

Inhalt

Belastung und Bewältigung – Flüchtlingskinder an Hamburger Schulen <i>Hubertus Adam & Fionna Klasen</i>	2
Systemische Ansätze in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung <i>Gudrun Rogler & Petra Schindler</i>	27
Dissoziierte Intelligenz <i>Jennifer Binder</i>	37
Entwicklung der Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – von der Weimarer Republik über die Nachkriegs- bis in die Neuzeit am Beispiel des „Westfälischen Instituts“ Hamm <i>Renate Schepker</i>	63
Aufruf: Interviewpartnerinnen und -partner gesucht für das Praxisforschungsprojekt zum Hilfebedarf von Kindern und Jugendlichen als Überlebende innerfamiliärer Tötungsdelikte im Zusammenhang mit Partnerschaftskonflikten, Trennung bzw. Scheidung <i>Susanne Heynen</i>	73
Ausschreibung: Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Neuropädiatrie	80
<i>Rezension:</i> Therapietools Selbsterfahrung	82
Hinweise für Autoren	84
Mediadaten	95
Impressum	96

Belastung und Bewältigung – Flüchtlingskinder an Hamburger Schulen

Hubertus Adam & Fionna Klasen

1. Hintergrund

1.1 *Flüchtlingskind: Definition*

Migration ist ein sozialer Prozess, dessen Spektrum „von der schrittweisen und unterschiedlich weit gehenden Ausgliederung aus dem Kontext der Herkunftsgesellschaft bis zur ebenfalls unterschiedlich weit reichenden Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft einschließlich aller damit verbundenen sozialen, kulturellen, rechtlichen und politischen Bestimmungsfaktoren und Entwicklungsbedingungen, Begleitumstände und Folgeprobleme“ reicht (Deutscher Bundestag 2000, S. 16). Dieser Oberbegriff für das breite Spektrum der mit Ortswechsel verbundenen Prozesse reicht von freiwilliger Wanderung über Flucht vor subjektiv erlebter Bedrohung bis hin zur erzwungenen Flucht. Flucht ist dabei insbesondere durch den demütigenden Zwang zum Ortswechsel gekennzeichnet und hat den ungewollten Abbruch von Beziehungen zur Folge (Brucks 2001).

Ein Migrantenkind wird in der vorliegenden Untersuchung definiert als ein Kind bis 18 Jahre, dessen familiäre Biographie durch länger andauernde Mobilität über eine nicht unerhebliche Entfernung gekennzeichnet ist, und das dadurch unter Umständen lebenslang andauernde ambivalente Gefühle hinsichtlich Zugehörigkeit und Rückkehr hat, die entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsstadium differieren können. Wenn das Kind oder seine Eltern darüber hinaus Krieg, Bürgerkrieg oder andere Formen „organisierter Gewalt“ (Geuns 1987) erlebt haben, und das Kind oder die Familie aufgrund dessen die angestammte Heimat verlassen mussten, handelt es sich um ein Flüchtlingskind.

Die Einschränkungen des umgangssprachlichen Begriffs „Flüchtling“, die die Definition der Genfer Flüchtlingskonvention vornimmt (Artikel 1, Absatz 2; United Nations, 1954, S. 152) ist für die Untersuchung von psychischen Auffälligkeiten von Flüchtlingskindern kaum fruchtbar, da die Kinder, die aus den Kriegs- und Krisengebieten heutzutage nach Europa fliehen, nur selten als Flüchtlinge nach der Genfer Konvention anerkannt werden. Wie viele Flüchtlingskinder in Deutschland leben, ist nicht genau bekannt. Detaillierte Erhebungen sind nicht vorgenommen worden; bei der statistischen Erfassung der Zuwanderer werden die Kinder nicht separat aufgeführt (Angenendt 2000).

Ziel einer umfassenden Untersuchung an Hamburger Schulen war es, empirisch fundierte Aussagen über die Auswirkungen von Krieg, Verfolgung und Flucht auf Flüchtlingskinder in Hamburg zu treffen (Adam 2007). Es sollten für Deutschland erstmalig empirische Daten erhoben werden, damit die Grundlagen für die Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingskindern geschaffen werden können. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei dem Ausmaß an Gewalterlebnissen dieser Kinder und den daraus eventuell resultierenden psychopathologischen Auffälligkeiten gelten. Außerdem sollten ihre Bewältigungsstrategien und die Rolle, die die Fähigkeit sich zu versöhnen bzw. der Wunsch, sich zu rächen beim Einsatz dieser Strategien spielt, untersucht werden. 2003 wurden fast 400 Flüchtlingskinder in Hamburger Schulen untersucht, die zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung waren. Mit Hilfe des selbstentwickelten Fragebogens zur Versöhnungsbereitschaft (engl.: Openness to Reconciliation Questionnaire; RECQ) wurden die vier Subskalen Rache, Vermeidung, Wohlwollen und Zukunftsorientierung erfasst. Die wichtigsten Prädiktoren zur Vorhersage der psychopathologischen Auffälligkeiten waren das Alter der Kinder bei der Flucht, die Anzahl der traumatisierenden Erlebnisse und die Subskala Rache (Adam & Klasen 2011).

In der vorliegenden Teiluntersuchung werden Daten zu Bewältigungsstrategien von Flüchtlingskindern an Hamburger Schulen präsentiert.

1.2 *Kinder im Krieg*

Die Verfügbarkeit einer Bezugsperson ist bei der Verarbeitung von traumatisierenden Ereignissen von Kindern von hoher Bedeutung (Resch 1996). Ältere Kinder bzw. Jugendliche, die eine stabile Kindheit mit verlässlichen

Bezugspersonen erlebt haben, sind darüber hinaus besser geschützt gegen traumatisierende Einflüsse, da ihnen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, aktiv in ihr Schicksal einzugreifen. Kinzie et al. (1986) stellten bei Flüchtlingskindern (hauptsächlich Kambodschaner in den USA) schon 1986 fest, dass die Möglichkeit des Kindes, auf intakte Familienstrukturen zurückzugreifen, sowohl für die Verarbeitung der traumatischen Situation selbst, als auch für den Verlauf nach dem Ereignis von großer Wichtigkeit ist.

Infolge der psychischen Belastungen können Flüchtlingskinder viele der bekannten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder entwickeln. Bereits in den 40er Jahren wurden Beobachtungen psychischer Belastung von Kindern im Krieg veröffentlicht. Anna Freud und Burlingham (1943) hatten ungewöhnliche Verhaltensweisen bei sehr kleinen Kindern beschrieben, die wegen der Bombenangriffe auf London von den Eltern getrennt worden waren.

Keilson untersuchte das Schicksal jüdischer Kriegswaisen in den Niederlanden (Keilson & Sarphatie 1979). Er führte als ein Ergebnis seiner 25-jährigen Follow-up-Untersuchung den Begriff „sequentielle Traumatisierung“ in die Literatur ein. Er unterschied drei traumatisierende Sequenzen, denen diese Kinder ausgesetzt gewesen waren: Erstens die Besetzung der Niederlande durch deutsche Truppen, zweitens die direkte Verfolgung durch die Nationalsozialisten und drittens die Nachkriegsperiode mit den Schwierigkeiten der Wiedereingliederung der überlebenden Kinder in neue Familien bzw. soziale Institutionen. Als wichtigstes Ergebnis der Untersuchung fand Keilson, dass erst eine Betrachtung der drei traumatischen Sequenzen als Ganzes es möglich macht, die traumatisierende Belastung und deren Wirkung auf die Entwicklung der Kinder zu verstehen.

Zahlreiche Publikationen sind seit den Beschreibungen von Anna Freud zum Thema psychischen Störungen bei Kindern im Krieg erschienen (Barenbaum et al. 2004; Fazel & Stein 2002; Jensen & Shaw 1993; Keyes 2000; Lustig u.a. 2004). Die wissenschaftlichen Untersuchungen belegen die letztendlich triviale Erkenntnis, dass Krieg, Verfolgung und Flucht für Kinder und Familien enorme Belastungen sind und bei den betroffenen Kindern Entwicklungsstörungen verursachen und das Beziehungsgefüge der Familie bedrohen können. Studien existieren hierzu aus allen Kriegs- und Krisengebieten der Welt, in denen Kinder und Familien Opfer von Krieg wurden, weniger Untersuchungen wurden an Flüchtlingskindern im westlichen Exil durchgeführt.

1.3 *Flüchtlingskinder im westlichen Exil*

Flüchtlingskinder sind schon wegen ihres Aufenthaltsstatus' und der dadurch bedingten geringeren Möglichkeiten der Partizipation an der Gesellschaft benachteiligt. Jensen und Shaw (1993) führen vier Gegebenheiten an, die die psychische Gesundheit von Flüchtlingskindern abgesehen vom eigentlichen Kriegstrauma beeinflussen können:

- Kindspezifische (individuelle) Faktoren wie Alter, angeborene Copingsstrategien, die kognitiven Fähigkeiten sowie schon zuvor bestehende psychopathologische Auffälligkeit und Temperament;
- Elterliche (familiäre) Faktoren wie die Emotionen und das Verhalten, das Eltern infolge des Krieges den Kindern gegenüber zeigen;
- Situative Faktoren wie der Grad der Involviertheit und die Art der direkten Aussetzung von Belastungen im Krieg;
- Soziale Faktoren wie z. B. Arbeitslosigkeit, aber auch die Bedeutung, die der Krieg bzw. die kriegsähnliche Situation für die Gesellschaft hat.

Es handelt sich bei den Kindern, die Opfer von Krieg und Flucht wurden und im Exil leben, um eine äußerst heterogene Gruppe, die einer Vielzahl von schwer zu erfassenden zusätzlichen Einflüssen (moderierenden Variablen) ausgesetzt waren und sind, in Regionen unterschiedlicher Kultur leben oder von dort kommen und mit sehr differenten Methoden untersucht wurden. Allgemeingültige, statistisch signifikante Aussagen sind daher dazu nur schwer zu treffen.

Forschungsinteresse weckten insbesondere die kambodschanischen Flüchtlinge, auch Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien, während Flüchtlingskinder aus Afghanistan, eine große Gruppe in Hamburg, nur wenig Beachtung fand. Die am häufigsten gefundenen Störungsbilder in 77 Studien zur psychischen Störungen bei Flüchtlingskindern waren die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), Depression und andere „emotional and behavioural problems“ (Adam 2007). Eine Schwierigkeit bei den Studien war die Einschätzung der Symptomatik. Flüchtlingskinder scheinen ihre Symptome gut verdecken zu können, zeigen oft auch eher internalisierte Symptome und

sind nicht unbedingt „nach außen“ auffällig. Viele Fürsorgepersonen nehmen das Leid der Kinder nicht wahr (Locke u.a. 1996). Dabei sind die Symptome der Kinder im Wesentlichen über viele Jahre persistent (Almqvist & Brandell-Forsberg 1997).

Die Angaben über die Häufigkeit des Auftretens einer Posttraumatischen Belastungsstörung (engl.: Post Traumatic Stress Disorder: PTSD) nach traumatisierender Erfahrung (Kriegserfahrungen eingeschlossen) bei Kindern schwanken erheblich (Scheper 1997). Yule (1994) spricht in einem Überblick über Studien aus Mosambik, Nordirland, Libanon und Palästina von einer Wahrscheinlichkeit von 25 % bis 50 %, dass vom Krieg betroffene Kinder PTSD Symptome entwickeln. Kindersoldaten in Uganda zeigten einer Untersuchung zufolge 34,9% PTSD Symptome (Bayer et al. 2007), Flüchtlingskinder in Hamburger Schulen hingegen 17,2% (Adam 2006). 1,6% von Jugendlichen in einer repräsentativen nichtklinischen Jugendstudie in Bremen litten hingegen an PTSD (Essau et al. 1999).

Wichtig für die Beurteilung und Behandlung von Flüchtlingskindern ist die Beantwortung der Frage, was einen größeren Einfluss auf die psychische Gesundheit von Flüchtlingen ausübt: das Erleben organisierter Gewalt im Heimatland oder die Lebensumstände als Flüchtling im Zufluchtsland. Rousseau untersuchte in Kanada die Komplexe „Prä- und Postmigration“ in mehreren ihrer Studien. Als „premigration experiences“ wurden die (Kriegs-)Traumata der Familie und bedeutsame Trennungen, die der Jugendliche im Heimatland oder auf dem Weg ins Zufluchtsland durchstehen musste, bezeichnet. Die „postmigration experience“ wird durch die Anzahl der Jahre, die er bereits im Zufluchtsland lebt und durch den Grad der Akkulturation des Jugendlichen bestimmt. Bei einer Untersuchung von 156 Flüchtlingskindern im Schulalter aus Südostasien und Zentralamerika stellten Rousseau und Drapeau (1998) eine Korrelation zwischen Prämigrationstrauma und emotionalen Störungen fest, auch nachdem die Kinder bereits 5 Jahre im Zufluchtsland gelebt hatten. Dabei waren die traumatisierenden Erfahrungen, die die Familie vor und bis zu der Geburt des Kindes erlebt haben, die stärksten Prädiktoren für hohe Scores auf der Subskala für internalisierte und externalisierte Symptome der Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach 1991), einer weitverbreiteten Checkliste bei der die Eltern die Symptome ihrer Kinder einschätzen.

1.4 *Bewältigungsbemühungen (Coping)*

Wie eine Person eine Situation zu bewältigen versucht, hängt zunächst davon ab, ob sie die Auswirkungen, die diese auf ihr eigenes Wohlbefinden ausüben könnte, als günstig, irrelevant oder als belastend bewertet („primäre Bewertung“). Dieser primären Bewertung wird eine Beurteilung der eigenen Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten („sekundäre Bewertung“) gegenübergestellt. Diese hat wiederum Bedeutung sowohl für die Gestaltung der Bewältigungsmaßnahmen wie auch für die Ausformung des primären Bewältigungsprozesses. Eine Person, die sich zutraut, eine Situation meistern zu können, wird diese nicht länger als bedrohlich empfinden (Lazarus & Launier 1981).

Lazarus und Launier (1981) verstehen unter Bewältigung („coping“) alle intrapsychischen und verhaltensorientierten Anstrengungen eines Individuums, die externen und internen Anforderungen sowie die resultierenden Konflikte zwischen diesen zu meistern, welche die Ressourcen des Individuums beanspruchen oder übersteigen. Nach ihrer Auffassung hat die Beziehung zwischen der äußeren und inneren Welt beim Prozess des Bewältigens traumatisierender Lebensereignisse eine besonders große Bedeutung. Coping ist demzufolge das Bemühen, mit dem Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und individuellen Handlungsmöglichkeiten fertig zu werden, wird damit also – im Gegensatz zum Alltagssprachgebrauch – vom Gelingen dieser Bemühungen unterschieden. In der Übersetzung von Coping wird ein semantisches Problem deutlich, da „coping“, anders als das deutsche Wort „Bewältigung“, den Endzustand nicht konnotiert. Es wäre somit treffender im Deutschen, von Bewältigungsversuch bzw. Bewältigungsbemühung zu sprechen (Ulich 1987).

