

Inhalt

Editorial:

2013 – ein Jahr der Jubiläen

Reinhard Schydlo 2

Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus berufspolitischer Sicht

Christian K. D. Moik 3

Visionen – aus der Anfangszeit des Berufsverbandes
und der europäischen UEMS-Sektion

Reinhard Schydlo 11

Ambulante Kinderneuropsychiatrie in den Ostländern - DDR
von 1950 – 1989

Ulrich Schumann 16

„Kinderneuropsychiatrie“ – Entwicklungslinien in Ostdeutschland
(stationäre Versorgung)

Wolfram Kinze 19

Web 2.0: Kommunikation als ‚Neue Religion‘?

Andreas Richterich 23

Linksammlung zum Computer, Internet und Mobiltelefone

Andreas Richterich 37

Systemische Aspekte von Verhaltenssüchten und Impulskontrollstörungen

Ingo Spitzok von Brisinski 43

Rezensionen

Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie 92

Hinweise für Autoren 98

Editorial:

2013 – ein Jahr der Jubiläen

Das Jahr 2013 ist für uns Kinder- und Jugendpsychiater, vor allem für alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, ein Jahr der Jubiläen.

Die Anerkennung des eigenständigen Fachgebietes ‚*Kinder- und Jugendpsychiatrie*‘ durch den Deutschen Ärztetag liegt jetzt 45 Jahre zurück (ein echtes Kind der 68’er!).

Vor 35 Jahren, im Jahr 1978, wurde unser Berufsverband in Düsseldorf gegründet. Mit welchen Schwierigkeiten die ersten niedergelassenen Kinderpsychiater noch zu kämpfen hatten, will ich in einem der folgenden Beiträge darlegen.

10 Jahre später richtete unser Berufsverband in Aachen die erste Tagung in Deutschland zum Thema ‚*Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter*‘ aus, ein Thema, das bis heute zu vielen Kontroversen in der Öffentlichkeit führt. Diese Tagung wurde damals dankenswerterweise von unserem Kollegen Christian Moik organisiert, der anschließend mein Nachfolger als Vorsitzender des Berufsverbandes wurde. Herr Moik wird in seinem Beitrag über weitere berufspolitische Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie berichten, Ulrich Schumann über ambulante und Wolfram Kinze zu stationärer Kinderneuropsychiatrie in Ostdeutschland.

Weiterhin wurde vor 20 Jahren‘ die *UEMS-Sektion ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie‘* gegründet. Ich war damals gewählter Vertreter der deutschen Fachärzte bei der Union der Europäischen Fachärzte UEMS in Brüssel und sah die einmalige Chance, unser Fachgebiet, welches immer noch nicht auf ganz sicheren Füßen stand, auch auf europäischer Ebene zu etablieren.

Da jedes Jubiläum ein Grund zu feiern ist, sollte während der diesjährigen Jahrestagung in Berlin in einem oder mehreren Beiträgen oder während des feierlichen Gesellschaftsabends möglichst auch all dieser Jubiläen gedacht werden.

Dr. Reinhard Schydlo

Gründungs-Vorsitzender des BKJPP

Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus berufspolitischer Sicht

Christian K. D. Moik

Am 26.08.2013 wurde der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. 35 Jahre alt.

Das Fachgebiet für Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht seit 45 Jahren.

Die Facharztsektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Europäischen Vereinigung der Fachärzte (U.E.M.S.) gibt es seit 20 Jahren.

Die „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter“ wurde vor 15 Jahren mit der Beurkundung aller Ergänzungsbestimmungen endgültig begründet.

Als dies ist Grund genug, zurück zu schauen, um uns zu vergewissern, dass wir als Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie auf einem guten Weg sind.

Kurzer geschichtlicher Abriss

Historisch hat sich das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aus der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendmedizin, der Psychotherapie und der Heilpädagogik entwickelt.

1939 wurde in Leipzig die „Kinderpsychiatrische Arbeitsgemeinschaft“ gegründet und 1940 auf dem Kongress in Wien die „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“.

1950 erfolgte auf dem Gebiet der BRD die Neugründung der Gesellschaft als „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“, die 1973 in „Deutsche Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ umbenannt wurde, 1976 in „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“, 1994 in „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ und 2003 in „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.“

Durch den Beschluss des Deutschen Ärztetages 1968 wurde das eigenständige Fachgebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ begründet, das 1992 vom 95. Deutschen Ärztetag zum Fachgebiet für „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ erweitert wurde. Dabei wurde die Pflichtweiterbildungszeit von 4 auf 5 Jahre erhöht mit der Möglichkeit, bis zu 2 Jahre in der Praxis zu absolvieren.

In der DDR entwickelte sich das Fach als „Kinderneuropsychiatrie“ als Subspezialität der Psychiatrie und der Kinderheilkunde.

1962 wurde unter dem Dach der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR die Sektion für Kinderneuropsychiatrie gegründet. 1974 wurde die Subspezialisierung für Kinderneuropsychiatrie, die von Fachärzten für Kinderheilkunde und Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie erworben werden konnte, gesetzlich geregelt.

Der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde 1954 in Marburg begründet, der erste Lehrstuhl für Kinderneuropsychiatrie 1958 in Rostock.

Am 26.08.1978 wurde der „Berufsverband der Deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ gegründet unter Federführung des langjährigen Vorsitzenden, Dr. Reinhard Schydlo, ab 1991 als „Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland e. V.“, ab Ende 1992 „Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V.“, seit 1994 „Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.“.

In den 1970er Jahren wurde der „Arbeitskreis der Leiter öffentlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin“ als Sektion des „Arbeitskreises der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland“ („Bundesdirektorenkonferenz“) gegründet, der die Leiter aller kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft zusammenfasste und zusammen mit dem in den 1980er Jahren entstandenen „Arbeitskreis der Leiter Kinder- und jugendpsychiatrischer Abteilungen an Kinderkliniken und Allgemeinkrankenhäusern“ 1990 in die heutige Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG)“ aufging.

Die Veränderung der Namen Bundesarbeitsgemeinschaft, Berufsverband und Deutscher Gesellschaft spiegeln auch die Entwicklung in unserem Fachgebiet

wider: Von Anfang an beinhaltete die Psychiatrie auch die Psychotherapie. S. Winter und U. Knölker zeigten 1991 in ihrer Arbeit „Untersuchung zum Berufsverständnis der Kinder- und Jugendpsychiater/innen in Westdeutschland einschließlich Berlin-West“, dass von den Kinder- und Jugendpsychiatern/innen 80 % den Zusatztitel „Psychotherapie“ besaßen oder in Weiterbildung dazu waren und 17 % den Zusatztitel „Psychoanalyse“. 21 % hatten das Zertifikat der EEG-Gesellschaft.

Zum damaligen Zeitpunkt befanden sich allerdings die meisten KollegInnen in einer Weiterbildung für „Erwachsenen-Psychotherapie“, die kleinere Zahl in einer speziellen kindertherapeutischen Weiterbildung. Dementsprechend kämpfte der Berufsverband vehement darum, dass bei der für 1992 anstehenden Änderung der (Muster-)Berufsordnung das Fachgebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ heißen sollte. Dieser Kampf ging verloren und wir wurden in der neuen Bezeichnung (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ auf das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychotherapie beschränkt. Dabei gab es nur individuelle Ausnahmen entsprechend der bisherigen Tätigkeit und später für etliche die Möglichkeit, entsprechend ihrer Weiterbildung zusätzlich die Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“ bzw. „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ zu erwerben. Weitgehend verloren ging auch das Bemühen, die Neuropsychiatrie für unser Fachgebiet zu erhalten. Zwar hatte der Berufsverband in Abstimmung mit DGKJ und BAG auf dem Deutschen Ärztetag 1992 einen Antrag auf Schaffung eines Schwerpunktes „Neurologie des Kindes- und Jugendalters“ gestellt. Dieser Antrag war auch mit der Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. und der Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. konsentiert. Gemeinsam hatten wir synoptische Weiterbildungskataloge für den von uns angestrebten Schwerpunkt und den kinderärztlichen Schwerpunkt Neuropädiatrie erarbeitet. Leider ließ sich dieser Konsensvorschlag nicht durchsetzen und wurde zunehmend weniger intensiv verfolgt, so dass schließlich nur für das Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin der Schwerpunkt „Neuropädiatrie“ geschaffen wurde.

Immerhin findet sich in unserer eigenen Weiterbildung noch in gewissem Umfang die Forderung nach somatisch-neurologischer Basiskompetenz, und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) findet sich das EEG als eine unserer spezifischen Leistungen aufgeführt.

Auch hat die 2003/2004 von der Ethik-Kommission erarbeitete „Ärztliche-ethische Leitlinie zur körperlichen und neurologischen Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ das Bewußtsein für die

Notwendigkeit dieser Untersuchung im Rahmen der Erhebung eines vollständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Status gefestigt

Stationen aus der Geschichte des Berufsverbandes

1978

Am 26.08.1978 fand in Düsseldorf die Gründungsversammlung des „Berufsverbandes der deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie e. V.“ (BKJP) statt. An dieser Gründungsversammlung nahmen 12 ordentliche Mitglieder und 1 außerordentliches Mitglied teil. Zum Vorsitzenden wurde Dr. Reinhard Schydlo gewählt, zu stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Erika Wolcz und Dr. Ute Schulte-Holthausen, zum Schatzmeister Dr. Dr. Eckart Förster, zu Beisitzern Dr. Hedwig Khalili, Dr. Friedhelm Hütt und Dr. Klaus-Jürgen Ehrhardt.

In der Satzung ist u. a. verankert, dass es der Berufsverband aller niedergelassenen und in Kliniken und in anderen Institutionen tätigen Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendpsychiaterinnen ist.

Der Mitgliedsbeitrag wurde auf 180 DM, für Ärzte in Weiterbildung auf 60 DM festgesetzt.

Die Geschäftsstelle existierte in der Person von Dr. Schydlo mit seinem Praxisteam.

1981

Die Mietgliederversammlung des BKJP wählt für ihre Verdienste um die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung und die Etablierung und Entwicklung des Berufsverbandes Dr. med. Eckart Förster, Prof. Dr. med. Manfred Müller-Küppers, Prof. Dr. med. Gerhardt Nissen und Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt zu Ehrenmitgliedern.

1988

Am 25.06.1988 fand in Aachen unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Frau Prof. Dr. Rita Süßmuth das 5. Symposium des Berufsverbands statt. Thema: „Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter – Hyperkinetisches Syndrom“. Dieses Thema war vor allem bei Kinderärzten aktuell, so dass für die mehr als 450 TeilnehmerInnen eine Videoübertragung in einen 2. Hörsaal des Klinikums erfolgen musste.

Auf der Mitgliederversammlung am 26.06.1988 wurde auf Vorschlag von Dr. Schydlo Christian K. D. Moik zum Vorsitzenden gewählt. Stellvertretende Vorsitzende wurden Dr. Joachim Kleinke und Dr. Reinhard Schydlo. Schatzmeisterin blieb Dr. Ute Schulte-Holthausen, Beisitzer wurden Dr. Helmut Eller und Dr. Wilhelm Rotthaus. Die Geschäftsstelle war formal bei der Geschäftsstelle der DGKJP, Frau Anita Dehnert, in Marburg.

Zu Ehrenmitgliedern wurden Prof. Dr. Reinhart Lempp und Dr. med. Reinhard Schydlo gewählt, 1990 Dr. Helmut Eller und Prof. Dr. Friedrich Specht.

1990 – 1992

Diese Jahre waren von der Wiedervereinigung der beiden deutschen Teilstaaten geprägt. Es wurde auch für „Westler“ möglich, auf den Tagungen der „Kinderneuropsychiater“ in Rostock und Leipzig teilzunehmen. Zur 6. Jahrestagung des BKJP am 14. bis 16. Juni 1990 in Lübeck, organisiert von Dr. J. Kleinke, konnten gleichberechtigt auch die neuropsychiatrischen KollegInnen der noch bestehenden DDR teilnehmen. Hauptthemen waren: „Indikationen zur ambulanten und stationären Therapie“ und „Süchtiges Verhalten im Kindes- und Jugendalter“. Es nahmen insgesamt 150 KollegInnen teil, davon 65 KinderneuropsychiaterInnen. Die Tagungskosten betragen 21.500 DM.

Um den mitteldeutschen KollegInnen eine gleichberechtigte Teilnahme zu ermöglichen, wurde mit Unterstützung von Dr. Erik Mueller bei der Filiale der „Staatsbank der DDR“ in Meißen ein Konto für den Berufsverband eingerichtet, dessen Bestand später bei der Währungsreform in DM umgewandelt wurde.

In Stadtroda, Dresden, Jena, Berlin und Leipzig wurden mehrere Informationsveranstaltungen des Berufsverbandes durchgeführt. Die Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen wurden auf die besondere Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den sogenannten „neuen Bundesländern“ hingewiesen und auf die Notwendigkeit, durch vertragliche Umsetzung der §§ 43 a und 85.2 SGB V Voraussetzungen für eine Umwandlung der gut etablierten und gut funktionierenden Polikliniken und multidisziplinären Ambulanzen in sozialpsychiatrische Zentren zu schaffen. Leider wurde diese Chance gesundheitspolitisch vertan, da zunächst viele funktionstüchtige Einrichtungen abgewickelt wurden, ehe sie in den Jahren und Jahrzehnten danach mühsam wieder aufgebaut wurden.

Vom 6. bis 7. September 1991 fand unter der Leitung von Dr. med. habil. Wolfram Kinze in Burg/Kreis Lübben die BKJPP-Jahrestagung zum Thema „Zur Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sach-

sen-Anhalt und Thüringen“ statt. Auf der Mitgliederversammlung wurde Dr. Ulrich Schuman als weiterer Beisitzer zu dem amtierenden Vorstand hinzugewählt. Die monatliche Pauschale für den Vorsitzenden wurde von 500 DM auf 600 DM erhöht. Für die sonstigen Vorstandsmitglieder wurde eine monatliche Pauschale von 100 DM festgelegt, ein Beschluss, der in der folgenden Mitgliederversammlung von den Rechnungsprüfern als zu kostentreibend gerügt wurde.

Die Jahrestagung des BKJPP 1992 in Bayreuth galt den Themen „Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ und „Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen“.

Nachdem schon zuvor Mitgliederrundbriefe verschickt worden waren, ab 1988 regelmäßig mit diversen inhaltlichen Beilagen, erhielt dieser „Mitgliederrundbrief“ (Mrb) 1991 eine Fassung als Quartalszeitschrift, auch um dadurch Portogebühren zu sparen. Daraus entwickelte sich eine inhaltlich anerkannte und optisch recht ansehnliche Fachzeitschrift, das jetzige „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“, die sich deutlich von den ersten, mit Schreibmaschine, Kopierer, Tipp-ex, Schere und Klebstoff erstellten Ausgaben unterscheidet.

In diesem Mitgliederrundbrief Heft 1/1992 wurde erstmals durch den Berufsverband ein „Förderpreis für praxisrelevante kinder- und jugendpsychiatrische Therapieforschung“ ausgeschrieben mit einer Prämie in Höhe von 10.000 DM.

Die Jahre 1990 bis 1992 waren auch vom Kampf um die Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) geprägt. Nachdem auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), federführend die Abteilungsleiter Dr. Effert und Dr. Moewes, sich lange Zeit eine vertragliche Umsetzung der §§ 43 a und 85.2 SGV V nicht vorstellen konnten, führte der heftige Auftritt von Rechtsanwalt Wartensleben zu einem Umdenken, so dass Ende 1992 ein gemeinsamer Entwurf der SPV erarbeitet werden konnte (s. Mbr/Forum I/1993, S. 13-17). Der Vertragsabschluss mit dem VdAK, später auch mit einzelnen RVO-Kassen, erfolgte jedoch erst 1994 (s. Forum II/1994, S. 8-13).

1991/1992 veröffentlicht der BKJP eine „Stellungnahme des Berufsverbandes zur Lage von Kindern, Jugendlichen und Familien in den neuen Bundesländern“. In 8 Punkten wurde auf die verschiedenen Bedrohungen der psychi-

schen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und deren Familien hingewiesen und in weiteren 8 Punkten Vorschläge zur Prävention dieser Bedrohungen aufgezeigt (Mrb III/1992, S. 5-7).

Ende des Jahres 1992 waren ca. 150 Kinder- und JugendpsychiaterInnen niedergelassen.

1993

Mit dem Heft I/1993 erhielt der „Mitgliederrundbrief“ des BKJPP den Namen „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“, seit 2006 mit neuem Outfit „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“.

Zu Jahresbeginn 1993 veröffentlichten BKJPP, DGKJP und BAG eine gemeinsame Empfehlung für die „Richtlinien zur Weiterbildung im Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ (s. Forum I/1993. S. 18-21).

Die Jahrestagung 1993 des BKJPP unter der Schirmherrschaft der damaligen Bundesministerin für Frauen und Jugend, Frau Dr. Angela Merkel, fand vom 19. – 20. März 1993 in Eisenach/Thüringen statt zum Thema „Aufgaben und Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Verbund von Gesundheitssystem, Jugendhilfe und Sozialhilfe“. Auf der Mitgliederversammlung wurde der Vorstand der Jahre 1991/1992 unverändert wiedergewählt. Vorsitzender: Christian K. D. Moik, Stellvertretende Vorsitzende: Dr. Helga Epple und Dr. Reinhard Schydlo, Schatzmeisterin: Dr. Ute Schulte-Holthausen, Beisitzer: Dr. Walter Landsberg und Dr. Ulrich Schumann.

Am 28.08.1993 wurde auf der Sitzung der Facharztsektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ der „Europäischen Vereinigung der Fachärzte“ in Kopenhagen offiziell die Gründung einer eigenständigen Sektion durch die national gewählten Fachdelegierten der EG- und EFTA-Länder bestätigt. Bereits am 31.10.1992 war auf Antrag der deutschen „Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände“ (GFB) die Gründung der Fachgebietssektion Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Vollversammlung der U.E.M.S. in Paris genehmigt. Zum 1. Präsidenten wurde Dr. Reinhard Schydlo gewählt.

Am 18.09.1993 fand in Frankfurt das erste ganztägige Obleutetreffen, mit- hin die 1. ganztägige Beiratssitzung statt, nachdem es bereits seit Jahren im Zusammenhang mit den Jahrestagungen Treffen von Vorstand und Regional- obleuten gegeben hatte, die sich zunehmend zum Beirat entwickelten.

Dieser Beitrag wird fortgesetzt.

Literatur beim Verfasser

Autor:

Christian K. D. Moik
Ehrevorsitzender des BKJPP
Wirichsbongardstr. 5-9
52062 Aachen
E-Mail: ckdmoik@dgn.de
www.praxis-moik.de

Visionen - Aus der Anfangszeit des Berufsverbandes und der europäischen UEMS-Sektion

Reinhard Schydlo

Jedes Jubiläum führt dazu, dass man sich in der Regel an das zu Grunde liegende Ereignis erinnert, in diesem Falle an die Zeit der Gründung unseres Berufsverbandes. Diese war sehr mit der Gründung unserer eigenen Praxis verbunden, der ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Gemeinschaftspraxis in Deutschland.

Ich hatte von Anfang an die *Vision*, dass man die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in erster Linie möglichst orts- und familiennah, zusammen mit einem multiprofessionellen Team, durch kinder- und jugendpsychiatrische *Praxen* ermöglichen sollte, und nicht nur durch Institutionen. Zweifellos bestand schon damals ein großer Bedarf für eine solche ambulante Versorgung. Mein Kollege Hansjürgen Heubach, der damals die Ambulanz der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in Düsseldorf leitete, hatte in dieser Ambulanz damals eine Wartezeit von etwa einem Jahr. Dennoch sahen wir beide, nachdem wir unseren Facharztstitel erhalten hatten, in unserer Klinikätigkeit auf Dauer keine Zukunft. Der Landschaftsverband Rheinland als Träger der psychiatrischen und kinderpsychiatrischen Kliniken hielt gerade die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken finanziell recht kurz. Er war ja u.a. auch für den Autobahnbau zuständig, und wir hatten den Eindruck, dass dieser gegenüber den psychiatrischen Kliniken Vorrang hatte. Wir hatten jedenfalls in unserer Klinik das Gefühl, dass man um jeden Bleistift kämpfen musste. So schloss sich auch mein Kollege Heubach bald meiner Idee an, eine kinder- und jugendpsychiatrische Gemeinschaftspraxis zu gründen.

Wir planten also gemeinsam unsere Praxis in der Düsseldorfer Innenstadt, besuchten u.a. auch den Kollegen Müller in Hamburg, der kurz zuvor eine Praxis mit einem Psychologen gegründet hatte, und investierten zusammen etwa 350.000 DM in Ausstattung und Gerätschaften, wie EEG. Eine Woche

nach Eröffnung unserer Praxis hatten wir bereits eine Wartezeit von ca. einem halben Jahr, was sich auch in den folgenden 30 Jahren unserer Niederlassung kaum veränderte.

Dass die Voraussetzungen für die Niederlassung zum damaligen Zeitpunkt dennoch sehr schlecht waren und das Wagnis der Niederlassung von uns eher blauäugig gesehen wurde, stellte sich leider erst kurze Zeit später heraus. Wir hatten teilweise jahrelang mit mannigfachen Widernissen zu kämpfen.

Es begann damit, dass der Niederlassungsausschuss der KV uns zunächst gar nicht zulassen wollte. Von einem Fachgebiet ‚*Kinder- und Jugendpsychiatrie*‘ hatten alle Ausschuss-Mitglieder noch nie etwas gehört, obwohl es damals schon fast 10 Jahre bestand. Erst nach juristischer Klärung erhielten wir unsere Zulassung als Kinderärzte *und* als Kinder- und Jugendpsychiater.

Das Hauptproblem aber war unsere wirtschaftliche Existenz. Schon nach kurzer Zeit wurde uns klar, dass wir – trotz der langen Warteliste – auf Grund der damals gültigen ärztlichen Gebührenordnungen kaum existieren konnten. Einerseits gab es in den Gebührenordnungen noch keine kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen, die dem Zeitaufwand unserer diagnostischen und therapeutischen Leistungen gerecht wurden. Andererseits gab es in der KV keine ärztliche Vergleichsgruppe für uns Kinderpsychiater, und so wurden wir der Einfachheit halber mit den Nervenärzten verglichen. Während die Nervenärzte aber bis zu 1000 Patienten pro Quartal behandelten, konnten wir nur maximal 250 Patienten pro Quartal behandeln. Durch unsere hauptsächlich psychotherapeutischen Leistungen erreichten wir einen Scheindurchschnitt, der zwar leicht über dem der Nervenärzte lag. Dennoch erreichten wir trotz 60 Stunden-Woche nicht annähernd den halben Umsatz eines Nervenarztes, im Gegenteil: in den ersten Jahren nach unserer Niederlassung wurde die Abrechnung unserer erbrachten Leistungen durch den Prüfungsausschuss noch regelmäßig *um 50 % gekürzt*.

Wir waren manchmal völlig verzweifelt, weil wir nicht wussten, wie wir – trotz voller Wartezimmer – diese erste Zeit wirtschaftlich überleben sollten, vor allem wegen des völligen Unverständnisses der ärztlichen Kollegen unserer Arbeit gegenüber. Ein nervenärztlicher Kollege bestätigte dem Prüfungsausschuss, dass er für die Untersuchung eines Kindes weit weniger Zeit benötige, als für die eines erwachsenen Patienten, im Durchschnitt 5 Minuten. Als ich nach einem Jahr dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses auf seine Frage nach meinem realen Einkommen antwortete, dass mein gesamtes erstes *Jahres*-Einkommen etwas mehr als 4.000 DM betrug, antwortete er, das sei als *Monats*-Einkommen ja wohl ausreichend.

Manchmal wussten wir nicht, wie wir mit unseren Familien den nächsten Monat überleben sollten. ‚*Flüchten oder Standhalten*‘ war für uns die Frage. Sollten wir aufgeben und die nächsten Jahrzehnte unsere Schulden abzahlen, oder sollten wir standhalten und uns gegen alle Widerstände durch die Instanzen kämpfen? Wir hatten insgesamt den Eindruck, dass wir innerhalb und außerhalb der Ärzteschaft keinerlei Verbündete hatten.

Zwei Faktoren kamen uns jedoch in dieser Zeit der Unsicherheit zur Hilfe. Der erste war, dass die damalige ‚*Psychiatrie-Enquête*‘ zur Einführung des ‚*Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*‘ führte. Wir wurden als erste und einzige kinder- und jugendpsychiatrische Praxis in dieses Modellprogramm aufgenommen und konnten mit Hilfe der wissenschaftlichen Begleitung des unabhängigen PROGNOSE-Instituts nachweisen, dass unsere Arbeitsweise, gerade auch unter Einbeziehung eines multiprofessionellen Teams, nicht nur effektiver, sondern auch bei weitem wirtschaftlicher war, als in allen verglichenen Instituten (s. Literaturverzeichnis). So konnte der Anteil notwendiger stationärer Einweisungen durch die Einbeziehung multiprofessioneller Mitarbeiter von etwa 10 % auf unter 1% gedrückt werden.

Der zweite Faktor war, dass unser leider zu früh verstorbener Kollege Förster, der seinerzeit noch die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung des Evangelischen Krankenhauses in Essen-Werden leitete, in einem Artikel der ‚*Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*‘ dazu aufrief, dass es 10 Jahre nach Etablierung unserer Facharztgruppe doch Zeit sei, einen Berufsverband zu gründen. Wir setzten uns daraufhin mit ihm und mit allen uns bekannten Kolleginnen und Kollegen der Umgebung in Verbindung, entwarfen mit Hilfe der Juristen des Hartmannbundes eine Satzung und gründeten im Jahre 1978 mit der Mindestzahl von 7 Kollegen in unserer Praxis unseren kinder- und jugendpsychiatrischen Berufsverband, der ja mittlerweile mit über 1.000 Mitgliedern der größte in Europa ist. Die Ämter wurden verteilt. Der Vorsitzende sollte möglichst ein niedergelassener Kollege sein, und so wurde ich zum ersten Vorsitzenden unseres Berufsverbandes gewählt.

Die erste Aufgabe bestand darin, Gebühren für unsere zeitaufwändigen kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen in den ärztlichen Gebührenordnungen durchzusetzen. Diese Arbeit und dieser Kampf waren wie ein Kampf gegen Windmühlen und dauerten mehrere Jahre. Statt Verbündete schienen wir bei den Verhandlungen nur Gegner zu haben. Die Psychoanalytiker, die Nervenärzte, die Allgemeinärzte, alle wollten die von uns beschriebenen fachspezifischen Leistungen primär nur für sich beanspruchen. So versuchte ich, außerhalb der einzelnen Fachgruppen Verbündete zu finden: beim Hart-

mannbund, beim NAV, in der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände. Daneben hatte ich das Gefühl, dass unser ganzes Fach in Deutschland gefährdet war. Wir waren einfach zu klein und zu wenig bekannt. Zwischenzeitlich war es zu Anträgen beim Deutschen Ärztetag gekommen, vor allem durch Nervenärzte, unser Fach doch wieder abzuschaffen.

Nachdem es nach jahrelangen Verhandlungen und Kämpfen endlich gelungen war, angemessene Gebühren in die ärztlichen Gebührenordnungen einzuführen, war unser nächstes berufspolitisches Ziel, unser Fach in Deutschland dadurch abzusichern, dass man es auf europäischer Ebene weiter etablierte und harmonisierte. Allein der Name für unser Fach, sowie die Dauer der Weiterbildung und deren Inhalte waren in den einzelnen europäischen Ländern sehr unterschiedlich, dies ging von ‚Kinderneuropsychiatrie‘ bis ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie‘. In vielen Ländern war das Fach auch nicht eigenständig, sondern nur eine Subspezialität der ‚Mutterfächer‘ Psychiatrie und Pädiatrie.

Es war für uns eine glückliche Fügung, dass die Delegierten der ‚Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände‘ GFB mich Ende der 1980er Jahre zum deutschen Delegierten bei der UEMS, der Union der Europäischen Fachärzte in Brüssel, wählten. Die vordringliche Aufgabe dieser europäischen Institution war seinerzeit die Harmonisierung der einzelnen Facharztgruppen nach einheitlicher Weiterbildungszeit und qualitativ besten Weiterbildungsinhalten, um wegen der beruflichen Freizügigkeit innerhalb der EG die Qualität der einzelnen ärztlichen Fachgebiete inhaltlich abzusichern. Die erste Sitzung dieses wichtigen europäischen Harmonisierungs-Ausschusses fand damals ebenfalls in unserer Gemeinschafts-Praxis in Düsseldorf statt.

Innerhalb der UEMS gab es seinerzeit für fast alle Fachgebiete einzelne Sektionen, nur nicht für die Fachgebiete *Psychiatrie* und *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Ich initiierte und unterstützte deshalb zunächst die Gründung der UEMS-Sektion Psychiatrie und setzte kurz danach, 1993 – also jetzt vor 20 Jahren – gegen den Widerstand der mittlerweile etablierten Sektion ‚Erwachsenen-Psychiatrie‘ und mit Hilfe einiger kinderpsychiatrischer Kollegen auch die Gründung einer eigenständigen *UEMS-Facharzt-Sektion ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie‘* durch, die dann als nächstes auch eine Harmonisierung unserer Weiterbildungsinhalte auf europäischer Ebene ermöglichte.

