscheidungen sein, sie sollten auch zur theoretischen Fort- und Weiterbildung aller Kinder- und Jugendpsychiater beitragen, nicht allein der Kollegen, die direkt mit dem Kinderschutz, z.B. in ärztlichen Kinderschutzzentren, befasst sind.

Reinhard Schydlo, Düsseldorf

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, 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:
 1. 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;
 2. 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;
 3. 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;
 4. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
 5. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname 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 Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:* Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

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

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Dr. med. Gotthard Roosen-Runge, 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
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

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