Wir verstehen unter Coping (Synonym für Bewältigungsbemühung) die Bemühung, die Stresssituation zu vermeiden, zu mildern oder zu verarbeiten und als Regulationsvorgang, der auf kognitiver, exekutiver und emotionaler Ebene (d. h. im Denken, Handeln und Fühlen) abläuft. Dabei bemüht sich das Individuum, sich selbst oder seine Umgebung so weit zu verändern, dass die Belastung in individuell erträglichen Grenzen gehalten wird und die Diskrepanz zwischen Anforderung und Ressourcen nicht gravierend erscheint. Die Coping-Mechanismen können automatisch ablaufen (Gewohnheit) oder bewusst geplant sein, sie können zielorientiert oder verteidigungsorientiert sein.

1.5 *Coping von Flüchtlingskindern*

Kinder, die traumatisierende Erlebnisse bewältigen müssen, sind auf besondere Weise abhängig von ihrem sozialen Kontext, der von der Familie, Schule, Nachbarschaft und Peergruppen gebildet wird. Diese Systeme haben zusätzlichen Einfluss darauf, ob Kinder adäquat bewältigen können oder eher Hindernisse entstehen (Saylor et al. 1992). Empirische Studien zum Coping von Kindern wurden Ende der 80er Jahre, z. B. nach Naturkatastrophen in den USA, durchgeführt. So untersuchten Belter et al. (1991), Vernberg et al. (1996) sowie LaGreca et al. (1996) Reaktionen von Kindern nach den Hurrikans „Hugo“ und „Andrew“. Ein Ergebnis aus diesen Studien war, dass die Häufigkeit eingesetzter Coping Strategien mit der Häufigkeit der PTSD positiv korrelierte. Das Ergebnis verwunderte die Autoren zunächst, da sie davon ausgingen, dass die Häufigkeit eingesetzter Coping Strategien auch zum Erfolg (geringere Rate an PTSD Störungen) führen müsste. In beiden Studien erklärten sich die Autoren das Ergebnis damit, dass ein hoher Level von PTSD-Symptomatik nach den Katastrophen trotz ansteigender Coping Bemühungen auftritt, also die Häufigkeit eingesetzter Bewältigungsstrategien nicht ausreicht, um die Symptome zu lindern.

Wenige Studien beschäftigten sich mit Coping bei Kindern im Krieg. Punamaki und Suleiman (1990) fanden 1990 bei 88 palästinensischen Kindern im Alter von 8 bis 14 Jahren bei erhöhtem Stress erhöhtes Coping und eine hohe Rate an psychopathologischer Auffälligkeit – entgegen ihrer ursprünglichen Hypothese. Sie hatten Coping als erfolgreiche Bemühung verstanden und erwarteten bei erhöhtem Stress eine Symptomreduktion durch Coping.

Hallis und Slone (1999) fanden in ihrer Untersuchung bei israelischen Kindern ebenfalls, dass erhöhtes Coping mit erhöhter Symptombelastung korrelierte. Sie hatten Coping ebenfalls so aufgefasst, dass es nach Stress eigentlich Symptome reduzieren müsste. Im Jahr 2002 untersuchte Barath (2002) 813 Kinder im Kosovo, unter anderem auch mit dem in der vorliegenden Studie verwendeten Schoolagers' Coping Strategies Inventory (SCSI) von Ryan-Wenger (1990). Es wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, durch die zwei Faktoren (aktives, problemfokussiertes Coping und passives, emotionales Coping) extrahiert werden konnten, die jedoch nur 24 % der Varianz erklärten. Mädchen und Jungen unterschieden sich dabei nicht in ihrem Bewältigungsverhalten.

Auch in Südosteuropa und ebenfalls mit dem SCSI wurden 105 kriegstraumatisierte Kinder im Alter von 5 bis 14 Jahren aus Bosnien (Flüchtlingskin-

der) und aus Kroatien (Kinder, die innerhalb Kroatiens geflohen sind – so genannte „displaced children“ und eine Kontrollgruppe), die in Einrichtungen in Kroatien lebten, untersucht (Kocijan-Hercigonja et al. 1998). Die Autoren fanden, dass Flüchtlingskinder aus Bosnien signifikant häufiger Coping Strategien anwandten als die Kinder, die aus Kroatien selbst stammten. Ein Ergebnis des Vergleichs der ausgewerteten Fragebögen der Eltern der verschiedenen Probandengruppen war, dass die Flüchtlingskinder aus Bosnien signifikant mehr Verhaltensstörungen und mehr Angstsymptome aufwiesen als die anderen Gruppen (bei Depression zeigten sich keine signifikanten Unterschiede). Auch in dieser Studie zeigten die Kinder mit mehr Symptomen häufiger Coping-Strategien.

In den bisherigen Versuchen, den Einfluss von Coping auf Stresserleben einerseits und psychopathologische Auffälligkeiten andererseits zu erfassen, ist dies in Studien, die sich mit Kindern in Kriegssituationen befinden, nicht befriedigend gelungen. Die Ergebnisse sind unterschiedlich bis widersprüchlich, weil die bisherigen Untersuchungen sehr heterogen sowohl ihre Samples betreffend als auch in den äußeren Bedingungen (Naturkatastrophen, Kriegserleben, Exilsituation) sind. Ein letztendlich triviales Ergebnis ist, dass erhöhter Stress zu erhöhter Bewältigungsanstrengung führt. Ohne dass dies in den Studien bisher vollständig erklärt wird, gehen die Autoren davon aus, dass Coping (quasi wie ein Motor) anspringt, wenn es erforderlich ist, allerdings angesichts manchmal sehr großer Belastungen die Bewältigungsanstrengung nicht ausreicht und Symptome auftreten. Ob aber auch andere Symptome als PTSD auftreten (z. B. Depression, Angst oder psychosomatische Störungen) ist noch zu wenig untersucht.

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, ob bei gleichem Ausmaß von Gewalterlebnissen die untersuchten Kinder psychopathologisch umso unauffälliger waren je

- protektiver sie mindestens einen Elternteil auf der Flucht erlebt haben;
- effektiver sie ihre eingesetzten Copingstrategien einschätzten;
- weniger sie über diese Erlebnisse gesprochen haben;

und, ob sie

- Copingstrategien umso häufiger einsetzten, je größer die psychopathologische Auffälligkeit war.

2. Methodik

2.1 Durchführung

Das Vorgehen bei der Datenerhebung wurde in enger Absprache mit der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg und dem Hamburger Datenschutzbeauftragten ausgearbeitet und von der Behörde für Bildung und Sport genehmigt. Auf der Grundlage der Schülerzahlenstatistik 2002 der Behörde für Bildung und Sport wurden alle weiterführenden Hamburger Schulen ausgewählt, die von mindestens 10 Flüchtlingskindern aus dem Kosovo, Bosnien oder Afghanistan besucht wurden.

2.2 Messinstrumente

2.2.1 Ausmaß der Gewalterlebnisse im Heimatland und auf der Flucht („Exposure to war trauma“)

Die vorliegende Untersuchung benutzte für die Messung des Ausmaßes von Gewalterlebnissen den War Trauma Questionnaire (WTQ) (Smith et al. 2002; UNICEF 1997) als Grundlage zur Konstruktion einer eigenen Skala. Der WTQ diente in drei Studien mit großen Stichproben der Erfassung von Gewalterlebnissen von Kindern im Krieg. Es handelt sich dabei um Studien aus dem Libanon (Macksoud 1992), Bosnien (Smith u.a. 2002) und dem Irak (Dyregrov et al. 2002). Die von der Arbeitsgruppe „Flüchtlingskinder und ihre Familien“ entwickelte Skala Exposure to War Trauma („Ausmaß der Gewalterlebnisse im Heimatland und auf der Flucht“) (Abhauer & Adam 2001) dient der detaillierten Erfassung der Exposition gegenüber potentiell traumatisierenden Kriegs- und Fluchterlebnissen („Exposure“). Von den insgesamt 56 Items stammen 36 aus der Version des WTQ, der für die Screening-Studie in Bosnien an ca. 3.000 Kindern benutzt wurde (Smith et al. 2002; UNICEF 1997).

Zur Konstruktion des Fragebogens im Detail wird auf die Erstpublikation verwiesen (Adam 2007). Es wurde entschieden, inhaltlich bzw. qualitativ begründete Kategorisierungen zur Datengruppierung vorzunehmen. Für die Erlebnisse, bei denen das Kind Opfer von Gewalt wurde, ergab sich als zentrales Ordnungskriterium zunächst die Unterscheidung, ob die Gewalt direkt „am eigenen Leib“ (Skala: „Opfer von Gewalt“) oder indirekt (beobachtet oder davon gehört, Skala: „Zeuge“) erlebt worden war. Für das Erleben von Todesangst wurde dabei eine eigene Subskala „Todesangst“ gebildet, da da-

von ausgegangen wurde, dass diese im besonderen Maße traumatisierend wirken kann. Als weitere Kategorien ergaben sich eigene Gewaltanwendung (Skala: „Täterschaft“), Verlust- und Trennungserlebnisse sowie Schuldgefühle. Erlebnisse ohne direkte physische Bedrohung, die im Zusammenhang mit Vertreibung, dem Verlust des Zuhauses und dem Flüchtlingsdasein allgemein stehen, wurden zu einer eigenen Skala „Vertreibung“ zusammengefasst.

2.2.2 *Posttraumatische Belastungsstörung*

Pynoos et al. (1987) entwarfen den Childhood PTSD Reaction Index (CPTS-RI) als eine Art Checkliste zur Abfrage der PTSD-Kriterien nach DSM III. Die Autoren setzten diese Checkliste bei der Untersuchung der Auswirkungen belastender Ereignisse ein, z. B. größeren Katastrophen, Geiselnahmen, Erleben körperlicher Gewalt, Suizid und Mord.

Bei Untersuchungen zur klinischen Validität der CPTS-RI-Werte ergaben sich folgende Richtlinien: Ein Gesamtwert von 12 bis 24 weist auf eine leichte Form von PTSD hin, 25 bis 39 auf eine mäßige Ausprägung, 40 bis 59 auf eine schwere und > 60 auf eine sehr schwere posttraumatische Belastungsstörung. Werte von > 24 werden als klinisch relevant interpretiert (Frederick 1985; Landolt et al. 2003). Ein Cut-off-Wert von > 34 , wie auch in der vorliegenden Untersuchung verwendet, hat sich in verschiedenen Stichproben am ehesten als praktikabel zur Diagnosestellung erwiesen (Brymer 2001).

2.2.3 *Depression*

Birleson entwickelte 1981 die Depression Self-Rating Scale for Children, um ein verlässliches Instrument zur Selbsteinschätzung der Depressivität von Kindern zu schaffen. Nachfolgende Validierungsstudien erbrachten unterschiedliche Cut-off-Werte: Es wurde sowohl ein Wert ≥ 13 als Cut-off für eine klinisch relevante Depression bestätigt (Asarnow & Carlson 1985) als auch ein Wert ≥ 15 als geeignet vorgeschlagen (Birleson et al. 1987). Für die vorliegende Untersuchung wurde der konservativere Wert von ≥ 15 gewählt.

2.2.4 *Angst*

1956 legten Castaneda et al. mit der Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS, 53 Items) erstmals ein standardisiertes Instrument zur Erhebung von Ängsten von Kindern vor. Die Skala mit der Bezeichnung „What I Think and Feel“ besteht aus 28 Items zur Erfassung von Angst und 9 Items zur Kontrolle

der Tendenz zu sozialer Erwünschtheit. Die Items sollen mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Die Autoren schlagen vor, Werte, die weniger als eine Standardabweichung um das arithmetische Mittel streuen, als normale Variabilität zu betrachten. In der Literatur wird ein Cut-Off-Wert von > 18 als besserer Prädiktor für klinisch bedeutsame Ängstlichkeit (Stallard et al. 2001) bzw. für die Diagnose einer Angststörung (Montgomery & Finch 1974) empfohlen und auch in der vorliegenden Untersuchung angewandt.

2.2.5 *Somatisierungsprobleme*

1991 konstruierten und validierten Garber et al. das Children's Somatization Inventory (CSI), ein Instrument zur Erhebung von Somatisierungssymptomen bei pädiatrischen Patienten. Die 35 Items des CSI beziehen sich auf den Zeitraum der vorangegangenen beiden Wochen. Das Antwortformat besteht in einer fünffach gestuften Ratingskala. Es wird ein Summenwert errechnet, der zwischen 0 und 140 liegen kann. In den bisherigen Untersuchungen wurden keine Cut-Off-Werte ermittelt. Es existieren auch keine Studien darüber, inwiefern sich mit dem CSI psychiatrische Diagnosen absichern lassen. Walker (persönl. Mitteilung 2004) schlägt als rein statistisches Verfahren vor, den Cut-off bei der ersten Standardabweichung oder beim Mediansplit festzulegen – ein Verfahren, welches auch in der vorliegenden Untersuchung angewandt wurde.

2.2.6 *Copingstrategien*

Das Schoolagers' Coping Strategies Inventory (SCSI) (Ryan-Wenger 1990), ein Selbstauskunfts-Fragebogen, soll die Coping Strategien von Kindern sowie deren Anwendungshäufigkeit und Effektivität erfassen. In einer Pilotstudie mit 107 acht- bis zwölfjährigen Schulkindern zeigte sich, dass die Items gut verständlich waren. Die Kinder sollten auf einer vierstufigen Skala für jede Strategie angeben wie häufig sie diese in Stresssituationen anwenden (Häufigkeit) und wie hilfreich diese Strategie war (Effektivität). Nach einer Itemanalyse gingen 25 Items in die endgültige Fassung des SCSI ein. Für die Auswertung wurden zwei Summenwerte gebildet, ein Wert für die Häufigkeit (0–75) und ein Wert für die Effektivität (0–75).

2.2.7 *Interpersonelles Coping*

Als Ergänzung und mit identischem Antwortformat wie das SCSI wurden – speziell für Kinder mit Gewalterlebnissen – drei Items zur Erfassung von Coping-Strategien entwickelt, die die Kontaktaufnahme und den Austausch mit anderen betreffen (Walter & Adam 2003). Hierzu wird gefragt, ob und mit wem über die Erlebnisse gesprochen wurde und, ob bzw. wer um Hilfe oder Trost gebeten wurde sowie, ob bzw. bei wem geschaut wird, was andere Personen in der gleichen Lage tun.