Einen Höhepunkt unserer berufspolitischen Arbeit erreichten wir schließlich 1994, als – vor allem auch durch den Einsatz von Herrn Moik aus Aachen und Frau Eppele aus Heilbronn – die multiprofessionelle Teamarbeit in kinder- und

jugendpsychiatrischen Praxen durch die ‚Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen‘ mit den Krankenkassen ermöglicht wurde.

Bei allen existenziellen Schwierigkeiten in der geschilderten Anfangsphase ist es schön und befriedigend, im Rahmen dieses Jubiläumsjahres auch auf die vielen bis heute anhaltenden Erfolge unserer gemeinsamen berufspolitischen Arbeit zurückblicken zu können.

Literaturverzeichnis

- Modellverbund Psychiatrie* (1992) Interdisziplinäre Betreuung in Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater. Band 7 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlag
- PROGNOS-AG* (1986) Untersuchungsbericht zur Reform der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Köln: Prognos-Verlag.
- Schydlo, R.* (1979) Teamarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Der Deutsche Arzt*, 22, 28
- Schydlo, R.* (1984) Psychotherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. In: Renschmidt, H. Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Stuttgart: Enke.
- Schydlo, R.* (1985) Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Sicht eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters. In: Lempp, R und Veltin, A. Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme. Aktion Psychisch Kranke, Band 12. Köln: Rheinland Verlag.
- Schydlo, R.* (1994) Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Kommentar. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 30, 9
- Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland* (1979) Drucksache des Deutschen Bundestages 88/2565, Bonn: Universitätsbuchdruckerei
- Wendes, F.G.* (1987) Die Malaise der Kinder- und Jugendpsychiater. *Der Deutsche Arzt*, 5, 23

Autor:

Dr. med. Reinhard Schydlo
Leostr. 25, 40545 Düsseldorf
0211/556431, rschydlo@aol.com

Ambulante Kinderneuropsychiatrie in den Ostländern - DDR von 1950 – 1989

Ulrich Schumann

Die ambulante kinderpsychiatrische Arbeit entwickelte sich aus den stationären Zentren heraus in die Peripherie. Nachdem in den 1950iger Jahren die gesamte Psychiatrie durch Kriegsfolgen und die Belastungen des Fachgebiets durch seine Irrwege einen schweren Stand in der Gesundheitspolitik hatte und der Aufbau der klinischen Fächer vorrangig gesehen wurde, kam eigentlich erst durch die Rodewischer Thesen 1956 ein neues Denken und ein neues Verständnis der psychiatrischen Therapie in Gang, noch lange bevor sich die Psychiatrie-Enquête in der BRD dazu entschließen konnte.

Dies ließ nun auch die Möglichkeiten entstehen, der Kinderpsychiatrie mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie entstand in Rostock 1958 und ein Kinderpsychiatrisches Lehrbuch gab Leitlinien heraus, die in jährlichen Lehrgängen für angehende Kinderpsychiater vermittelt und vertieft wurden.

Noch lag der Schwerpunkt bei hirnganischen Störungen, intellektueller Behinderung und auch neurologischen Erkrankungen, wie Epilepsie.

Mit der Subspezialisierung, die 1974 auf der Grundlage der Fachrichtung Neurologie-Psychiatrie oder Pädiatrie zum Kinder- und Jugendpsychiater möglich wurde, war auch der Weg frei, Ambulanzen an den Kliniken und Polikliniken für KNP aufzubauen, die die Behandlungspalette wesentlich erweiterten. Nunmehr verschoben sich die Anforderungen in Richtung Verhaltens- und Lernstörungen, sowie soziale Anpassungsstörungen, die eine wesentlich breitere multimodale Therapie erforderten. Die Erfahrungen der Klinikambulanzen mussten immer weiter ins Land getragen und umgesetzt werden und die Absolventen mit kinderneuropsychiatrischer Qualifizierung bauten in den Polikliniken eigene kinderpsychiatrische Abteilungen auf. Zeitig wusste man um die multifaktorielle Verursachung kindlicher und jugendlicher Er-

krankungen und so fanden psychotherapeutische Verfahren, Gruppenarbeit und soziale Projekte Einzug in die Behandlung.

Die abrupte Unterbrechung der massiven Ärzteabwanderung in die BRD durch die „Berliner Mauer“ führte zu einer erhöhten Absolventenzahl von Medizinern und zu einem wachsenden Zuspruch zum Fach Neuropsychiatrie. Daher wurde der Aufbau von kinderpsychiatrischen Abteilungen in den Polikliniken gesetzlich geregelt mit der fachlichen Maßgabe eines Therapeutenteams von Arzt (KNP), Arzthelferin bzw. Krankenschwester, Psychologe, Pädagoge und Physiotherapeut.

Die Zusammenarbeit und der fachliche Austausch mit Jugendhilfe und Schulamt war durch gemeinsam besetzte Kommissionen möglich, wo auch Fallbesprechungen z.T. auch mit den Eltern stattfanden.

1979 wurde die Subspezialisierungsmöglichkeit für Neuropsychiater und Pädiater zum Kinder- und Jugendpsychiater gesetzlich festgeschrieben.

Aufgabenschwerpunkte entwickelten sich zunehmend im Bereich der Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen, der Teilleistungsschwächen und sozialen Anpassungsstörungen, die vor allem eine Zusammenarbeit mit den Schulen erforderlich machten, die nicht immer einfach war, aber individuell gut funktionierte ohne institutionelle Behinderungen.

Zusätzlich lag die ärztliche Betreuung der Einrichtungen für intellektuell behinderte Kinder, den Fördereinrichtungen, im Aufgabenbereich des Gesundheitswesens, auch wenn dort vorrangig Heilpädagogen tätig waren.

Der Kreis der in Sachsen tätigen Kinderneuropsychiater wuchs in den 1970iger und 1980iger Jahren und erreichte für die ambulante Behandlungsmöglichkeit einen Versorgungsgrad von einem KNP auf 120.000 – 140.000 Einwohner.

In der „Arbeitsgruppe Kinderneuropsychiatrie“ wurden regelmäßige Weiterbildungen und fachlicher Austausch gepflegt, im Wechsel in einer stationären oder ambulanten kinderpsychiatrischen Abteilung, um das Kennenlernen und den Kontakt der Kollegen untereinander zu vertiefen, was bei einer kleinen Fachgruppe eine *conditio sine qua non* ist.

Da alle Beteiligten im Angestelltenverhältnis tätig waren und das Fachgebiet sich auch nach außen mit Schulen, Jugendämtern, Gerichten und der Öffentlichkeit gleichberechtigt und fachkompetent darstellen musste, war der fachliche Austausch im Rahmen einer solchen AG wichtig und wurde durch ge-

meinsame Bearbeitung von Problemen bereichert. Denn es gab in dem Sinne keine strukturellen oder institutionellen Vorbilder.

Insofern befanden wir uns immer in statu nascendi und waren daher sehr offen für die sich dann 1989/1990 ergebenden Anregungen der Entwicklung der KNP in der Bundesrepublik, die eine entscheidende Etappe hin zu sozial-psychiatrischen Praxen ermöglichte.

Autor:

Dr. med. Ulrich Schumann

Facharzt für Neurologie/Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Pirna - MVZ

Struppener Straße 13

01796 Pirna

Tel.: 03501 71186001

Fax.: 03501 71186003

1991 als erster KJP aus dem Osten in den Vorstand des BKJPP kooptiert und bis 2000 Vorstandsmitglied. Seit 2008 Ehrenmitglied. Bis 2008 in eigener Praxis, seitdem im MVZ tageweise als KJP und Nervenarzt tätig.

„Kinderneuropsychiatrie“ – Entwicklungslinien in Ostdeutschland (stationäre Versorgung)

Wolfram Kinze

Was von den Heil- und Pflegeanstalten nach dem Krieg noch übrig war und nicht als Kaserne, Lungenheilstätte, Wohnheim oder Verwaltungsgebäude genutzt wurde, verblieb der Psychiatrie, zumeist mit maroder Bausubstanz, räumlicher Enge, unzulänglichen sanitären Einrichtungen und mürbem Inventar. Neurologie und Kinderpsychiatrie gehörten in den Bestand. Bei der Verteilung der Mittel standen die Kinder an letzter Stelle, zumal es sich vorrangig um geistig Behinderte handelte, um die sich ohnehin kaum jemand kümmerte.

Dennoch entwickelte sich in diesen „Anstalten“ Abteilungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, die zunehmend eine angemessene und differenzierende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation aufbauten. Dabei wurden diese Entwicklungen von einzelnen Personen geprägt, die geschickt fachliches und menschliches Können mit den örtlichen Möglichkeiten zu verbinden wussten, was zu regionalen Schwerpunkten führte, die beispielgebend wirkten.

Der Aufbau der Heilpädagogik (unter Bezug auf Barczy, Ungarn) führte die Pflege der geistig Behinderten zur zielorientierten Förderung (Lieselotte Eichler, Brandenburg; Friedrich Anstock, Rodewisch, ca. 1965). Damit entstanden die Grundlagen für den Aufbau rehabilitationspädagogischer Fördereinrichtungen in den Kreisstädten, was eine ambulante Versorgung einschließlich von Werkstätten für Behinderte ermöglichte, strukturiert durch Rahmenpläne, die durch die Sektion Rehabilitationspädagogik der Humboldt-Universität Berlin erarbeitet wurden (Sigmar Essbach, letzte Ausgabe 1987). Dadurch wurde die stationäre Kinderpsychiatrie von der Langzeitbetreuung der geistig behinderten Kinder entlastet.

Die wesentlichen Impulse für die Entwicklung der ostdeutschen Kinderpsychiatrie gingen von der Universitäts-Nervenlinik Rostock aus. Hier hatte sich Gerhardt Göllnitz 1954 mit „Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie“ habilitiert, womit er auf die hirnorganisch begründbaren Beeinträchtigungen der Leistungs- und Verhaltensvoraussetzungen hinwies. Damit hatte er eine wissenschaftlich begründete Ergänzung (z. T. auch Gegenposition) zur ideologisch vorgegebenen Anschauung formuliert, nach der ausschließlich Erziehung und gesellschaftliche Voraussetzungen für die psychosoziale Entwicklung eines Kindes ausschlaggebend seien. Göllnitz übernahm die Leitung der Kinderpsychiatrischen Abteilung, die 1958 zum ersten Lehrstuhl für Kinderpsychiatrie in der DDR wurde. Diese Position nutzte er, um mit argumentativem Können und frustrationstoleranter Beharrlichkeit den rigiden staatlichen Institutionen, insbesondere der „schusssicheren Festung“ Volksbildung, Verbesserungen für psychisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche abzurufen, so z.B. Sonderklassen und spezielle Lehrerfortbildungen für „enzephalopathische“ sowie für LRS-Kinder. Er integrierte unterschiedliche Themen (Rostocker Längsschnittstudie; Musiktherapie; Motometrie; LRS; Konzentrationsstörungen; Schädel-Hirn-Traumen und Begutachtung; Neurophysiologie) und Professionen (Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Physiotherapeuten), legte mit seinem 1968 in erster Auflage erschienen Lehrbuch die Grundlage für die fachliche Eigenständigkeit der Kinder-Neuropsychiatrie, begründete die „Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie“ und schaffte es 1974 gegen mancherlei Widerstände, die Anerkennung des Fachgebietes als „Subspezialisierung“ für Psychiater und Pädiater durchzusetzen.

Psychotherapeutische Konzepte – Individual- und Gruppenpsychotherapie, familientherapeutische Ansätze, symptomzentrierte Verhaltenstherapie-Programme – wurden vorrangig an nicht-universitären Fachkrankenhäusern entwickelt (Wendt, Kummer, Tuchscheerer, Lischka in Uchtspringe; Rank, Israel, Palmer, Scholz u.a. in Leipzig-Dösen; Barchmann, Kinze, Ettrich in Lübben). Sie wurden in den entsprechenden Sektionen der Fachgesellschaft vorgestellt und über gegenseitige Hospitationen verbreitet.

Neurologische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter blieben im kinderpsychiatrischen Fachgebiet – entzündliche Erkrankungen, Tumordiagnostik, Durchblutungsstörungen, Anfallserkrankungen, kindliche Kopfschmerzen. Insbesondere die Charité Berlin (Dagobert Müller, K.-J. Neumärker) hatte sich zu einem leistungsfähigen interdisziplinären Zentrum entwickelt, aber

auch die Nervenlinik Brandenburg verfügte über eine eigene kinderneurologische Station.

Zunehmend etablierten sich an den Universitäts-Kinderkliniken neuropädiatrische Abteilungen (Daute in Jena, Todt in Dresden), die mit der technischen Ausstattung einigermaßen Schritt halten konnten und die Versorgung der hirnganisch erkrankten Kinder zunehmend übernahmen. Damit traten in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie die psychoorganischen Störungen zugunsten der psychosozialen Ursachen in den Hintergrund, was für die wissenschaftliche Identität des Fachgebietes nicht ohne Folgen geblieben ist.

Die enge kollegiale Zusammenarbeit und Ergänzung der Kinder- und Jugendpsychiater und der Diplom-Psychologen hat die Entwicklung geprägt, nicht nur in der Psychodiagnostik, sondern auch in der Psychotherapie. Die 1981 erfolgte Etablierung einer geregelten postgradualen Weiterbildung zum „Fachpsychologen der Medizin“ stellte eine weitgehende Gleichwertigkeit der beruflichen Abschlüsse dar.

Der fachliche Austausch über die – besonders nach dem Mauerbau von 1961 – kaum durchlässigen Landesgrenzen war sehr schwierig, aber nicht völlig unmöglich. Die Klinik-Bibliotheken verfügten über wesentliche Fachzeitschriften und Lehrbücher, Zusätzliches war über Fernleihe zu beschaffen. Man übte sich in eigenhändig erstellten „Auszügen“, was den Blick auf das Wesentliche schärfte.

Zu Fachtagungen konnten – allerdings streng reguliert und kontingentiert – auch westliche Referenten eingeladen werden, so dass man mit einiger Latenz die tonangebenden Kollegen unmittelbar erleben konnte. Vor allem wenn es um technische Möglichkeiten, internationale Kooperationen und übergreifende Forschungsprojekte ging, wurde unser Rückstand deutlich. Aber es entstanden auch fachlicher Austausch und gegenseitiges Kennenlernen, was nach der „Wende“ eine rasch funktionierende Zusammenarbeit und Angleichung ermöglichte, auch wenn dieser komplizierte Prozess nicht immer störungsfrei ablief.

Weiterführende Literatur:

Daute K-H (Hg.) (1991) Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. München, Bern, Wien, San Francisco: W. Zuckschwerdt

Geyer M (Hg.) (2011) Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945 – 1995. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Kinze W (Hg.) (2007) Entwicklungslinien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: be.bra wissenschaft verlag GmbH

Autor:

Dr. med. habil. Wolfram Kinze

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

(Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Lübben von 1977 – 2007)

Eschenallee 40

D-15907 Lübben

Web 2.0: Kommunikation als ‚Neue Religion‘?

Andreas Richterich

„Medien bieten Ersatzformen von Allwissenheit und Allgegenwärtigkeit an. An die Stelle religiöser Kommunikation tritt heute Kommunikation als Religion“ schrieb der Medien- und Kommunikationstheoretiker Norbert Bolz schon 1996. Im Web 2.0 oder in „Social Media“ veränderte sich die Verwendung des Internets seither rasant weiter – jeder Nutzer ist nicht nur passiver Konsument, sondern generiert selbst Inhalte, es entstehen vielfältige Möglichkeiten für die Selbstdarstellung, Kommunikation und Kooperation (vgl. Wagner et al. 2009). Ende 2012 nutzten beispielsweise mehr als eine Milliarde Menschen Facebook; aber auch Anwendungen wie Wiki, Blogs, Podcast, andere soziale Netzwerke und virtuelle Welten werden extensiv genutzt – und verändern die Benutzer und ihr Verhalten. Aus Sicht eines Kinder- und Jugendpsychiaters wird in diesem Artikel dargestellt, wie technische Kommunikationswege Vorstellungen und Haltungen verändern, und welche klinischen Auswirkungen die unüberschaubaren, endlosen und ständig verfügbaren Kommunikationsmöglichkeiten auf Heranwachsende haben.

Problematische Verhaltensweisen in Zusammenhang mit Computer und Internet gibt es in verschiedensten Formen. Manche Jugendlichen spielen exzessiv internetbasierte Computerspiele (Richterich 2012), andere sind fixiert auf soziale Medien, wieder andere beschäftigen sich mit dem Sammeln und Sortieren digital verfügbaren Materials (seien es Bilder, Musik oder Videos, teilweise auch ohne diese tatsächlich anzuschauen oder anzuhören), konsumieren pornografische Inhalte oder geben unmäßig Geld aus, sei es für reale Gegenstände (Ebay etc.) oder für anscheinend kostenlose „Apps“ und Spiele, die dann zusätzliche Inhalte kostenpflichtig anbieten („pay to win“). Unabhängig vom Typ des problematischen Verhaltens aber kommunizieren alle über das Internet - in virtuellen Welten und über soziale Netzwerke. Einen Jugendlichen zu finden, der nicht mindestens eine Internetpräsenz auf Facebook oder einem anderen sozialen Netzwerk hat ist schwer. 14-19jährige

in Deutschland nutzen laut ARD-Onlinestudie spätestens seit 2010 zu 100% das Internet. In der klinischen Arbeit mit Patienten und Familien begegnen Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten erstaunliche Verhaltensweisen, Meinungen und Haltungen im Umgang mit diesen Kommunikationsmustern. Zur Einstimmung einige Aussagen von Jugendlichen in einer Gruppentherapie (Mohr 2013):

A., w., 14 Jahre: „... es ist doch völlig normal, dass die [Mädchen] das Handy die ganze Zeit anhaben ... ich kenn viele, die haben es nachts auf dem Kopfkissen liegen ... da bekommst Du auch um vier Uhr nachts sofort eine Antwort, wenn Du bei Facebook was postest ...“

B., m., 17 Jahre: „... ich sitz dann einfach vor dem PC und warte darauf, dass etwas passiert. Manchmal drück ich im Sekundentakt auf ‚Aktualisieren‘, nur damit endlich etwas passiert!“

C., m., 16 Jahre stimmt zu: „... das kenn ich ... ich sitz halt da und warte ... ich hab mir einen Ton eingestellt, der mir sagt, wenn was passiert, so verpass ich nichts.“ Auf die Frage, was er macht, während er an seinem Schreibtisch sitzt und wartet: „Nichts. Ich hab Kopfhörer auf und warte auf das Signal.“

D., w., 15 Jahre: „... ich habe Facebook und WhatsApp eigentlich immer laufen, manchmal skype ich auch zwischendurch ... ich will immer dabei sein ... die das nicht haben, die sind draußen ...“

E., m., 17 Jahre: „Ich fahre meinen Rechner nie runter. Dauert viel zu lange, ihn hochzufahren. Ich will immer online sein.“

Mit ungeheurem Eifer und einer in anderen Situationen von den Eltern schmerzhaft vermissten Hartnäckigkeit wird über SMS, Messenger und Facebook kommuniziert. Das Internet ist allgegenwärtig, immer verfügbar (außer Eltern verlangen die Abgabe der Mobiltelefone über Nacht), selbst in Schulstunden und auf jeden Fall in den Pausen. Es gibt den Rhythmus jugendlichen Lebens vor – die erste Handlung am Morgen ist der Blick ins soziale Netzwerk, genauso wie die letzte am Abend. Selbstbestätigung wird über die Anzahl der Freunde auf Facebook und die Intensität der Kommunikation erreicht; die Anzahl der „likes“ für einen Post, einen Link oder ein Foto gibt den sozialen Status wieder. Dies betrifft nicht nur Jugendliche, die aufgrund eines auffälligen Medienverhaltens vorgestellt werden oder selbst Hilfe suchen. Im klinischen Kontext zeigt sich vielmehr, dass soziale Medien spätestens ab dem zwölften oder dreizehnten Lebensjahr einen essentiellen Bestandteil im Leben fast aller Jugendlichen darstellen; in der ARD-Onlinestudie 2012 lag der Anteil der 14-19jährigen, die Onlinecommunitys im engeren Sinne benut-

zen, schon bei 75%, mit jährlich steigender Tendenz. Durch die technische Realisierbarkeit ändert sich nicht nur das Kommunikationsverhalten erheblich. Auch die Art der Beziehungsgestaltung ist einem radikalen Wandel unterzogen. Eine Teilnehmerin der Gruppentherapie drückt dies im Zusammenhang mit Fragen zu romantischen Freundschaften so aus: „Natürlich will ich erst mal auf Facebook schauen, was das für einer ist, bevor ich mit dem treffe. Sonst weiß ich ja gar nicht, was der mag oder macht und mit wem der sonst so befreundet ist.“ Weiterhin suchen Jugendliche insbesondere zur Emotionsregulation Möglichkeiten der Kommunikation über das Internet, vor allem zur Ablenkung, aber auch um Trost oder Beistand bei Gleichgesinnten zu finden; nicht selten wird die mediale Präsenz als wesentlich, bedeutsam und damit sinnstiftend erlebt. Wenn nun durch ein kulturelles Phänomen menschliches Handeln, Fühlen und Denken in erheblichem Umfang geprägt und geformt, wenn Wertvorstellungen und Welterklärungen beeinflusst werden, wenn Menschen Trost und Sinn in der ausgiebigen Beschäftigung mit dem Web 2.0 finden, so liegt der Vergleich mit Religion nahe und soll im Weiteren untersucht werden.

Web 2.0 und Religion

Das Web 1.0 der neunziger Jahre wurde ermöglicht durch die breite Anwendung von Hypertext. Über diese Software war es plötzlich möglich, das schon lange vorher bestehende Internet zu nutzen, in dem mit dem Mauszeiger auf einen „Link“ geklickt wird. Suchmaschinen wie das heute dominierende Google finden vorhandene Seiten bei Eingabe entsprechender Suchworte, ohne dass der Nutzer irgendetwas von den technischen Abläufen im Hintergrund verstehen muss; Hypertext ist der Lichtschalter des Internet. Allerdings war das Einstellen von Inhalten kompliziert und wenigen Profis und Eingeweihten vorbehalten, Nutzer waren größtenteils passive Rezipienten. Im Web 2.0 wird jeder Nutzer des Internets auch zum Gestalter. Über Plattformen (Onlinecommunitys) wie Facebook, Myspace und ähnliche können eigene Texte oder Bilder schnell und einfach einer großen Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Zusätzlich bietet sich die Möglichkeit, über Querverweise („Links“) weiteres digital verfügbares Material (zum Beispiel Musik, Videos und andere Webseiten) über den eigenen Internetauftritt zu vervielfältigen und zu verbreiten; für diese technische Revolution prägte Tim O'Reilly 2004 den Begriff „Web 2.0“. Einhergehend mit der technischen Realisierbarkeit und einer breiten Verfügbarkeit der notwendigen Geräte in Verbindung mit

immer billigeren Zugangsmöglichkeiten zum Internet zeigte sich auch ein Wandel in der Verwendung des Internets: Realisierbarkeit und Verfügbarkeit führten zu einer Personalisierung des virtuellen Raums; *meine* Seite auf Facebook, *mein* Blog entstanden. Statt nur auf vorgegebene Seiten anderer Anbieter zugreifen zu können, kann der Nutzer selbst zum Gestalter des Netzes werden und „seinen“ Auftritt haben, seine Internetpräsenz. In virtuellen Welten wie Second Life oder in umfangreichen internetbasierten Spielen wie World of Warcraft ist diese Internetpräsenz der „Avatar“. Der geneigte Beobachter wird einwenden, dass die Gestaltungsmöglichkeiten eines Avatars genauso wie die der eigenen Internetpräsenz in sozialen Netzwerken durch die Programmierung *begrenzt* ist; das ist zutreffend – aber genau diese Einschränkung der unendlichen Möglichkeiten auf einzelne wählbare Schritte in vorgegebenen Rahmen erst ermöglicht es den allermeisten Nutzern, selbst zu gestalten, da für die einzelnen Entscheidungen keine Programmierkenntnisse mehr erforderlich sind. Die Gestaltungsfreiheit innerhalb dieser Grenzen ist aber *praktisch unendlich*, da alle prinzipiell digitalisierbaren Inhalte präsentiert und in der eigenen Internetpräsenz dargestellt werden können.

Mit dem uneingeschränkten Zugriff und der praktischen Unendlichkeit der virtuellen Realität nähern sich die verwendeten Begrifflichkeiten einer ganz anderen Sphäre – der der Religion. *„Pro Dekade sinkt die religiöse Durchdringung der Gesellschaft um ein Zehntel. Es gilt keine Kausalität, aber der Rückgang der Religiosität fällt zusammen mit dem Wachstum des Internets. Einige Online-Dienste kompensieren die Jahrhunderte alte Rolle der Religion. Sie erfüllen dieselben Funktionen wie die Kirchen“*, schreibt der Soziologe Stefan Schulz (2012) auf der Webseite *sozialtheoristen.de* unter dem Titel *„Die gottlose Religion der Gottverlassenen“*. Der Medien- und Kommunikationstheoretiker Bolz vergleicht ebenfalls das weltumspannende Internet mit der Religion: *„Medien bieten Ersatzformen von Allwissenheit und Allgegenwärtigkeit an. An die Stelle religiöser Kommunikation tritt heute Kommunikation als Religion. Totale Verkabelung, die Verstrickung im elektronischen Netz, wird der unbefangene Blick aber als profane Variante der religio – und das heißt ja eben: Rückbindung erkennen. In der Vernetzung zum integralen Medienverbund ist uns eine stabile Umbesetzung der Transzendenz gelungen. Das Göttliche ist heute das Netzwerk. Und Religion funktioniert als Endloschleife“* (Bolz 1996).

Der Theologe Bernd-Michael Haese (2012) erweitert diesen Vergleich noch um einen psychiatrisch und psychotherapeutischen höchst relevanten Aspekt – das Empfinden der Zeit: *„So wie Gott ist das Netz allgegenwärtig und ortsu-*

nabhängig, als größte Ansammlung des menschlichen Wissens repräsentiert es eine moderne Form von Allwissenheit. Im Netz gibt es keine Zeitlichkeit, es ist immer verfügbar (24/7), immer ist jemand ansprechbar und die Zeit, die man im Netz verbringt, ist nicht mit dem normalen Zeitempfinden zu erfassen – eine Ahnung von Ewigkeit.“ Körperloses Sein, Sich-Verlieren ohne Zeitempfinden – dies sind durchaus Beschreibungen, die auch Jugendliche in ähnlicher Form über ihr Erleben in virtuellen Welten berichten. Eltern beschreiben vor allem den Verlust jeglichen Zeitgefühls; in der Spezialambulanz der Klinik in Bochum-Linden sehe ich regelmäßig Jugendliche, die 60, 80 oder mehr Stunden pro Woche vor dem Bildschirm verbringen. Transzendenz und Aufhebung des Körperlichen sind uralte religiöse Themen. Michael Blume (2012) verweist in seinem Artikel „Gott in Wilden Netzen – Religion im Blickpunkt des Web 2.0“ auf Teilhard de Chardin, der von Theoretikern der Netzkultur aufgegriffen wurde, da er *„in seiner christlichen Lesart des Evolutionsprozesses die zunehmende Vernetztheit der Welt hin zu einer „Noo-sphäre“ als „Reich menschlicher Gedanken“ doch bereits vorweggenommen habe“*. (De Chardins Werk konnte übrigens aufgrund der kirchenoffiziellen Ablehnung seines Versuchs, Christentum und Evolutionstheorie zu verbinden, größtenteils erst posthum veröffentlicht werden).

Kommunikation kann nicht Religion sein?

Trotz all dieser beeindruckenden Beschreibungen von Ähnlichkeiten muss der Vergleich von Netzkommunikation und Religion kritisch überprüft werden. Hier stellt sich zuerst die Frage, was denn Religion sei. Ohne auch nur im Ansatz zu versuchen, einen Überblick über Religionsdefinitionen zu geben, beziehe ich mich hier auf eine beeindruckende Arbeit des Anthropologen James W. Dow. Im E-Journal *anpere* (anthropological perspectives on religion) entwirft dieser eine wissenschaftliche Religionsdefinition (Dow 2007) durch Bezug auf drei voneinander unabhängige gehirn- und verhaltensorientierte „Module“ (die in der linguistischen Theorie von George Lakoff (1987) eher als Attraktoren denn als scharf umrissene Kategorie zu bezeichnen wären). Diese Module seien erstens *„a cognizer of unobservable agents“*, also das Erkennen des Nicht-Sichtbaren, beruhend auf der Notwendigkeit der Entwicklung einer Fertigkeit, auf (noch) nicht sichtbare Bedrohungen zu reagieren, mit der Konsequenz der Möglichkeit über nicht sichtbare Wesen (Götter, Engel, Dämonen etc.) zu kommunizieren. Zweitens sei dies *„a sacred categories classifier“*, ausgehend von der kulturellen Unterscheidung des Profa-

nen und des Besonderen, mit der Folge der Entwicklung von Verhalten und Ritualen gegenüber dem „Heiligen“; Gebet, Tabu, Respekt und auch Zorn sind beobachtbare Erscheinungen, die auf die Klassifizierung als „heilig“ zurückgehen. Das dritte Modul, so Dow weiter, sei „*a motivator for religious enthusiasm and public sacrifice*“. Öffentliche und schwer als Täuschung zu inszenierende Opfer sind verlässliche Beweise der Treue und Vertrauenswürdigkeit; eine menschliche Gemeinschaft wiederum mit hohen Ausprägungen an Loyalität und gegenseitigem Vertrauen kooperiert besser und hat damit eine höhere evolutionäre „fitness to survive“. Auch wenn in der westlichen Rezeption alle drei Module gemeinsam in religiösen Systemen beobachtet werden, vertritt Dow die These, dass die Bedeutung der einzelnen Module in verschiedenen Religionen sehr unterschiedlich sein kann. Beobachtbares religiöses Verhalten ist im Sinne Dows ist stets eine adaptive Antwort auf (biologische) evolutionäre Prozesse.