Ebenfalls zum Bereich des interpersonellen Copings gehören zwei weitere Items im Exposure-Teil des Fragebogens. Dort wird gefragt, mit wem die Kinder bisher über ihre Kriegs- und Fluchterlebnisse gesprochen haben und wie oft insgesamt schon über die Erlebnisse gesprochen wurde.

2.3 *Statistische Analyse*

Die gewonnenen Daten wurden mit dem Programm „Statistical Package for the Social Sciences for Windows“ (SPSS), Version 10.1, ausgewertet. Die einzelnen statistischen Methoden werden im Ergebnisteil beschrieben. Wenn nicht anders angegeben, betrug das α -Niveau für die statistischen Tests .05, bei gerichteten Hypothesen und einseitiger Testung .025. Effektstärken liefern die Möglichkeit, Mittelwertsdifferenzen oder Korrelationskoeffizienten ihrer Größe nach zu klassifizieren und so vergleichbar zu machen. Die Effektstärke korrelationsanalytischer Auswertungen entspricht dem Korrelationskoeffizienten r . In der vorliegenden Arbeit erfolgt die Klassifikation der Effektstärken in Anlehnung an Cohen (1988) und Hopkins (2000).

3. **Ergebnisse**

3.1 *Ausmaß von Gewalterlebnissen*

Von den 215 untersuchten Kindern gaben allein 179 (83,3 %) an, aus dem Heimatort geflüchtet zu sein und 96 (44,7 %) haben erleben müssen, dass Soldaten in ihre Wohnung bzw. ihr Haus eingedrungen sind. Die Kinder sind Zeuge von Gewalt an Sachen (123, 57,2 % erlebten schwere Sachbeschädigungen) und an Menschen gewesen: 119 (55,3 %) der Kinder haben im Krieg schwer verletzte Menschen gesehen; 106 (49,3 %) haben sogar erlebt, wie eine nahe stehende Person schwer verletzt wurde. Auch Verlust und Trennung war für

viele der untersuchten Kinder eine häufige Erfahrung. 88 (40,9 %) haben einen Verwandten im Krieg verloren und 106 (49,3 %) hatten noch während der Flucht große Angst um die Sicherheit von Verwandten oder Freunden. Ferner hat fast die Hälfte der Kinder (93 bzw. 43,3 %) Leichen gesehen und immerhin sind 38 (17,7 %) Zeuge von Massakern gewesen. Hervorzuheben ist auch die hohe Zahl der Kinder, die Todesangst gehabt hatten: 81 (37,7 %) waren überzeugt gewesen, schwer verletzt oder gar getötet zu werden und 45 (20,9 %) wurde direkt gesagt, dass sie jetzt getötet oder verletzt würden. 29 (13,5 %) der Kinder haben erleben müssen, dass nahe Bezugspersonen eine Waffe benutzten und 16 (7,4 %) haben sogar selbst die Waffe erhoben. Zwei Kinder gaben an, selbst jemanden getötet zu haben, und fast 10 % (N = 20) der Kinder fühlen sich verantwortlich für den Tod anderer Menschen.

3.2 Psychopathologische Auffälligkeit

In Tabelle 1 sind Mittelwerte, Standardabweichungen und Maximalwerte der Skalen zur psychopathologischen Auffälligkeit angegeben. Schon der Mittelwert (19,64) der untersuchten Gruppe liegt für den PTSD-Gesamt-Summenwert in dem Bereich (12–24), der auf eine leichte Form von PTSD hinweist. Über dem Cut-off von 34 für eine klinisch relevante PTSD lagen 17,2 % dieser nicht-klinischen Untersuchungsgruppe.

	MW	SD	N	Min	Max	% über Cut-off
PTSD Gesamt-Summenwert	19,64	13,78	215	0	60	17,2
Depressivität: Summenwert	11,84	6,84	215	1	30	34,0
Ängstlichkeit: Summenwert	10,61	6,58	215	0	27	12,1
Somatisierung: Summenwert	18,38	16,71	215	0	81	12,1

Tabelle 1:

Deskriptive Statistiken der Skalen zur psychopathologischen Auffälligkeit

Bei der Beschreibung der Depression Self-Rating Scale for Children (Birlisson 1981) wurde auf eine Studie von Asarnow und Carlson (1985) hingewiesen, die einen Wert von ≥ 13 als Cut-off für eine klinisch relevante Depressi-

on ansah. Dieser Wert wird im Mittel in der vorliegenden Untersuchung mit 11,84 fast erreicht. Den eher konservativen Wert von ≥ 15 erreichten immer noch 34 %. Nicht ganz so hohe Werte wurden hinsichtlich Ängstlichkeit und Somatisierung mit jeweils 12,1 % über dem jeweiligen Cut-off gefunden.

3.3 Coping

3.3.1 Sprechen über die Erlebnisse

Über ein Drittel der untersuchten Kinder und Jugendlichen hat noch nie über ihre Kriegs- und Fluchterlebnisse gesprochen. Immerhin konnten 41 % mit der Mutter darüber reden, ca. 6 % haben schon einmal mit einem Arzt oder Psychologen über solche Erlebnisse gesprochen.

3.3.2 Coping Strategien der Kinder

In Tabelle 2 sind Mittelwerte, Standardabweichungen und Maximalwerte der Skalen zum Coping angegeben. Auch hier bestätigten sich als Ergebnis, dass insgesamt wenig über die Erlebnisse gesprochen wurde: Der Mittelwert lag bei 1,49 und somit – bei einem maximal zu erreichenden Wert von 4 – in der unteren Hälfte der Skala. Auch die erreichten Werte auf der Skala „Interpersonelles Coping“ waren im Mittel mit 2,57, bei zu erreichenden Werten von 9, im unteren Drittel. Die eingeschätzte Effektivität des interpersonellen Copings war ebenfalls im Mittel mit 3,21 eher gering (bei zu erreichenden 9 Punkten). Die Mittelwerte für allgemeines Coping lagen hinsichtlich Häufigkeit und Effektivität im Bereich der Skalenmitte.

	MW	SD	N	Min	Max
Coping Häufigkeit	25,21	8,93	215	1	50
Coping Effektivität	28,22	9,98	203	0	54
Interpersonelles Coping Häufigkeit	2,57	2,00	203	0	9
Interpersonelles Coping Effektivität	3,21	2,33	187	0	9
Sprechen über Gewalterlebnisse	1,49	1,2	205	0	4

Tabelle 2: Deskriptive Statistiken der Coping-Skalen

3.3.3 Ausmaß der Gewalterlebnisse der Kinde und Coping

Zur Überprüfung der nachfolgenden Hypothesen wurden Partialkorrelationen berechnet, bei denen das Ausmaß der Gewalterlebnisse der Kinder statistisch konstant gehalten wurde (Tabelle 3).

Hypothese 1: Bei gleichem Ausmaß von Gewalterlebnissen werden Copingstrategien umso häufiger eingesetzt, je größer die psychopathologische Auffälligkeit ist.

Hypothese 2: Bei gleichem Ausmaß von Gewalterlebnissen sind die Kinder psychopathologisch umso unauffälliger, je effektiver sie ihre eingesetzten Copingstrategien einschätzen.

Hypothese 3: Bei gleichem Ausmaß von Gewalterlebnissen geht die Häufigkeit eingesetzter interpersoneller Coping Strategien mit psychopathologischer Auffälligkeit einher.

Hypothese 4: Bei gleichem Ausmaß von Gewalterlebnissen sind die Kinder psychopathologisch umso unauffälliger, je effektiver sie ihre interpersonellen Coping Strategien einschätzen.

Hypothese 5: Bei gleichem Ausmaß von Gewalterlebnissen sind die untersuchten Kinder psychopathologisch umso auffälliger, je weniger sie über diese Erlebnisse gesprochen haben.

		N	PTSD	Depressivität	Ängstlichkeit	Somatisierung
H 1	Coping Häufigkeit	212	.41***	.23***	.49***	.47***
H 2	Coping Effektivität	200	.29***	.04	.37***	.28***
H 3	Interp. Coping Häufigkeit	200	.19**	-.02	.21**	.10
H 4	Interp. Coping Effektivität	184	.10	-.17*	.11	.01
H 5	Sprechen über Gewalterlebnisse Häufigkeit	202	.06	.06	.14*	.13*

Tabelle 3: Partialkorrelationen (Kontrolle von Exposure) zwischen Copingstrategien und psychopathologischen Auffälligkeiten. Signifikanzniveaus * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. Korrelation nach Pearson. Einseitige Testung.

Hypothese 1 wurde bestätigt: Bei statistischer Kontrolle des Einflusses des Ausmaßes der Gewalterlebnisse ergaben sich mittlere bis hohe positive Korrelationen zwischen der Häufigkeit der Copingstrategien und den psychopathologischen Symptomen. Das heißt, je auffälliger die Kinder sind, desto häufiger gaben sie an, Bewältigungsmechanismen einzusetzen. In Bezug auf Depressivität gilt dies allerdings nur eingeschränkt ($r = .23$).

Hypothese 2 wurde nicht bestätigt. Die Kinder schätzten ihre Copingstrategien sogar umso effektiver ein, je auffälliger sie waren (Ausnahme: Depressivität). Die Korrelationen fallen allerdings etwas geringer aus als bei der Häufigkeit der Copingstrategien.

Die Hypothese einer – analog zu H 1 – positiven Korrelation zwischen der Häufigkeit „interpersonellen“ Copings und psychopathologischer Auffälligkeit (H 3) konnte nur für PTSD und Ängstlichkeit bestätigt werden. Dies könnte allerdings auch auf die relativ geringe interne Konsistenz ($\alpha = .63$) der – nur aus drei Items bestehenden – Skala zurückzuführen sein.

Auch Hypothese 4, d. h. negative Korrelationen zwischen psychopathologischer Auffälligkeit und interpersoneller Coping-Effektivität, wurde nicht bestätigt. Auch hier gilt die Einschränkung der geringen internen Konsistenz der Coping-Skala ($\alpha = .60$).

Die Hypothese 5 („heilender“ Effekt des Sprechens über die Kriegs- und Fluchterlebnisse) konnte nicht bestätigt werden. Bezüglich Ängstlichkeit und Somatisierungsstörungen fanden sich sogar leichte Korrelationen in gegenteiliger Richtung.

3.4 Zusammenhang zwischen Ausmaß der Gewalterlebnisse, Coping und Psychopathologie

Die psychopathologischen Variablen korrelieren mit dem Ausmaß der Gewalterlebnisse in Höhe von $r = .38$ bis $r = .56$. Ähnlich hohe Korrelationen ($r = .32$ bis $r = .55$) finden sich zwischen der Psychopathologie und der Coping-Häufigkeit. Ausmaß der Gewalterlebnisse und Coping-Häufigkeit untereinander korrelieren mit $r = .30$. Es stellt sich daher die Frage, ob erhöhte Coping-Bemühungen eher auf die Gewalterlebnisse oder eher auf die Psychopathologie zurückzuführen sind.

Die relativ hohen Korrelationen zwischen Psychopathologie und Coping bleiben auch dann bestehen, wenn man den Einfluss des Ausmaßes der Gewalterlebnisse herauspartialisiert ($r = .23$ bis $r = .49$), was bedeutet, dass erhöhte Coping-Bemühungen nicht primär auf die Gewalterlebnisse zurückzuführen sind.

Wenn man den Einfluss des Copings herauspartialisiert, bleiben ebenfalls die Korrelationen zwischen Ausmaß der Gewalterlebnisse und Psychopathologie weitgehend bestehen, d. h. das Coping hat keinen großen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Ausmaß der Gewalterlebnisse und Psychopathologie (Tabelle 4).

	Partialvariable	N	Coping Häufigkeit	PTSD	Depressivität	Ängstlichkeit	Somatisierung
Ausmaß der Gewalterlebnisse	–	215	.30***	.56***	.38***	.40***	.43***
Ausmaß der Gewalterlebnisse	Coping	212	–	.49***	.31***	.29***	.34***
Coping Häufigkeit	–	215	–	.49***	.32***	.55***	.53***
Coping Häufigkeit	Exposure	212	–	.41***	.23***	.49***	.47***

Tabelle 4: Korrelationen und Partialkorrelationen zwischen Ausmaß der Gewalterlebnisse, Coping-Häufigkeit und Psychopathologie. Signifikanzniveaus * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. r = Pearson. Einseitige Testung.

Wird jedoch der Einfluss der psychopathologischen Variablen herauspartialisiert, verschwindet der Zusammenhang zwischen Ausmaß der Gewalterlebnisse und Coping weitgehend. Dies gilt vor allem für PTSD, am wenigsten für Depressivität.

Es lässt sich also folgern, dass die Gewalterlebnisse psychische Störungen verursachen, die wiederum erhöhte Coping-Bemühungen zur Folge haben

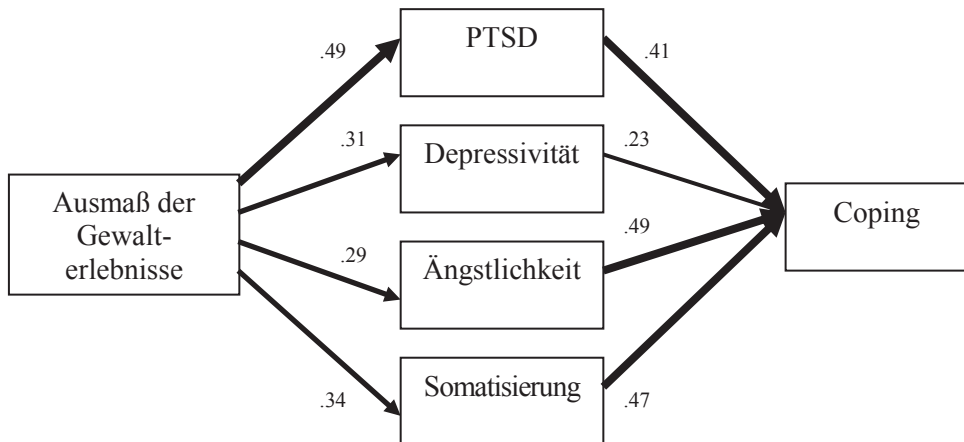


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Ausmaß der Gewalterlebnisse, Psycho-pathologie und Coping (Partialkorrelationen)

4. Diskussion

Ein Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit denjenigen der Studien, die im Wesentlichen den gleichen Fragebogen zur Erfassung des Merkmals „Exposure“ benutzten (Libanon: Macksoud 1992; Bosnien: Smith et al. 2001; Irak: Dyregrov et al. 2002); Ruanda: Dyregrov et al. 2000)) zeigt, dass die Kinder, die in der vorliegenden Untersuchung befragt wurden, typische Erlebnisse aufweisen, wie sie auch aus anderen großen Studien aus Kriegs- und Krisengebieten von Kindern berichtet werden. Unterschiedliche Erlebnisse scheinen daher zu rühren, dass in Afghanistan, wo die meisten der Hamburger Flüchtlingskinder herkommen, anders Krieg geführt wurde als in Bosnien, Libanon und insbesondere in Ruanda.