In der Anwendung dieser drei Module auf das Web 2.0 hat das erste Modul nur eine untergeordnete Bedeutung, wenn das Internet auch im übertragenen Sinn genau das macht, was im Modul beschrieben wird: nicht (konkret) Sichtbares wird visuell und akustisch erfahrbar. Es sei der Hinweis gestattet, dass im Science-Fiction Roman „Neuromancer“ von William Gibson (1984), in dem das Wort Cyberspace erstmals verwendet wurde, im Internet durch nicht geklärte Vorgänge eine künstliche Intelligenz namens *Wintermute* entsteht, die eigene Ziele verfolgt – eine Vision, deren Schrecken angesichts der Wirklichkeit der weltweiten Vernetzung aller Computer und unserer Abhängigkeit vom Internet an Akuität seither nur gewonnen hat. Das zweite Modul, „*a sacred categories classifier*“, die Unterscheidung des Profanen und des Besonderen und damit Wertung und Bedeutungserteilung, ist dafür umso stärker in der Lebenswirklichkeit Jugendlicher Internetnutzer erkennbar. Wichtig ist, was medial ist, das Internet ist zum Maßstab geworden („ich muss das schnell mal googlen, ob es auch stimmt“), der virtuelle Raum erteilt aber nicht nur Bedeutung, sondern erhält sie auch selbst – allein schon durch die damit verbrachte Zeit. Das dritte Modul, als Motivator für religiösen Enthusiasmus und Opferbereitschaft bezeichnet, kann ebenfalls sehr eindeutig im Nutzungsverhalten gesehen werden; die Hingabe nicht weniger Jugendlicher an Internetkommunikation und virtuelle Welten erstaunt Eltern, Lehrer und Therapeuten immer wieder.

In dieser Betrachtung nach Dow erscheint es zweifelhaft, dass die Bezeichnung der intensiven Netzkommunikation als Religion einfach und abschlie-

ßend abzulehnen ist. Wenn auch die Bedeutung des ersten Moduls gering ausgeprägt ist, so ist doch der bedeutungsgebende (Was hat Wert? Was ist wichtig?) und ritualisierende (Was soll ich tun?) Charakter des Moduls zwei sowie die Fähigkeit, Enthusiasmus und gemeinschaftliche Anstrengung auszulösen (WiKi, OpenSource) insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eindeutig vorhanden. Mehr noch als das – der Beweis, dass virtuelle soziale Netzwerke und die Kommunikation in social media die Realität verändern können, wurde mit den Ereignissen des arabischen Frühlings schon erbracht. Die klassische Phänomenologie der Religion (Wynn 2008) unterscheidet die religiöse Erfahrung in der Gottesbegegnung von der in der Begegnung mit materiellen Kontexten; es kann sich zeigen, dass eine Ergänzung um die Kategorie „Erfahrung in virtuellen Kontexten“ sinnvoll sein kann.

Es muss festgehalten werden, dass hier nicht der Standpunkt vertreten wird, dass die Kommunikation im Internet ein ausgeformtes religiöses oder gar kirchliches System darstellt. Neue Technologien haben stets euphorische Begeisterung einerseits und kategorische Ablehnung und die Angst vor kulturellem Verfall andererseits ausgelöst, beide Extrempositionen erweisen sich auf lange Sicht zumeist als nicht haltbar – weder werden übertriebene Hoffnungen und Erwartungen erfüllt, noch hat (bisher) eine einzige Technologie alles vorhergehende schlagartig abgelöst. Trotz aller gebotenen Skepsis erscheint es sinnvoll, basale Verhaltensmuster der Religion (Dows Module) im Web 2.0-Verhalten in Gruppen vor allem junger Nutzern zu beschreiben und mindestens den Status eines Substitutes für Religion im gegenwärtigen Stadium nicht kategorisch abzulehnen.

Möglicherweise ist die Frage, ob das Web 2.0 nun eine Religion ist oder nicht, auch irreführend und letztlich nicht zu beantworten. Eine andere Möglichkeit, die beschriebenen Eigenschaften der Kommunikation im Web 2.0 – ohne den Vergleich mit der Religion – liegt in der philosophischen und medienwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Medialen für den Menschen, so wie sie von Bert te Wildt in seinem Buch *“Medialisation. Von der Medienabhängigkeit des Menschen“* (2012) vorgelegt wurde, aus dem ich hier den ersten Satz wiedergebe: „Medialisation meint die kollektive Umsiedlung des Menschen in denjenigen medialen Raum, in dem er sich seine individuellen und kollektiven Träume zu erfüllen hofft.“

Reflexion der eigenen Position

Was bedeutet dies nun praktisch für den Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten? Zuallererst gilt es, eigene Emotionen und kognitive Strukturen zu erkennen. Die Bedeutung der Kommunikation in virtuellen Strukturen erscheint dem nicht in die digitale Welt „Eingeborenem“, also dem virtuellen Einwanderer (Barlow 1996) fremd, ungewohnt, anders, vielleicht sogar bedrohlich; auf jeden Fall hat sie einen anderen Wert als für Kinder und Jugendliche. Lassen wir uns unreflektiert von eigenen Gefühlen und Positionen leiten, dann sehen wir vielleicht nur den auch im eigenen privaten und professionellen Kontext genutzten Funktionsaspekt der digitalen Kommunikation, nicht aber die immense (eben fast religiöse) Bedeutung, die diese für Heranwachsende hat. Es geht dabei nicht nur um Selbstdarstellung oder „faule“ Freizeitgestaltung; das mediale Selbst, die Internetrepräsentation und der Avatar in virtuellen Welten haben eine weitreichende Bedeutung in der Sinnsuche und Weltkonstruktion. Die digitale Welt ist nicht ein hinzugekommener Anhang (der auch weggelassen werden kann), sondern erhält selbst sinnstiftende Bedeutung, das digitale Selbst ist Teil der Selbstwahrnehmung. Zwei klinische Beispiele sollen kurz unterstreichen, wie wichtig es ist, Unterschiede in Sprache und Haltung zu kennen und zu respektieren:

(1) Wenn ein Jugendlicher sagt, er habe 500 Freunde bei Facebook, erscheint dies auf den ersten Blick schwer nachvollziehbar – ein „digitaler Einwanderer“ würde mit dem Begriff Freund anders umgehen. Diese Verwendung des Begriffes ist aber (wahrscheinlich) weder infantil noch falsch – auch dem Jugendlichen ist bewusst, dass nicht zu all diesen Menschen eine sehr enge und auch in schweren Krisen tragfähige Beziehung besteht, trotzdem nennt er sie Freunde, da sie seinen virtuellen Bezugsrahmen darstellen. Er verwendet den Begriff anders, bedingt durch technische Möglichkeiten. Ähnliche Verschiebungen haben sich auch für andere Begriffe bezüglich sozialer Interaktionen ergeben („Beziehung“, „Kennenlernen“, etc.), und es bleibt unsere Aufgabe, diese uns idiosynkratisch erscheinenden Bedeutungen im Zweifelsfall zu erfragen.

(2) Im Kontakt mit bestimmten festen Gemeinschaften im Netz werden digitale Einwanderer schnell abgeschreckt; dies betrifft zum Beispiel kampfortientierte Spiele. Während es dem einen schwer fällt, überhaupt der schnellen Folge visueller und akustischer Signale zu folgen, versenkt sich der Eingeweihte im Spiel, scheint ganz darin aufzugehen, der Körper wird bewegungslos bis auf die an Tastatur und Maus lenkenden Hände – und parallel zum Spielverlauf und danach wird auch noch mit einer Gruppe anderer Spieler per

Headset kommuniziert. Diese Immersion erscheint von außen fremdartig und wenig erstrebenswert (zudem mit einer Reihe objektiver Nachteile behaftet, zum Beispiel fehlender Zeit für andere Aktivitäten) – Spieler, die regelmäßig in Clans oder Gilden spielen, berichten subjektiv aber vom Gegenteil: genau in diesem Zustand erleben sie Flow-gleiche Momente und streben danach, dies so oft und so lange wie möglich zu wiederholen. Diese Intensität kann im „RL“, dem realen Leben, nicht so einfach und oft erreicht werden, weshalb die äußere Wirklichkeit „langweilig“ erscheint.

Es ist meines Erachtens *nicht* notwendig, die Sprache der Jugendlichen zu übernehmen oder deren Erfahrungen der Immersion im Web 2.0 oder im internetbasierten Computer- oder Konsolenspiel selbst zu erleben; vielleicht ist das auch gar nicht möglich. In therapeutischen Situationen mit der Andersartigkeit der Verwendung bestimmter interaktionsbezogener Begriffe und emotionsgeladener Erfahrungen respektvoll umzugehen allerdings erscheint mir essentiell – auch und gerade wenn ich diesen Blickwinkel nicht teile. Dies sollte ja Schulen übergreifend ohnehin therapeutische Tugend sein, im Umgang mit den Phänomenen virtueller Welten und der social media aber kann dies eine besondere Herausforderung sein.

Klinische Bedeutung des Web 2.0

In ihrem Artikel „Aus Vielen wird das Eins gefunden – wie Web 2.0 unsere Kommunikation verändert“ beschreibt die Publizistik- und Kommunikationswissenschaftlerin Miriam Meckel die Dynamik der Netzwerkkommunikation. Kommunikation beschleunigt sich, Ordnung und Hierarchien verschwinden, und Information wird zum kollektiven und kollaborativen Gut (Meckel 2008). Der einzelne von ihr Kommunikator genannte Nutzer zeigt sich gleichzeitig in drei Funktionen aktiv: „express“, „connect“ und „share“, er will sich ausdrücken, mit anderen vernetzen und Inhalte teilen. Das Web 2.0 sei somit *„eben nicht nur eine technologische Veränderung im Sinne eines Softwareupgrades“*, sondern habe *„... eine neue Qualität in die Funktionen und Formen gesellschaftlicher Kommunikation eingeführt“*. Dieser außerordentliche, ja bahnbrechende Wandel der Kommunikationsgewohnheiten trifft auf eine Generation, die nicht nur mit den normalen Entwicklungsaufgaben des Heranwachsens zurechtkommen muss, sondern in den westlichen Industrienationen auch schon Kindern und Jugendlichen ein Maß von Freiheit und Selbstbestimmung erlaubt, welches ihren Eltern zwar inzwischen vertraut ist, aber in deren eigener Kindheit und Jugend noch nicht zur Verfügung stand.

Diese Freiheit geht einher mit dem weitgehenden Wegbrechen traditioneller Orientierungsmöglichkeiten wie familiärer Zusammenhalt, Kirche und anderer Weltanschauungen. Diese Situation wird von vielen Kindern und Jugendlichen auch als Belastung empfunden, denn mit Freiheit geht auch Verantwortung einher. Es scheint auf der Hand zu liegen, dass die Kommunikation in social media eine Funktion übernimmt, die die Jugendlichen suchen und brauchen. Aus psychotherapeutischer Sicht ist es naheliegend anzunehmen, dass Angst bzw. der Versuch mit Angst umzugehen, der Antrieb hierfür ist. Wolfgang Bergmann und Gerald Hüther liefern in ihrem Buch „Computersüchtig – Kinder im Sog der modernen Medien“ ein schlüssiges und neurobiologisch fundiertes Konzept für die Entwicklung einer übermäßigen und schädlichen Fixierung auf virtuelle Welten. Ausgeformte neuronale Nutzungsmuster, die dazu dienen, Emotionen zu regulieren, werden aufrechterhalten und häufig genutzt. Durch die oben beschriebene Intensität der Erfahrungen im Web 2.0 mit nahezu vollständiger, sofort einsetzender, ständig verfügbarer Emotionskontrolle wird dieses Verhalten zur Emotionsregulation bevorzugt – und andere mögliche Verhaltensweisen, insbesondere diejenigen in der realen Interaktion mit anderen Menschen vernachlässigt. Das Fehlen weiterer Lernerfahrungen in der interaktionellen Emotionsregulation über Jahre hinweg kann zu erheblichen Problemen führen; das Endstadium beschreiben Hüther und Bergmann so: *„Die Suche nach Orientierung, nach Sinnggebung des eigenen Lebens ist dann zwangsläufig auch zu Ende. Was erhalten bleibt, ist der (natürliche) Hang zur Bequemlichkeit und zum Konsumieren. Das „Ich“ wird nun zum einzigen Brennpunkt der Aufmerksamkeit. Wer dort angekommen ist, hat auch keine Lust mehr, erwachsen zu werden und sich den vielfältigen Herausforderungen, den Problemen und Konflikten zu stellen, die ein solches Leben in der realen Welt für ihn bereithält. Deshalb sind die vom Computer erzeugten virtuellen Welten für viele Kinder und Jugendliche attraktiver als das reale Leben“* (Bergmann und Hüther 2010, S.77). Dies sind die Patientinnen und Patienten, die wir in unseren Praxen und Kliniken sehen.

Therapeutische Überlegungen

Fünf zusammenfassende Überlegungen zur praktischen psychotherapeutischen Arbeit basieren auf dem bisher Gesagten:

1. Wie fremd und unbegreiflich die Beschreibungen jugendlicher Web 2.0-Nutzer uns im ersten Moment auch erscheinen mögen – eine *respektierende und validierende Haltung* (wie wir sie auch religiösen Vorstellungen gegenüber erwarten würden) ist die Basis für eine Zusammenarbeit. Um Nutzungsmuster in bestimmten Lebensphasen und in der besonderen Situation einzelner Patienten auch als rationale Entscheidung anerkennen zu können ist es notwendig, eigene Haltungen immer wieder kritisch zu reflektieren; dies betrifft insbesondere von unseren Vorstellungen abweichende Bedeutungszuteilungen durch “digital natives”.
2. Um mit den rasant voranschreitenden Veränderungen und den noch nicht absehbaren Wirkungen Schritt halten zu können, ist es notwendig, sich selbst immer wieder ein „*update*“ *aktueller Entwicklungen* zu holen. Während Erwachsene in der Phase vor dem Internet (meistens zumindest) einen relevanten Wissens- und Kenntnisvorsprung vor Kindern hatten, ist die Situation heute oft umgekehrt, zumindest im Bereich der social media. Hilfreich für Eltern und Therapeuten kann es sein, sich das Nutzungsverhalten – in Abstimmung mit den Jugendlichen – gemeinsam anzusehen, die Patienten zum Experten zu erklären und von ihnen zu lernen.
3. Bei allem Respekt vor den Erfahrungen der Jugendlichen gilt es nicht zu vergessen, dass wirkliche Freiheit immer voraussetzt, sich auch anders entscheiden zu können. Insbesondere bei langjährigem pathologischem Internetgebrauch stehen aber im Bereich der Emotionsregulation kaum Alternativen zur Verfügung. Dies transparent zu machen und mit den Patienten Einschränkungen durch eine Fixierung auf ein geringes Verhaltensspektrum aufzudecken, ist durchaus geboten. Dabei geht es nicht um ein „Nacherziehen“ oder einfaches Verbieten, eine absolute Computer- oder Internetabstinenz ist ohnehin (wenn überhaupt) nur vorübergehend zu bewirken. Langfristig ist der selbstgeleitete und planvolle Umgang das Ziel; kurzfristig kann aber eine „Pause“ im Nutzungsverhalten sehr hilfreich sein. Die Anfangshürde zu überwinden und den Jugendlichen für die Therapie zu gewinnen stellt oft die größte Herausforderung dar und erfordert einiges therapeutisches Geschick.

4. Ziel der Therapie muss das „real life“ sein. Auch wenn je nach Situation Entwicklungsbedingungen und konflikthafte Verstrickungen Inhalt der Therapie sein können, muss das Ziel die Stärkung im realen Leben sein. Alleinige ambulante Einzelpsychotherapie kann dies in einigen Fällen nicht erreichen. Gute Erfahrungen wurden in Bochum-Linden mit einer spezifischen Gruppentherapie unter Einbeziehung zum Beispiel auch von Rollenspielen mit Perspektivwechsel (Patient spielt ein Elternteil) gemacht. Die Einbeziehung der Familie ist wesentlich. In besonders schweren Fällen und bei langjährigen Verläufen kann eine stationäre Therapie mit erlebnispädagogischen Anteilen und dem intensiven Gruppenkontakt mit Gleichaltrigen notwendig werden. Teilweise wird erst im stationären Kontext deutlich, wie getriebenen Patienten sind. Auch längere Aufenthalte können notwendig sein, um sich überhaupt neu orientieren zu können und andere Muster der Emotionsregulation (wieder) zu erlernen und deren Gebrauch zu festigen.
5. Es geht, wie auch der Vergleich mit der Religion nahelegt, in der Therapie nicht allein um das Funktionieren, also um Effizienz, Präzision und Objektivität. Sinnfragen – auch mit religiösen und philosophischen Anteilen – werden von Jugendlichen gestellt und müssen zum Thema in der Therapie werden dürfen, ohne aber dabei den Bezug zum wirklichen Leben und zu realen Menschen außer Acht zu lassen. Manchmal ist der Therapeut überhaupt der erste Mensch, zu dem die Jugendlichen seit langer Zeit eine Beziehung aufbauen. Hier gilt es einerseits die notwendige Intensität der Beziehungsarbeit zuzulassen und andererseits von Anfang an im Auge zu haben, die Erfahrungen aus der Therapie übertragen zu können, die Therapie also langfristig überflüssig zu machen.

Das Web 2.0 erfüllt zum Teil – so wie Religion auch – die Funktion, eine Gemeinschaft zu bilden, Wertmaßstäbe zu finden und emotionale Sicherheit zu bieten; es unterliegt dabei aber keiner Lenkung und Beeinflussung, zumindest nicht durch Eltern und Lehrer. Eine zu extensive Nutzung kann zu einer Reihe von Problemen führen. Entwicklungsaufgaben benötigen Zeit im realen Leben (Richterich 2007), die durch übermäßigen Internetkonsum beschränkt wird. Exekutive Frontalhirnfunktionen werden durch virtuelle Aktivität durchaus trainiert, aber die Übertragbarkeit dieser Lernprozesse in zwischenmenschliche Interaktion scheint nicht oder zumindest nicht leicht übertragbar zu sein (Bergmann und Hüther 2010, S. 81-85). Aber nicht nur das Ausmaß der Kommunikation im Web 2.0 kann problematisch werden, auch der Inhalt. Cybermobbing, also das Nutzen sozialer Netzwerke um Mit-

schüler zu bedrängen und herabzuwürdigen, stellt einen zunehmenden Vorstellungsgrund beim Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten dar. Trotz der bekannten Schwierigkeiten ist mit einem weiteren Anstieg der Nutzerzahlen zu rechnen: Facebook hat im Sommer 2013 über eine Milliarde aktive Mitglieder – das Christentum schätzungsweise 2,1 Milliarden, der Islam rund 1,3 Milliarden und der Hinduismus 850 Millionen Anhänger (Maysenhölder 2012). Die besondere Situation Heranwachsender zeitgleich mit einem epochalen Wechsel der Kommunikationskultur stellt eine erhebliche Herausforderung dar, auch für die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Praxis.

Für die psychotherapeutische Arbeit in diesem Kontext ist es nützlich, verschiedene Aspekte des Nutzungsverhaltens zu kennen, auch diejenigen, die einer Religion ähneln – und vor allem deren Hintergründe und Motive. Therapeutische Haltungen aber können durchaus entwickelt werden, ohne die Frage zu beantworten, ob das Web 2.0 nun eine Religion ist oder nicht. Sicher erscheint, dass Kommunikation in social media und anderen Funktionen des Web 2.0 eine religionsähnliche Bedeutung für Kinder und Jugendliche haben kann.

Literatur

ARD: Onlinestudie. <http://www.ard-zdf-onlinestudie.de> (1.8.2013).

Barlow, John Perry 1996: „A Cyberspace Independence Declaration“, http://w2.eff.org/Censorship/Internet_censorship_bills/barlow_0296.declaration (1.8.2013).

Bergmann, Wolfgang und Hüther, Gerald (2010): „Computersüchtig – Kinder im Sog der modernen Medien.“ Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Blume, Michael. „Gott in Wilden Netzen – Religion im Brennpunkt des Web 2.0.“ Herder Korrespondenz 66; 5 (2012), 260-264.

Bolz, Norbert: „Tele! Polis!“ In: Iglhaut, Stefan, Medosch, Armin, und Rötzer, Florian (Hrsg.) Stadt am Netz. Ansichten von Telepolis. Bollmann Verlag, Köln (1996), 143-150

Dow, James W. „A Scientific Definition of Religion.“ www.anpere.net (anthropological perspectives on religion) ISSN 1653-6355 vpm 19.7.2007 (1.8.2013).

Gibson, William. „Neuromancer“. Roman. Übersetzt von Reinhard Heinz. Heyne, München 1987, ISBN 3-453-31389-5, englische Erstausgabe unter gleichem Titel.

Haese, Bernd-Michael. „Religion im Netz. Das Internet als Religion, religiöse Diskurse und religiöse Praxis im Internet.“ Vortrag auf der Jahrestagung 2012 der Konferenz der Bildungseinrichtungen der Evang. Landeskirche in Württemberg.

- Lakoff, George*: "Women, Fire and Dangerous Things. What Categories reveal about the mind." The University of Chicago Press. Chicago, London, 1987.
- Maysenhölder, Fabian (2012)*: „facebook – eine neue Weltreligion? - Sektencheck“ beim weltgrößten sozialen Netzwerk.“ <http://theopop.de/2012/08/facebook-eine-neue-weltreligion/> (Blog für Religion und Popkultur; am 1.8.2013).
- Meckel, Miriam (2008)*: „Aus Vielen wird das Eins gefunden – wie Web 2.0 unsere Kommunikation verändert.“ APuZ (Aus Politik und Zeitgeschichte) 39/2008 S17-23, Bundeszentrale für politische Bildung.
- Mohr, Cornelia*. Auszug aus der Dokumentation der wöchentlichen Gruppentherapie für Jugendliche mit problematischem Verhalten bezüglich Internet, Computer und sozialen Medien am HELIOS St. Josefs-Hospital Bochum-Linden. Persönliche Kommunikation, 2013.
- O'Reilly, Tim (2004)*: "Web 2.0: Compact Definition?" <http://radar.oreilly.com/2005/10/web-20-compact-definition.html> (1.8.2013).
- Richterich, Andreas*: „Die Faszination virtueller Welten.“ Forum für Kinderpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2012; 22 (4) 25-43.
- Richterich, Andreas und Schulte-Markwort, Michael*. Entwicklungspsychiatrische Aspekte aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Psychiatrie 4/2007 S. 245-251.
- Stefan Schulz (2012)*: „Die gottlose Religion der Gottverlassenen“. <https://sozialtheoristen.de/2012/02/28/gottloses-facebook/> (1.8.2013).
- te Wildt, Bert*. "Medialisation. Von der Medienabhängigkeit des Menschen." Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen, 2012.
- Wagner, Ulrike, Brüggem, Niels und Gebel, Christa*: „Web 2.0 als Rahmen für Selbstdarstellung und Vernetzung Jugendlicher. Analyse jugendnaher Plattformen und ausgewählter Selbstdarstellungen von 14-20 Jährigen. Erster Teil der Studie „Das Internet als Rezeptionsplattform für Jugendliche“ im Auftrag der Bayerischen Landeszentrale für neue Medien (BLM).“ JFF Institut für Medienpädagogik in Forschung und Praxis, München (2009)
- Wynn, Mark*: „Phenomenology of Religion“, The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2008 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <http://plato.stanford.edu/archives/win2008/entries/phenomenology-religion/> (1.8.2013).

Autor:

Dr. med. Andreas Richterich
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und
-psychotherapie
HELIOS St. Josefs-Hospital Bochum-Linden
Axstraße 35, 44879 Bochum
Telefon: (0234) 418-360

Linksammlung zum Computer, Internet und Mobiltelefone

Andreas Richterich

1) Medien allgemein

www.klicksafe.de/themen/kommunizieren/handy

Im Auftrag der Europäischen Kommission wird neben der Erklärung von Grundbegriffen kompetente und kritische Nutzung von Internet und Neue Medien thematisiert. Darüber hinaus wird auf problematische Bereiche dieser Angebote hingewiesen.

www.time4teen.de

Verantwortlich für den Inhalt dieser Internetseiten ist die Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (Zentrale Geschäftsstelle). Für Jugendliche aufgemachte Seite mit Regeln und Tipps zu allen Themen bzgl. Regeln und Gesetzen, mit eigenen Seiten für Computer/Internet und Handy.

www.schau-hin.info

Die Initiative SCHAU HIN! des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Telekommunikationsunternehmens Vodafone, der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten ARD und ZDF sowie der Programmzeitschrift TV SPIELFILM gibt Eltern von 3- bis 13jährigen praktische Orientierungshilfen zur Mediennutzung und -erziehung und fördert den Dialog zwischen Eltern und Kindern. Extraseiten zur Handynutzung, mit Tipps für Eltern und Kinder.

Downloads, „Medienpass“ (Online-Test mit Infos)

<http://Internet-abc.de>

Internet-ABC e.V., Geschäftsstelle c/o Landesanstalt für Medien NRW.
Internet-Ratgeber für Kinder, Eltern und Pädagogen. Führerschein fürs Internet.

www.bzga.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, mit umfangreichen Informationsmaterialien auch zu benachbarten und anderen Themenbereichen, Bestellmöglichkeit

2) Computerspiele

www.spielbar.de

Plattform der Bundeszentrale für politische Bildung zum Thema Computerspiele. Ausführliche Einführung in die Welt der Computer-, Konsolen- und Internetspiele. Erläuterungen der einzelnen Typen. Warnungen vor In-Gamekosten!

www.rollenspielsucht.de

Initiative betroffener Eltern. Umfangreiche Link-Sammlung zu Quellen, Selbsthilfegruppen, Kliniken und Hintergrundmaterialien. Gruppe betreibt auch www.aktiv-gegen-mediensucht.de mit „Netzwerk für Ratsuchende“ (www.netzwerk-fuer-ratsuchende.de).

www.computersuchthilfe.info

Die Homepage hält für Multiplikatoren, Eltern und Jugendliche Informationen zur problematischen Computernutzung bereit.

www.fv-medienabhaengigkeit.de/hilfe-finden.html

Zusammenschluss von Pädagogen, Klinikern, Forschern und Verbänden. Gibt Empfehlungen auf wissenschaftlicher Basis heraus. Regionale AGs.

3) Internetsicherheit

www.fragfinn.de/kinderliste.html

bietet Kindern einen sicheren Surfraum. Damit Kinder sich nur auf den gecheckten Seiten von fragFINN bewegen können, bedarf es technischer Schutzmechanismen auf dem Computer. Für Eltern und Lehrer steht eine kostenlose Kinderschutzsoftware zum Download bereit. Die Initiative wird von der Bundesregierung, der FSM sowie zahlreichen Unternehmen und Verbänden aus der Telekommunikations- und Medienwelt getragen.

www.trampeltier.de

Kindersuchmaschine

www.sicher-online-gehen.de

Bund, Länder und die Wirtschaft, u. a. Information über Jugendschutzsoftware, Linksammlung empfehlenswerter Seiten für Kinder/Jugendliche

www.polizei-beratung.de/themen-und-tipps/medienkompetenz/handy.html

Polizeiliche Kriminalprävention. Viele kostenlose Materialien (z. B. „Klicks-Momente – so unterstützen Sie Ihr Kind bei der Medienkompetenz“ oder „Im Netz der neuen Medien“), sehr gute Sicherheitshinweise.

Für Kinder: <http://clicky.polizei-beratung.de>

<https://www.sicher-im-netz.de>

Schirmherrschaft des Bundesministeriums des Innern, getragen von Unternehmen, Verbänden sowie gemeinnützigen Organisationen, mit Checklisten für Eltern und Lehrer.

www.watchyourweb.de

Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV). Träger dieses Projekts ist die Internationale Fachstelle für Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland (IJAB e.V.). Gute Linksammlung.

www.jugendschutz.net

Organisation der Jugendminister aller Bundesländer. Aktuelle Nachrichten und umfassende Informationen zum Thema Jugendschutz im Internet. jugendschutz.net wurde 1997 von den Jugendministern aller Bundesländer gegründet, um jugendschutzrelevante Angebote im Internet (so genannte Telemedien) zu überprüfen und auf die Einhaltung von Jugendschutzbestimmungen zu drängen. Ziel ist ein vergleichbarer Jugendschutz wie in traditionellen Medien.

www.chatten-ohne-risiko.net

Die Seite präsentiert Chats, die bei Kindern und Jugendlichen beliebt sind, mit Risikoeinschätzung und Altersempfehlung und gibt Tipps zur sicheren Nutzung.

www.surfen-ohne-risiko.net

Eltern können hier mit ihren Kindern eine eigene Startseite mit altersgerechten Nachrichten, Onlinespielen usw. erstellen. Dieses Angebot ist für Kinder von etwa 6 bis 12 Jahren geeignet.

www.internet-beschwerdestelle.de

Angebot des Verbandes der deutschen Internetwirtschaft eco und der Freiwilligen Selbstkontrolle Multimediadienstanbieter FSM. Hier können Beschwerden gegen illegale Inhalte auf Internetseiten abgegeben werden. Die Internet-Beschwerdestelle arbeitet mit Strafverfolgungsbehörden, Anbietern von Internet-Service-Leistungen und anderen Partnern zusammen, damit das Internet sicherer wird und Täter überführt werden können.

www.ins-netz-gehen.de

Das Internetportal richtet sich vor allem an junge Menschen im Alter von 12 bis 18 Jahren. Die zahlreichen interaktiv aufbereiteten Informationen sollen sie dabei unterstützen, Online-Angebote wie etwa Soziale Netzwerke, Chats und Computerspiele verantwortungsvoll und risikofrei zu nutzen

4) Mobiltelefone

www.handysektor.de

Landesanstalt für Medien Nordrheinwestfalen in Kooperation mit www.klicksafe.de und dem Medienpädagogischen Verbund Süd-West www.mpf.de. Infos und Aufklärungsmaterialien für Jugendliche rund ums Thema mobile Netze (auch gesetzliche Grenzen und Datenschutz).

www.handy-in-kinderhand.de

Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.: Spielregeln, Tipps und Infos rund ums Handy für Eltern.

5) Mobile Netze Extrathema: Mobbing

<http://mobbing-schluss-damit.de>

Wurde von Seitenstark, der Arbeitsgemeinschaft vernetzter Kinderseiten ins Leben gerufen. Seit Mai 2011 wird die Seite von einem professionellen Pres-sebüro redaktionell verantwortet und betreut.

6) Spezielle Themen und weitergehende Informationen

Unter www.drogenbeauftragte.de ist die Forschungsstudie „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland“ (Petersen & Thomasius, 2010) abrufbar.

Unter www.bmfsfj.de steht der Bericht „Computerspielsucht – Befunde der Forschung“ (Kunczik & Zipfel, 2010) zur Verfügung.

<http://info.fluter.de>

Empfehlenswertes Online-Magazin. Herausgeber: Bundeszentrale für politi-sche Bildung/bpb

www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=396

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. wurde auf Beschluss des Deutschen Bun-destages gegründet und ist bundesweit das größte außeruniversitäre sozial-wissenschaftliche Forschungsinstitut im Bereich Kinder, Jugendliche, Frauen und Familien.

Vor allem große Studien zum Thema Internet/Computer.

www.izmf.de/de/content/das-informationszentrum-mobilfunk-e-v-izmf

Informationszentrum Mobilfunk e. V. (IZMF) – Zusammenschluss der Netz-betreiber

<http://seitenstark.de>

Verein. Seiten für Kinder und Jugendliche und für Engagierte.

www.bildungsserver.de

Dieser Meta-Server verweist er primär auf Internet-Ressourcen, u.a. von Bund und Ländern, der Europäischen Union, von Hochschulen, Schulen,

Landesinstituten, Forschungs- und Serviceeinrichtungen und Einrichtungen der Fachinformation

www.fsm.de

Freiwillige Selbstkontrolle Multimedia-Diensteanbieter e. V. (FSM). Umfangreiche Informationen rund um das Thema Jugendschutz im Internet. Im Bereich „Medienkompetenz“ werden zahlreiche Tipps für Eltern und Kinder bereitgestellt. Die FSM ist ein eingetragener Verein, der 1997 von Medienverbänden und Unternehmen der Online-Wirtschaft gegründet wurde. Die Selbstkontrollorganisation bietet jedermann die Möglichkeit, sich über strafbare oder jugendgefährdende Inhalte im Netz zu beschweren oder Fragen zum Thema Jugendschutz im Internet zu stellen.

www.dkhw.de

Deutsches Kinderhilfswerk e. V.: Informationen rund um das Thema Kinder- und Jugendschutz im Internet. Im Bereich „Medien“ werden Tipps für Eltern und Kinder bereitgestellt. Auch andere relevante Bereiche, wie z. B. Handy-Nutzung für Kinder, werden angesprochen.

Autor:

Dr. med. Andreas Richterich

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie

HELIOS St. Josefs-Hospital Bochum-Linden

Axstraße 35, 44879 Bochum

Telefon: (0234) 418-360

Systemische Aspekte von Verhaltenssüchten und Impulskontrollstörungen

Ingo Spitzcok von Brisinski

In den letzten Jahren etabliert sich zunehmend das Konzept der Verhaltenssucht bzw. stoffungebundenen oder nichtsubstanzassoziierten Sucht. Außer mehr oder weniger umfangreichen Monografien (Poppelreuter & Gross 2000, Grüsser & Thalemann 2006, Grant 2008, Batthyány & Pritz 2009, Sun et al. 2013, Mann, im Druck, Bilke-Hentsch et al., im Druck) erschien kürzlich auch in „Der Nervenarzt“ ein Themenheft (Heft 5/2013, S. 547-634) und von der DGPPN (2013) ein Eckpunktepapier. Die meisten Autoren zählen zu den Verhaltenssüchten Glückspielsucht, Kaufsucht, Computersucht bzw. Internet-Sucht, Sexsucht, Sportsucht und Arbeitssucht. Manche zählen auch Esssucht bzw. Bulimia nervosa und Binge Eating, Magersucht, Skin picking (Dermatotillomanie, Zwanghaftes Hautknibbeln) sowie pathologisches Horten (Hoarding, Messie-Syndrom) dazu, Grant et al. (2013) zudem Pathologische Brandstiftung (Pyromanie) und Pathologisches Stehlen (Kleptomanie). Zunächst normale, angenehme Tätigkeiten verwandeln sich in unangepasste, immer wiederkehrende Verhaltensweisen, die aufgrund unwiderstehlichen „Verlangens, Anreizes oder Impulses, den das Individuum kaum kontrollieren kann, häufig ausgeführt, obwohl das Verhalten in dieser Intensität der Person und/oder anderen Schaden zufügt (Mann et al. 2013, S. 548)“ werden. Wie bei den stoffgebundenen bzw. substanzassoziierten Abhängigkeitserkrankungen handelt es sich bei den Verhaltenssüchten um chronische Erkrankungen, bei denen das Risiko besteht, auch nach langen Abstinenzzeiträumen rückfällig zu werden. Auch bei der Verhaltenssucht kann es zu Entzugssymptomen und Toleranzeffekten kommen (Grant et al. 2010). Das Auftreten von Gereiztheit bzw. dysphorischer Stimmung bis hin zu massiver Aggressivität bei Betroffenen, wenn sie an der Ausübung des exzessiven Verhaltens gehindert werden, wird dabei als Entzugssymptom verstanden und als Toleranzentwicklung, dass bei konstanter Zahl der Wiederholungen der Handlungen die positiven Gefühlszustände abnehmen bzw. die Intensität der Verhaltensweisen zunehmen muss, um ähnlich positive Effekte zu erzielen (Mann et al. 2013).

Doch nicht nur mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gibt es Gemeinsamkeiten (Grüsser & Thalemann 2006), sondern auch mit Impulskontrollstörungen (Spitzcok von Brisinski & Habermeyer 2009) und Störungen des zwanghaften Spektrums (Spitzcok von Brisinski 2007), da sie mit beeinträchtigter Hemmung sich wiederholender Verhaltensweisen oder Gedanken einhergehen und zahlreiche Überschneidungen hinsichtlich Phänomenologie, Komorbidität, Familiengeschichte, klinischem Verlauf und neurobiologischen Grundlagen aufweisen. Außerdem sind sie teils ähnlichen psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsstrategien zugänglich.

Als Beispiel für solche Überschneidungen sei hier Kaufsucht/Zwanghaftes Kaufverhalten/Oniomanie genannt: Bei der Diagnosestellung ist das Fehlen einer Zweckgebundenheit beim Kaufen ein zentrales Kriterium. Die Betroffenen verlieren nach dem Kauf schnell Interesse an den Waren, in ca. 2/3 der Fälle horten sie jedoch die gekauften Güter zwanghaft. Weiteres zentrales Merkmal ist, dass es weniger um den Besitz und die Nutzung der Ware geht, sondern um das positive Erleben während des Bestellens, Auswählens oder Einkaufens, d. h. das Kaufen erfolgt nicht bedarfsgerecht und dient auch nicht der Bereicherung, sondern vor allem der Emotionsregulation (Mann et al. 2013). O'Guinn und Faber (1989) beschreiben als ‚zwanghaften Kaufzyklus‘: 1. allgemeine Prädisposition für Angstgefühle und niedriges Selbstbewusstsein, beides verschlimmert sich kurz vor dem Verlangen einzukaufen; 2. impulsive Einkaufsepisoden mit Hochgefühl und Berauschtigkeit; 3. Schuld- und Reuegefühle nach der Einkaufsepisode; 4. erneuter Einkaufsimpuls, um den Gefühlen von niedrigem Selbstbewusstsein, Angst und Schuld, die sich im Verlauf steigern, zu entkommen. 25-50% aller Patienten erfüllen außerdem die diagnostischen Kriterien für Depression und 44% für eine Angststörung. 4-35% haben zusätzlich eine Zwangsstörung und 10-45% eine Substanzabhängigkeit (Mann et al. 2013).

Blanco et al. (2001) schlagen eine Einteilung in Untergruppen vor, bei der die Zuordnung je nach individueller Charakteristik zu den Süchten, Zwangsstörungen oder einer Mischung beider Aspekte erfolgt. Auch die Verortung auf einem Kontinuum zwischen Impulsivität und Zwanghaftigkeit käme in Betracht (Grant et al. 2010).

„Die Polarisierung zwischen den verschiedenen Sichtweisen ist in den Hintergrund getreten“ meinen Mann et al. (2013, S. 550) und beziehen dabei insbesondere auf die „sog. Sucht-Neurose-Debatte“. Dennoch wird im wis-

senschaftlichen Diskurs noch darum gerungen, welcher Kategorie denn nun welche der hier diskutierten Störungsbilder zuzuordnen sind:

- Gemäß DGPPN-Eckpunktepapier zu Verhaltenssüchten (2013) wird auf der Grundlage wissenschaftlicher Forschung empfohlen, pathologisches Glücksspiel und exzessiven Computer- und Internetgebrauch (insbesondere das Internet-Gaming) als Süchte zu behandeln, während Pathologisches Kaufen, exzessives Sexualverhalten und Aspekte von Adipositas zwar in Einzelfällen Suchtcharakter annehmen können, insgesamt die Forschungsbefunde aber nicht für eine Eingruppierung in die Verhaltenssüchte ausreichen.
- In DSM-5 (APA 2013) wird „gambling disorder“ als „behavioral addiction“ klassifiziert, „Internet Gaming Disorder“ wird jedoch weder einer Verhaltenssucht noch einer Impulskontrollstörung oder Störung des zwanghaften Spektrums zugeordnet, sondern Abschnitt III, in dem Störungsbilder gelistet sind, die weiterer klinischer Forschung und Erfahrung bedürfen, bevor sie einer der vorgenannten Kategorien zugeordnet werden können.
- Laut ICD-11 „beta draft“ (abgerufen am 7.9.2013 von <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f1041487064>) zählt „Pathological gambling“ weiterhin zu den Störungen der Impulskontrolle, allerdings hat die zuständige Arbeitsgruppe vorgeschlagen, neben „Glücksspielsucht“ eine Sammelkategorie „Weitere Verhaltenssüchte“ einzuführen, in die auch „Internet Gaming Addiction“ aufgenommen werden soll (DGPPN 2013, Mann et al. 2013).
- Pathologisches Glücksspiel und Pathologischer Internetgebrauch waren in den Vorbereitungen zu DSM-5 als den Zwangsspektrumstörungen zugehörig diskutiert worden (Spitzcok von Brisinski 2007), und Skin picking ebenso wie pathologisches Horten sind in DSM-5 dem neuen Kapitel „Obsessive-Compulsive and Related Disorders“ zugeordnet ebenso wie Dymorphophobie und Trichotillomanie.

Die Diskussion, ob es sich um ein einheitliches Spektrum einer der vorgenannten Kategorien handelt oder die einzelnen Störungsbilder unterschiedliche Anteile von Sucht, Impulskontrollstörung und Zwangsstörung haben (bzw. je nach Phase innerhalb des individuellen Verlaufs und/oder in der individuellen Fallkonstellation überhaupt), kann demnach noch weiter geführt werden, zumal auch bei stoffgebundener Abhängigkeit erhöhte Impulsivität

oftmals vorhanden ist (Bechara 2005), und sich innerhalb der Kategorie ‚Abhängigkeit‘ bzw. ‚Sucht‘ noch weitere Aspekte der anderen beiden Kategorien ‚Impulskontrollstörung‘ und ‚Zwangsstörung‘ finden: Beispielsweise unterscheiden Verheul et al. (1999) in ihrer psychobiologischen Theorie zum Alkoholverlangen drei verschiedene Arten von Verlangen: das Belohnungsverlangen (‚reward craving‘), das Erleichterungsverlangen (‚relief craving‘) und das zwanghafte Verlangen (‚obsessive craving‘).

Für die systemische Therapie bedeutet die Möglichkeit der Zuordnung zu unterschiedlichen Kategorien zunächst einmal einen Zugewinn an Therapiemöglichkeiten gemäß des ‚ethischen Imperativs‘ von Heinz von Foerster (1973, S. 49): „Handle stets so, dass die Anzahl der Wahlmöglichkeiten größer wird!“ Allerdings ist Heinz von Foerstes ‚ethischer Imperativ‘ nicht allgemeingültig, da es auch sinnvoll sein kann, sich je nach Fallkonstellation, Prozessstadium und/oder Behandlungsmöglichkeiten auf eine der o. g. Kategorien festzulegen (Strukturelle Kopplung gemäß des Selbstorganisationskonzepts ‚Autopoiese‘ von Maturana und Varela, 1980).

Systemische Therapie und kognitive Therapie bei Verhaltenssüchten

Die bisherigen Monografien und Reviews zu Verhaltenssüchten beschränken sich überwiegend auf verhaltenstherapeutische Erklärungs- und Therapie-Modelle. Auch wenn bereits eine Reihe von Publikationen zu systemischen Erklärungsmodellen und Therapieansätzen bzgl. einzelner Verhaltenssüchte publiziert wurden, erscheint es dennoch sinnvoll, zu explorieren, welche Anregungen sich für die systemische Therapie aus den verhaltenstherapeutischen Konzepten zu den Verhaltenssüchten und Störungen der Impulskontrolle ergeben könnten. Kognitive Therapie und systemische Therapie haben eine Reihe von Gemeinsamkeiten, so dass sich zahlreiche für die Verhaltenssüchte entwickelte Therapieformen der kognitiven Therapie bzw. Verhaltenstherapie ‚der dritten Welle‘ (Schweiger & Sipos 2013) für die systemische Therapie adaptieren lassen und vice versa. Bei beiden Therapieschulen steht die aktive Gestaltung des Wahrnehmungsprozesses im Vordergrund aufgrund der Annahme, dass die subjektive Sicht der Betrachtenden über das Verhalten entscheidet. Techniken zur Bewusstmachung von Kognitionen und zum Transfer korrigierter Einstellungen in konkretes Verhalten setzen beide Therapieschulen ein. Dabei fokussiert die systemische Therapie jedoch nicht allein auf die Wahrnehmungsprozesse des Inpatienten, sondern ebenso auch der Perso-

nen aus dem sozialen Umfeld. Außerdem geht es der systemischen Therapie nicht um die Korrektur von objektiv irrationalen oder inadäquaten Einstellungen bzw. das Ersetzen negativer Kognitionen durch rationalere, sondern die Entwicklung von nutzbaren Alternativen. Die vorbestehenden Einstellungen werden nicht als grundsätzlich falsch bzw. negativ bewertet, sondern als unter den bisherigen Umständen entstandene Lösungsversuche.

Als Beispiel sei hier die als verhaltenstherapeutisch attribuierte Behandlung einer kaufsüchtigen Patientin genannt, bei der Grüsser und Thalemann (2006, S. 259) aufgrund der zuvor erfolgreich behandelten Bulimie von einer Symptomverschiebung ausgehen und die Notwendigkeit der Beachtung der Funktionalität des problematischen Verhaltens hervorheben sowie die reaktionskontingente Zuwendung und Beachtung durch die Mutter bei einem von der Patientin als emotional unterkühlt und distanziert erlebten Elternhaus als störungsaufrechterhaltender Bedingungsfaktor: Beides sind auch in der systemischen Therapie wichtige therapeutische Ansätze.

Weiterhin sei auf die zahlreichen integrativen Ansätze hingewiesen, die kognitive Therapie und systemische Therapie kombinieren, u. a. bei Isbaert (2009) in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit oder bei Liechti (2008) in der Behandlung der Anorexia nervosa.

Im Gegensatz zum kognitivbehavioralen Ansatz nach Grüsser und Thalemann (2006, S. 29), der Modelle zu psychosozialen Aspekten wie z. B. den wichtigen Einfluss der Familie auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit sowie auch auf den therapeutischen Prozess zwar als generell wesentlichen Aspekt bei psychischen Störungen anerkennt, jedoch nicht als gezielt dienlich für die Übertragung von Abhängigkeitsmodellen auf einen Erklärungsansatz für Verhaltenssucht ansieht, erhalten psychosoziale Aspekte im systemischen Ansatz jedoch breiten Raum.

Therapie bei stoffgebundenen Süchten als Vorbild für therapeutische Ansätze bei Verhaltenssucht

„Parallelen im klinischen Erscheinungsbild, bei den diagnostischen Kriterien, der Funktion des Verhaltens (...), dem Phasenverlauf in der Pathologieentwicklung sowie der involvierten neurobiologischen Botenstoffe und der gelernten suchtmittel-assoziierten psychophysiologischen Reaktionen weisen auf gemeinsame zugrundeliegende Mechanismen der Entstehung und Auf-

rechterhaltung bei Substanzabhängigkeit und Verhaltenssucht hin“ (Grüsser & Thalemann 2006, S. 281). „Wegen der Übereinstimmungen zwischen Substanzabhängigkeit und Verhaltenssucht können entsprechende erfolgsversprechende Elemente aus der Behandlung von Abhängigkeit auch für die Verhaltenssucht angewendet werden“ (Grüsser & Thalemann 2006, S. 282). Da die Wirksamkeit von systemischer Therapie bei substanzgebundenen Abhängigkeiten evidenzbasiert (Spitzcok von Brisinski 2012) in zahlreichen kontrollierten Studien sowohl für jugendliche als auch erwachsene Inpatienten gut dokumentiert (Übersichten zu kontrollierten Studien u. a. bei von Sydow et al. 2007 und 2010, Liddle 2013), und auch auf europäischer Ebene etabliert und erfolgreich ist (Rigter et al. 2013 konnten eine Überlegenheit von multidimensionaler Familientherapie gegenüber Einzelpsychotherapie in der Behandlung von Cannabis-Abhängigkeit zeigen), ergibt hieraus eine vielversprechende Perspektive, da mittlerweile evidenzbasiert nachgewiesen werden konnte, dass mittels multidimensionaler Familientherapie (MDF) die Familie des betroffenen Jugendlichen unter geeigneten Bedingungen und mit qualifizierter Hilfe wechseln kann von einem Symptom aufrecht erhaltenden System zu einer effektiven Ressource, die den Jugendlichen dabei unterstützt, sich positiv zu entwickeln (Liddle 2013).

Sheidow und Houston (2013) führen in ihrer Übersicht aus, dass stoffgebundene Abhängigkeit sehr häufig mit delinquentem Verhalten verbunden ist und die Wirksamkeit Multisystemischer Therapie (MST) als eine der am breitesten validierten evidenzbasierten Therapieformen für dissoziales Verhalten einschließlich Substanzabhängigkeit anerkannt ist, analog tun dies Szapocznik et al. (2013) für Strategische Kurzzeittherapie.

Funktionale Familientherapie (FFT) ist ein systemische Familientherapie und kognitive Verhaltenstherapie integrierender Ansatz mit empirisch belegter Wirksamkeit bei Drogen konsumierenden und delinquenten Jugendlichen (Waldron et al. 2013). Maladaptives Verhalten wird ersetzt durch neues und adaptiveres Verhalten, das konstruktiv-funktionale intrafamiliäre Beziehungen besser unterstützt. Die Interventionen werden Phasen abhängig gestaltet: Anfangs fokussiert auf den Aufbau von Motivation und Allianzen, später auf weiterführende Ziele und Verhaltensänderungen. Die Interventionen werden auf die individuellen Umstände jedes Familienmitglieds und die Beziehungscharakteristiken der Familie zugeschnitten.

Ein *lösungsorientiertes Modell zur Veränderungsmotivation* bietet de Shazer (2012) mit der Einteilung in drei Typen von Klienten (nicht Persönlichkeitseigenschaften, da jederzeit änderbar) bzw. Beziehungsmuster zwischen Therapeut und Klient:

- *Besucher*: Der Klient äußert auch auf mehrfache Nachfragen des Therapeuten kein Anliegen, keinen Wunsch nach Veränderung, kein behandlungsbedürftiges Problem. Meist wurde er von einer anderen Person (z. B. Angehöriger) oder Institution (z. B. Schule, Jugendamt, Arbeitgeber), die der Meinung ist, dass Therapie notwendig ist, zum Therapeuten geschickt („*unverbindliche Beziehung*“ nach Isebaert 2009)
- *Klagender*: Der Klient benennt ein Problem, das kleiner werden oder verschwinden soll, ist allerdings überzeugt, dass jemand anders handeln muss und er selbst nichts dazu beizutragen hat („*suchende Beziehung*“ nach Isebaert 2009)
- *Kunde*: Der Klient benennt sein Ziel und ist bereit, selbst an der Zielerreichung zu arbeiten („*Consulting Beziehung*“ nach Isebaert 2009)

Der Wechsel vom ‚Besucher‘ wird möglich, sobald eine Idee bezüglich des Ziels aufkeimt, die Idee eines ‚Stattdessen‘ (Wechsel zum Klagenden oder Kunden). Erwägt der Klient eigene Handlungsmöglichkeiten, ist er auf dem Weg zum Kunden (oder bereits dort angekommen). Während es bei Besuchern nützlich sein kann, auf Lösungen in der Gegenwart bzw. Zukunft hinzuweisen, die für Teilziele dienlich sein können, kann es bei Klagenden hilfreich sein, auf Lösungen in der Vergangenheit hinzuweisen als Beispiele für die Handlungsfähigkeit der Klientin. So kann gezeigt werden, dass sie nicht so hilflos ist, wie sie sich fühlt. Vergangene Ausnahmen vom Problem belegen, dass Lösungen möglich sind, und Unterschiede zur aktuellen Situation zeigen, was die Klientin anders machen könnte oder welche anderen Personen oder Orte für sie hilfreich sein könnten.

Für Besucher schlägt de Shazer folgendes Vorgehen vor:

- so freundlich wie möglich sein
- immer auf der Seite der Klienten stehen
- Ausschau halten danach, was funktioniert, und nicht danach, was nicht funktioniert

Klienten können oftmals kein Problem oder Anliegen formulieren, wenn sie Änderungsmöglichkeiten für unrealistisch halten (Isebaert 2009). Eine Situation, unter der der Klient leidet, hält er nur dann für ein behandelbares Pro-

blem, wenn er eine Verbesserung für möglich hält. Um ein Behandlungsziel zu formulieren, muss er seine Erreichbarkeit für möglich halten. Durch einen wertschätzenden Umgang steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Klient die Ansicht entwickelt, eine Zusammenarbeit könnte zu einer Verbesserung seiner Situation führen.

Wenn sich der Therapeut in dieser Situation auf die Seite des Überweisers bzw. Zuweisers stellt und den Klienten überzeugen will, dass die Problematik und Behandlungsnotwendigkeit offensichtlich ist, kann sich eine Beziehungsdynamik entwickeln, bei der der Klient als widerständig wahrgenommen wird. Isebaert (2009) schreibt dazu: „Wenn wir versuchen, Patienten zu helfen, die keinen Hilfswunsch haben, werden wir nur Widerstand auslösen. Je mehr wir uns anstrengen, Rat zu geben und Hilfe zu bieten, desto mehr Widerstand werden sie leisten.“ De Shazer empfiehlt, den ‚Widerstand‘ nicht im Klienten zu lokalisieren, sondern Phänomene, die als Widerstand erscheinen, als Produkt der Interaktion zwischen Klient und Therapeut zu sehen. Seine Ausgangshypothese: Der Klient kooperiert immer. Aufgabe des Therapeuten ist es, herauszufinden, auf welche Weise der Klient bzw. das Klientensystem (z. B. die Familie) zum Kooperieren angeregt werden kann. Was möglicherweise als Widerstand erscheint, wird als wichtige Rückmeldung des Klienten über die Beschaffenheit der Beziehung interpretiert, d. h. ‚Widerstand‘ bedeutet, dass eine passendere Form, miteinander umzugehen, noch gefunden werden muss.

Im Verlauf der Therapie muss der Therapeut zu den Personen ein Passen (‚fit‘) entwickeln (deShazer 2012). Es muss der Schlüssel zum Schloss passen, um das Tor zur Veränderung öffnen zu können. Widerstand bzw. Mangel an Compliance sind nicht zwingend eine Eigenschaft des Klienten, sondern können dadurch zustande kommen, dass der Therapeut keine zur Struktur (gemäß ‚Autopoiese‘ von Maturana und Varela, 1980) passende Intervention entwickelt hat: „Nach unserer Meinung sind TherapeutInnen so etwas wie Taschendiebe unter NudistInnen. Einige sehen Taschen vorne, andere sehen sie hinten, je nach ihrer Spezialisierung. Die TherapeutIn muß tatsächlich ihrer KlientIn Taschen aufnähen, um mit Taschendiebstahl anfangen zu können. Glücklicherweise sind KlientInnen überaus großzügig und lassen TherapeutInnen fast jede Art von Tasche aufnähen, um die TherapeutIn ihre Arbeit machen zu lassen. Wenn KlientInnen aber zeigen, daß sie sich beim Aufnähen unbehaglich fühlen, wird das schlicht Widerstand genannt“ (Furman & Ahola 1996).

In der *Zielpyramide der Suchttherapie nach Körkel und Kruse* (1997) finden sich u. a. die Stufen „Reduzierung von Einnahmehäufigkeit und -menge, Rückgriff auf weniger gefährliche Suchtmittel oder Konsumformen“ und „Verlängerung der suchtmittelfreien Perioden“. Dies sind Kernziele typischer Ansätze *lösungsorientierter Therapie* („Suche nach Ausnahmen“, „Tue mehr von dem, was funktioniert“, de Shazer 2012).

In der *systemwissenschaftlich orientierten integrativen Alkoholismustheorie von Kufner* (1981) wird eine biologische, eine intrapsychische, eine psychosoziale und eine soziale Rückkopplungsebene unterschieden. Die Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit wird durch die Annahme dreier sich selbst stabilisierender Teufelskreise charakterisiert.

„Die Systemtheorie erscheint deshalb geeignet zur Analyse des Alkoholismus, weil Alkoholabhängigkeit des Einzelnen als multikausal (biologisch, psychisch und sozial) bedingt aufgefasst werden muss und andererseits aber einer Integration in einem Gesamtmodell bedarf.“ ... „Außerdem erscheint wichtig, dass ein systemtheoretisches Denken von linear-kausalen Vorstellungen, wie z. B. den klassischen lerntheoretischen Stimulus-Response-Theorien wegführt und dafür Rückkopplungsprozesse in den Mittelpunkt der Theoriebildung stellt. Ursache und Wirkung lassen sich häufig nicht voneinander trennen, sondern bedingen sich oft gegenseitig in Form von wechselseitigen Rückkopplungsprozessen“ (Kufner 1981, S. 3).

Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Ansätzen wie VT, systemisch, etc. gibt es insbesondere hinsichtlich der Gewichtung der verschiedenen Ebenen und zur Frage, in welcher Art und Weise die Ebenen zusammenwirken.