Wesentliche Ergebnisse der Coping-Forschung bei Kindern sind, dass sich die Anforderungen an Kinder, wie sie eine Katastrophe mit möglichst geringen psychischen Auffälligkeiten bewältigen, nach einer solchen ständig ändern (Compas & Epping 1993) und dass Beziehungen zu Geschwistern, Eltern und Freunden bei der Bewältigung hilfreich sind (Saylor et al. 1992). In der vorliegenden Untersuchung wurde versucht, die Bedeutung der Eltern

als wesentlichen Teil des Beziehungssystems für die Bewältigung der Belastungen durch die Kinder zu erfassen.

Die Annahme, dass ein Mitteilen und Besprechen von Kriegs- und Fluchterlebnissen prinzipiell auch für Flüchtlingskinder hilfreich ist, basiert auf der in westlichen Kulturen vorherrschenden Auffassung von der heilenden Wirkung des Verbalisierens belastender Erfahrungen. So wäre auch für die vorliegende Untersuchung zu vermuten, dass interpersonelles Coping mit niedrigen Symptom-Scores korreliert. Andererseits zeigen viele Untersuchungen, dass gerade hohe PTSD-Scores mit höheren Coping-Anstrengungen einhergehen (Belter et al. 1991; Compas & Epping 1993; Hallis & Slone 1999; La Greca et al. 1996; Punamaeki & Suleiman 1990; Vernberg et al. 1996).

Dabei ist den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zufolge aber zu beachten, dass nicht nur das Vorhandensein und die Erreichbarkeit sozialer Ressourcen wichtig sind, sondern auch deren Nutzung. Die Ergebnisse zeigen, dass ein bloßes Sprechen über die Gewalterfahrungen nicht unbedingt hilft, die Erlebnisse zu verarbeiten und die Symptomatik zu verringern (Hypothese 5). Ein vermehrtes Sprechen über die Erlebnisse ging in der vorliegenden Studie sogar mit einer erhöhten Ängstlichkeit und Somatisierungsneigung einher. Hier werden also ähnliche Ergebnisse gefunden wie in der Untersuchung von bosnischen Kindern in Schweden von Angel et al. (2001). Zu bedenken ist dabei, dass nur 12 der in Hamburg untersuchten Kinder (5,7 %) mit Ärzten oder Psychologen gesprochen hatten. Es ist aber zu vermuten, dass die Beziehungsintensität eine zusätzliche Rolle spielt. Das Sprechen mit Ärzten und Psychologen, welches von den Flüchtlingskindern kaum in Anspruch genommen wird (und mangels Angebot auch nicht werden kann), wird nur dann hilfreich sein, wenn es mit einem als schützend empfundenen Beziehungsangebot verknüpft ist (Adam 2007). Hier ist insbesondere noch Bedarf für weitere Versorgungsforschung gegeben.

Bestätigt haben sich die Vermutungen, dass ein hohes Ausmaß an Gewalterlebnissen mit einem erhöhten Coping positiv korreliert (Hypothese 1). Auch hier lassen sich an Flüchtlingskindern in Deutschland Ergebnisse aus Studien anderer Länder replizieren (Belter et al. 1991; La Greca et al. 1996; Vernberg et al. 1996). Obwohl auch in diesen Studien zunächst von einem ergebnisorientierten Coping ausgegangen und eigentlich erwartet worden war, dass Copingstrategien nach Stresserlebnissen Stress reduzieren müsste (Hallis & Slone 1999), fanden sich positive Korrelationen zwischen PTSD und Häufigkeit von Coping (Barath 2002; Hallis & Slone 1999; Kocijan-Hercigonja et al.

1998; Punamaeki & Suleiman 1990; Weisenberg et al. 1993). Es wurde aber nicht geklärt, ob vermehrtes Coping durch die Gewalterlebnisse selbst oder sekundär durch die Symptomatik ausgelöst wurde. Ebenfalls wurde in den oben genannten Studien nicht mit der Skala „Effektivität“ gerechnet, selbst die Autoren der Skala empfahlen die Auswertung dieser Skala nicht unbedingt (Ryan-Wenger 1990).

In der vorliegenden Untersuchung konnte kein großer Einfluss des Copings auf den zuvor dargestellten Zusammenhang zwischen Ausmaß der Gewalterlebnisse und psychopathologischen Auffälligkeiten festgestellt werden. Anhand der im Rahmen eines Mediatorenmodells durchgeführten Partialkorrelationen ließ sich folgern, dass die Gewalterlebnisse psychische Störungen verursachen, die wiederum erhöhte Coping-Bemühungen zur Folge haben (s. Abbildung 1). Vermehrte Anstrengungen, den Stress zu bewältigen, reichen also offensichtlich nicht aus, denn psychische Störungen entstehen trotzdem. Offen bleibt hier, ob es nicht ausreicht, weil die Belastungen zu hoch sind oder ob die Bemühungen ineffektiv sind. Die Kinder selbst schätzten ihre Bemühungen aber als umso effektiver ein, je größer das Ausmaß der Störung war (Hypothese 2) (Ausnahme: Depressivität). Die Kinder glauben also offenbar, ihre Bemühungen seien von Erfolg gekrönt, obwohl dies nicht der Fall ist.

Klinische Erfahrungen zeigen, dass Flüchtlingskinder eher dysfunktionale Bewältigungsversuche unternehmen, diese aber nicht als solche erkennen, da ihnen auch die Erfahrung fehlt, wie man sich nach belastenden Lebensereignissen im schwierigen Umfeld im Exil verhalten sollte. Einerseits kann es sich um bewusst angepasstes Verhalten an vermeintliche Wünsche der Eltern (Delegation an die Kinder) handeln: Kinder übernehmen den Wunsch, in der Schule gut zu sein und besuchen am Wochenende zusätzliche Kurse. Sie gehen nach außen gelassen mit der Situation um, schließen sich aber im Badezimmer ein, damit sie dort ungestört weinen können. Andererseits setzen sie sich deutlich von den Eltern ab, suchen Kontakte in der Peer-Group und vernachlässigen den angestrebten Bildungsweg, den die Eltern sich gerne wünschten. In beiden Fällen berichten Kinder und Jugendliche in der Psychotherapie, dass sie „viel tun“. Sie lernen, sie fallen nicht auf, oder aber sie haben Freunde und orientieren sich nach außen. Sie bemühen sich zu bewältigen und bemerken dabei nicht, dass ihre Strategie an der grundlegenden Problematik und an ihrer Symptomatik oft nichts ändert.

4.1 *Kritik am methodischen Vorgehen*

Die vorliegende Untersuchung weist ebenfalls die oben bereits genannten Mängel auf, auch hier werden Kinder, die sich im Merkmal „Flüchtling“ gleichen, in einer spezifischen Lebenssituation (Exil in Hamburg) untersucht, daher sind auch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht auf Flüchtlingskinder im Allgemeinen übertragbar. Das Untersuchungsdesign wurde aber so angelegt, dass ein sinnvoller Vergleich mit anderen Studien möglichst oft gelingen kann. Es wurden daher nur zu den Fragestellungen eigene Untersuchungsinstrumente entwickelt, zu denen bereits in anderen Studien verwendete Instrumente offensichtlich nicht passten bzw. es diese nicht gab.

Ferner war es bei den Schulen, die teilgenommen haben, oft schwierig, die „Flüchtlingskinder“ anzusprechen, da der Begriff trotz vorgegebener Definition sowohl im Sprachalltag der Schüler als auch der Lehrer unklar benutzt wurde. So meinten einige Kinder, da sie die deutsche Staatsbürgerschaft hätten, seien sie keine Flüchtlingskinder mehr, trotz der Tatsache, dass zumindest ihre Eltern aus Kriegsgebieten stammten. Obwohl die Kinder darauf hingewiesen wurden, dass ihre Antworten auf die gestellten Fragen dazu dienen sollen, das Versorgungssystem für andere Kinder zu verbessern, schien es doch für einige ein Makel zu sein, offen zuzugeben, ein Flüchtling zu sein und sich – für alle sichtbar – in einen Klassenraum zur Befragung zu begeben.

4.2 *Fazit*

Es wurde nach dem moderierenden Einfluss des Coping-Verhaltens der untersuchten Kinder und Jugendlichen gefragt. Hier konnte ein bisher in der Literatur oft diskutiertes Modell, nach dem sich die Coping-Häufigkeit nach Stresserleben und hoher Symptomatik erhöht („Anspringen des Bewältigungsmotors“) nachgewiesen werden. Ferner ist zu konstatieren, dass Flüchtlingskinder keine ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten entsprechenden kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsstrukturen vorfinden. Zum Aufbau derartiger Strukturen sind Kenntnisse über die entwicklungspsychologischen Aufgaben und Bewältigungsstrategien von Flüchtlingskindern ebenso notwendig wie pädagogische Ansätze, wie bei auftretenden Schwierigkeiten z.B. in der Schule oder in spezifischen Einrichtungen unterstützt werden kann (Adam & Inal 2012).

5. Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M.* (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: Dept. of Psychiatry, University of Vermont.
- Adam, H.; Inal, S.* (2013). Pädagogische Arbeit mit Migranten- und Flüchtlingskindern. Unterrichtsmodule und psychologische Grundlagen. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Adam, H.; Klasen, F.* (2011). Trauma und Versöhnung, Versöhnungsbereitschaft bei traumatisierten Flüchtlingskindern. *Trauma und Gewalt*, 5.Jhg, (4), 356-369.
- Adam, H.* (2007). Seelische Gesundheit von Flüchtlingskindern. Eine empirische Untersuchung an Hamburger Schulen. Unpublished Habilitationsschrift, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg.
- Almqvist, K./Brandell-Forsberg, M.* (1997): Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse & Neglect*, 21, 4, 351-366.
- Angel, B./Hjern, A./Ingleby, D.* (2001): Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 1, 4-15.
- Angenendt, S.* (2000). Kinder auf der Flucht : minderjährige Flüchtlinge in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.
- Asarnow, J. R./Carlson, G. A.* (1985): Depression self rating scale: Utility with child psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 491-499.
- Aßhauer, M. & Adam, H.* (2001). Hamburg Set of Questionnaires for Children Afflicted by War and Persecution (HQCWP). Unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg.
- Barath, A.* (2002): Children's well-being after the war in Kosovo: Survey in 2000. *CROAT MED J*, 43, 2, 199-208.
- Barenbaum, J./Ruchkin, V./Schwab Stone, M.* (2004): The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *J Child Psychol Psychiatry*, 45, 1, 41-62.
- Bayer, C. P./Klasen, F./Adam, H.* (2007): Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *Journal of the American Medical Association*, 298, 5, 555-559.
- Belter, R. W./Dunn, S. E./Jeney, P.* (1991): The psychological impact of hurricane Hugo on children: A needs assessment. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 3, 155-161.
- Birleson, P.* (1981): The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-88.
- Birleson, P./Hudson, I./Buchanan, D. G./Wolff, S.* (1987): Clinical evaluation of a self rating scale for depressive disorder in childhood (depression self rating scale). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 43-60.
- Brucks, U.* (2001). Migration in die Bundesrepublik Deutschland. In Th. Hegemann & S. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie*. (S. 41-51). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Brymer, M.* (2001). Schriftliche Mitteilung an den Autor

- Cohen, J.* (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Compas, B. E./Epping, J. E.* (1993). Stress and coping in children and families: Implications for children coping with disaster. In C. F. Saylor (Hrsg.), *Children and disasters*. New York: Plenum Press.
- Dyregrov, A./Gjestad, R./Raundalen, M.* (2002): Children exposed to warfare: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 1, 59-68.
- Dyregrov, A./Gupta, L./Gjestad, R./Mukanoheli, E.* (2000): Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 1, 3-21.
- Essau, C. A./Conradt, J./Petermann, F.* (1999): Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 1, 37-45.
- Fazel, M./Stein, A.* (2002): The mental health of refugee children. *Arch Dis Child*, 87, 5, 366-370.
- Frederick, C. J.* (1985). Selected foci in the spectrum of Posttraumatic stress disorder. In J. Laube, Murphy, S.A. (Hrsg.), *Perspectives on disaster recovery* (pp. 110-130). Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Freud, A./Burlingham, D. T./Lehrman, P. R.* (1943). *War and children*. New York: Willard.
- Geuns van, H.* (1987). *The concept of organized violence*. In *Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs* (1987). *Health Hazards of organized violence* (pp 7-10). Rijswijk : Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs.
- Hallis, D./Slone, M.* (1999): Coping strategies and locus of control as mediating variables in the relation between exposure to political life events and psychological adjustment in Israeli children. *Int. J. Stress Manage.*, 6, 2, 105-123.
- Hopkins, W. G.* (2000). A new view of statistics. Internet Society for Sport Science. [<http://www.sportsci.org/resource/stats/>]. 22.12.2004
- Jensen, P. S./Shaw, J.* (1993): Children as victims of war: Current knowledge and future research needs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 4, 697-708.
- Keilson, H./Sarphatie, H. R.* (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern : deskriptiv-klin. u. quantifizierend-statist. follow-up Untersuchung zum Schicksal d. jüd. Kriegswaisen in d. Niederlanden*. Stuttgart: Enke.
- Keyes, E. F.* (2000): Mental Health Status in Refugees: An Integrative Review of Current Research Issues in Mental Health Nursing, 397-409.
- Kinzie, J. D., Sack, W. H., Angell, R. H., Manson, S. & Rath, B.* (1986): The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 3, 370-376.
- Kocijan-Hercigonja, D./Rijavec, M./Hercigonja, V.* (1998): Mental health condition and adjustment of refugee and displaced children in a war area. *Psychiatria Danubina*, 10, 1, 23-29.

- La Greca, A. M./Silverman, W. K./Vernberg, E. M./Prinstein, M. J.* (1996): Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 4, 712-723.
- Landolt, M. A./Vollrath, V./Ribi, K./Gnehm, H. E./Sennhauser, F. H.* (2003): Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 44, 8, 1199-1207.
- Lazarus, R./Launier, R.* (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Streß* (pp. 213-260). Bern: Hans Huber.
- Locke, C. J./Southwick, K. P./MD, M. M., Laura A./Fernandez-Esquer, M. E., PhD.* (1996): The Psychological and Medical Sequelae of War in Central American Refugee Mothers and Children. 822-827.
- Lustig, S. L./Kia Keating, M./Knight, W. G./Geltman, P./Ellis, H./Kinzie, J. D. u.a.* (2004): Review of child and adolescent refugee mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43, 1, 24-36.
- Macksoud, M.* (1992): Assessing war trauma in children: A case study of Lebanese children. *Journal of Refugee Studies*, 5, 1-15.
- Montgomery, L. E./Finch, A. J., Jr.* (1974): Validity of two measures of anxiety in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 4, 293-296.
- Punamaeki, R.-L./Suleiman, R.* (1990): Predictors and effectiveness of coping with politic violence among Palestinian children. *British Journal of Social Psychology*, 29, 1, 67-77.
- Pynoos, R. S./Frederick, C./Nader, K./Arroyo, W./Steinberg, A./Eth, S. u.a.* (1987): Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Resch, F.* (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters* Weinheim: Beltz.
- Rousseau, C./Said, T. M./Gagne, M.-J./Bibeau, G.* (1998): Resilience in unaccompanied minors from the north of Somalia. *Psychoanalytic Review*, 85, 4, 615-637.
- Ryan-Wenger, N. M.* (1990): Development and psychometric properties of the schoolagers' coping strategies inventory. *Nursing Research*, 39, 6, 344-349.
- Saylor, C. F./Swenson, C. C./Powell, P.* (1992): Hurricane Hugo blows down the broccoli: Preschoolers' post-disaster play and adjustment. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 3, 139-149.
- Schepker, R.* (1997): Posttraumatische Belastungsstörungen im Kindesalter--Diagnose, Verlaufspradikatoren und therapeutische Strategien.
- Smith, P./Perrin, S./Yule, W./Hacam, B./Stuvland, R.* (2002): War exposure among children from Bosnia-Hercegovina: Psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 2, 147-156.
- Smith, P./Perrin, S./Yule, W./Rabe-Hesketh, S.* (2001): War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Hercegovina. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 42, 3, 395-404.

- Stallard, P./Velleman, R./Langsford, J./Baldwin, S.* (2001): Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 197-208.
- Ulich, D.* (1987). *Krise und Entwicklung : zur Psychologie der seelischen Gesundheit*. München: Psychologie Verlags Union.
- UNICEF.* (1997). *Psychological Screening in Service Planning and Evaluation*. London: UNICEF; University of London.
- United Nations* (1954). *Convention related to the status of refugees*. Signed at Geneva, on 28 July 1951 (Treaty Series No. 2545). *United Nations Treaty Series. Treaties and international agreements registered or filed and recorded with the Secretariat of the United Nations*, Vol. 189
- Vernberg, E. M./LaGreca, A. M./Siverman, W. K./Prinstein, M., J.* (1996): Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 2, 237-248.
- Walter, J./Adam, H.* (2003). *Der kulturelle Kontext und seine Berücksichtigung bei Migranten- und Flüchtlingsfamilien*. In (pp. 251-268).
- Weisenberg, M./Schwarzwald, J./Waysman, M./Solomon, Z./et al.* (1993): Coping of school-age children in the sealed room during scud missile bombardment and postwar stress reactions. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 3, 462-467.
- Yule, W./Canterbury, R.* (1994): The treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*. Vol, 6, 2-3, 141-151.

Prof. Dr. med. habil. Hubertus Adam
Ltd. Chefarzt
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters
Martin Gropius Krankenhaus GmbH
Oderbergerstraße 8
16225 Eberswalde

Dr. phil. Fionna Klasen
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Martinistrasse 52
20246 Hamburg
f.klasen@uke.de

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. Hubertus Adam

Systemische Ansätze in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Gudrun Rogler & Petra Schindler

Systemische Beratung und Therapie ist inzwischen eine etablierte Methode in der Begleitung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien. Ich hatte systemisches Arbeiten erstmals während meiner Arbeit als Ärztin im Praktikum in der Heckscher Klinik München kennengelernt. Es ist denkbar, dass die systemische Therapie längerfristig von den gesetzlichen Krankenkassen als Psychotherapieverfahren neben der tiefenpsychologisch-analytischen Therapie und der Verhaltenstherapie anerkannt wird. Systemische Ansätze erweisen sich in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung als sinnvoll und außerordentlich hilfreich. Sie sind nicht nur im teil- oder vollstationären Setting, sondern gerade auch im ambulanten Bereich, insbesondere auch in sozialpsychiatrischen (SPV) kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen gut nutzbar. Systemische Ansätze können die kinder- und jugendpsychiatrische Tätigkeit gut ergänzen, gerade weil wir es ja gewohnt sind, das System, in dem ein Kind, ein Jugendlicher lebt, in unsere Behandlung miteinzubeziehen. Deshalb habe ich 2012 mit der Ausbildung zur Systemischen Beraterin und Familientherapeutin am Münchner Institut für systemische Weiterbildung begonnen und arbeite in meiner sozialpsychiatrischen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie inzwischen gern und regelmäßig mit diesem Behandlungsansatz. Dabei merke ich, dass es immer wieder eine große Herausforderung ist, als Ärztin und Praxisinhaberin die bekannten Pfade des traditionellen medizinischen Denkens und Handelns zu verlassen und neue Wege zu finden.

In einem von Frau Schindler und mir angebotenen Workshop auf dem XXXIV. Kongress der DGKJP in München im März 2015 wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Grundsätze systemischen Arbeitens, insbesondere die systemische Grundhaltung, Herangehensweisen und ausgewählte systemi-

sche Techniken vorgestellt. Es wurde dargelegt, wie sich systemisches Arbeiten in sozialpsychiatrischen Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Institutsambulanzen an Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie konkret umsetzen lässt. Anhand von Fallbeispielen aus meiner Praxis konnten systemische Herangehensweisen kennen gelernt werden. Während der Vorbereitung des Workshops haben wir uns nochmals intensiv mit systemischen Herangehensweisen beschäftigt und nochmal neu über unser tägliches Arbeiten in der Praxis nachgedacht.

In meiner SPV-Praxis erfolgt üblicherweise eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und multimodale Behandlung. Wir betreuen Familien mit ihren Kindern teilweise über Jahre. Im Rahmen der multimodalen Behandlung bieten meine Mitarbeiterinnen und ich regelmäßig Beratungen, auch mit mehreren Familienmitgliedern an. Systemisches Arbeiten ist für uns einerseits eine generelle Haltung, die den täglichen Umgang mit den Familien prägt, und andererseits arbeiten wir mit spezifischen systemischen Methoden und Techniken.

Was heißt nun genau systemisches Arbeiten? Wo liegen die Wurzeln dieser Theorie und des darauf basierenden Behandlungsansatzes in der Psychotherapie und Psychiatrie?

Zu den Begründern der systemischen Familientherapie gehören Virginia Satir, Jay Haley, Paul Watzlawick und Salvador Minuchin. Sie begannen in den 50er und 60er Jahren in den USA auf der Grundlage der psychoanalytischen Einzeltherapie mit ganzen Familien bzw. mehreren Familienangehörigen schwer psychisch kranker Menschen zu arbeiten. Die Hoffnung war, damit scheinbar unheilbar Kranke zu heilen bzw. deren Leiden zu mindern; und sie hatten Erfolg mit diesem völlig neuen Denk- und Behandlungsansatz. Sie entwickelten verschiedene Methoden, probierten vieles Neue aus und lernten aus ihren Erfahrungen und voneinander.

In den 70ern Jahren entwickelte die Gruppe um Mara Selvini Palazzoli mit dem Mailänder Modell eine neue familientherapeutische Methode, die in den 80er und 90er Jahren u.a. auch von Arbeitsgruppen in Heidelberg und Weinheim weiter entwickelt wurde. Dabei erwarben sich u.a. Horst Eberhard Richter, der Gründer der Arbeitsgemeinschaft für Familienforschung und Familientherapie, Helm Stierlin, Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer große

Verdienste. Heute gibt es allein in Deutschland zahlreiche Ausbildungsinstitute für systemische Therapie und Beratung.

Grundlage der systemischen Theorie ist die Annahme, dass jeder Mensch Teil verschiedener Systeme und Subsysteme ist und dass Veränderungen innerhalb dieser Systeme wirken. Systeme reichen vom Individuum selbst über das Paar, die Peergroup, die Herkunftsfamilie, die eigene Familie, Schule und beruflichen Kontext bis hin zur Gesellschaft. „Ein System ist eine Ganzheit. Jedes Teil ist mit jedem so verbunden, dass jede Änderung eine Änderung des Ganzen bewirkt“ (Virginia Satir).

Kernfragen der systemischen Theorie sind zunächst im erkenntnistheoretischen Sinn die nach Realität (Was ist wirklich?) und Kausalität (Was bewirkt was?). Dabei geht es um die Begriffe ‚Möglichkeitenkonstruktion‘ (Was wäre wenn?) und ‚Wirklichkeitskonstruktion‘ (Was ist?). Das ist zum Teil ein ganz anderer Denkansatz als der, der angehenden Medizinerinnen zunächst üblicherweise vermittelt wird (aus A folgt B, daraus folgt C usw. usf. - Ursache → Folgen → Diagnose → Therapie). Im systemischen Denken wird dahingegen gefragt, wie Realitäten erlebt werden, welche Wirkung etwas innerhalb eines Systems hat und was dies wiederum für Mitglieder von Systemen bedeutet. Weiter werden u.a. auch Fragen nach Problemen gestellt (Wie werden Probleme erzeugt? Können Probleme nützlich sein? Wie chronifiziert man ein Problem?).

Häufig wird zunächst mit Hypothesen gearbeitet, was ja in der Medizin ähnlich ist: man vermutet eine Ursache für Krankheit und überprüft dies durch Diagnostik. Systemische Hypothesen sind Annahmen u.a. über die Beziehungen im Klientensystem, über die Wechselwirkung zwischen Symptomen und Beziehungen, über die Zusammenhänge zwischen Symptom und Geschichte des Systems oder zwischen Klienten- und Helfersystem.

Ich verzichte bewusst darauf, die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie an dieser Stelle noch ausführlicher auszuführen. Ich möchte jedoch die Grundhaltungen systemischen Arbeitens erläutern und wie wir in meiner Praxis damit arbeiten. Diese sind in erster Linie der Respekt gegenüber Menschen und deren individuellen Lösungen, Allparteilichkeit und Neutralität. Mit Neugier und Wertschätzung wird den Klienten (in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis sind dies ja meist Patienten) begegnet. Krankheit und Fehlverhalten wird im systemischen Sinne eher als individueller Lö-

sungsversuch gesehen. Ziel ist es, den Klienten zu helfen, ggf. bessere Lösungen als die bisherigen zu finden und sie v.a. in ihrer Wahrnehmung und in ihrem Handeln zu stärken. Es wird weniger nach Ursachen als vielmehr nach Zusammenhängen und Wirkungen gesucht und bewusst auf die Ressourcen innerhalb der Systeme geschaut.

Das *Prinzip der Lösungsorientierung* ist von der Gruppe um Steve de Shazer und Insoo Kim Berg ausgearbeitet worden. Zentral ist die Annahme, dass jedes System bereits über alle Ressourcen verfügt, die es zur Lösung seiner Probleme benötigt – es nutzt diese nur derzeit nicht. Um die Ressourcen zu finden, brauche man sich nicht mit dem Problem zu beschäftigen, der Fokus liege dahingegen von vornherein auf der Konstruktion von Lösungen. Problemlösungen können hilfreich durch „Verstörung“ von außen angeregt werden. Oft haben Klienten festsitzende Denkmuster, die sich hauptsächlich in der Problemsicht bewegen. Sie haben Schwierigkeiten, sich aus diesen Denkmustern zu lösen und befinden sich oft in einem „Hamsterrad“, das sie immer wieder durchlaufen und aus dem sie keinen Ausweg finden. Wie wir Kinder- und Jugendpsychiater wissen, sind Eltern und Kinder oft so in ihre Probleme verstrickt, dass sie Positives kaum noch wahrnehmen können. Daher braucht es manchmal hilfreiche Verstörungen von außen, um aus den alten Denkschemata auszubrechen und neue, erfolgversprechendere Denkmuster zu finden. So beginnen wir das Gespräch mit den Kindern und Jugendlichen meist mit der Frage nach den individuellen Stärken, nach Interessen und Hobbies. Wir fragen immer nach Wünschen und nach Perspektiven und zu Beginn eines Erstgesprächs bewusst nicht nach den Problemen. So lernen wir die Kinder und Jugendlichen als Persönlichkeiten kennen, zunächst jenseits von Verhaltens- und anderen Problemen. Es ist immer wieder spannend und oft sehr berührend, wenn die Kinder und Jugendlichen die 3-Wünsche-Frage beantworten („Stell dir vor, es kommt eine Fee zu dir und erfüllt dir 3 Wünsche. Du kannst dir alles wünschen. Dinge, die man anfassen, sehen, kaufen kann und Dinge, die man nicht anfassen, sehen oder kaufen kann“). Die Eltern sind manchmal vielleicht etwas irritiert, wenn nicht sofort über die Probleme gesprochen wird, weswegen sie sich zu einer Konsultation eines Kinder- und Jugendpsychiaters entschlossen haben. Die Gesprächsatmosphäre wird jedoch beim Sprechen über Stärken und Wünsche gerade zu Anfang des Kontaktes zu uns vertrauensvoll und positiv.

Die entscheidende Methode zu Beginn einer systemischen Beratung oder Therapie, die sich auf den Alltag in unseren Praxen anwenden lässt, ist die *Auftragsklärung*. Wer will was, von wem, warum und mit welchem Ziel? Kann ich, können wir diesen Auftrag annehmen? Was bedeutet es für uns und das Klientensystem, wenn wir diesen Auftrag annehmen? Wir fragen die Kinder, ob sie wissen, warum sie mit den Eltern in die Praxis gekommen sind. Eltern fragen wir ganz gezielt nach dem Auftragskontext und nach Erwartungen an uns (Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? Was wäre gut für Sie? Wie könnten wir Ihnen helfen?) sowie nach dem Problemkontext (Woran würden Sie merken, dass das Problem gelöst ist?). Das Problem schildern Eltern meist bereits im Vorfeld in dem Fragebogen, den sie bei der Anmeldung für einen Termin in der Praxis ausfüllen. Während die Kinder von meinen SPV-Mitarbeiterinnen betreut werden bzw. während die testpsychologische Diagnostik erfolgt, spreche ich mit den Eltern allein. Auch da frage ich nach Stärken ihres Kindes, nach den bisherigen Lösungsversuchen und nach Wünschen. Das bedeutet natürlich nicht, dass über Probleme nicht gesprochen wird; ich versuche jedoch zu vermeiden, dass es zu einer „Problem-Trance“ kommt. Wir versuchen stets, Eltern gegenüber offen zu sein und deren Lösungsversuche und Erklärungsmuster nicht zu werten, mögen diese auch noch so wenig verständlich und nachvollziehbar für uns sein. Auch wenn ich die Eltern, v.a. nach Abschluss der Diagnostik zu den nächsten Schritten ausführlich berate, respektiere ich deren Zweifel, ihre Ambivalenzen und ihre Abwehrmechanismen. Letztendlich tragen die Eltern die Verantwortung für ihr Kind und treffen Entscheidungen; ich als Ärztin stehe „lediglich“ beratend zur Seite.