„Als Grundeinheit und als Objekt einer systemtheoretischen Analyse kann nicht allein das System der Person angesehen werden, sondern dazu gehört auch die Komponente Umwelt, insbesondere die soziale Umwelt. Diese beiden Komponenten werden im Bereich der Drogenabhängigkeit, in unserem Fall also die Droge Alkohol erweitert. Damit sind wir beim häufig zitierten Dreiecks-Modell von Individuum, Droge und Umwelt.“ ... „Die Analyse der Person-Umweltbeziehung kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen. Diese werden als Rückkopplungsebenen bezeichnet. Zur sozialen Rückkopplungsebene gehören die sozialen Rahmenbedingungen.“ ... „Die sozialen Bedingungen wirken hauptsächlich indirekt, einmal auf den psychosozialen Rückkopplungskreis, z. B. als Normen der Sozialisation in der Familie, zum anderen auch auf die materielle Rückkopplungsebene im Sinne der sozio-

ökonomischen Bedingungen und der Verfügbarkeit der Droge Alkohol. Die sozialen Bedingungen sind für das Individuum relativ unbeeinflussbar. Sie können dennoch direkt wirken, z. B. durch gesetzliche Maßnahmen, wie die Promille-Grenze, deren psychische Verarbeitung dann zur Einhaltung oder auch Überschreitung dieser Grenze führt. Steuerliche Maßnahmen, z. B. als Teil einer Alkoholismusprävention, betreffen dagegen direkt die Verfügbarkeit des Alkohols. Zur psychosozialen Rückkopplungsebene zählen alle persönlichen Kontakte eines Individuums, also die familiären Beziehungen, Freunde und Bekannte und andere Begegnungen mit Menschen“ (Küfner 1981, S. 9-10).

Küfner beschreibt „drei Teufelskreise der Alkoholabhängigkeit“. Alkoholtrinken beim Alkoholabhängigen wird hier sowohl als wichtige Strategie zur Bewältigung von Spannungen, Konflikten und aversiven Zuständen (Unlustregulation) als auch als Mittel zur Euphorisierung und Lustempfindung (Lustregulierung) aufgefasst.

Der *somatische Teufelskreis* ist charakterisiert durch körperliche Entzugerscheinungen, die durch Alkoholtrinken zunächst kurzfristig gebessert werden, längerfristig sich aber durch erneuten Alkoholkonsum verstärken. Zum *psychosozialen Teufelskreis* gehören die Versuche des Alkoholikers, Spannungen und Konflikte mit anderen, ganz gleich, was die Ursachen sind, durch Alkohol abzuschwächen, was wiederum nur kurzfristig gelingt, längerfristig aber zu einer Verstärkung der Konflikte führt, da die Alkoholwirkung zu keiner konstruktiven Lösung der psychosozialen Konflikte beiträgt. Außerdem bestehen Wechselwirkungen zum *intrapsychischen Teufelskreis*. Die Spannungen und Konflikte mit anderen, die z. T. Wegen bereits bestehender intrapsychischer Konflikte im Sinne einer psychischen Disposition, z. B. als starke Abhängigkeitstendenz oder geringe Frustrationstoleranz entstanden sind, führen intrapsychisch z. B. zu Wut und Hass auf sich selbst, als jemand, der nicht in der Lage ist, von der Zuwendung und Zuneigung durch andere unabhängig zu sein. Bei dem Versuch, diese Aggressionen zu bewältigen, wird wiederum die dämpfende Alkoholwirkung eingesetzt mit der längerfristigen Konsequenz, dass die Entwicklung anderer adäquater Bewältigungsstrategien behindert wird und psychosoziale Beziehungen durch Rückzug und Hemmungen belastet oder ganz zerstört werden, so dass sich auf der sozialen Ebene erneutes Konfliktpotential ausbildet.

Explizite Ansätze systemischer Therapie bei Verhaltenssüchten

In seinen Grundgedanken zu systemischer Unterstützung bei nichtstoffgebundener Abhängigkeit geht Herwig-Lempp (1995) davon aus, dass soziale Unterstützung dadurch stattfindet, dass dem Klienten von vornherein und konsequent das unterstellt wird zu sein, was er werden will: autonom. Indem der Therapeut den Klienten als selbstbestimmt begreift und ihn in jeder Hinsicht für voll nimmt, bietet er ihm an, dieses Konstrukt als Selbstbild zu übernehmen:

Auftrag: Der therapeutische Auftrag muss nicht unbedingt gleich zu Beginn vom Klienten formuliert werden – der Therapeut kann auch darum werben. Dazu stellt der Therapeut Chancen und Möglichkeiten, die er anzubieten hat, dar, einschließlich der Grenzen.

Da häufig auch die Umwelt (Partner, Familie, Verwandte und Freunde, Arbeitsstelle) in Mitleidenschaft gezogen wird, sind es nicht selten Angehörige, die wünschen, dass der Süchtige sich ändert, die Unterstützung, Beratung oder Therapie für den Betroffenen wünschen. Die Unterstützung wird sich darauf beziehen, wie sie ihre eigenen Interessen besser wahrnehmen und vertreten und ihren eigenen Handlungsspielraum vergrößern können, welche Möglichkeiten sie selbst haben, um mit der gegebenen Situation für sich besser zurecht zu kommen.

Autonomie: „Wer sein Verhalten ändern will, kann dies auch: er ist autonom darin, dies zu tun.“ So lautet die zugespitzte und simplifizierende, aber als hypnotisch wirksam gemeinte Botschaft. Das heißt aber nicht, dass Unterstützung vorenthalten wird und dem Betroffenen Vorwürfe gemacht werden – es wird gemeinsam mit dem Patienten, der darunter leidet, dass er viel mehr isst, arbeitet, Zeit beim Glücksspiel verbringt oder Verlangen nach Sexualität hat als er eigentlich will, danach gesucht, welche Gründe er hat, dies zu tun. Wichtig ist, dass sie nicht abgewertet werden. „Spaß am Nervenkitzel“, „Abschalten vom Alltag“ oder „Abwechslung von der Eintönigkeit“ müssen nicht als abnormal, unreif oder als Flucht verstanden werden, sondern können auch als legitimes Interesse des Betroffenen interpretiert werden. Danach wird erforscht, welche anderen Verhaltensweisen dies in der Vergangenheit ebenfalls befriedigen konnten und warum dennoch der Wunsch besteht, das Verhalten zu ändern.

Ressourcen: Der Blick auf vorhandene Stärken und Ressourcen, was bereits gut funktioniert und womit der Patient und/oder seine Umwelt zufrieden sind, wo es keine oder nur kleine Probleme gibt, wo der Patient sich unter Kontrolle hat, ist therapeutisch besonders wichtig – Niemand ist ‚rund um die Uhr süchtig‘, hat nur Probleme, ist völlig unfähig.

Zu den Ressourcen gehört das Wissen des Patienten und seiner Angehörigen um die Ausnahmen und die Situationen, in denen sie beobachtet wurden: Wann ist das Verlangen, zu kaufen, neulich geringer gewesen? Was war anders? Was hat der Betroffene, was haben die Familienmitglieder in dieser Situation anders gemacht? Niemand verhält sich immer gleich. Das scheinbar immer gleiche Verhalten unterscheidet sich in Wirklichkeit durchaus von Situation zu Situation, auch wenn die Unterschiede mitunter mal kleiner und mal größer ausfallen mögen. Therapeutisch ist es wichtig, den Patienten dazu anzuregen, nach solchen Unterschieden zu suchen und sie zu beachten.

Experimente: Systemische Therapie setzt oftmals spielerische bzw. experimentelle Elemente ein, um ‚Leichtigkeit‘ als Veränderung erleichternde Kontextvariable einzuführen, aber auch, um allen Beteiligten das Erleben neuer Erfahrungen und Möglichkeiten zu erleichtern. Dennoch könne ‚Experimente‘ einen sehr ‚gezielten‘ Charakter aufweisen: So kann es um eine gezielte, d.h. beabsichtigte und kontrollierte Verstärkung des Symptoms gehen: Als ‚paradoxe‘ bzw. ‚verstörende‘ Intervention kann z. B. vom Therapeuten vorgeschlagen werden, die als Sucht erlebten Verhaltensweisen bewusst zu übertreiben. Die Idee dabei ist, dass bewusste Steuerung und damit Kontrolle eingeführt wird, das Erleben von Kontrollverlust zumindest partiell vermindert erlebt werden kann – wenn nicht im Vermeiden von Verhalten, so doch im Verstärken. Anders als beim Versuch, ein Verhalten zu vermeiden, geht es hier außerdem nicht um ‚alles oder nichts‘. Das Gelingen des Vorhabens hängt nicht von einer totalen Änderung des Verhaltens ab, sondern Veränderungsnuancen können bereits als Erfolg bzgl. Kontrolle über sich wahrgenommen werden. Wichtig ist, dass diese kleinen Veränderungen vom Therapeuten und ggf. den Angehörigen auch als bemerkenswert bewertet und an den Patienten rückgemeldet werden.

Ansätze systemischer Therapie bei Störungen der Impulskontrolle

Ruf (2005) unterscheidet zwischen Vorgehen im ‚normativen Kontext‘, im ‚Krankheitskontext‘ und im ‚Problemlösekontext‘.

Im *normativen Kontext* können z. B. von Gerichten Gutachten zur Schuldfähigkeit angefordert werden, auch kann bei depressiven Reaktionen infolge juristischer Verfahren u. U. sich die Frage der Arbeitsfähigkeit stellen.

Im *Krankheitskontext* kann z. B. eine medikamentöse Behandlung Anspannung in Belastungssituationen dämpfen (allerdings kann Psychopharmakotherapie nach Spitzcok von Brisinski 2003 durchaus auch kompetenzorientiert systemisch orientiert eingesetzt werden).

Im *Problemlösekontext* kann unter Wahrung einer Veränderungsneutralität die Funktion des Symptoms und der Preis der Aufgabe des Symptoms erörtert werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Patient sein Symptom durchaus kontrollieren kann, aber bisher gute Gründe hatte, dies nicht oder nicht immer zu tun. Oftmals besteht beim Patienten Angst vor einem Beziehungsbruch sowie eine Ambivalenz zwischen Wünschen nach Nähe und Wünschen nach Distanz und Autonomie. Als typisches Muster zeigt sich, dass Distanz, Autonomie und Selbstbelohnung im Symptom gelebt werden. Nähe wird durch Kontrollversuche des sozialen Umfelds erreicht.

Bei Spielsucht (vgl. Erbach 1989) erwarten die Patienten oftmals, dass der Therapeut das Problem löst ohne die bisher durch das Spielen hergestellte Distanz in den familiären Beziehungen zu gefährden. Reflektionen über die Funktion des Symptoms führen oft zur Erörterung der bisher nach einem Entweder-oder-Muster gestalteten Nähe-Distanz-Regelung und zur Einführung eines Sowohl-als-auch-Musters.

Hat der Patient zunächst kein eigenes Interesse an einer therapeutischen Lösung (wenn die Therapie z. B. im Rahmen einer gerichtlichen Auflage erfolgt), kann an Motivation des Patienten mit dem Gesprächsthema angeknüpft werden, was er tun müsste, um den Ärger mit dem Gericht möglichst schnell zu beenden.

Online-Sucht

Es wird im Folgenden bewusst nicht der Begriff ‚real‘ als Gegensatz zu ‚virtuell‘ verwendet, da die Erlebnisse im virtuellen Raum des Internets von den Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen ggf. ebenso real erlebt werden wie die Erlebnisse in der Schule und im heimischen Umfeld, da sie online im Rahmen von Rollenspielen, sozialen Netzwerken, etc. mit anderen Menschen kommunizieren, wenn auch über elektronische Medien.

Die drei am meisten mit Online-Sucht assoziierten Aktivitäten sind laut Ergebnissen der empirischen Studie von Siomos et al. (2012) Betrachten von Online-Pornographie, Online-Glücksspiel und Online-Gaming. Demnach kann nicht von einer homogenen Klientel ausgegangen werden, auch wenn es zu Überschneidungen kommen kann.

Ergebnisse empirischer Studien der letzten Jahre weisen darauf hin, dass erzieherische Überzeugungen der Eltern, Kommunikation in der Familie, familiärer Zusammenhalt und Gewalt in der Familie mit Online-Sucht korrelieren (Park et al. 2008). Ein gutes familiäres Funktionsniveau vermindert die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Online-Sucht (Yu u. Shek 2013, Ma u. Shek (2013), während ein höheres Konfliktniveau zwischen Eltern und Jugendlichen, gewohnheitsmäßiger Alkoholkonsum von Geschwistern, eine positive Einstellung der Eltern zu Drogenkonsum Jugendlicher sowie ein niedrigeres familiäres Funktionsniveau das Risiko erhöhen (Yen et al. 2007). Siomos et al. (2012) fanden in ihrer Longitudinalstudie als besten Prädiktor für Internet- und Computer-Sucht elterliche Bindungsvariablen und nicht elterliche Sicherheitsvorkehrungen bzgl. Internet bzw. Computer.

In der repräsentativen Erhebung von Kammerl et al. (2012) zu Zusammenhängen zwischen exzessiver Computer- und Internetnutzung Jugendlicher und (medien-)erzieherischem Handeln in den Familien, die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt wurde, wurden bundesweit 1.744 14- bis 17-jährige Jugendliche und jeweils ein dazugehöriger Elternteil befragt. Ob die zeitliche Regulierung der Computer- und Internetnutzung zu einem Problem in der Familie wird, hängt den Ergebnissen nach von vielfältigen Faktoren ab: Als zentrale Prädiktoren erwiesen sich Sozialstatus, Geräteausstattung, Medienerziehung, elterliche Medienkompetenz sowie Funktionalität der Familie. In rund 6 % der Familien wiesen die Jugendlichen eine suchtähnliche Internetnutzung auf, häufiger in Familien aus schwächeren sozialen Schichten und Ein-Eltern-Familien. Ein allgemein belastetes Familienklima trägt offenbar dazu bei, dass sich die Ju-

gendlichen hinter ihren Bildschirm zurückziehen. Ungeeignete erzieherische Maßnahmen der Eltern können diese Situation zusätzlich verschlimmern. Diese Jugendlichen sind mit einigen zentralen Lebensbereichen sehr unzufrieden, insbesondere mit ihrer Familiensituation.

Systemisches Erklärungsmodell von Eidenbenz

Nach Eidenbenz (2012) kann Online-Sucht als Kommunikations-, Beziehungs- oder Bindungsstörung verstanden werden, bei der sich Jugendliche aufgrund intrafamiliärer Kommunikationsprobleme und ungelöster Konflikte hinter den Bildschirm zurückziehen. Kontakte, die sie in virtuellen Welten aufbauen, ersetzen Schritt für Schritt die Offline-Beziehungen. Dies führt dazu, dass bei der Pflege der Online-Community enge Offline-Bezugspersonen einschließlich der Familienangehörigen zunehmend als Störfaktoren erlebt werden.

Wenn problematische, konfliktreiche und unbefriedigende Beziehungen bestehen mit dem engeren und weiteren Offline-Umfeld, erfüllt die Online-Community die Sehnsucht nach Anerkennung und Gemeinschaft. Probleme und Konflikte können bei Bedarf ‚weggeklickt‘ werden. Zur Entstehung der Online-Sucht gehört, dass die Internetnutzung beim Jugendlichen nicht einfach zu einer Bereicherung und Erweiterung der Offline-Lebenserfahrung führt, sondern die virtuellen Begegnungen Offline-Kontakte ersetzen:

Der 14jährige Andreas äußert im jugendpsychiatrischen Untersuchungsgespräch mehrfach, dass die reale Welt „scheiße“ sei und er nur in der virtuellen Welt sein wolle. Er spiele gern im Internet Shooter und Rollenspiele. Während er aus Schule und Elternhaus wenig Erfreuliches zu berichten hat, erzählt er mit Stolz und Leidenschaft umfassend von den verschiedenen Spielen und spezifischen Rollen der Figuren.

Erhöht wird das Risiko der Suchtentwicklung zudem durch Internet-Angebote, die vermehrte Online-Präsenz belohnen, wenn also beispielsweise im Rahmen von Online-Rollenspielen viel Zeit dafür benötigt wird, bestimmte Aufgaben zu erledigen, Fertigkeiten zu üben oder in der Hierarchie vom Anfänger zum Erfahrenen mit umfassenden Kompetenzen aufzusteigen.

Therapie

Eidenbenz (2012) schlägt ein systemisches Phasenmodell für die Therapie von Onlinesucht bei adolescenten Spielern vor, bei dem das Umfeld als Resource genutzt wird. Der Therapieprozess dauert in der Regel zwischen 6 und 18 Monaten und teilt sich in Initialphase, Motivationsphase, Vertiefungsphase, Stabilisierungs- und Abschlussphase auf.

Üblicherweise leiden die Familienangehörigen unter dem exzessiven Verhalten des Süchtigen, während dieser kaum Krankheitseinsicht zeigt. Anhaltende und eskalierende Konflikte bringen insbesondere Eltern an ihre Geduldsgrenzen und belasten ihr Selbstwertgefühl als Erziehungsverantwortliche. Sie fühlen sich hilflos und sind deshalb für eine Therapie meist hoch motiviert. Diese Bereitschaft der Eltern, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird in der Therapie genutzt. Wenn die Eltern dem Jugendlichen gegenüber gemeinsam die Therapienotwendigkeit durchsetzen ist ein erstes Signal zur Wiederherstellung der in Suchtfamilien oft verschobenen Elternhierarchie gesetzt.

Da insbesondere für Online-Süchtige, die kaum ihr Zuhause verlassen, ihre Familie die Kernbeziehungsgruppe darstellt, ist es sinnvoll, Konflikte in diesem Kontext anzugehen und Beziehungskompetenzen zu verbessern, die auch für den Kontaktaufbau im weiteren Umfeld genutzt werden können. Die Familie ist daher im Therapieprozess die Kerngruppe, in der neue Handlungsmuster und konstruktive Konfliktlösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Die Sichtweise, dass das ganze System und nicht nur der Betroffene selbst an Entstehung und Therapie beteiligt ist und Unterstützung bieten kann, entlastet die Betroffenen und erleichtert es ihnen, sich auf die Therapie einzulassen, auch weil eher eine Chance sehen, mit ihren persönlichen Anliegen verstanden und ernst genommen zu werden.

Initialphase (1.-3. Sitzung): Ziele sind Schaffung einer kooperativen, therapeutischen Arbeitsbeziehung und Erfragen von Informationen für eine individuelle und systemische Problemanalyse (Diagnostik) zur Hypothesenbildung. In der ersten Therapiesitzung werden alle Anwesenden nach Ressourcen und auch nach eigenen exzessiven Verhaltensweisen gefragt. Das bietet oftmals die Möglichkeit, das präsentierte Problem zu relativieren (möglicherweise zeigen auch andere Familienmitglieder wie z. B. ein übermäßig arbeitender Vater Suchttendenzen) und den Abhängigen zu entlasten. Alle an der Therapiesitzung teilnehmenden Familienmitglieder werden gefragt, welche Themen oder Änderungswünsche in der Familie besprochen werden sollen. Normalerweise bringt der Indexpatient zunächst kein Thema ein außer dem Wunsch nach weniger Einschränkungen des Netzzugangs. Auf die Frage, ob er sonst mit den Eltern zufrieden ist und er z. B. genug Taschengeld erhält, stellen die Jugendlichen den Eltern meist ein positives Zeugnis aus. Positive Statements in dieser Phase sind wichtig, weil nach vielen Konflikten der Selbstwert aller Beteiligten innerhalb der Familie gelitten hat. Es wird angestrebt, dass der Indexpatient äußert, was er im nichtvirtuellen Leben, insbe-

sondere in der Beziehung zu Eltern, ändern möchte. Der Therapeut kann dies ggf. als ‚Sprachrohr‘ und vorübergehender Koalitionspartner unterstützen. Bei der Exploration des Suchtverhaltens sind außer auslösenden und stimmungsregulierenden Faktoren auch Rolle und Funktion(en) der Spielfigur(en) in Gilden wichtig, da daraus Hypothesen über die Funktion des Suchtverhaltens und die Defizite im nichtvirtuellen Leben abgeleitet werden können. Um gezielte Fragen zur Spielfigur (Avatar) bezüglich Fähigkeiten, Status (Level), Teilnahme und Funktion in einer Gilde zu stellen, muss der Therapeut zumindest rudimentäre Kenntnisse über Online-Rollenspiele haben. Der vom Betroffenen in hunderten von Stunden engagierter Tätigkeit erreichte Status sollte vom Therapeuten gewürdigt und als missglückter Selbstheilungsversuch verstanden werden. Das Bemühen um virtuelle Anerkennung und Selbstachtung, das in der nichtvirtuellen Realität oft auf einem Tiefpunkt angelangt ist, kann als Ressource für den (Wieder-)Aufbau eines gesunden Selbstwerts interpretiert werden.

Die Netzaktivitäten des Betroffenen werden mittels Wochenplan quantitativ (Zeit, Zeitüberschreitungen) und qualitativ (Spannungszustände, Konflikte) als Hausaufgaben vom ihm dokumentiert.

Im Rahmen der Diagnostik werden individuelle Verhaltensmuster des Betroffenen, Konfliktvermeidungs- und Stressbewältigungsstrategien, komorbide Störungen und lebensgeschichtliche Faktoren ebenso einbezogen wie Aspekte in Bezug auf die Familienangehörigen, also Fragen wie z. B. Wie klar sind die Hierarchien in der Familie? In welchen Situationen und wie können sich die Eltern durchsetzen? Gibt es eine Kooperation zwischen den Geschwistern? Wie wird mit Konflikten und Stresssituationen umgegangen?

Veränderungen auf der Symptomebene (z. B. Reduktion von Konflikten um den Internet-Konsum) sollen bereits in der Initialphase erreicht und verdeutlicht werden. Insgesamt ist in der Initialphase darauf zu achten, dass der In-dexpatient durch positive Konnotationen gestärkt wird, während die Eltern lernen, Konfrontationen auszuhalten, ohne die Therapie abzubrechen.

Motivationsphase (3 - 5 Sitzungen): In dieser Phase werden ursächliche und Sucht aufrechterhaltende Zusammenhänge allen Familienmitgliedern verdeutlicht, damit verbundene Themen wie z. B. Anerkennung, Wertschätzung, Umgang mit Konflikten und Stress vertieft. Parallel werden Konsumreduktion und Aufbau zumindest minimaler Selbstkontrolle unterstützt. Der Konsum soll etappenweise nach gemeinsam mit allen Familienmitgliedern ausgehandelten Regeln und Zielen vermindert werden. Als Hilfe sollen sowohl positive als auch negative Konsequenzen vereinbart werden. Es geht auch darum,

möglichst genau herauszufinden, was den Betroffenen am Online-Spiel fasziniert und wie vergleichbar befriedigende Erlebnisse in der nichtvirtuellen Welt vermittelt werden können.

Vertiefungsphase (3 - 8 Sitzungen): In dieser Phase werden Ursachen, aktive Auseinandersetzung und Wertschätzung innerhalb der Familie sowie Koalitionen bzw. Konflikte auf Eltern- und Geschwisterebene vertieft reflektiert und positive Veränderungen gefördert. Konstruktive Lösungen von Konflikten während der Therapiesitzungen sollen alle Familienmitglieder darin bestärken, auch in der weiteren Umgebung neue Verhaltensweisen auszuprobieren.

In dieser Phase kann dem Indexpatienten auch angeboten werden, alleine zu den Therapiestunden zu kommen.

Stabilisierungs- und Abschlussphase (1 - 3 Sitzungen):

Wenn ein Niveau erreicht wurde, auf dem die Veränderungen von den Beteiligten im Vergleich zum Therapiebeginn als befriedigend erachtet werden, können die weiteren Therapiesitzungen in größeren Abständen (oder mindestens eine Kontrollsitzung) geplant werden. Diese Sitzungen sollen als Rückfallprophylaxe dazu dienen, die neu erworbenen Verhaltensweisen aller Familienmitglieder zu stabilisieren, weitere Veränderungen zu anzuregen und die noch offenen oder in Zukunft zu erwartenden Themen anzusprechen.

Pathologisches Glücksspiel

Spielsucht beginnt und entwickelt sich im Kontext familiärer, sozialer, kultureller, genetischer und biochemischer Einflüsse sowie persönlicher Umstände (DiClemente et al., 2004).

Die regelhafte Einbeziehung der Angehörigen in die störungsspezifische Behandlung des pathologischen Glücksspiels hat sich als wesentlich erwiesen (Garrido et al. 2004, Grüsser & Thalemann 2006). Die Familie des Glücksspielers kann bei den Ursachen und der Aufrechterhaltung des Krankheitsgeschehens sowie im Therapieprozess in vielfältiger Form eine wichtige Rolle spielen. Eine ausführliche Darstellung zu familiären Faktoren als Ursache der Krankheitsentwicklung und Auswirkungen des pathologischen Glücksspiels auf die Familie findet sich bei Meyer und Bachmann (2011). Dabei geht es nicht nur um Partner, Eltern und Geschwister des Indexpatienten: Das Ri-

siko, dass die Kinder des Indexpatienten später selbst eine Suchtkrankheit entwickeln, ist erhöht. Meyer & Bachmann (2011) referieren Schätzungen bei stofflichen Suchterkrankungen und Glücksspielern von 30% und mehr. Daher ist die Einbeziehung der Kinder in den Therapieprozess allein schon suchtprophylaktisch von besonderer Bedeutung (Stichwort: „Kinder psychisch kranker Eltern“).

Nach den Ergebnissen von Black et al. (2012) haben Patienten mit Glücksspielsucht im Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger eine oder mehrere Scheidungen hinter sich, leben häufiger allein und berichten häufiger über Misshandlung bzw. Vernachlässigung in der Kindheit sowie beeinträchtigte Familienfunktionen.

Ruf (2005) unterscheidet in seinem Modell systemischer Psychiatrie „Biologisches System“, „Psychisches System“ und „Soziales System“. Für die Ebene des psychischen Systems schreibt er (S. 275): „Menschen mit einer Spielsucht“ ... „gehen von der Wirklichkeitskonstruktion aus, sie seien im Leben zu kurz gekommen und Kräfte außerhalb ihrer selbst (Zufall, andere Personen) seien für ihre Situation verantwortlich (externale Kontrollüberzeugung). Beim Spielen zeigen sie unrealistische Gewinnerwartungen (Gewinne werden über- und Verluste unterbewertet). Es entwickelt sich ein Kreislauf: Das exzessive Spielverhalten führt wegen des hohen finanziellen Aufwands zu Sorgen um die Zukunft und zu Schuld- und Schamgefühlen, die sich am effektivsten durch erneutes Spielen kompensieren lassen“.

In Anlehnung an Erbach (1989) schreibt er für die Ebene des sozialen Systems (S. 275): „Spieler kommen oft aus Familien, in denen jemand ‚unkontrolliertes Verhalten‘ gezeigt hatte, das Kontrollversuche anderer Familienmitglieder zur Folge hatte. Die Spieler suchen sich dann Partner, die in ihren Herkunftsfamilien früh Verantwortung übernehmen und andere (z. B. jüngere Geschwister) kontrollieren mussten, und schaffen durch ihr exzessives Spielen Distanz in der Partnerschaft. Auf Nähe ausgerichtete Kontrollversuche der Partnerin und erneute Distanzierung des Patienten durch Spielen münden in einen Kreislauf, der sich selbst aufrechterhält.“

Es gibt umfassende Evidenz basierte Belege, dass Spielsucht erhebliche Auswirkungen auf die Paarbeziehung hat. Einerseits setzt das süchtige Verhalten die Beziehung einer Reihe von Spannungen aus (Schulden, Misstrauen, rechtliche und arbeitsrechtlichen Konflikte, etc.). Andererseits kann das süchtige Verhalten andere, oft unabhängige Probleme, die aus der Zeit vor dem Auftre-

ten des pathologischen Spielverhaltens stammen bzw. ihm vorausgegangen sind, verschlimmern. So festigt das Paar einen peinigenen Zyklus, in dem Schuld, Misstrauen und Groll immer mehr zunehmen (Garrido-Fernández et al. 2011).