Ich habe diese neutrale Haltung mit den Jahren erst lernen müssen. Früher fühlte ich mich sehr verantwortlich für das, was infolge meiner Interventionen geschieht, ob z.B. einem Kind die Hilfe zukommt, die ich für richtig halte. Ich war dann nicht selten nahezu persönlich gekränkt, wenn Eltern meinen Empfehlungen nicht nachkamen oder sogar meine Diagnose anzweifelten bzw. ablehnten. Heute bemühe ich mich umso mehr, mit den Eltern vom ersten Kontakt an einen wertschätzenden und respektvollen Kontakt herzustellen und zu halten und ihnen zu vermitteln, dass ich helfend zur Verfügung stehe, wenn sie dies wünschen. Ich versuche, mich auf das Tempo der Eltern einzustellen. Bis zur Akzeptanz einer Diagnose und den damit verbundenen Konsequenzen dauert es ja, wie wir wissen, oft recht lange und vorher sind wir als Ärzte als „Verkünder schlechter Nachrichten“ nicht selten mit Abwehr z.B. in Form von Verleugnung, Aggression und Depression konfrontiert.

Ausgewählte systemische Methoden und Techniken

Wir alle kennen das *aktive Zuhören*, das ja auch von Carl Rogers in seinen Schriften über die personenzentrierte Therapie beschrieben wurde. Ein Spezifikum der systemischen Therapie sind die *systemischen Fragen*. Diese sind ebenso wie das systemische Denken eher zielorientiert und eher nicht ursachen- oder vergangenheitsorientiert. Es ist im systemischen Denken wie beim Konstrukt „Henne und Ei“: beide bedingen sich gegenseitig. Statt „Was ist Ihr Problem?“ fragen wir „Was ist Ihr Ziel?“. Statt „Auf wen ist das Problem zurückzuführen?“ fragen wir „Welche Verhaltensweisen müssten diese Personen zeigen, damit das Problem verschwinden kann?“. Zu den systemischen Fragen zählen die *lösungs- und ressourcenorientierten Fragen*, die sogenannten konstruktiven W-Fragen (Wie ist dir/ Ihnen das gelungen? Wodurch war das möglich? Woran haben Sie gemerkt, dass...? Was könntest du stattdessen tun? Welche Fähigkeit haben Sie, die Ihnen in dieser schwierigen Situation helfen könnte?) und v.a. auch die *zirkulären Fragen* (Was denkst du, wünscht sich deine Mutter? Was glauben Sie, würde Ihr Mann dazu sagen?). Solche Art Fragen eröffnen oft ganz neue Möglichkeitsräume und Perspektiven.

Sehr hilfreich und in der Praxis einfach anzuwenden sind auch die sogenannten *Skalierungsfragen*, die ebenfalls auf Steve de Shazer zurückgehen: Auf einer Skala von 1 bis 10 von ganz unglücklich bis überglücklich – wie geht es dir heute? Ist das meistens so? Wann bist du bei 10 oder was müsste passieren, damit du auf 10 kommst? Wie gut gelingt es dir, dich im Unterricht/ bei den Hausaufgaben zu konzentrieren von 1 – gar nicht bis 10 – sehr gut? Woran liegt es, wenn es da Unterschiede gibt? Bewerte doch mal deine Schule – Mitschüler, Lehrer, Unterricht, Atmosphäre – mit Schulnoten von 1 bis 6. Bei jüngeren, schüchternen oder sprachschwachen Kindern verwenden wir eine kleine Holzskala mit Smileys, auf der die Kinder z.B. ihre Stimmung einstellen können.

Nach der systemischen Theorie werden Menschen nicht durch Ereignisse, sondern durch ihre Sicht auf diese beunruhigt („Die Lehrerin meint, unser Kind hätte vielleicht ADHS, wir denken das nicht“). Das ist u.a. mit *Wirklichkeitskonstruktion* gemeint. Zu erwähnen ist hierbei z.B. die Szene mit dem Zaunstreichen aus Mark Twains „Die Abenteuer des Tom Sawyer“. Es kommt auf die Sichtweise an...

Der Entwurf von Lösungsräumen gehört zu den Kernaufgaben der systemischen Therapie und Beratung. Die Aussicht, dass sich ein Leben entwerfen und gestalten lässt, das den eigenen Vorstellungen weitestgehend entspricht, schafft Optimismus und Energie für die Umgestaltung. Deshalb sind Fragen zur *Möglichkeitskonstruktion* (Was könnte sein?) so hilfreich.

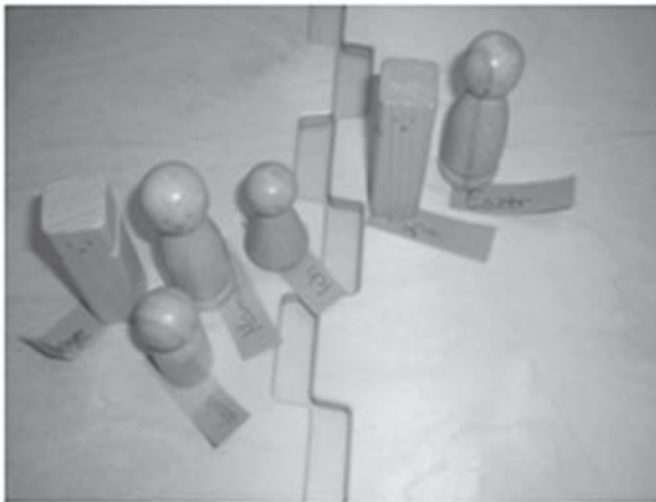
Die Art und Weise, wie wir die Situations- und Problembeschreibung unserer Klienten sprachlich begleiten, ist ein wichtiger Aspekt jeder systemischen Intervention. Deshalb sind *Kommentare* sinnvoll und hilfreich, die unter Umständen ein anderes Bild möglich machen („Du hast noch nicht herausgefunden, wie du dich besser konzentrieren kannst.“) Es ist unabdingbar in unserer Arbeit, Anstrengungen und Bemühungen der Klienten anzuerkennen und wertzuschätzen. Wir sollten mit Komplimenten nicht sparen. Sie sind wohltuend, drücken Wertschätzung aus, schaffen eine positive Atmosphäre und setzen voraus, dass unser Gegenüber uns aufmerksam wahrgenommen hat. Wir fokussieren auf das, was funktioniert und benennen Stärken und Ressourcen. Gerade unsere Patienten und deren Familien erleben ja in ihrem Alltag viel Ablehnung und Entwertung und benötigen umso mehr Lob, Bestärkung und Zuspruch.

Zwei weitere wichtige Techniken, mit denen wir arbeiten, sind das *Umdeuten* (*Reframing*) und die *Externalisierung*. Beim Reframing wird einem Geschehen dadurch ein anderer Sinn gegeben, dass man es in einen anderen Rahmen (engl. <frame>) stellt, einen Rahmen, der die Bedeutung des Geschehens verändert. Unsere Aufgabe könnte es sein, sich immer wieder zu fragen, welcher Kontext denkbar wäre, damit ein Problem sinnvoll sein könnte. So kann ein Kind gleichermaßen als nervig, störend, gar aggressiv und oppositionell beschrieben werden, aus einer anderen Sichtweise heraus aber genauso gut als kreativ, neugierig, kontaktfreudig, lebendig und willensstark.

Mit externalisierenden Interventionen geben wir Problemen oder inneren Prozessen eine symbolische Form. Das kann sprachlich geschehen oder auch gegenständlich. In der Familientherapie geht diese Technik auf den Australier Michael White zurück. In der Hypnotherapie wurden Techniken entwickelt, die Symptomen oder anderen körperlichen oder psychischen Phänomenen eine symbolische Gestalt geben. Diese symbolische Form kann ein menschliches Wesen, ein Fabelwesen oder auch einen beliebigen Gegenstand darstellen. Ist eine Symbolisierung gut eingeführt und von den Klienten angenommen, so kann in verschiedene Richtungen damit gearbeitet werden. Zum Beispiel kann man die Suchterkrankung eines Elternteils in Form eines

Gegenstands mit ins Gespräch bringen, indem dieser für alle am Gespräch Beteiligten sichtbar ist. Wir können nach Ausnahmen fragen und danach, was hilft, den ungebetenen Gast (das Problem) etwas häufiger auszuladen. Wir können gemeinsam erkunden, was an den Besuchen des Fabelwesens auch nützlich sein könnte. Wir können vorschlagen, sich die beschriebenen Symbol-Gegenstände zu besorgen und sich damit eine Weile auseinander zu setzen. Besonders Kindern fällt es mit dieser Methode viel leichter zu kooperieren, da sie nicht mehr als das „schwierige Kind“ bezeichnet werden, das sich bessern muss, sondern in einer Weise gefragt werden, die nicht sie als gesamte Persönlichkeit mit dem Problem gleichsetzt.

Das in der Familiendiagnostik häufig eingesetzte *Familienbrett* eignet sich nicht nur für das Verständnis der Dynamik in Familien, es kann auch als therapeutisches Instrument sehr hilfreich sein. Wir nutzen dies sehr häufig mit oft erstaunlicher Wirkung.

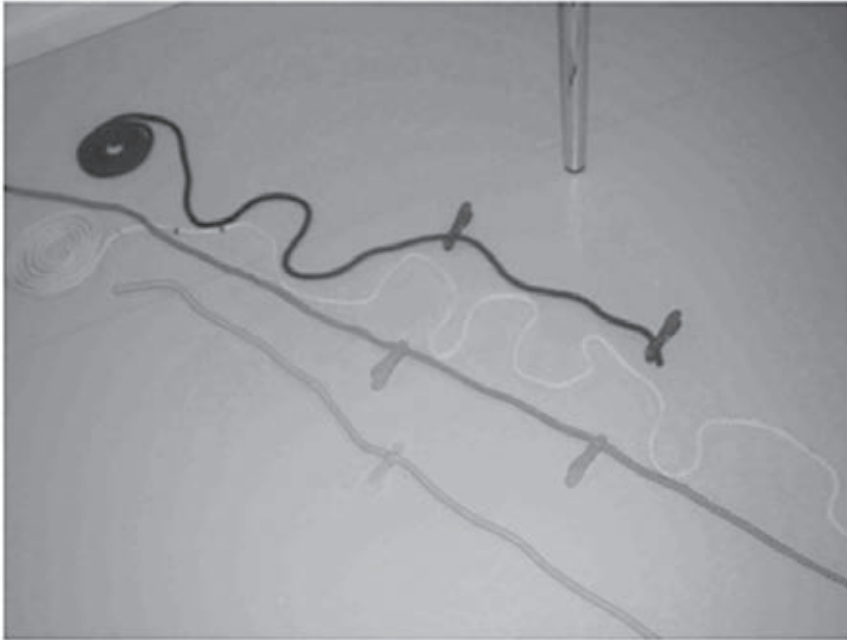


Familienbrett

Lösungsorientierte Interventionen sind auch die „*Ich schaffs*“-Programme des Finnen Ben Furman, die wir in meiner Praxis im Einzel- und Gruppensetting regelmäßig einsetzen.

In der Einzelberatung mit einem Elternteil arbeiten wir manchmal mit der sogenannten „Lebensflusslinie“ (*timeline*). Diese Methode gehört zu den imaginativen und hypnotherapeutischen Verfahren und eignet sich dann, wenn man

den Schwerpunkt auf nonverbale Interventionen richten möchte, wenn z.B. schon sehr viel geredet wurde, ohne dass sich wesentliches ändert.



timeline

Fazit

Zusammenfassend möchten wir sagen, dass der Blick durch die „systemische Brille“ sich für unsere tägliche Arbeit mit Patienten und Klienten immer aufs Neue als spannend erweist, Freude und Bereicherung in unsere Arbeit bringt und unsere Handlungsräume erweitert. Wir können Kolleginnen und Kollegen nur einladen, sich mit diesen Ansätzen zu beschäftigen und sie ggf. in ihren Arbeitsalltag zu integrieren.

„Ich glaube daran, dass das größte Geschenk, das ich von jemandem empfangen kann, ist, gesehen, gehört, verstanden und berührt zu werden. Das größte Geschenk, das ich geben kann, ist, den anderen zu sehen, zu hören, zu verstehen und zu berühren. Wenn dies geschieht, entsteht Kontakt.“ (Virginia Satir)

Literatur

- Furman, Ben* (2015) Ich schaffs! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden - Das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten. 2. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Furman, Ben* (2013) „Ich schaffs!“ in Aktion: Das Motivationsprogramm für Kinder in Fallbeispielen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Kindl-Beilfuß, Carmen* (2008) Fragen können wie Küsse schmecken, m. Fragekarten. Systemische Fragetechniken für Anfänger und Fortgeschrittene. Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Mücke, Klaus* (2009) Probleme sind Lösungen: Systemische Beratung und Psychotherapie - ein pragmatischer Ansatz - Lehr- und Lernbuch. 4. Aufl., Potsdam: Klaus Mücke ÖkoSysteme Verlag
- Prior, Manfred* (2015) MiniMax-Interventionen: 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung. 12. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Schweitzer, Jochen & von Schlippe, Arist* (2014) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen. 5. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schwing, Rainer & Fryszer, Andreas* (2013) Systemisches Handwerk. 6. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen* (2013) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen. 2. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Wir danken unseren Lehrerinnen und Lehrern am Münchner Institut für systemische Weiterbildung und am Fröbelseminar in Kassel.

Autorin:

Dr. med. Gudrun Rogler
Volkartstr. 5, 80634 München
Tel: 089/167 89 19, Fax: 089/16 78 34 60
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie,
Systemische Beraterin, Systemische Familientherapeutin i.A., München

Co-Autorin:

Petra Schindler
Heilpädagogin, Systemische Beraterin, Psychomotorikerin.
SPV-Mitarbeiterin in der Praxis Dr. Rogler, München

Dissoziierte Intelligenz

Jennifer Binder

Zusammenfassung der Studie

Im Rahmen einer retrospektiven Studie wurden erste Annahmen über die Dissoziierte Intelligenzstörung eruiert. Eine Dissoziierte Intelligenz ist eine inhomogene Verteilung von Stärken und Schwächen des kognitiven Leistungsprofils, welches Entwicklungsmöglichkeiten und Lernerfahrungen beeinträchtigen kann, die problematische Erlebens- und Verhaltensweisen bedingen können. Für das Forschungsvorhaben wurde ein exploratives Design verwendet, um einen Einblick in das zu erforschende Feld zu bekommen. Dabei wurden subjektive Wahrnehmungen aus der Perspektive unterschiedlicher Fachleute betrachtet sowie mit qualitativen und quantitativen Methoden analysiert. Im Fokus der Forschung standen die Ziele der Hypothesengewinnung sowie die Bildung von Annahmen über die Auswirkungen einer dissoziierten Intelligenzstörung auf das Verhalten von Kindern. Resultierend konnte dabei im Ansatz eine Typologie der dissoziierten Intelligenzstörung herauskristallisiert werden. Zum einen gibt es ein Intelligenzprofil zugunsten des Sprach-IQs, zum anderen zugunsten des Handlungs-IQs. Die unterschiedliche Ausprägung der intellektuellen Fähigkeiten geht mit spezifischen Verhaltensauffälligkeiten einher. Es lassen sich Hinweise darauf finden, dass das Risiko eine komorbide Verhaltensstörung zu entwickeln, erhöht ist, die als Folgesymptomatik der dissoziierten Intelligenzstörung verstanden werden können. Sie stehen nicht bei jedem Kind als typisches Symptom der Dissoziierten Intelligenz zugrunde, sind aber differentialdiagnostisch betrachtet, bei diesen Kindern in unterschiedlicher Ausprägung sowie je nach kognitiver Disposition und Vulnerabilität vorzufinden.

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund der Leistungsdiagnostik ist das Phänomen der Dissoziierten Intelligenz aufgetreten und nimmt zugleich einen zunehmenden Stellenwert in der klinischen Arbeit ein. Wendet man sich diesbezüglich der Forschung zu, ist zu erkennen, dass die dissoziierte Intelligenz bislang nur wenig untersucht wurde. Angesichts des mangelnden Erklärungskonzeptes, der fehlenden diagnostischen Entität sowie des wenig etablierten Forschungsstandes ist eine Sicherstellung einer differenzierten Erfassung des Symptomkomplexes der dissoziierten Intelligenzstörung unabdingbar. Dies wurde anhand einer retrospektiven Fallstudie, im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung des Landschaftsverbands Rheinland angestrebt. Dabei stellten sich die Fragen, welche Auswirkungen das dissoziierte Intelligenzprofil auf das Verhalten von Kindern hat, in welchem Zusammenhang die dissoziierte Intelligenz zu den komorbiden Störungsbildern steht und welche ursächliche Rolle dieses Intelligenzprofil hierbei spielen könnte. Im Kontext der Studie wurden zwei komplementäre Paradigmen von diagnostischen Denktraditionen verwendet, welche in reziproker Ergänzung den Ausgangspunkt für die wissenschaftliche Forschungsarbeit darstellen.

2. Diagnosekriterien

Aufgrund fehlender Studien, unzureichender Erkenntnisse und mangelnder Literatur im Hinblick auf die Dissoziierte Intelligenz ist nur eine ungenügende Definition dieses Verhaltensbildes vorhanden. Laut ICD-10-GM besteht bei einer Dissoziierten Intelligenz eine Diskrepanz von mindestens 15 IQ Punkten zwischen verschiedenen Leistungen im Bereich der Intelligenz, zum Beispiel zwischen dem Sprachverständnis und dem wahrnehmungsgebundenen logischen Denken. Es wird davon ausgegangen, dass eine klinisch signifikante Diskrepanz im Intelligenzprofil zu Entwicklungshemmungen und -beeinträchtigungen führt und damit eine Störung der Intelligenzleistung bewirkt. Diese Diagnose wird allerdings sowohl aus klinischer Sicht als auch im Kontext der Forschung kritisiert, da wesentliche Aspekte nicht erfasst werden. Die fehlende deskriptiv-kategoriale Festlegung von Symptomen zur Diagnosestellung im ICD-10-GM kann als ein Kritikpunkt gesehen werden. Unklar ist des Weiteren, ob die Diskrepanz von 15 IQ-Punkten und 1 Standardabweichung für eine klinische Signifikanz ausreichen. Einige Wissenschaftler fordern als Diskrepanzkriterium 1,5 Standardabweichungen; dies

würde einer Differenz von 23 IQ-Punkten entsprechen (vgl. Petermann, Esser 2010). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Differenzen zwischen 1.5 und 2 Standardabweichungen zur Intelligenz berücksichtigt.

3. Intelligenzmodelle

Es gibt einige Theorien, auf deren Grundlagen verschiedene Intelligenztests entwickelt wurden. Dazu gehört unter anderem das „Zweifaktorenmodell“ von Spearman (1904 entwickelt) bei dem sich die Intelligenz in zwei Komponenten aufteilt: In einen allgemeinen Faktor (g-Faktor), der in jeder Intelligenzleistung wirksam wird, d. h. die Fähigkeit tritt durchgängig bei verschiedensten intellektuellen Aufgaben auf (z. B. Problemlösefähigkeit, g-Faktor) und in mehreren spezifischen Intelligenzfaktoren (s-Faktoren), d. h. Fähigkeiten, die bei einzelnen kognitiven Aufgaben auftreten und wirksam werden (u. a. räumliche, sprachliche, rechnerische Fähigkeiten) (vgl. Perleth 2004, vgl. auch Jackson et al., 1989). Aufgaben, die Abstraktionsleistungen fordern, besitzen nach Spearman die größte Sättigung mit dem g-Faktor (vgl. Mietzel, 1975). Menschen, bei denen der g-Faktor besonders hoch ausgeprägt ist, erbringen bessere intellektuelle Leistungen; hohe ausgeprägte spezifische Begabungen entstehen durch stark ausgeprägte s-Faktoren. Spätere Ergebnisse widerlegen allerdings Spearmans Theorie, da erkannt wurde, dass die Zweifaktorentheorie nicht ausreichte, um alle beobachtbaren Korrelationen zu erklären. Raymond Bernard Cattell, ein Schüler Spearmans, entwickelte das „Zweifaktorenmodell“ (1963) von Spearman weiter. Er ist der Meinung, dass es zwei verschiedene Formen von Intelligenzen gibt: Die „fluide“ und die „kristalline“ Intelligenz. Die fluide Intelligenz sei laut Cattell erbbedingt und nur wenig durch Lernen beeinflussbar, die kristalline hingegen sei abhängig vom Lernen und der Umwelt (vgl. Perleth, 2008).

Zur fluiden Intelligenz gehören beispielsweise die geistige Kapazität, die Auffassungsgabe, das generelle Verarbeitungsniveau. Sie umfasst die Fähigkeit, komplexe Zusammenhänge zu erkennen, Probleme zu lösen und Schlussfolgerungen zu ziehen. Sie wird mit Matritzenaufgaben und räumlichen Anordnungen bemessen. Die kristalline Intelligenz enthält das erworbene Wissen einer Person und die Fähigkeit, dieses Wissen abzurufen. Dabei ist die kristalline von der fluiden Intelligenz abhängig. Sie umfasst sowohl explizites Wissen (semantisches und episodisches, wie z. B. Faktenwissen), als auch implizit Gelerntes (bestimmte Verhaltensweisen, Fahrradfahren, Rechnen etc.). Sie wird durch Wortschatztests, Rechentests und Allgemeinwissenstests gemessen.

4. Intelligenzdiagnostik

Vielfältige Verfahren der klinischen Testdiagnostik bilden Fähigkeiten und Eigenschaften ab, indem diese auf Basis wissenschaftlich überprüfter Methoden zuverlässige Daten gewinnen (vgl. Renner, 2009). Ein Intelligenztest misst die kognitiven Fähigkeiten einer Person und bildet das Potenzial und die spezifischen Fähigkeiten ab. Ferner dient die Feststellung des kognitiven Leistungspotenzials auch als „Ankerwert bei der Diagnosestellung“ (ebd.), z. B. bei der Dissoziierten Intelligenz. Kein Test misst *alle* intellektuellen Fähigkeiten, jedoch gibt es einige Verfahren, die ein relativ breites Spektrum an intellektuellen Fähigkeiten abdecken (vgl. BMF, 2010). Wechsler entwickelte 1932 die Ermittlung des Intelligenzquotienten als so genannten Abweichungs-IQ mit einem Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 15. Die erreichten Testwerte (Rohwerte) werden dabei über eine Tabelle mit den Normwerten aus einer repräsentativen Vergleichsgruppe verglichen. Dadurch lassen sich die Leistungen von Kindern und Erwachsenen unterschiedlichen Alters vergleichen (vgl. Holling, Kanning, 1999). Nach David Wechsler (1896-1981) ist Intelligenz „[...] eine zusammengesetzte oder globale Fähigkeit des Individuums, zweckvoll zu handeln, vernünftig zu denken und sich mit seiner Umgebung wirkungsvoll auseinander zu setzen“ (zitiert nach der deutschen Übersetzung: Wechsler 1956, Tietze, Tewes, 1983). Wechslers Tests bauen auf der Annahme auf, dass die Intelligenz sich aus verschiedenen Fähigkeiten zusammensetzt. Zugleich hält Wechsler aber an einer Zusammenfassung einer Gesamtintelligenz zur Beschreibung einer Person fest (s. Zweifaktorentheorie der Intelligenz von Spearman). In allen heute gebräuchlichen Intelligenztests, in denen das Ergebnis als IQ angegeben ist, ist Wechslers Abweichungs-IQ gemeint. Darüber hinaus verwenden alle gängigen Intelligenztests, die keinen IQ ausgeben, ebenfalls Abweichungsmaße, die äquivalent zum Abweichungs-IQ sind wie Standard- oder T-Werte. Diese haben lediglich eine andere Standardabweichung und meist einen anderen Mittelwert. Ein gutes Diagnoseinstrument zeichnet sich dadurch aus, dass seine Ergebnisse möglichst oft zu einem richtigen und möglichst selten zu einem falschen Ergebnis führen. Ein IQ lässt sich nicht mit 100-prozentiger Sicherheit feststellen, da die Messung immer fehlerbehaftet ist. Trotzdem ist eine Abschätzung des Wertes auf Grund von statistischen Gesetzmäßigkeiten möglich. Mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit ist das Ergebnis eines Tests genau, wenn er bestimmte Gütekriterien erfüllt (vgl. BMBF, 2010). Die drei Hauptgütekriterien psychologischer Testverfahren sind die Objektivität, die

Reliabilität und die Validität. Ein sehr bekannter Intelligenztest ist die Wechsler-Intelligence Scale for Children (WISC-IV), für Kinder zwischen 6 und 16,11 Jahren. Sie gehört zum diagnostischen Standardrepertoire der Intelligenzdiagnostik.

5. WISC-Test (HAWIK)

Wechsler veröffentlichte 1939 die Testbatterie Wechsler-Bellevue-Intelligenzskala, welche mehrere praktische Untertests beinhaltet und damit die Abhängigkeit von verbalen Items verringert. Der WISC-IV steht in der Tradition der Wechsler-Skalen, den weltweit am häufigsten eingesetzten Intelligenztests (vgl. Petermann et al., 2009). Das Hauptmerkmal aller Wechsler-Skalen ist die Fokussierung auf ein hierarchisches Intelligenzmodell mit einem g-Faktor zur Kennzeichnung der allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit (vgl. Petermann et al., 2009). Diesem Gesamtwert (G-IQ) unterliegen im WISC-Test Indizes, welche sich wiederum aus zehn Kerntests zusammensetzen. Der Test kombiniert verbale Untertests mit nonverbalen, handlungsbezogenen Untertests. Nach Wechsler soll der Test möglichst verschiedene Facetten von intellektuellem Denken und Handeln darstellen, die aber in einem übergeordneten Konstrukt (g-Faktor) münden (vgl. Petermann, Daseking, 2009). Dem WISC-Test liegt das Intelligenzmodell von Cattell bzw. Spearman zugrunde, welches die kognitiven Fähigkeiten auf Basis einer kristallinen und fluiden Intelligenz beschreibt. Das fluide Denken wird durch die Untertests ‚Matrizen-Test‘, ‚Bildkonzepte‘, ‚Gemeinsamkeiten finden‘ und ‚Begriffe erkennen‘ gemessen. Die Untertests des Index ‚Sprachverständnis‘ (‚Wortschatztest‘, ‚Allgemeines Verständnis‘, ‚Allgemeines Wissen‘) erheben überwiegend die kristalline Intelligenz. Ferner wird das ‚Arbeitsgedächtnis‘ durch die Untertests ‚Zahlen nachsprechen‘, ‚Buchstaben-Zahlen-Folgen‘ und ‚Rechnerisches Denken‘ und die ‚kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit‘ durch die Untertests ‚Zahlen-Symbol-Test‘, ‚Symbol-Suche‘ und ‚Durchstreich-Test‘ erfasst.

6. Methoden

Es wurden für die Konzipierung der Erhebungsinstrumente unterschiedliche methodische Perspektiven und Vorgehensweisen berücksichtigt. In diesem Sinne kamen sowohl quantitative Methoden als auch qualitative Methoden

zum Einsatz. Die *quantitative* Forschung richtete sich auf Aussagen über Häufigkeiten und sollte mithilfe von Kategoriensystemen theoretische Konzepte, in diesem Fall Hypothesenkonstruktionen über Störungseinheiten, operationalisieren. Dazu wurden *quantitative* Methoden in Form der *quantitativen* Datenanalyse, der Häufigkeitsanalyse und der klassifikatorisch-diagnostischen Kategorienbildung verwendet. Es wurden über Häufigkeitsanalysen Verhaltensbeschreibungen gefunden, die in einer Korrelation zur Dissoziierten Intelligenz stehen. In diesem Zusammenhang wurden dann Kategorien gebildet und mit den Auswirkungen der Dissoziierten Intelligenz in Relation gesetzt. Bei der *qualitativen* Forschung wurde nach dem *wie* von Zusammenhängen und inneren Strukturen gefragt (vgl. Lamnek, 2005). Das *qualitative* Vorgehen war geprägt von der *qualitativen* Datenanalyse, angelehnt an der Inhaltsanalyse von Mayring und der diagnostischen Methode der phänomenologisch-anthroposophischen Betrachtung, wie z. B. der Konstitutionsdiagnostik. Die Kontrastierung der *quantitativen* mit der *qualitativen* Methodologie stellte die Grundlage für die datenbegründete Konstruktion von Kategorien, Typologien und Hypothesen dar. In diesem Sinne standen bei der *quantitativen* Methode die Messung bestimmter Merkmale (Kategorienhäufigkeit) eine größere Objektivität und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse im Fokus der Forschungsarbeit. Zudem mündete der Informationsgewinn in eine Datenreduktion, die wiederum die Grundgesamtheit generalisiert. Der Methodengrundstock dieser Studie richtete sich allerdings auf *qualitativ* orientierte Forschungsmethoden, die auf ein Sinnverstehen angelegt sind. Diese unterschiedlichen Erkenntnisperspektiven richten sich auf komplementäre Paradigmen und sollten dazu beitragen, eine umfassendere Erkenntnis der Entwicklungsproblematik des Kindes zu erhalten. Durch diese Vorgehensweise wurde eine hohe Inhaltsvalidität und ein tieferer Informationsgehalt der Ergebnisse erreicht, ohne allerdings repräsentative und zahlenmäßige Aussagen machen zu können (vgl. Winter, 2000).