Lee (2009) beschreibt für Congruence Couple Therapy (CCT), eine integrative, systemische Kurzzeittherapie mit Paaren zur Behandlung des pathologischen Glücksspiels sowie zugrunde liegender Faktoren ein 6-Phasen-Modell:

1. *Den Klienten motivieren:* Therapeutische Allianz, Hoffnung erwecken, Ziele setzen, Engagement gewinnen und strukturieren, Status der Paarbeziehung
2. *Ausrichten auf das Paar und Beurteilung der Paar-Kommunikation sowie des Glücksspiels:* Ausrichten auf jeden der beiden Partner, 'Kommunikations-Tango', Beurteilung des Glücksspiels, Geschichte der Ursprungsfamilie, Coping und Selbstwert, andere Süchte, Fantasien und Wünsche
3. *Übereinstimmung fördern:* Unterbrechen unproduktiver Kommunikationskreise und Förderung übereinstimmender Kommunikation, Erweiterung der Spannbreite und Tiefe der Kommunikation
4. *Vertiefung des Erlebens:* gegenseitige Empathie für den Schmerz des anderen Partners, bemerken und wertschätzen minimaler Änderungen, Selbstwert und allgemein geistig-seelische Überzeugungen
5. *Die Vergangenheit mit der Gegenwart verbinden:* Auffinden des verbindenden Musters, Auffinden von ‚Kostbarkeiten‘
6. *Veränderungen festigen:* Rückschläge, Festigung neuer Ergebnisse, Zukunftspläne

CCT (‚Übereinstimmungspaartherapie‘) ist durch 12 einstündige, wöchentlich stattfindende Therapiesitzungen strukturiert und umfasst ein vierdimensionales, systembasiertes Konzeptmodell des Individuums bei der Interventionsgestaltung: Intrapsychische, zwischenmenschliche, generationsübergreifende und allgemein-geistig-seelische Dimensionen sind miteinander verbunden und als sich gegenseitig beeinflussend konzipiert. Lee (2009) bezieht sich dabei insbesondere auf eine ‚Grande Dame‘ der Familientherapie, Virginia Satir (1988). Das pathologische Glücksspiel wird als ‚Spitze des Eisbergs‘ angesehen, als Symptom, das „nach Hilfe schreit“, untrennbar verbunden mit dem Familiensystem der Vergangenheit und auch der Gegenwart. CCT zielt nicht nur auf Abstinenz oder ‚harm reduction‘ bzgl. Glücksspiel, sondern darüber hinaus

auf die Eröffnung eines Reservoirs psychosozialer Ressourcen für den Indexpatienten und seine bedeutsamen Angehörigen.

Intrapsychisch: Die inneren Erlebnisse einer Person machen die intrapsychische Dimension aus und dieses dynamische System beinhaltet Gefühle, Gefühle über Gefühle, Wahrnehmungen, Überzeugungen und Erwartungen sowie Wechselwirkungen zwischen diesen Komponenten.

Generationsübergreifend: Wir sind Menschen mit einer Historie, die unsere Gegenwart beeinflusst, auch wenn wir nicht vollständig von ihr vorbestimmt sind. Kommunikation, Verhalten, Werte, Überzeugungen, tiefgreifende Gefühle und Interaktionen unserer Ursprungsfamilie finden ihren Weg in unsere Gegenwart und Wege, unsere Welt mitzubestimmen. In der CCT beleuchtet das Verständnis von Mustern aus der Vergangenheit die Aufmerksamkeit für Funktionsmuster in der Gegenwart. Die Wertschätzung der Menschlichkeit der Ahnen, die uns geprägt haben, erlaubt uns, sich wieder mit ihnen zu verbinden. Daher erlaubt das Überprüfen von Mustern der Herkunftsfamilie dem Individuum, Einblick zu bekommen in die emotionalen und kognitiven Lebensräume alter Muster und einzuschätzen, inwieweit sie in der Gegenwart hilfreich sind. Unsere Konstrukte der Vergangenheit müssen daher regelmäßig dahingehend überprüft werden, ob sie den Herausforderungen unserer Gegenwart noch entsprechen.

Allgemein geistig-seelisch: Trotz sozial konstruierter Unterschiede teilen Individuen eine gemeinsame Humanität in ihren universellen Sehnsüchten und Bestrebungen. Zugehörigkeit, lieben und geliebt werden, akzeptiert und respektiert werden, zu leben mit Sinn und Zielen sind universelle menschliche Sehnsüchte, die respektiert und anerkannt werden müssen. Wenn unsere Sehnsüchte erkannt werden, finden wir Mittel und Wege, um die Bedingungen zu kreieren, unter denen sie erfüllt werden können.

Das integrative systemische Erklärungsmodell für pathologisches Glücksspiel von Cunha und Relvas (2013) basiert ebenfalls auf der Paardynamik. Es umfasst verschiedene Ebenen systemischer Komplexität (sozialer Kontext, Ursprungsfamilie, Paar und Individuum) und erklärt das Problem als ein Zeichen für Störung in den existenziellen Funktionen des ehelichen Subsystems (z. B. Macht und Kontrolle).

Das systemische Therapiemodell für problematisches Glücksspiel von Garrido-Fernández et al. (2011) verfolgt auch einen Paaransatz und wendet das Reflecting Team als therapeutische Methode an in Ergänzung zu Selbsthilfegruppen. Die Autoren gehen davon aus, dass es das Verständnis der Paardynamik in Beziehung zum Spielen ermöglicht, den Teufelskreis, in dem der Mangel an Harmonie in der Paarbeziehung negative Stimmungszustände triggert und oftmals zu Rückfällen führt, zu durchbrechen. Vor der Therapie wird der Spieler für jedes Problem in der Familie verantwortlich gemacht, was ihn in eine extrem stressige Situation bringt. Jedes Problem wird mit seinem Spielverhalten in Verbindung gebracht. Eines der Ziele in der Therapie ist es, den Ehepartner aus der Rolle des Märtyrers herauszuholen, ein anderes, den Spieler dazu zu veranlassen, seine Verpflichtungen und Verantwortung gegenüber der Familie auf eine zweckmäßigere Art und Weise wahrzunehmen. Daher kann Paartherapie nicht nur eine wichtige therapeutische Ressource sein, die beschädigten Beziehungen zu reparieren, sondern auch die eheliche Bindung als Mittel zu nutzen, das Spielen zu kontrollieren.

Aus systemischer Sicht kann das problematische Glücksspiel verstanden werden als ein Symptom, das eine homöostatische Funktion im sozialen Netzwerk des Spielers hat. Das symptomatische Verhalten führt zu atypischen Beziehungen, die mit der Zeit als normal angenommen werden. Es verfestigen sich Verhaltensmuster und familiäre Dynamiken, die das Problem aufrecht erhalten und die familiäre Situation unverändert lassen, so dass die Familie, und insbesondere das Paar, sich um das Management des symptomatischen Verhaltens organisiert und durch dieses definiert wird. Das süchtige Verhalten definiert die Positionen der Mitglieder innerhalb des Familiensystems, klärt Rollen und schränkt sie ein, so dass das Familiensystem innerhalb der Pathologie einen hohen Zusammenhalt aufweist, was wiederum Veränderung und Entwicklung verhindert.

Narrativ betrachtet, hat die Familie durch das ständige Umgehen mit der Sucht das Problem satt. Eine solche ‚gesättigte‘ Geschichte ist rigide definiert, die Narrative sind statisch und helfen dabei, die Symptomatik zu chronifizieren. Narrative Therapie untersucht die Theorien des Diskurses (das Wissen, das die Bedeutung, die eigenen Erfahrungen, Macht, Wissen und Widerstand gegenüber der Macht formt). Die Familie wird ermutigt, die dominierende Geschichte, die durch das eigene Leben läuft, zu betrachten und die Geschichte zu ändern in eine neue und stärker befähigende.

Die systemisch-konstruktivistische Psychotherapie der Gruppe um Garrido-Fernández nutzt folgendes Setting: Das Team beobachtet die Therapiesitzung für 40 bis 50 Minuten auf einem Bildschirm und reflektiert danach für 5 bis

8 Minuten in Anwesenheit von Paar und Therapeut. Dabei ist das Team nicht auf eine Hypothese, die validiert werden muss, fixiert, sondern es bietet stattdessen verschiedenen Ideen und Erklärungen an, von denen sich das Paar diejenigen auswählen kann, die am besten zu ihnen passen. Nachdem das Team in den Beobachtungsraum zurückgekehrt ist, fragt der Therapeut das Paar nach seiner Meinung. Durchschnittliche Zahl der Termine liegt bei 7 bis 8 mit einem Maximum bei 10. Die Dauer jeder Sitzung beträgt 90 Minuten, die Häufigkeit alle 2 Wochen. Die Selbsthilfegruppe findet wöchentlich statt.

Hammond (1997) schlägt ein systemisches Modell basierend auf Gregory Batesons Beziehungstheorie vor, insbesondere bzgl. Batesons Beschreibung symmetrischer Systeme. Es versucht, gesellschaftliche Einstellungen und soziales Umfeld zu berücksichtigen, das soziale und familiäre Netzwerk des Indexpatienten, die Realitätskonstruktionen des Indexpatienten sowie den Einfluss des Therapeuten als Teil der Welt des Klienten. Das Modell muss auf 3 gleichzeitigen Ebenen gedacht werden:

- A. Überzeugungen und Vermutungen zu menschlichen Problemen und Veränderungen, die das Modell untermauern
- B. Die 3 grundlegenden Entwicklungen: Muster des problematischen Glücksspiels, die sich aus der ‚Symmetrie‘ in Beziehungen ergeben, die eine Aussage darstellen oder einen Protest, oder die sich aus der Vermeidung von Schmerz und Stress ergeben
- C. Qualifizierenden Konzepte, die Entwicklungen berücksichtigen, um eine vertiefte Perspektive zu geben, die hilfreich ist bzgl. der komplexen Manifestationen problematischen Glücksspiels

Dieses Modell betont Inklusion und Normalisierung menschlicher Erfahrung, während das Konzept abnormalen Verhaltens nicht unterstützt wird. Dennoch spielen die Betroffenen ‚zu viel‘ und geraten in Schwierigkeiten. Ziel des Modells ist es, einen Rahmen für Berater zur Verfügung zu stellen, der das Verstehen problematischer Muster bei Glücksspiel unterstützt sowie effektive Unterstützung bietet für eine breite Spanne Betroffener. Glücksspielverhalten wird dabei als gezielt und das Leben bereichernd angesehen, bedeutsam für ein bestimmtes Level. Der Sinn wird deutlich, wenn Aspekte der Gegenwart und der Vergangenheit berücksichtigt werden.

Schenkermayer (2008) begreift im Kontext ihres systemischen Modells das problematische Glücksspiel als einen sich selbst organisierenden Prozess:

Das *psychische System* unterscheidet sich vom biologischen und sozialen System durch seine spezifischen Operationen: Bewusstseinsakte, Gefühle, Wahrnehmungen und Denken. Hat der Spieler die Erfahrung gemacht, dass das Spielen entspannend wirkt, Stress reduziert und Sorgen vergessen lässt, entwickelt sich eine Eigendynamik: das Spielen wird in schwierigen Lebenssituationen als Mittel eingesetzt, um unangenehme Gefühle zu vertreiben, es eine Distanz zum Unangenehmen geschaffen. Der Glücksspieler führt eine Nähe-Distanz-Regulierung ein, z. B. als Flucht vor dem Streit mit der Partnerin oder als Versuch, sich von den Eltern zu distanzieren. Das Spielverhalten hat damit einen eigenen Sinn entwickelt und wird gezielt eingesetzt: ein Lösungsversuch, der zum Problem wird.

Das *soziale System* wird als kommunikatives System, das sich durch Kommunikation selbst erzeugt, verstanden. Das Glücksspiel wird demnach als Kommunikation begriffen: Ein Beobachter unterscheidet die Handlung des Spiels von anderen Handlungen, benennt sie, belegt sie mit einer Bedeutung und bringt sie in eine kommunikative Form. Der als süchtig bewertete Spieler beginnt zu versuchen, die Beschäftigung mit dem Glücksspiel zu beenden oder einzuschränken. Dies kann als Reaktion auf wiederholtes Ansprechen oder auch aufgrund von Drohungen seitens eines anderen Familienmitglieds gesehen werden. Allerdings kann es sein, dass der angegriffene Spieler dies aus seiner Sicht als ungerechtfertigte Angriffe wertet, da er sein Verhalten nicht als krankhaft bewertet. Mit der Zeit verfestigen sich diese Kommunikationsmuster und es kann zu Trennungsdrohungen auf der einen Seite und zu wiederholten Versprechungen, mit dem Spielen aufzuhören, auf der anderen Seite kommen.

Tritt nun der Umstand ein, dass ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt in einem bestimmten Kontext die Erfahrung macht, dass die Handlung des Glücksspiels einen veränderten Bewusstseinszustand auslösen kann und werden die Spielhandlungen wiederholt, um die angenehmen Bewusstseinsänderungen immer wieder herzustellen, wird das Glücksspiel prominenter Bestandteil der Verhaltensmuster des Betroffenen und im sozialen System etablieren sich Bewertungen als etwas Außergewöhnliches, Risikofreudiges oder als Problem (wenn der Spieler als unzuverlässig oder unehrlich wahrgenommen wird, sozialer Rückzug oder Interessensverlust an früherer Freizeitgestaltung auffällt). In der Kommunikation kommt es zu Vorwürfen und Korrekturerwartungen sowie Misstrauen und Kontrolle seitens nicht spielender Angehöriger.

Der Spieler erlebt die Situation als zusätzliches Problem. Als Folge überprüft er das Spielen und bewertet es neu, hört auf bzw. reduziert es für eine Weile oder er stellt das Glücksspiel nicht ein, sondern sucht Spiellokale immer häufiger auf, um sich von partnerschaftlichen, familiären und/oder beruflichen Problemen abzulenken, so dass es zu einer Toleranzentwicklung im *biologischen System* kommt: Der Spieler muss immer öfter und mit höheren Einsätzen spielen, um das anfängliche Glücksgefühl zu erleben. Es entsteht ein zirkulär organisiertes Muster des Spielens als Teufelskreis.

Auch die Angehörigen entwickeln neue Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster: Sie bemerken, dass der Spieler sie belügt, und es entwickelt sich eine zunehmende Anspruchshaltung, dass der Spieler sein Verhalten ändert, die Wahrscheinlichkeit von Konflikten nimmt zu, die Kommunikationsmuster eskalieren symmetrisch. Phasen, in denen Angehörige mit Trennung drohen, wechseln mit Phasen der Hilfestellung, die sie leisten, indem sie Schulden für den Spieler bezahlen, sie beginnen sich selbst finanziell einzuschränken und auf Vieles zu verzichten. Es wird versucht, den Glücksspieler professioneller Hilfe zuzuführen. Telefonische Erstkontakte bei Beratungsstellen werden häufig von Angehörigen initiiert. Somit entwickelt sich ein Suchtprozess auf allen Systemebenen und stabilisiert sich durch unterschiedliche gegenseitige Beiträge seitens des Glücksspielers und der Angehörigen.

Zur Frage, welche Ereignisse noch am Geschehen beteiligt sind und warum jemand überhaupt das Muster des pathologischen Glücksspiels entwickelt, beschreibt Schenkermayer Übergangsphasen: Oftmals hat das süchtige Spielen während einer Lebenskrise begonnen, z. B. durch

- Verlusterlebnisse durch Tod von nahen Angehörigen oder Freunden
- Übergangsphasen im Lebenszyklus der Familie (z. B. Ablösung vom Elternhaus, Geburt eines Kindes, Auszug der Kinder aus dem Elternhaus)
- berufliche Veränderungen
- Arbeitsplatzschwierigkeiten und -verlust
- fehlende berufliche und/oder private Perspektiven
- andauernde Konfliktsituationen in der Familie und/oder Partnerschaft
- Unfall/Krankheit
- finanzielle Notsituationen.

Die Glücksspieler standen vor der Aufgabe, einen Übergang von einer Lebensphase in eine andere zu meistern. Die vorgenannten Übergänge haben Eines gemein: Das bisher Gewohnte existiert nicht mehr, kann nicht weiter

aufrechterhalten werden und das Neue gibt es noch nicht. Es entsteht eine Phase der Ungewissheit, wie es weitergehen wird.

Die Unsicherheit bei Übergängen mit der Möglichkeit, sich an gesellschaftlichen Ritualen und Normen orientieren zu können (z. B. Berufsfindung, Hochzeit, Geburt eines Kindes), ist meist auszuhalten, da auch das innere Bild entsteht, dass die Neuorientierung gelingen kann. Bei eher unbekannte Situationen, für die es weniger Vorbilder gibt, erhöht sich jedoch die Verunsicherung, wie beispielsweise bei Arbeitslosigkeit oder finanziellen Nöten bis hin zu drohendem Existenzverlust. Diese Themen gehen oft mit sozialer Diskriminierung einher, was bei den Betroffenen einen hohen Druck erzeugt, einerseits Leistung zu bringen (z. B. eine Arbeit zu finden) und sich andererseits die Kommunikation über das Scheitern zu verbieten, um nicht als Versager gesehen zu werden.

Klein (2005) beschreibt, wie subjektiv erlebtes Scheitern und das damit verbundene Gefühl von Überforderung beim Vollziehen notwendiger Schritte zu einer neuen Lebensphase hin sich Sucht fördernd auswirken kann. In seinem Modell zur systemischen Therapie süchtigen Trinkens, das Schenkermayer auf das pathologische Glücksspiel übertragen hat, weisen Übergänge eine Dreiphasen-Struktur auf: (1) Die alte Struktur (Ausgangssituation) weist Begrenzungen auf, es lässt sich nicht mehr gut damit leben, eine Veränderung steht daher an. Mittels Trennungsritual wird diese Phase verlassen und bildet den Ausgangspunkt für Schritte in Richtung Umwandlungs- oder Schwellenphase. (2) Die Umwandlungs- oder Schwellenphase mündet in eine Wiedergliederungsphase und kommt zum Anschluss an die (3) neue Struktur.

Nach Schenkermayer (2008) beginnt beispielsweise eine Person in der für sie nicht mehr passenden alten Struktur mit dem Glücksspiel, um den Schmerz einer Trennung zu dämpfen, begibt sich mit dem veränderten Zustand in die Schwellenphase, die durch eine Suche nach etwas Neuem gekennzeichnet ist, von dem die Person noch nicht weiß, was es sein könnte. Kann sie keine alternativen Handlungen zum Glücksspiel entwickeln und setzen biografische Strukturen ein (z. B. nichtverarbeiteter früher Verlust eines Elternteils), findet sie keinen Übergang zur neuen Struktur, sondern verweilt in der Schwellenphase. Demnach ist das Glücksspiel nicht nur Ergebnis einer Krise, sondern auch Beginn einer Lösungssuche.

Auswirkungen auf familiäre Beziehungen: Oftmals bleiben der Familie Spielverhalten und angespannte finanzielle Situation in ihrem vollen Ausmaß jahrelang verborgen. Wird die Tragweite in ihrer vollen Belastung wahrgenom-

men, bricht für die meisten Angehörigen eine Welt zusammen. Es macht sich massives Misstrauen breit, das Vertrauen in den Betroffenen geht verloren, dem Spieler wird nichts mehr geglaubt, die jahrelangen Lügen werden als extrem verletzend erlebt. In der Folge agieren die meisten Angehörigen kontrollierend, möglicherweise auch als Schutzmechanismus, der vor weiteren Verletzungen bewahren soll. Besonders belastend wird auch die emotionale Distanzierung des Spielers (geistig abwesend, hört nicht zu oder aggressives Verhalten) erlebt.

Für den Spieler wiederum stellen Kontrolle und fehlendes Vertrauen eine weitere Schwierigkeit dar, spielfrei zu werden, da er sich jetzt nicht nur dem süchtigen Spielverhalten gegenüber schwach und hilflos fühlt, sondern sich auch noch gegen das Misstrauen seiner Angehörigen wehren und viele seiner Tätigkeiten rechtfertigen muss. Solche Situationen führen häufig dazu, dass der Spieler wieder mit dem Glücksspiel beginnt, Gedanken wie „wozu soll ich aufhören, wenn keiner an mich glaubt“ oder „egal, was und wie ich etwas mache oder wo ich bin, meine Frau denkt sowieso nur, ich bin im Casino“ sind Ausdruck dieses angespannten und von Verunsicherung, Selbstzweifel und Enttäuschungen geprägten Familiensystems.

Die Angehörige befinden sich in einer höchst ambivalenten Situation: Einerseits scheinen sie die Auswirkungen des Spielens nicht mehr zu ertragen, andererseits bestimmt hohe Loyalität die Beziehung zum Betroffenen, die Angehörigen fühlen sich dem Spieler gegenüber verantwortlich und sie lassen nichts unversucht, ihn vom Spielen abzubringen. Nach Klein (2005) ist diese Ambivalenz ein Versuch, den Konflikt zwischen Bindungs- und Autonomie-tendenzen durch Mustertransformation zu lösen. Grundsätzlich wird der Zusammenhalt im System als hoch bewertet, die Familie als Einheit erlebt und Konfliktthemen werden vermieden, während das Spielen als trennend erlebt wird und das System als Einheit in Frage gestellt. Mit zunehmender Spielhäufigkeit entwickelt sich im Familiensystem eine Tendenz, das Spielen als Gefahr zu bewerten für das Fortbestehen des Systems aus sozialen, psychischen und finanziellen Gründen. Veränderungserwartungen zusammen mit Hilfsangeboten und Kontrollversuchen bilden sich, um die Gefahr abzuwehren. Das Spielen wird jetzt als krank und der Spieler als passives und hilfloses Opfer dieser Krankheit gesehen. Diese Wahrnehmung und der Bindungswunsch führen bei den Angehörigen zu Hilfsbereitschaft, Sorge und Verantwortungsübernahme (z.B. zum Bezahlen der Schulden). Zuschreibungen wie ‚schuldig‘ oder ‚verantwortlich‘ sind Ausdruck trennender Tendenzen, die sich als Auseinandersetzungen, Kontrollversuche oder Eskalationen zeigen.

Schließlich kommt es zu einer Teilung im System: Ein Teil vertritt Autonomie, der andere Bindung. Das Spiel dient dem Spieler, seine Autonomie zu erhalten, während sich auf der Seite der nicht spielenden Angehörigen die bindenden Aspekte erhöhen, z. B. durch Koalitionsbildungen zwischen einem Elternteil und den Kindern. Der Spieler fühlt sich durch Hilfsangebote und Änderungsansprüche einerseits und die Ausgrenzung und Distanzierung vom nichtspielenden Teil des Systems andererseits überfordert. Er hält sein ‚Lösungsverhalten‘ weiter aufrecht, da er fühlt sich nicht imstande, den Anforderungen nachzukommen.

Psychische Systemebene des Betroffenen: Auf der psychischen Ebene sind Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Selbstabwertungen häufige Eigenbewertungen, die in der Folge zu depressiven Verstimmungen führen können, das Leben wird als sinnlos empfunden, was bis zu Selbstmordgedanken und Suizid führen kann.

Somatische Systemebene des Betroffenen: Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Magenbeschwerden, Schwitzen, Müdigkeit bis hin zur Erschöpfung treten gehäuft auf. Während des Spielens werden die physischen Bedürfnisse des Körpers wie Hunger oder Durst nur eingeschränkt wahrgenommen. Das Schlafbedürfnis ist aufgrund der hohen Anspannung während des Spielens herabgesetzt, was nicht selten zu durchgehenden Spielphasen von 24 Stunden oder mehr führt mit anschließender völliger Erschöpfung.

Soziale Systemebene: In Folge der massiven Spielschulden fällt der Lebensstandard des Betroffenen und seiner Familie, Pfändungen belasten die Arbeitsbeziehung und der Privatkonkurs häufig der einzige Ausweg aus dem Schuldendilemma.

Suchtartiges Kaufverhalten

Kautsch (2004) beschreibt basierend auf den Ergebnissen einer österreichischen Studie über Kaufsuchtgefährdung ein systemisches Modell zur Entwicklung der Kaufsucht, in dem Suchtphänomene verstanden werden als eigenständiger, selbstreferentieller Prozess, der durch Beiträge des biologischen, psychischen und sozialen Systems auf spezifische Weise angetrieben und durch strukturelle Koppelungen aufrecht erhalten wird. Dabei wird unterstellt, dass per se keine Hierarchie zwischen den einzelnen Systemen exi-

stiert. Kaufsucht wird als ein Prozess betrachtet, der zwischen biologischem, psychischem und sozialem System abläuft. Insbesondere den Beziehungs- und Rückkopplungsprozessen zwischen psychischem und sozialem System wird ein wichtiger Erklärungswert eingeräumt, während dem biologischen System lediglich Bedeutung im Rahmen einer potentiellen Einbettung in eine genetisch bedingte Depression beigemessen wird.

Es wird davon ausgegangen, dass das ‚Suchtmittel‘ Kaufen nicht per se wirkt, sondern durch einen wechselseitigen Prozess der personalen und sozialen Bedeutungsgebung.

Psychisches System: Schwaches Selbstwertgefühl und Gefühl der Inkompetenz, einhergehend mit einer Autonomiestörung i. S. emotionaler Unselbständigkeit, Beeinträchtigung im Erleben eigener Gefühle, in der Entwicklung eigener Fähigkeiten und im Fällen eigener Entscheidungen, sich frei zu erleben und zu entfalten. Ursächlich werden ungünstige frühe und schulische Sozialisationsbedingungen (als Interaktionsprozess zwischen psychischem und sozialem System in der Vergangenheit) angenommen, u. a. mangelnde oder an das Erbringen bestimmter Leistungen geknüpfte Liebe, Zuwendung und Zärtlichkeit in der Kindheit, Verbot negativer Gefühlsausdrücke bzw. des offen Austragens von Konflikten, Aufrechterhaltung des Eindrucks einer harmonischen Familie, überprotektive Erziehungshaltung und bis ins Erwachsenenalter anhaltender Einfluss auf grundlegende persönliche Entscheidungen wie Berufs- oder Partnerwahl. Außerdem Störung der Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle einschließlich Kontrollillusion, da trotz des Wissens um die negativen Konsequenzen wie Überschuldung oder Notwendigkeit, das Geld aus anderen Bereichen abzuziehen, weiter gekauft wird.

Die Schulzeit stellt ebenfalls einen wichtigen Sozialisationsfaktor der Kaufsucht dar aufgrund zahlreicher Misserfolgserlebnisse durch Gruppendruck jugendlicher Peers und Schulnoten am unteren Ende der Leistungshierarchie aufgrund geringer Fähigkeit, Anstrengungen auf sich zu nehmen, auch wenn die Belohnung erst viel später zu erwarten ist, sowie niedriger Leistungsmotivation, da die Angst vor dem Misserfolg größer ist als die Hoffnung auf Erfolg und Erfolg und/oder Misserfolg äußeren Ursachen zugeschrieben werden, was verhindert, dass bewusst gelernt wird, besonders aus Misserfolgen, da man ja nicht selbst Schuld ist.

Darüber hinaus besteht eine positive Korrelation zwischen Konsum und Streben nach Extravaganz und damit Anerkennung: Je stärker die Kaufsucht und der kompensatorische Konsum ausgeprägt sind, desto stärker das Streben

nach sozialer Anerkennung durch außergewöhnlicher Kleidung, Wohnungsgestaltung, usw.

Kaufen reduziert Anspannung und innere Erregung, kann aber auch euphorische Gestimmtheit hervorrufen. Wenn Gefühle des beschenkt oder geliebt Werdens oder die Vorstellung großartig und bewundert zu sein, den realen Kaufakt aus dem Bewusstsein drängen, ergeben sich weitere Ähnlichkeiten zu maniformen Zuständen und auch differentialdiagnostische Fragestellungen. Belohnung, Größe (Macht), Autonomie, Fülle und Sicherheit sind typische Gefühle und Gedanken, die das Kaufen Kaufsüchtigen vermittelt.

Soziales System: Durch die Einengung kindlicher Erlebnisräume und deren Reduzierung in ihren sinnlichen Erfahrungsqualitäten fehlt es nicht nur an sinnlichen und lustvollen Erfahrungen, es geht auch die Möglichkeit autonomer Entwicklung in direkter selbständiger Auseinandersetzung mit der Umwelt verloren. Stattdessen werden Erlebnisangebote wie Kurse, Erlebnis-camps u. ä. zugekauft, was wiederum Kinder und Jugendliche lernen lässt, dass Erlebnis viel mit Konsum zu tun hat.

Der zunehmende Abstraktionsgrad des Zahlungsverkehrs durch Kreditkarten, Internetbanking und Internetbestellungen mit automatischer Abbuchung einschließlich entsprechender Werbung und Gewährung von Zahlungsaufschub („Kaufen Sie jetzt und zahlen Sie später“) erschwert die Kontrolle über die eigenen Finanzen.

Es wird davon ausgegangen, dass Konsum nicht nur einen wichtigen Teil der Gesellschaft darstellt, sondern als Leitidee und Sinnzusammenhang über vielen Teilsystemen liegt. Das Recht auf Freiheit, Selbstbestimmung und Bildung wird konsumorientiert ausgelegt (Freiheit als Synonym für Marktfreiheit und Bildung für Humankapital, indem das Individuum aus einer breiten Produktpalette seine Kaufentscheidungen trifft und daraus seine Identität Lifestyle-gemäß konstruiert, ist es frei). Macht, materieller Reichtum, Leistungsfähigkeit und Flexibilität sind beherrschende Themen, wirtschaftliches Funktionieren als Dreh- und Angelpunkt, dem sich andere Bereiche wie Psyche und soziale Werthaltungen unterzuordnen haben. Die Grenze zwischen ‚Ich‘ und ‚Mein‘ wird aufgelöst, das Haben wird zum Ersatz für das Sein.

Erziehung und Erziehungsstil werden als für die Kaufsucht relevante Merkmale angesehen:

- Zuwenig liebevolle Zuwendung, Anerkennung und Geborgenheit,
- Abblocken des Ausdruckes negativer Gefühle wie Enttäuschung, Angst oder Aggression,

- überprotektive Erziehungshaltung, die verhindert, dass das Kind in Anhängigkeit von seinem Entwicklungsstand auch autonom entscheiden darf bzw. Verantwortung übertragen bekommt,
- Erziehungsverhalten, das persönliche Zuwendung durch materielle Zuwendung zu ersetzen sucht,
- elterliche materialistische Lebenseinstellung, in der Eltern ihre Anerkennung und sozialen Status auf materiellen Besitztümern begründen,
- Einsatz materieller Gegenstände, um Problemstellungen des psychischen Erlebens zu lösen
- Störung intrinsischer Leistungsmotivation durch materialistischer Belohnungen.

Suchtartiges Sexualverhalten

Es handelt sich um ein heterogenes Störungsbild, bei dem u. a. als Subtypen zwanghaftes Suchen und multiple Partner, zwanghafte Fixierung auf einen unerreichbaren Partner, zwanghafte Masturbation, zwanghafter Gebrauch von erotischem Material, zwanghafter Gebrauch des Internets für sexuelle Zwecke, zwanghafte multiple Liebesbeziehungen und zwanghafte Sexualität innerhalb einer Beziehung unterschieden werden können (Coleman 1992).

In einer longitudinalen Studie untersuchten Ma & Shek (2013) bei 3.325 Schülern mit einem durchschnittlichen Alter von 12,6 Jahren Zusammenhänge zwischen Konsum pornografischer Materials und psychosozialen Faktoren und fanden eine negative Korrelation zwischen pornografischem Konsum und familiärem Funktionsniveau. Bzgl. der Ursprungsfamilie berichtet Bird (2009), dass viele Betroffene zusätzlich dazu, dass sie sich als Kind einsam, verlassen und verzweifelt gefühlt haben, niemanden hatten, der ihnen beibrachte, wie man für sich selbst sorgt oder vor Verletzung schützt. Aufgrund beeinträchtigter Kommunikation in der Ursprungsfamilie können Süchtige Verwirrung bzgl. familiärer Rollen, Erwartungen und Grenzen erleben. Das kann in dem Unvermögen resultieren, erfolgreich in seiner Ursprungsfamilie zu sein (z. B. die familiären Erwartungen zu erfüllen). Dieses wiederholte Scheitern führt oft zu negativen, kritischen und strafenden Reaktionen der Ursprungsfamilie, was dem Süchtigen als Botschaft Wertlosigkeit vermittelt und das Gefühl, dass das Unrecht, das ihm widerfährt, verdient ist. Außerdem erfahren viele Süchtige keine sichere Bindung und Erziehung durch ihre Eltern, so dass sie kein angemessenes Beziehung formendes Modell von ihren

Eltern vermittelt bekommen und die Erfahrung machen, unfähig zu sein, Vertrauen in intimen Beziehungen zu entwickeln. Ausgestattet mit nur wenigen Copingstrategien, geringen Beziehungsfertigkeiten und/oder einem Gefühl des Misstrauens gegenüber anderen, leiden viele Süchtige unter Ohnmachtsgefühlen, Scham und vermindertem Selbstwert.

Zu generationsüberschreitenden Faktoren berichtet Turner (2009), dass die Betroffenen und ihre Partner Gemeinsamkeiten in ihrer Erziehung aufweisen: In den meisten Fällen wuchsen beide in Familien mit Vernachlässigung, Missbrauch, schwachen Grenzen und ohne gute Balz-Modelle auf. Ohne Intervention werden Mythos, Wunden und Rollenverzerrungen an die nächste Generation weitergegeben. Außerdem können Kinder in solchen Familien subtile Erscheinungsformen verdeckten oder emotionalen Inzests erfahren, eine emotionale Grenzverletzung, in der das ahnungslose Kind mit Status, etwa Besonderes für ein Elternteil zu sein, ausgestattet wird. Im Austausch für das Gefühl, etwas Besonderes zu sein, übernimmt das Kind die Verantwortung für das emotionale Wohlbefinden des Elternteils. Das Kind ist sich dabei nicht bewusst, welcher Preis für zukünftige Beziehungen, Selbstwertgefühl, Lebenslust und normale Sexualität bezahlt wird. Wegen der loyalen Bindung ist dies alles verdeckt.

Aus systemischer Sicht beeinflussen sich Beziehung und individuelles Wohlbefinden gegenseitig. Die Tatsache, dass Beziehungen ein Faktor bei der Erzeugung und/oder Aufrechterhaltung von Sexsucht ist, legt nahe, dass die Heilung der Beziehung den Prozess der Besserung bzgl. der Sexsucht unterstützen kann (Bird 2006). Nach Wan et al. (2000) spielt zwar der Familienstand keine Rolle bzgl. Rückfall, Scheidung und Trennung stellen jedoch ein erhöhtes Risiko dar. Gemäß Swisher (1995) ist eine Veränderung der Familiendynamik unverzichtbar für den langfristigen Behandlungserfolg, so dass sie empfiehlt, dies während der stationären Behandlung zu unterstützen. Milrad (1999) geht davon aus, dass seine stabilisierte Ehe (mit Verbesserungen hinsichtlich Vertrauen und Offenheit) eine schnellere Genesung von der Sexsucht unterstützen kann. Carnes (1986) vertritt die Auffassung, dass es ein bedeutender Faktor bzgl. Rückfallverhütung ist, ein Familienmitglied, einen Partner oder eine andere für den Betroffenen bedeutungsvolle Person an der Therapie zu beteiligen.

Da der nichtsüchtige Partner ein Bestandteil des Systems ist, in dem die Sucht ‚operiert‘, muss die Behandlung gemäß Turner (2009) das Paar einbeziehen. Um die Paartherapie so allparteilich wie möglich zu beginnen, ist es wichtig,

verbal zu verdeutlichen, dass „der identifizierte Patient“ beide Partner sind oder die Partnerschaft. Dies kann hilfreich sein, dass beide Partner verstehen, dass sie eine Verantwortlichkeit im Prozess haben. Mit diesem Verständnis erleichtern Therapeuten Paarinteraktionen und unterstützen jeden Partner darin, Verantwortung zu übernehmen für seine Reaktion auf das Verhalten des anderen. Dadurch fokussieren die Partner auf Dinge, über die sie Kontrolle haben in der Beziehung (ihre Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen), und vermeiden Schuldzuweisungen. Das in Beziehung setzen von aktuellen Mustern in der Paarbeziehung zur Ursprungsfamilie kann dabei helfen, dass das Paar klarer versteht, dass ihre Themen und Muster nicht nur das Ergebnis von Kränkungen in der Beziehung sind und kann die Scham vermindern (Bird 2009).

Übergänge im Veränderungsprozess

Im frühen Stadium der Therapie wird ein großer Teil der Motivation, etwas zu ändern, durch Angst und Kontrollverlust (Kraftlosigkeit) erzeugt, so dass Krisenmanagement und basale Aspekte individueller Genesung sinnvoll sind. Während der mittleren und späteren Stadien (wenn die Stabilität größer ist und Ängste vermindert sind) gibt es einen allmählichen Übergang für die Süchtigen von der Motivation durch Anderes (Angst) hin zu einem persönlichen Bedürfnis (internalisiert). Ebenso ändert sich bei den Ehegatten allmählich der Fokus von Versuchen, den Süchtigen zu motivieren bzw. zu verändern, auf Veränderungen bei sich selbst.

Sobald sich die Angst verringert, fangen die Paare an, sich weniger Schuld zuweisend und defensive zu verhalten und sie sind besser in der Lage, ihrem Partner zuzuhören und sich in ihn hineinzuzusetzen. Sie sind mehr dazu fähig, Empathie, Intimität (auch körperliche) und Vertrauen zu erleben. Die Paare sprechen nun in der Therapie mehr mit zugewandten Gesichtern und betreten langsam eine ‚Phase der Stabilität‘ mit einem weniger intensiven Programm (weniger Sitzungen, weniger Gruppen, usw.). In diesem Stadium kann der Therapeut das Paar dadurch unterstützen, dass reflektiert wird, wie ein erfolgreicher Übergang am besten erreicht werden kann aufbauend auf den bisher bereits erreichten Veränderungen. Dabei sollte zunehmend auch auf den Aufbau von Ressourcen, die außerhalb liegen, geachtet werden.

Weitere wichtige Phasen und Themen (Bird 2009):

- Emotionale Stabilisierung in der Krise
- Zusammenbleiben oder trennung?
- Road map: Festlegen der individuellen und gemeinsamen Ziele beider Partner sowohl für die Heilung der Sucht als auch für die Partnerschaft und Benennung von Anzeichen, die das Erreichen der jeweiligen Ziele markieren
- Emotionale Achtsamkeit
- 'Depersonalization': Erlangen der Fähigkeit zu erkennen, dass das Verhalten des Partners nicht als persönliche Beleidigung gemeint ist
- Vollständige Enthüllung, um dem Süchtigen behilflich zu sein, die volle Verantwortung zu übernehmen – Geheimnisse behindern die Genesung. Nachdem die formale Aufdeckung vollständig ist, brauchen die Gatten Unterstützung darin, nicht immer wieder nach dem alten Verhalten zu fragen, sondern Kontrolle auf anderen Wegen zu erreichen.
- Erarbeitung klarer, akzeptabler Grenzen und Klärung, was nicht verhandelbar ist
- Verantwortlichkeit für beide Partner, den Kontrakt einzuhalten
- Schaffen von positiven Erfahrungen

Suchtartiges Arbeitsverhalten

Arbeitssüchtige konzentrieren sich hauptsächlich auf ihre Karriere und vernachlässigen andere Aspekte ihres Lebens wie zwischenmenschliche Beziehungen, Familienleben und Gesundheit (Sharma & Sharma 2011). Diese work-life-Imbalance führt zu Abwendung von Freunden und Familie, einer Existenzkrise und somatischen Symptomen. Robinson (1998a) fand in Familien von Arbeitssüchtigen ähnliche dysfunktionale Muster wie bei Familien Alkoholsüchtiger: Verdrängung, hohe Erwartungen an Perfektion und Ermöglichen. Robinson et al. (2001) fanden bei Gattinnen von Arbeitssüchtigen im Vergleich zu Gattinnen von Nichtarbeitssüchtigen weniger positive Gefühle gegenüber ihrem Ehemann, höhere externe Kontrollüberzeugung und ein höheres Maß an ehelicher Entfremdung.

McMillan et al. (2003) sind der Auffassung, dass Arbeitssucht als Problem durch ungesunde Familienbeziehungsdynamiken entsteht und aufrechterhalten wird, aus der Sicht von Robinson (1998b) als Resultat dysfunktionaler

familiärer Beziehungen, also als Reaktion auf maladaptive familiäre Funktionen. Robinson & Post (1997) untersuchten 107 Individuen, die sich selbst als workaholic einschätzten. Individuen der Hochrisikogruppe hatten im Vergleich zu den Individuen mit niedrigem oder mittlerem Risiko signifikant häufiger die Wahrnehmung, dass ihre gegenwärtige Familie weniger effektive Problemlösefähigkeiten aufweist, schlechtere Kommunikation, weniger klar etablierte Familienrollen, weniger Gefühlsreaktionen, weniger emotionale Beteiligung und ein niedrigeres allgemeines familiäres Funktionsniveau.

Nach Robinson werden süchtige Verhaltensweisen durch Familienregeln, Überzeugungen und Verhaltensmuster von einer Generation an die nächste weitergegeben (allerdings basiert diese Perspektive hauptsächlich auf Falldarstellungen). Carroll & Robinson untersuchten Studenten bzgl. der Ausprägung von Depressivität und Parentifikation. Kinder von Arbeitssüchtigen erreichten für beides signifikant höhere Werte. Robinson & Kelley (1998) verglichen erwachsene Kinder Arbeitssüchtiger mit erwachsenen Kindern Nichtarbeitssüchtiger bzgl. Selbstkonzept, Angst, Depression und locus of control. Die Ergebnisse weisen auf vermehrte Depressivität und eine erhöhte externe Kontrollüberzeugung bei den Kindern Arbeitssüchtiger. Die Kinder arbeitssüchtiger Väter zeigten darüber hinaus ein erhöhtes Angstniveau. Für Kinder arbeitssüchtiger Mütter konnten dagegen keine Unterschiede zu Kindern nichtarbeitssüchtiger Mütter gefunden werden. Bzgl. des Selbstkonzepts fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

Aus der Sicht von Robinson (1998a), Ishiyama & Kitayama (1994) und Seybold & Salomone (1994) stellt die Veränderung des Familiensystems den Hauptweg der Behandlung von Workaholism dar. Dazu exploriert und erfasst der Therapeut das ‚arbeitssüchtige‘ Familiensystem, bevor er mit Interventionen beginnt. Danach konzentriert er sich auf die Kommunikationsmuster der Familie, die das süchtige Verhalten des Workaholikers aufrechterhalten. Danach unterstützt er die Familie dabei, gesunde Grenzen zu setzen bzgl. Zeit und Aufmerksamkeit, die der Arbeit gewidmet werden. Weiterhin empfiehlt Robinson, effektiven Familienrollen, stärkeren affektiven Antworten und mehr affektiver Beteiligung sowie einem höheren allgemeinen Funktionsniveau zu widmen.

Anorexia nervosa

Laut AWMF-S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ konnte in familientherapeutischen Interventionsstudien wiederholt nachgewiesen werden, dass pathologische familiäre Interaktionen mit einem negativen Outcome assoziiert sind, während eine histrionische Persönlichkeitsstruktur sowie eine gute Eltern-Kind-Beziehung als prognostisch günstig gelten. Allerdings erlauben die bisherigen longitudinalen Untersuchungen keine Differenzierung, inwieweit bestimmte familiäre Strukturen und Interaktionen ein Risiko für die Entwicklung einer Anorexia nervosa (AN) darstellen oder aber Folge der Erkrankung sind. Querschnittserhebungen legen jedoch nahe, dass pathologische familiäre Strukturen und Funktionen eher mit der Schwere und der Chronizität der AN assoziiert sind und weniger ätiologisch bedeutsam. Während in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts familientherapeutische Ansätze die AN als Ausdruck von Familienpathologie betrachteten, fokussieren moderne systemische Ansätze vor allem auf die Unterstützung der oft stark belasteten Familienangehörigen und das Anstoßen von Entwicklungsprozessen in den Familien. Ziele sind Entlastung der Familienmitglieder von Schuldgefühlen, Aufklärung über die Erkrankung und Reduktion aufrechterhaltender familiendynamischer Faktoren. Ziel ist es darüber hinaus, die Familie als Ressource zu nutzen und dafür zu gewinnen, die psychotherapeutische Behandlung des Indexpatienten zu unterstützen.

Eine systematische Literatursuche zur empirischen Evidenz ergab bis Mitte 2008 insgesamt 23 randomisiert-kontrollierte Studien zur psychotherapeutischen Behandlung der AN, wobei die meisten Studien im Bereich familientherapeutischer Interventionen lagen (Fallzahl insgesamt: N = 230) und hiervon wiederum die meisten sich am Maudsley-Konzept (s. u.) orientierten. Gemäß dieser Literatursuche, die Studien berücksichtigte, die bis Mitte 2008 publiziert wurden, liegt begrenzte Evidenz dafür vor, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Krankheitsbeginn < 18 Jahre und einer Krankheitsdauer von < 3 Jahren auf die Familie ausgerichtete Interventionen Teil der sich an eine stationäre Episode anschließenden Behandlung sein sollten und ältere Patientinnen mit einem späten Krankheitsbeginn eher von individueller Therapie profitieren. Von Sydow et al. (2010) fanden jedoch in ihrer Metaanalyse, die Studien berücksichtigte, die bis Ende 2008 publiziert wurden, 5 randomisierte kontrollierte Studien zu systemischer Therapie, bei denen der Indexpatient erwachsen und die Therapie erfolgreich war.

Lock et al. (2010) verglichen bei 212 Patienten im Alter von 12 bis 18 Jahren mit Anorexia nervosa in einer randomisierten kontrollierten Studie familien-

basierte Therapie mit adoleszentenfokussierter Individualtherapie bei einem Therapieumfang von 24 ambulanten Stunden über 12 Monate. Während es bei den Patienten mit Vollremission keinen Unterschied am Ende der Therapiephase gab, war die familienbasierte Therapie in den follow-up-Untersuchungen nach 6 und nach 12 Monaten signifikant überlegen. Bei den Patienten mit Teilremission war familienbasierte Therapie am Ende der Therapiephase signifikant überlegen, aber nicht bei den Kontrolluntersuchungen.

Godart et al. (2012) untersuchten bei 60 weiblichen Patienten mit schwerer AN im Alter von 13 bis 19 Jahren in einer randomisierten kontrollierten Studie die Wirksamkeit ambulanter Therapie im Anschluss an eine stationäre Behandlung. Im Vergleich der Standardtherapie (Einzeltherapie und psychiatrische Gespräche mit der Patientin und den Eltern) mit Standardtherapie plus Familientherapie, die auf intrafamiliäre Dynamik fokussierte, aber nicht auf Symptome der Essstörung, fand sich in der follow-up-Untersuchung nach 18 Monaten signifikant bessere Ergebnisse für die Patientinnen mit zusätzlicher Familientherapie.

Aus Sicht der modernen systemischen Therapie ist die Familie des Patienten weder schuld an der Magersucht noch grundsätzlich dysfunktional. Eine Entstehung von Magersucht durch bestimmte familiäre Beziehungsmuster ist nicht belegt und aufrechterhaltende Faktoren sind nur zum Teil empirisch abgesichert. Dennoch gibt es differenzierte, teils auch prospektive Untersuchungen zur familiären Weitergabe von Essgewohnheiten und von Einstellungen zu Aussehen, Gewicht oder Körper. Je mehr dieser Einflüsse zusammenkommen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, eine Essstörung zu entwickeln, und umgekehrt. Die Erkrankung setzt, insbesondere sobald sie lebensbedrohlich wird, alle Familienmitglieder unter hohe emotionale Anspannung, so dass u. U. kritische Muster in der Familie überdeutlich und symptomverstärkend zum Vorschein kommen (Schweitzer u. von Schlippe 2006). Exemplarisch wird im Folgenden das strukturelle Modell von Minucchin beschrieben. Weber und Stierlin (2003) fanden im Rahmen ihres Heidelberger Ansatzes bei der Behandlung von 62 Familien mit magersüchtiger Tochter ähnliche Beziehungsmuster, ebenso Cierpka und Reich (2001) bei ihrer Behandlung nach dem Göttinger Modell mit Mehrgenerationen-Ansatz, der psychoanalytische sowie systemische bzw. strukturelle Familientherapie umfasst.

Strukturelle Therapie nach Minuchin

Das strukturelle Modell von Minuchin et al. (1981) beschreibt Verstrickung (enger Familienzusammenhalt mit unzureichender innerer Differenzierung und Abgrenzung), Überfürsorglichkeit („Einer für alle – alle für einen“ als Familienkultur), Starrheit (Veränderungsrigidität, z. B. bzgl. bestehender Regeln), Konfliktvermeidung (Unvermögen, unterschiedliche Positionen zu respektieren und auszuhalten bzw. Konflikte auszutragen) und „Umleitung des Konflikts“ (Hungern des Kindes als Beziehungsregulator eines elterlichen/ehelichen Konflikts) als häufig zu beobachtende familiäre Muster bei AN, die in wechselseitiger Beziehung zur Vulnerabilität der Indexpatientin stehen und somit durch zirkuläre Kausalität die Störung aufrechterhalten. All diese Muster können jedoch auch in Familien ohne psychosomatisch erkranktes Kind vorkommen. Während andere Familien jedoch auch auf andere Formen der Auseinandersetzung und Verhandlung zurückgreifen können, inszenieren Familien mit AN immer wieder die kritischen Sequenzen. Daher wird die Therapie darauf ausgerichtet, diese Merkmale herauszufordern. Das anorektische Verhalten wird ein Akt von Ungehorsam, Machtausübung und Manipulation gegenüber den Eltern konnotiert. Dieses Reframing soll die Familienmitglieder zu Veränderungen in ihren Verhaltensmustern anregen.

Li et al. (2006) fanden in ihrer kontrollierten Studie, dass Strukturelle Familientherapie in Kombination Citalopram (20–60mg/d) wirksamer bei Anorexia nervosa bzgl. Gewichtszunahme und Rückfallrisiko war als Medikation allein.

Stationäre Therapie nach Ludewig

Ludewig (2004) geht das Dilemma zwischen Kontrolle und Therapie dadurch an, dass ein Plan vertraglich vereinbart wird, der eine kontinuierliche, abgestufte Gewichtszunahme vorschreibt, und die höchste Instanz darstellt, der alle, auch der Therapeut unterworfen sind, um symmetrische Eskalationen im therapeutischen System zu vermeiden. Der Plan sieht die Einteilung in 6 Phasen vor, das Erreichen der jeweils nächsten Phase wird mit Gewährung von mehr Autonomie belohnt, das Zurückfallen mit weniger. Die AN wird als eigenes Wesen externalisiert, das sich ständig in das Leben der Familie einmischt. Sie war einmal, wie Aladins Wunderlampe, eine Hilfe, vom Indexpatienten in der Zeit der Not gerufen, doch jetzt will sie nicht mehr in die Lampe zurück und nur eine noch mächtigere Instanz kann das bewirken, d. h. AN und Plan kämpfen auf einer virtuellen Ebene gegeneinander, während die aktuellen menschlichen Beziehungen frei sein können von Eskalationen.

In der Therapie wird dann erarbeitet, wie der Indexpatient seine weitere Entwicklung gestalten möchte, ohne sich zu schaden.

Maudsley Approach

Dieser am Maudsley-Spital in London entwickelte, evidenzbasierte Ansatz für Minderjährige mit AN integriert verschiedene familientherapeutische Einflüsse und orientiert sich an einer interaktionellen Systemsicht. Der Erfolg der Therapie wird wesentlich vom Engagement der Eltern in der Therapie bestimmt, mit denen daran gearbeitet wird, sie zu befähigen, die Kontrolle über das Essverhalten ihres Kindes zu erlangen. Um die Eltern optimal für die Therapie zu engagieren, wird ihr Angstniveau gehoben, indem ihnen der Ernst der Situation vor Augen geführt wird. Es wird davon ausgegangen, dass die Essstörung den Indexpatienten kontrolliert und nicht umgekehrt. Daher besteht keine Aussicht auf Besserung, solange nicht die Eltern wieder die Führung übernommen haben. Wiederherstellung von angemessenem Essverhalten und Gewicht hat höchste Priorität vor Bearbeitung familiärer Konflikte und Autonomieentwicklung des Indexpatienten (Lock et al. 2001).

Integrativer Ansatz von Liechti

Liechti (2008) sieht im eigenen Ansatz viele Parallelen zum Maudsley Approach, setzt den primären Fokus jedoch immer auf den Indexpatienten selbst und nicht auf die Eltern. Der Indexpatient wird als Auftraggeber und Schrittmacher der Therapie gesehen.

Liechtis Veränderungsmodell „Hexagon der Therapie“ umfasst folgende Punkte: 1. lebenserhaltende Maßnahmen (bei massivem Gewichtsverlust, somatischen Komplikationen, Suizidgefahr, ausgeprägter Selbstverletzungstendenz, schwerwiegenden komorbiden Störungen); 2. Förderung der Therapiemotivation; 3. störungsspezifische Hilfen (Aufbau eines normalen Gewichts bzw. Abbau der Angst vor Gewichtszunahme, Aufbau eines angemessenen Essverhaltens, einer realistischen und angstfreien Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Figur und des Gewichts, Verringerung des Einflusses von Belastungen auf das Essverhalten); 4. Erarbeitung der ‚Grundprobleme‘ (die ‚Probleme hinter der AN‘ dürfen nicht mit Ursachen der AN verwechselt werden); 5. Behandlung komorbider Störungen (z. B. Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung); 6. Rückfallprophylaxe (u. a. Dauer der Therapie mindestens 1 Jahr).

Zur Gestaltung einer positiven Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Indexpatient benennt Liechti ressourcenorientiertes und -aktivierendes Interview, Externalisierung (Verlegung des Problems aus der Person heraus),

Erzeugen eines Yes-Sets (Fragen nach neutralen Tatsachen, die auch ein zunächst wenig motivierter Patient mit „ja“ beantwortet), Lobbying für das Leid des Patienten (Überwindung des Beschwichtigungs-lächelns des Patienten durch Benennung und Anerkennung von Ängsten u. ä., worunter viele Patienten mit AN leiden und möglicherweise auch der aktuelle Indexpatient), Reframing (positive Umdeutung).

Bulimia nervosa

Thomas et al. (2012) untersuchten bei 54 jugendlichen Patienten mit BN und ihre Eltern mittels videogestützter Analyse eines halbstrukturierten Interviews das Verhältnis von familiärer Bindung zu Individuation und fanden eine signifikante negative Korrelation zwischen Individuation von den Eltern und BN-Symptomen.

Gemäß AWMF-S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ handelt es sich bei der Bulimia nervosa (BN) um ein multifaktoriell bedingtes Störungsbild: Wenig förderliche Umweltfaktoren in der Familie oder der jeweiligen Peergroup prädisponieren adoleszente Mädchen und junge Frauen zu Selbstwertdefiziten. Sie versuchen, auf dem Kontext eines gesellschaftlichen Schönheitsideals, dies durch Schlankheit zu kompensieren, was ein rigides und länger währendes restriktives Essverhalten zur Konsequenz hat. Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer BN werden geringer Selbstwert, sexueller Missbrauch, körperliche Vernachlässigung, Sorgen um Gewicht und Figur, häufiges Diätverhalten und die Erfahrung ungünstiger Interaktionsformen in der Familie sowie geringe soziale Unterstützung genannt. Bzgl. ätiologischer Vorstellungen zu familialen Faktoren im Sinne einer familialen Pathologie, die sich über den Indexpatienten ausdrückt, werden in der Leitlinie 5 Einflussfaktoren benannt:

- Die Belastung durch psychische Störungen, insbesondere Depressionen und Suchterkrankungen ist bei den Eltern von Patientinnen mit BN erhöht.
- Die Prävalenz von Essstörungen wie auch der Adipositas ist in der Herkunftsfamilie erhöht.
- Die Mütter von Patientinnen mit BN hatten in ihrer Biografie wiederholt Phasen von Diätverhalten und stellen ein Modell für das so genannte „gezügelter Essverhalten“ dar; Mütter bulimischer Patientinnen ernährten ihre Babys vorzugsweise nach Plan denn nach Bedarf.

- In den Familien wird eine negative Einstellung zum eigenen Körper durch kritische Kommentare zu Figur, Gewicht und Essverhalten gefördert.
- Es finden sich immer wieder defizitäre familiäre Kommunikationsmuster in großer Variabilität, deren Spezifität für Essstörungen bzw. BN aber fraglich ist. Der modellartige Einfluss eines familiären Stils von Essverhalten und Einstellungen zu Figur und Gewicht wird unter dem Begriff der „familialen Transmission“ zusammengefasst.

In der kontrollierten Studie von Espina et al. (2002) war systemische Familientherapie bei BN wirksamer als die Kombination von Peer-Gruppentherapie und elternunterstützenden Gruppen. Onnis et al. (2012) verglichen Standardtherapie (medizinisch-ernährungsbezogene Interventionen plus psychiatrische Beratung) mit medizinisch-ernährungsbezogenen Interventionen plus systemische Familientherapie bei Jugendlichen mit BN und fanden eine Überlegenheit für die Kombination mit systemischer Therapie.

Zum therapeutischen Setting bei BN berichten Schweitzer & von Schlippe (2006, S. 183-184): „Da bulimische Patientinnen im Gegensatz zu anorektischen Patienten im Regelfall kein Gewicht verlieren, ist Bulimie keine zwangsläufig sichtbare Störung. Sie kann verheimlicht werden und wird dies auch mehrheitlich, zumindest zu Beginn. Systemische Bulimie-Therapie ist daher häufig Einzeltherapie. Wird das Geheimnis ‚gelüftet‘, dann nicht unbedingt als Erstes gegenüber den Eltern, sondern oft eher gegenüber einer Freundin oder einem Freund. In einer systemischen Mehrpersonentherapie sitzen daher nicht zwangsläufig Eltern und Kinder, sondern oft das bulimische Mitglied mit wechselnden Konstellationen anderer, oft gleichaltriger Menschen.“

Nach Reich (2005) finden sich in der Beziehungsdynamik häufig offene und heftig ausgetragene Familienkonflikte, die sich wiederholen und Beziehungsabbrüche in Teilen der Familie auslösen können. Neigungen zu Impulshandlungen mit Aggressionen, Substanzmissbrauch, Kauf- und anderen impulsiven Entscheidungen treten beim Indexpatienten gehäuft auf, familiär Substanzmissbrauch, Depression, Essstörungen inkl. Übergewicht. Viele Familien sind sehr außen- und leistungsorientiert, legen Wert auf gutes äußeres Erscheinungsbild sowie finanziellen oder leistungsmäßigen Erfolg, scheinen abhängig von äußerer Bestätigung und befinden sich im ständigen Vergleich und in Konkurrenz zu anderen.

Laut Schweitzer & von Schlippe (2006) fördert dieser Gegensatz, dass wesentliche Aspekte des familiären Lebens als makelbehaftet erlebt und vertuscht werden, sich eine doppelte Wirklichkeit mit Familiengeheimnissen herausbildet. „Bedürfnisse nach emotionaler Resonanz, Akzeptanz, Trost, Versorgung und Spannungsregulierung bleiben oft unerfüllt und werden nicht selten sogar herabsetzend beantwortet. Zur Regulierung von Affekten können nun Substanzen (Alkohol, Tranquilizer, Schmerzmittel) ebenso wie Essen eingesetzt werden, die aber bei langfristigem Missbrauch dem Bedürfnis nach einem guten äußeren Erscheinungsbild und Schlankheit zuwiderlaufen. In diesen heftigen, schwer lösbaren Widersprüchen kann der schnelle Wechsel von Essen und Erbrechen als Impulshandlung (man begeht sie und versucht gleich darauf wieder, sie ungeschehen zu machen) ein Bewältigungsversuch sein. Die Patientin setzt damit das familiäre Muster fort, unangenehme Spannungen durch Handlungen und durch Substanzmissbrauch zu beseitigen und Makelbehaftetes zu verbergen, befriedigt dabei ihre Bedürfnisse nach Zuwendung und Trost scheinbar autonom und vermeidet diesbezügliche Konflikte mit Eltern und Geschwistern“ (Schweitzer & von Schlippe 2006, S. 184-185).

Das Modell von Cierpka & Reich (2001) weist 3 Phasen auf:

- *Stabilisierungsphase*: Finden eines Zugangs zum Familiensystem und Stabilisierung des Essverhaltens (Etablieren eines festen Essrhythmus‘, Hilfestellung zu einer zunehmenden Kontrolle über das Essverhalten
- *Konfliktbearbeitungsphase*: Bearbeitung wesentlicher familiärer Konflikte, insbesondere mehrgenerationale Verstrickungen und bisher tabuisierten Themen. Häufig geht es häufig, die emotionale Resonanz unter den Familienmitgliedern und den Dialog so zu unterstützen, dass es nicht zu impulshaft ausgetragenen, aber zu keiner Lösung führenden Konflikten kommt.
- *Reifungsphase*: Festigung der Veränderungen im Essverhalten und in den familiären Beziehungen, Förderung der Autonomie des Patienten und der Familie

Der systemische Ansatz von Gröne (2007) umfasst folgende Aspekte bzw. Bausteine:

- Bulimie: Feindin oder Freundin?
- Positive Zielformulierung: Was muss ich mir bieten, damit die Bulimie geht?
- Die Suche nach Ausnahmen: Alle Fähigkeiten und Ressourcen sind schon vorhanden.

- Die Bulimie ist teuer – aber was ist der Preis der Aufgabe der Bulimie?
- Scheiterstrategien: die Befragung „bulimiefördernder Bedingungen“
- Such-Prozesse statt Sucht-Prozesse
- Von Allmacht und Ohnmacht zur Eigenverantwortlichkeit
- Sicher in die Unsicherheit
- Loyale Töchter
- Symptom-Verschiebungen oder Symptom-Fortschritt
- „Weniger desselben“: Auch bei Therapie?
- Rückfälle und Rückfallprophylaxe
- Aufgaben, Experimente, Geschichten und Symbole

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association* (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing
- Batthyány D, Pritz A (Hrsg.)* (2009) Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte. Wien, New York: Springer
- Bechara A* (2005) Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nat Neurosci* 8(11):1458–1463
- Bilke-Hentsch O, Wölfling K, Batra A* (im Druck) Praxisbuch Verhaltenssüchte. Stuttgart: Thieme
- Bird* (2006) Sexual addiction and marriage and family therapy: facilitating individual and relationship healing through couple therapy. *J Marital Fam Ther* 32(3):297-311
- Bird, Mark Hilton* (2009) Sexual Addiction and MFT: Therapists' Perspectives on Facilitating Individual and Relationship Healing. Blacksburg: Dissertation submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-04272009-102213/unrestricted/MarkBirdDissertationSexualAddictionAndMFT.pdf>
- Black DW, Shaw MC, McCormick BA, Allen J* (2012) Marital status, childhood maltreatment, and family dysfunction: a controlled study of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 73(10):1293-7
- Blanco C, Moreyra P, Nunes E, Saiz-Ruiz J, Ibanez A* (2001) Pathological gambling – addiction or compulsion? *Sem Clin Neuropsychiatry* 6(3), 167–176
- Carnes P* (1986) Progress in sexual addiction: An addiction perspective. *SIECUS Report* 4(6), 4-6
- Carroll JJ, Robinson BE* (2000) Depression and parentification among adults as related to parental workaholism and alcoholism. *Fam J Alex Va* 8(4):360–367

- Cierpka M, Reich G* (2001) Die familientherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie. In: Reich G, Cierpka M (Hrsg.) Psychotherapie der Essstörungen. 2. Aufl., Stuttgart: Thieme, 128-155
- Cunha D, Relvas AP* (2013) Pathological Gambling and Couple: Towards an Integrative Systemic Model. *J Gambl Stud.* 2013 Feb 20. [Epub ahead of print]
- Coleman E* (1992) Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatr Ann* 22:320-325
- de Shazer, Steve* (2012) Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. 12. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- DGPPN*: Eckpunkt Papier Nr. 2 27.02.2013 Verhaltenssüchte und ihre Folgen – Prävention, Diagnostik und Therapie. http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/Eckpunkt_Papier_Verhaltenss%C3%BCchte_und_ihre_Folgen_.pdf
- DiClemente CC, Delathanty J, Schlundt D* (2004) A Dynamic Process Perspective on Gambling Problems. In: Derevensky JL, Gupta R (eds.) *Gambling Problems in Youth: Theoretical and Applied Perspectives.* New York: Kluwer, 145-164
- Eidenbenz, Franz* (2012): Therapie von Online-Sucht – systemisches Phasenmodell. *Psychotherapie-Wissenschaft* 2(2), 81-89
- Erbach F* (1989) Systemische Beratung und Therapie von Glücksspielern und ihren Angehörigen. In: Brakhoff, J. (Hrsg.): *Glück - Spiel - Sucht. Beratung und Behandlung von Glücksspielern.* Freiburg im Breisgau: Lambertus, 52-70
- Espina Eizaguirre, A., Ortego Saenz de Cabezón, M.A., Ochoa de Alda Martínez-de-Appellaniz, I.* (2000) Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios (A controlled trial of family interventions in eating disorders). *Anales de Psicología*, 16(8): 322–336
- Espina Eizaguirre, A., Ortego Saenz de Caltheon, M.A., Ochoa de Alda Appellaniz, I.* (2002) Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en psicopatología y ajuste social (A controlled trial of family interventions in eating disorders. Changes in psychopathology and social adjustment). *Apuntes de Psicología*, 20(1): 49–62
- Furman B, Ahola T* (1996) *Die Kunst, Nackten in die Tasche zu greifen.* Dortmund: borgmann
- Garrido-Fernández M, Jaén-Rincón P, García-Martínez J* (2011) Evaluating a Reflecting-Team Couples Approach to Problem Gambling. *Journal of Constructivist Psychology* 24(1), 1-29
- Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, Horreard AS, Kaganski I, Lucet R, Atger F, Corcos M, Fermanian J, Falissard B, Flament M, Eisler I, Jeammet P* (2012) A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PLoS One* 7(1):e28249

- Grant JE* (2008) *Impulse Control Disorders: A Clinician's Guide to Understanding and Treating Behavioral Addictions*. New York: W W Norton & Co
- Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA* (2010) Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 36(5):233–241
- Grant JE, Schreiber LR, Odlaug BL* (2013) Phenomenology and treatment of behavioural addictions. *Can J Psychiatry* 58(5):252–259
- Gröhne M* (2007) *Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung der Bulimie*. 5. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- Grüsser, Sabine M. / Thalemann, Carolin N.*: *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Huber, Bern 2006
- Hammond G* (1997) Problematic gambling patterns: Approaching a systemic view. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 4, 203–209
- Herwig-Lempp J* (1995) Aus systemischem Blickwinkel: Unterstützung bei „nichtstoffgebundenen Drogenabhängigkeiten“. In: Rainer Ningel & Wilma Funke (Hrsg.) *Soziale Netze in der Praxis*. Göttingen: Hogrefe, 270–281
- Isebaert, Luc* (2009) *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. 2. Aufl., Stuttgart: Thieme
- Ishiyama FI, Kitayama A* (1994) Overwork and career-centered self-validation among the Japanese: Psychosocial issues and counseling implications. *International Journal for the Advancement of Counselling* 17, 167–182
- Kammerl R, Hirschhäuser L, Rosenkranz M, Schwinge C, Heim S, Warteburg L, Petersen K* (2012) EXIF – Exzessive Internetnutzung in Familien. Zusammenhänge zwischen der exzessiven Computer- und Internetnutzung Jugendlicher und dem (medien-)erzieherischen Handeln in den Familien. Berlin: im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publicationen/publikationen,did=184996.html>
- Kautsch, Irene* (2004) *Kaufsucht in Österreich*. http://www.praevention.at/upload/documentbox/Studie_Kaufsuchtgefaehrdung.Dez04.pdf
- Klein R* (2005) *Berauschte Sehnsucht. Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens*. Heidelberg: Carl Auer
- Körkel J, Kruse G* (1997) *Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel?* 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Küfner H* (1981) Systemwissenschaftlich orientierte Überlegungen zu einer integrativen Alkoholismustheorie. *Wien Z Suchtforsch* 4(3), 3–16
- Lee BK* (2009) Congruence Couple Therapy for Pathological Gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction* 7(1), 45–67
- Li Y, Wang J, Ma J* (2006) A controlled clinical trial of Citalopram and Citalopram combined with family therapy in the treatment of Anorexia nervosa. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 18, 158–160

- Liechi J* (2008) Magersucht in Therapie. Gestaltung therapeutischer Beziehungssysteme. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- Liddle Howard A.* (2013) Multidimensional Family Therapy for Adolescent Substance Abuse: A Developmental Approach. In: Miller, Peter: Interventions for Addiction. Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders Volume 3, Amsterdam et al.: Elsevier Academic Press, 87–96
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W., Dare, C.* (2001) Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. New York: Guilford
- Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moyer A, Bryson SW, Jo B* (2010) Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 67(10):1025-32
- Ludewig K* (2004) Plan schlägt Geist - Ein systemisches Konzept der stationären Behandlung magersüchtiger Jugendlicher. *Psychotherapie im Dialog* 5, 24-31
- Ma CM, Shek DT* (2013) Consumption of pornographic materials in early adolescents in Hong Kong. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 26(3 Suppl):S18-25
- Mann K* (Hrsg.) (im Druck) Verhaltenssuchte – Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention. Berlin Heidelberg New York: Springer
- Mann K, Fauth-Bühler M, Seiferth N, Heinz A, Expertengruppe Verhaltenssuchte der DGPPN* (2013) Konzept der Verhaltenssuchte und Grenzen des Suchtbegriffs. *Der Nervenarzt* 84(5), 548–556
- Maturana H, Varela F* (1980) Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living. Boston: D. Reidel
- McMillan LHW, O'Driscoll MP, Burke R* (2003) Workaholism: a review of theory, research and future directions. In C.L. Cooper & I.T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 167-189). New York: Wiley.
- Meyer G, Bachmann M* (2011) Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 3. Aufl., Berlin Heidelberg: Springer
- Milrad R* (1999) Co-addictive recovery: Early recovery issues for spouses of sex addicts. *Sexual Addiction and Compulsivity* 6, 125-136
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L* (1981) Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta
- O'Guinn T, Faber RJ* (1989) Compulsive buying: a phenomenological exploration. *J Cons Res* 16(2):147–157
- Onnis L, Barbara E, Bernardini M, Caggese A, Di Giacomo S, Giambartolomei A, Leonelli A, Mule' AM, Nicoletti PG, Vietri A* (2012) Family relations and eating disorders. The effectiveness of an integrated approach in the treatment of anorexia and bulimia in teenagers: results of a case-control systemic research. *Eat Weight Disord* 17(1):e36-48
- Park SK, Kim JY, Cho CB* (2008) Prevalence of Internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents. *Adolescence* 43(172):895-909

- Poppelreuter S, Gross W (Hrsg.)* (2000) Nicht nur Drogen machen süchtig: Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten. Weinheim: Beltz
- Reich G* (2005) Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54(4), 318-336
- Rigter H, Henderson CE, Pelc I, Tossmann P, Phan O, Hendriks V, Schaub M, Rowe CL* (2013) Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug Alcohol Depend* 130(1-3):85-93
- Robinson BE, Post P* (1997) Risk of addiction to work and family functioning. *Psychol Rep* 81(1):91-95
- Robinson BE, Kelley L* (1998) Adult children of workaholics: Self-concept, anxiety, depression, and locus of control. *The American Journal of Family Therapy* 26(3), 223-238
- Robinson BE* (1998a) Chained to the desk: A guidebook for workaholics, their partners and children, and the clinicians who treat them. New York: New York University Press
- Robinson BE* (1998b) The workaholic family: A clinical perspective. *American Journal of Family Therapy*, 26, 63-73
- Robinson BE, Carroll JJ, Flowers C* (2001) Marital estrangement, positive affect, and locus of control among spouses of workaholics and spouses of nonworkaholics: a national study. *Am J Fam Ther* 29(5):397-410
- Ruf, Gerhard Dieter* (2005) Systemische Psychiatrie: Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta
- Satir V* (1988) The new peoplemaking. Mountain View: Science and Behavior Books
- Schenkermayer M* (2008) Pathologisches Glücksspiel – eine systemische Betrachtung. Entstehung – Auswirkungen – Therapie. In: Lehranstalt für systemische Familientherapie (Hrsg.) Systemische Notizen 04/08, Wien. www.spielsuchthilfe.at/pdf/Schenkermayer_Pathologisches_Glucksspiel-eine_systemische_Betrachtung.pdf
- Schweiger U, Sipos V* (2013) Dritte Welle der Verhaltenstherapie. Konzepte und Techniken. *DNP – Der Neurologe & Psychiater* 14(9), 56-63
- Schweitzer J, von Schlippe A* (2006) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II - Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Seybold KC, Salomone PR* (1994) Understanding workaholism: A review of causes and counseling approaches. *Journal of Counseling and Development* 73, 4-9
- Sharma P, Sharma J* (2011) Work-addiction: a poison by slow motion. *Journal of Economics and Behavioral Studies* 2(3):86-91
- Sheidow AJ, Houston JL* (2013) Multisystemic Therapy for Adolescent Substance Use. In: Miller, Peter: Interventions for Addiction. *Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders Volume 3*, Amsterdam: Elsevier Academic Press, 77-86

- Siomos K, Floros G, Fisoun V, Evaggelia D, Farkonas N, Sergeantani E, Lamprou M, Geroukalis D* (2012) Evolution of Internet addiction in Greek adolescent students over a two-year period: the impact of parental bonding. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 21(4):211-9
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2003): Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für systemische Therapie* 21, S. 157-167
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2007): Störungen des zwanghaften Spektrums (Obsessive Compulsive Spectrum Disorders). *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 17, Heft 3, 10-88
- Spitzcok von Brisinski, I.; Habermeyer, E.* (2009): Abnorme Gewohnheiten und Störungen des Impulskontrolle In: Fegert, J.M.; Streeck-Fischer, A.; Freyberger, H. J. (Hg.) *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer, 430-456
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2011): Geschichte der Systemischen Therapie: Timeline. <http://www.systemisch.net/timeline-systemisch.htm>
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2012): Evidenz. In: J. V. Wirth, H. Kleve (Hrsg.) *Lexikon des Systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik & Theorie*. Heidelberg: Carl-Auer, 95-99
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2013): Systemische Therapie bei umschriebenen psychischen Störungen und Krankheiten. Ein nach ICD-10 sortiertes Literaturverzeichnis. http://www.systemisch.net/Literaturliste/_Start.htm
- Sun A-P, Ashley L, Dickson L* (2013) *Behavioral Addiction: Screening, Assessment, and Treatment*. Las Vegas: Central Recovery Press
- Swisher, S* (1995). Therapeutic interventions recommended for treatment of sexual addiction/compulsivity. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 2, 31-39
- Szapocznik J, Muir JA, Schwartz SJ* (2013) Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Treatment and Implementation. In: Miller, Peter: *Interventions for Addiction. Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders Volume 3*, Amsterdam: Elsevier Academic Press, 97-108
- Thomas SA, Hoste RR, Le Grange D* (2012) Observed connection and individuation: relation to symptoms in families of adolescents with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 45(7):891-899
- Turner, Martha* (2009) *Uncovering and Treating Sex Addiction in Couples Therapy*. In: Katherine M. Hertlein, Gerald R. Weeks, Nancy Gambescia (eds.) *Systemic Sex Therapy*. New York: Taylor & Francis, 263-286
- Verheul R, van den Brink W, Geerlings P* (1999) A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol & Alcoholism* 34, 197-222

- von Foerster H (1973). Über das Konstruieren von Möglichkeiten. In: Schmidt SJ (Hrsg.) Heinz von Foerster. Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 25-49
- von Schlippe A, Schweitzer J (2012) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer J (2007) Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie /Familientherapie. Göttingen: Hogrefe
- von Sydow K, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R (2010) The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. Fam Process 49(4):457-85
- Waldron HB, Brody JL, Robbins MS, Alexander JF (2013) Functional Family Therapy for Adolescent Substance Use Disorders. In: Miller P: Interventions for Addiction. Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders Volume 3, Amsterdam: Elsevier Academic Press, 109-116
- Waller, G. und Süß, D. (2011). Handygebrauch bei Schweizer Jugendlichen: Grenzen zwischen engagierter Nutzung und Verhaltenssucht. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
- Wan M, Finlayson R, Rowles A (2000) Sexual dependency treatment outcome study. Sexual Addiction and Compulsivity 7, 177-196
- Weber G, Stierlin H (2003) In Liebe entzweit. Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtsfamilie. 2. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer
- Yen JY, Yen CF, Chen CC, Chen SH, Ko CH (2007) Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. Cyberpsychol Behav 10(3):323-9
- Yu L, Shek DT (2013) Internet addiction in Hong Kong adolescents: a three-year longitudinal study. J Pediatr Adolesc Gynecol 26(3 Suppl), S10-7

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Chefarzt, Fachbereichsarzt
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik-Viersen
Horionstr. 14
D-41749 Viersen
Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
Internet: www.klinik-viersen.lvr.de

Rezensionen

In Heft 1/2013 erschien bereits eine Rezension zu folgendem Lehrbuch. Die Redaktion hat sich jedoch entschlossen, diese zweite Rezension ebenfalls abzdrukken, da sie ausführlicher ist und andere Aspekte hervorhebt.

Gerd Lehmkuhl, Fritz Poustka, Martin Holtmann, Hans Steiner (Hrsg.) (2013): Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hogrefe, Göttingen

Die deutschsprachigen und amerikanischen Herausgeber und Autoren des neuen Lehrbuchs der Kinder – und Jugendpsychiatrie haben es sich zum Ziel gesetzt, den aktuellen Wissensstand des Fachgebiets über die Pathogenese, die aufrechterhaltenden Bedingungen und die Verlaufsformen psychischer Störungen bei jungen Menschen zusammenfassend und umfassend darzustellen. Seit Erscheinen der grundlegenden Lehrbücher von Harbauer, Lempp, Nissen und Strunk (1971) und des dreibändigen Werks von Remschmidt und Schmidt (1985) hat sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie international und national weiterentwickelt und differenziert. In den letzten Jahren haben - neben der Forschung auf unterschiedlichen Ebenen - insbesondere die Entwicklungsperspektive, zusammenfassend dargestellt in zwei Standardwerken (Herpertz-Dahlmann / Resch / Schulte-Markwort und Warnke 2003; Blanz / Remschmidt / Schmidt und Warnke 2006), und die Erarbeitung evidenzbasierter Leitlinien das Fach bereichert. Durch die Umsetzung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung von 1994 und die mittlerweile auf etwa 900 gestiegene Anzahl niedergelassener Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie wurde die Versorgung psychisch kranker junger Menschen und ihrer Familien deutlich verbessert.

Das zweibändige Lehrbuch umfasst ziemlich genau 1 500 Seiten, seine Entstehung beanspruchte über zehn Jahre Zeit. Eine gewaltige Leistung für die Herausgeber und Autoren.

Band 1: Grundlagen stellt auf 500 Seiten die theoretischen Grundlagen und pathogenetischen Modelle, diagnostische Methoden und Klassifikations- und Dokumentationssysteme dar. Während im Vorgängerwerk von 1985 noch prä-

, peri- und postnatale Schädigungen, soziokulturelle Einflüsse und Reifungs- und Funktionsstörungen des ZNS auf die Pathogenese im Zentrum standen, scheint die Aufmerksamkeit heute stärker auch auf genetische Faktoren und Bindungs- und familiäre Einflüsse und deren gegenseitige Interaktion gerichtet. Entsprechend erweiterte sich die diagnostische Methodik um neurokognitive, bildgebende, neuroimmunologische, molekularbiologische und psychoneuroendokrinologische Verfahren. Eine ausführlichere Würdigung hätte (abgesehen von S. 155f) die Epigenetik, der Einfluss von Milieubedingungen auf die Genexpression, schon verdient gehabt. Vielleicht zeigt sich daran aber auch, wie rasant die Entwicklung in manchen Bereichen vorangeht, ein Lehrbuch dieser Größenordnung kann nicht den Wissensstand am Erscheinungstag repräsentieren.

Der weit umfangreichere **2. Band: Störungsbilder** behandelt zunächst ausführlich 26 psychiatrische Störungsbilder einschließlich funktioneller und somatoformer Störungen. Zunehmendes Wissen über Komorbiditäten und Übergangsbereiche einerseits und unterschiedliche Entwicklungs- und Verlaufsformen verschiedener Störungen andererseits legen es nahe, einzelne Störungen nicht immer weiter zu differenzieren, sondern ihre gegenseitigen Beziehungen und ihr gemeinsames biopsychisches Bedingungsgefüge zu beachten, wie z. B. Störungen des Stresssystems, des Bindungssystems oder des Aggressionssystems. Eine Neuerung stellt die Aufnahme von Bindungsstörungen dar, die ja in der ICD-10 höchst unzureichend abgebildet werden, und die mit über 40 Seiten sehr ausführliche Behandlung der Persönlichkeitsstörungen.

Erfreulich für den Praktiker ist auch das Kapitel „Spezifische Symptome (Störungsbilder) und Auslöser“. Hier werden verschiedene komplexere psychische Störungen von hoher praktischer Bedeutung wie Suizidalität, Selbstverletzendes Verhalten und Folge- bzw. Begleiterscheinungen bei chronischen Erkrankungen, nach Traumatisierung oder nach Trennung und Scheidung behandelt.

Die „umschriebenen Entwicklungsstörungen“ der Sprache, der Motorik und der schulischen Fertigkeiten werden ebenfalls eingehend besprochen.

Auf annähernd 80 Seiten geht das Lehrbuch sehr ausführlich auf praktisch wichtige Fragen der „Versorgungsstrategien und Kooperation“ ein. Psychische Störungen bei chronischen Erkrankungen, Rehabilitation und Konsi-

liartätigkeit im Krankenhaus werden ebenso behandelt wie Interventionsmöglichkeiten in der Schule. Hervorragend der Abschnitt über Kooperation zwischen Jugendhilfe und KJPP.

Die einzelnen Kapitel sind klar gegliedert, didaktisch anschaulich aufbereitet und stellen eine gelungene Verbindung von empirischen Befunden, klinischer Erfahrung und Hinweisen für die Praxis dar. Jeder Aufsatz hat sein eigenes Literaturverzeichnis, was die Orientierung wesentlich erleichtert.

Dieses Lehrbuch spiegelt die rasante Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als einer objektivierenden Wissenschaft. In Diagnostik und Therapie dominieren Fragen und Methoden des Messens, Beschreibens, Vergleichens und Klassifizierens. Psychodiagnostik besteht aus Verhaltensbeobachtung, Fragebogen und psychometrischen Tests. Subjektivität, qualitativ-verstehende Verfahren und Zugänge zum Patienten, Fragen der Beziehung und unbewusste Prozesse spielen offenbar keine Rolle mehr (erfreuliche Ausnahme: das Kapitel über Störungen der Geschlechtsidentität).

Zur Ätiologie und Pathogenese der Zwangsstörungen beispielsweise besprechen die Autoren genetische, neurobiologische, neurohormonale, neuroimmunologische und kognitive Modelle, welche in der negativen Bewertung aufdringlicher Gedanken das wesentliche Element der Störung sehen. Nicht gefragt wird aber, welche psychodynamischen Ursachen (wie beispielsweise eine Über-Ich-Pathologie mit überstrengem Gewissen und überhöhtem Ich-Ideal bei zunehmendem Triebdruck in der Adoleszenz) aber nun dieser negativen Bewertung zugrunde liegen und wie diese zustande kamen.

So werden auch die in der Praxis verbreiteten projektiven Testmethoden, die auf Verstehen statt auf Beschreiben zielen, überhaupt nicht erwähnt.

Nun ist das vorliegende Werk auch kein Therapie-Lehrbuch. Dennoch fällt auf, dass an psychotherapeutischen Methoden neben der Familientherapie, Psychoedukation und supportiven Verfahren praktisch ausschließlich die (kognitive) Verhaltenstherapie erwähnt wird. Während die systemische Perspektive von Anfang an mehr oder weniger selbstverständlich zum Fach gehört, scheint die akademische KJPP mittlerweile nahezu vollständig von ihren tiefenpsychologischen Wurzeln (Anna Freud, Donald C. Winnicott, John Bowlby, Annemarie Dührssen) abgeschnitten. Das überrascht schon, nicht nur, weil der Ersttherausgeber selbst Psychoanalytiker ist, sondern auch, weil

in letzter Zeit selbst die Verhaltenstherapie in ihrer vierten Wende (nach der Kognition, der Emotion und der therapeutischen Beziehung) das Unbewusste „entdeckt“ hat.

Zudem belegen Ergebnisse aus der Epigenetik und Bindungsforschung sowie funktionelle bildgebende Untersuchungen zentralnervöser Abläufe die langfristige Bedeutung von frühen Erfahrungen, affektiv-kognitiv-somatischen Erlebniskomplexen und unbewussten Prozessen und bestätigen damit wesentliche Grundannahmen der Psychoanalyse.

Zum Verlust der psychodynamischen Perspektive in der Kinder- und Jugendpsychiatrie passt auch – aber vielleicht ist ja es nur ein Versehen –, dass in dem Kapitel über Kooperationen zwar alle sonstigen Kooperationspartner der KJPP gewürdigt werden, jedoch die über 3000 niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die mit ihrer Spezialisierung eine wichtige Versorgungsfunktion übernehmen, nicht erwähnt werden.

Abgesehen von diesen Einschränkungen haben Herausgeber und Autoren ein umfassendes, aktuelles und übersichtliches Standardwerk über die theoretischen und klinischen Weiterentwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgelegt.

Ihnen gebührt Respekt und Dank für diese Leistung.

Dieses Lehrbuch ist das Standardwerk für alle, die sich über den heutigen Stand des Wissens über psychiatrische und psychische Störungen bei Kindern und Jugendliche grundlegend informieren wollen oder müssen.

Franz Wienand, Böblingen

Hinweise für Autoren

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

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

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname 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.

Informationen für Anzeigenkunden

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



Mediadaten 2012

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 300 Kliniken.

Auflage 1.300 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,- Euro, das Jahresabonnement kostet 44,- Euro, alles inklusive Versand.)

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

Format 170 x 240 mm, Klebebindung (96 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

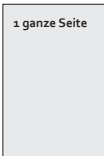
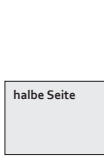

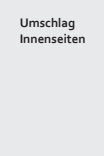
Bei mehrfacher Veröffentlichungen der gleichen Anzeige sind folgende Rabatte vorgesehen:

Bei **zweimaliger Veröffentlichung 5%**, ab **viermaliger Veröffentlichung 10% Rabatt**.

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

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

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

 <p>1 ganze Seite</p>	<p>130 x 195 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 1.600,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 515,- Euro Mitglieder 260,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 450,- Euro</p> <p>auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt</p>	 <p>halbe Seite</p>	<p>130 x 95 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 945,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 305,- Euro Mitglieder 175,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 330,- Euro</p>
 <p>drittel Seite</p>	<p>130 x 62 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 775,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 195,- Euro Mitglieder 130,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro</p>	 <p>Umschlag Innenseiten</p>	<p>Sonderseiten Umschlag</p> <p>170 x 240 mm, nur 4c Farbe</p> <p>Umschlag innen, U2+U3 2.100,- Euro</p> <p>Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.</p>

Termine 2012:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2012	1. März 2012	13. KW 2012
2-2012	1. Juni 2012	26. KW 2012
3-2012	1. September 2012	39. KW 2012
4-2012	1. Dezember 2012	51. KW 2012

* Änderungen vorbehalten

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, Christian K. D. Moik

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion „Gelbe Seiten“

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

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP

Von-der-Leyen-Str. 21, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 16 91 84 23, Fax: 02 21 / 16 91 84 22, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

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

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47, Fax: 030 / 61 70 21 48

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

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

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

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

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

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

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