7. Stichprobe

Methodologisch von Bedeutung sind mehrere einzelne Zugänge zum Forschungsfeld. Hier ist zunächst einmal das *purposive Sampling* zu nennen. Im Falle des purposiven Samplings wird ausgehend von bestimmten Kriterien die Stichprobe ausgewählt (vgl. Fritsch 2007, 85). So wurden einerseits abweichende Fälle, die eine maximale Intensität der Merkmale vermuten ließen und andererseits extreme Fälle, welche die klinische Signifikanz gewährleis-

ten, ausgewählt. Insofern sind drei Kinder jeweils mit einer Diskrepanz zugunsten des Sprachverständnisses und drei Kinder mit jeweils einer Diskrepanz zugunsten des wahrnehmungsgebundenen logischen Denken ausgewählt wurden, um eine maximale Variation der Fälle darzustellen. Die Auswahl der extremen Fälle erfolgte zielgerichtet, da hierbei eine starke Ausprägung der Verhaltensphänomene und Typologien zu erwarten war. Demgemäß erfüllen die ausgewählten Fälle die zuvor formulierten Kriterien mit einer Diskrepanz von über 23 IQ-Punkten, also mit 1.5 – 2 Standardabweichungen und einer klinischen Signifikanz mit einer Grundrate von <10%. Entsprechend wurden Kinder mit einem bereits diagnostizierten dissoziierten Intelligenzprofil ausgewählt, weshalb ein zuvor durchgeführter IQ-Test mit dem WISC-IV Voraussetzung für die Teilnahme war. Weiterhin wurde darauf geachtet, im Hinblick auf geschlechtsspezifische Differenzierungen, eine heterogene Samplestruktur zu erzeugen. Somit konnten für die Stichprobe zwei Mädchen und vier Jungen herauskristallisiert werden. Das Medianalter besteht, aufgrund der geraden Anzahl der Fälle, aus Ober- und Untermedian von 10 und 10,2. Die Range erstreckt sich auf das Alter von 8,3 bis 12 Jahren.

Ein weiteres entscheidendes Kriterium für die Auswahl der Fälle war die Tatsache, dass die jeweilige teilstationäre Behandlung abgeschlossen war. Diese Entscheidung gründete zum einen auf ethischen Aspekten, um die Therapeut-Klient-Beziehung zu schützen, da eine mögliche Reduktion des Kindes auf die dissoziierte Intelligenzstörung im Rahmen der Therapie nicht gerechtfertigt gewesen wäre. Zum anderen war entscheidend, dass ausschließlich nicht-reaktive Datenquellen für die Untersuchung angewandt wurden, um damit Verzerrungen durch Artefakte zu vermeiden. Die damaligen Dokumentierungen über das Verhalten der Kinder wurden nicht spezifisch im Zusammenhang mit der Dissoziierten Intelligenz getätigt, sodass eine erhöhte Objektivität gewährleistet ist.

8. Dokumentenanalyse

In dieser Erhebung wurden zwei verschiedene Methoden der Dokumentenanalyse mit unterschiedlichen Perspektiven kombiniert: Die qualitative Dokumentenanalyse, welche auf die Erklärung der Bedeutung und Interpretation der Dokumente zielt und die quantitative Dokumentenanalyse zur Erfassung einzelner Merkmale von Dokumenten, welche durch Häufigkeitsanalysen bestimmten Kategorien zugeordnet werden. Die konkrete Auswertungsarbeit befasst sich mit einem Konglomerat aus Hypothesen, Protokollen, Ergebnis-

sen und diversen Analysetechniken. Für die vorliegende Studie wurde eine eigene Vorgehensweise für die Auswertung des Datenmaterials entwickelt, welche sich aus den folgenden beschriebenen Analysetechniken zusammensetzt. Zunächst war die Textanalyse zentral, welche in Anlehnung an die Inhaltsanalyse von Mayring erfolgte. Hierbei fand eine inhaltliche Strukturierung, Kategorienbildung sowie eine quantitativ orientierte Häufigkeitsanalyse statt, mit welcher Kategorien induktiv gebildet wurden. Anschließend wurde die Methode der Konstitutionsdiagnostik angewendet. Des Weiteren folgte eine fallvergleichende Analyse im Sinne der Komparativen Kasuistik. Hierbei wurden spezifische Entwicklungsphänomene im Hinblick auf individuelle und generalisierende Aspekte betrachtet. Auf der Grundlage dieser vergleichenden Phänomene und Individuum spezifischen Untersuchungsmethode wurde anschließend die Methode der Fallkontrastierung angewendet. Diese datenbegründete Konstruktion von Kategorien und Fallkontrastierung fand letztlich ihren Ausdruck in der Methode der Typenbildung.

8.1 Analysetechnik: Inhaltsanalyse / Kategorienbildung

Das Ziel der Inhaltsanalyse besteht darin, Material zu analysieren, welches aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt (vgl. Mayring 2007, 11). Es wurden die jeweiligen Akten der Kinder verwendet und deren Daten für die Analyse herangezogen. Die Dokumente beinhalten eine komplexe und differenzierte Schilderung von Verhaltensweisen unter interdisziplinären Kontextbedingungen aus unterschiedlichen Berufsgruppen (vgl. Dokumentationsrichtlinien der LVR-Klinik, Onlineversion 2013). Bei der inhaltsanalytischen Auswertung der vorliegenden Daten wurde eine zur Fragestellung und zu den Daten passende Auswertungstechnik entwickelt, die sich an den Vorgaben von Mayring orientierte. Hierbei wurde nicht jeder Analyseschritt gemäß Mayrings Regeln durchgeführt, da das Datenmaterial schon anhand klinischer Leitlinien und berufsgruppeneigener Verfahren zur Dokumentierung vorstrukturiert war. Aus diesem Grund wurden neue und damit teilweise von Mayrings Inhaltsanalyse abweichende kategoriale Strukturen nötig. Hier stand die inhaltliche Strukturierung, welche das Ziel hat bestimmte Inhalte und Aspekte aus dem Material zu filtern, an zentraler Stelle (vgl. Mayring 2008, 58). Die durch die Filterung entstandenen Paraphrasen wurden induktiv gebildeten Hauptkategorien zugeordnet. Diese induktiv gebildeten Kategorien ergaben sich aus den Beschreibungen der Dokumente. Die Kategorien wurden aus dem Material heraus entwickelt, ohne sich auf vorab festgelegte Theorien zu beziehen (vgl. Brunner, Mayring 2010, 327). Dabei wurden

zunächst die Paraphrasen/Kodiereinheiten, die exemplarisch die Kategorie darstellen, zu jeder Kategorie zugeordnet. Bei der Zuordnung wurden die Kategorien gegebenenfalls überarbeitet und modifiziert. Die Ergebnisse der Analysen wurden quantitativ durch Kategorienhäufigkeiten weiterverarbeitet, sodass eine intersubjektiv eindeutige Zuordnung sowie eine abschließende Vergleichbarkeit der Ergebnisse möglich wurde (vgl. Brunner, Mayring 2010, 325, vgl. auch Mayring 2007, 11).

8.2 Analysetechnik: Komparative Kasuistik

Das komparativ-kasuistische Vorgehen bezieht sich auf „psychologisch definierbare Phänomene“ (Jüttemann 2009), mit denen eine Hypothesengenerierung vorgenommen wurde (vgl. ebd.). Die Entwicklungsphänomene der jeweiligen Kinder waren komparativ zu analysieren, um vom Einzelfall zu allgemeinen Erkenntnissen vorzudringen (vgl. a.a.O.). Insofern wurde auf der Grundlage der komparativen Kasuistik der Einzelfall zunächst als Variationsform der jeweiligen Störung aufgefasst (vgl. a.a.O.). Darüber hinaus kann diese Anwendungsperspektive sowohl zu einem individualisierenden Vergleich als auch zu einer Theorien vorbereitenden Generalisierung beitragen. Die gleichzeitige Beachtung genereller und individueller Aspekte im Anwendungszusammenhang der komparativen Kasuistik fand in der Gegenüberstellung von Erklären und Verstehen der Phänomene ihren Ausdruck (vgl. Jüttemann, 2009). Somit eröffnete diese Forschungsstrategie in der Auswertungsarbeit eine Phänomen zentrierte Erkenntnis anreicherung, berücksichtigte im Kontext dieser Arbeit aber lediglich die generalisierende und individualisierende Komparative Kasuistik im Sinne einer Fallkontrastierung der unterschiedlichen Typen. Zudem wurden mögliche Komorbiditäten zur Dissoziierten Intelligenz sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede erfasst.

8.3 Analysetechnik: Typenbildung

Der Analyse der Sekundärdaten ging eine Klassifizierung, Interpretation und Deskription mit der Absicht voran, die Phänomene der Dissoziierten Intelligenz in quantitativer wie qualitativer Hinsicht zu beschreiben, um auf dieser Grundlage das störungsspezifische Verhaltensbild erfassen zu können. Anknüpfend erfolgte eine sekundärmethodologische Analyse der Typenbildung. Hierbei ging es primär darum, Ähnlichkeiten und Unterschiede sowohl auf Einzelfallebene als auch fallübergreifend zu identifizieren (vgl. Kelle, Kluge 2010). Insbesondere die Vergleichsdimension bzw. Kategorien, die eine Kon-

trastierung ermöglichten, wurden bei der Typenbildung in den Fokus genommen. Dem Vergleich und der Kontrastierung kamen dabei sowohl deskriptive als auch hypothesengenerierende Funktionen zu, welche die charakteristischen Züge und Typologien beschreiben (vgl. a.a.O.). Durch die Bildung von Typologien kann die Realität durch die Informationsreduktion greifbarer und damit begreifbarer gemacht werden (vgl. ebd.). Dem Prozess der Typenbildung lagen vier Stufen zugrunde, die auch im Prozess dieser Auswertungsarbeit berücksichtigt wurden. Insofern war eine Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen zentral mit deren Hilfe Ähnlichkeiten und Unterschiede erfasst wurden und somit Typen charakterisiert werden konnten. Bei der nächsten Auswertungsstufe ging es, um die Gruppierung der Fälle und die Analyse von Regelmäßigkeiten, mit dem Ziel die interne Homogenität der Gruppe zu überprüfen (vgl. Kelle, Kluge 2010). In diesem Zusammenhang wurde auch überprüft, ob eine „genügend hohe externe Heterogenität besteht, d. h. ob die entstehende Typologie genügend Varianz (also Unterschiede) im Datenmaterial abbildet“ (ebd.). Der nächste Schritt bestand darin, die inhaltlichen Sinnzusammenhänge zu analysieren, um die Phänomene soziologisch verstehend zu erklären. In dieser Phase wird der Merkmalsraum reduziert und damit die Merkmalskombinationen auf wenige Typen verringert. Die letzte Stufe umfasste die Charakterisierung der gebildeten Typen anhand ihrer relevanten Vergleichsdimensionen, ihrer Merkmalskombinationen und der inhaltlichen Sinnzusammenhänge (vgl. a.a.O.). Da sich die Fälle eines Typus nicht in allen Merkmalen gleichen, sondern nur ähneln, werden Prototypen zur Veranschaulichung ausgewählt. Dabei ist zu beachten, dass der Prototyp nicht der Typus ist, sondern ihm lediglich entspricht (vgl. Von Zerssen 1973, zit. nach Kelle, Kluge 2010).

9. Fallbeispiele

Im Folgenden werden zwei Fallbeispiele vorgestellt, die jeweils einem Typ der Dissoziierten Intelligenz entsprechen.

Fallbeispiel 1

Patrick war zum Zeitpunkt der Aufnahme 10 Jahre alt und besuchte die LVR-Klinik im Rahmen einer teilstationären Behandlung. Die Indikation der Therapie gründete auf den folgenden Diagnosen (ICD-10): F92.8 kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, F93.3 Emotiona-

le Störung mit Geschwisterrivalität und F90.0 Verdacht auf einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Sein Intelligenzprofil zeigt Stärken im Sprachverständnis und Schwächen im wahrnehmungsgebundenen logischen Denken auf. Im Index des Sprachverständnisses erzielte Patrick einen durchschnittlichen Index-Wert von 109, welcher unter Berücksichtigung des Vertrauensintervalls von 95% zwischen 102 und 114 liegt. Insofern weist Patrick gute Leistungen in den Bereichen der sprachlichen Begriffsbildung und im erworbenen Wissen auf. Im Bereich des wahrnehmungsgebundenen logischen Denkens erzielte er einen unterdurchschnittlichen Index-Wert von 79, welcher unter Einbezug des Vertrauensintervalls von 95% zwischen 74 und 87 liegt und damit in den Bereich der Lernbehinderung fällt. Es liegt eine klinisch signifikante Diskrepanz von 30 IQ-Punkten vor. Patricks heterogenes Intelligenzprofil (WISC-IV) mit einem Gesamtergebnis im durchschnittlichen Bereich entspricht dem klinischen Bild aus den Verhaltensbeobachtungen, welche relative Stärken im sprachlichen Bereich und relative Schwächen im Bereich des abstrakt-logischen Verständnisses belegen. Patrick zeigt eine gut ausgeprägte Sprachfähigkeit und damit einhergehend ein aktives Kommunikationsverhalten. Damit ging in der Vergangenheit eine Überschätzung seiner Kompetenzen einher, sodass er auf verschiedenen Ebenen überfordert wurde. Seine gute verbale Ausdrucksfähigkeit kann anscheinend leicht den Eindruck erwecken, dass sein Leistungsprofil deutlich höher liegt, obwohl er in seiner abstrakt-logischen Denk- und Verstehensfähigkeit erhebliche Defizite aufweist. Sehr eindrücklich zeigt sich dies in dem Beispiel, dass die Heimatschullehrerin von Patrick ihm von seinem kognitiven Potenzial her eine Gymnasialempfehlung und vom Sozialverhalten her eine Empfehlung für eine Förderschulform im sozial-emotionalen Bereich gegeben hätte. Insofern scheint er von seiner Umwelt im intellektuellen Bereich besser eingeschätzt und damit überschätzt zu werden. Deshalb kommt es in der Schule sehr oft zu Störungen seinerseits, vermutlich aufgrund einer Überforderung, welche aus den an ihn zu hoch gestellten Leistungsansprüchen resultieren. Kinder mit einem ähnlichen Intelligenzprofil wirken anscheinend auf oberflächlicher Ebene kompetenter als sie sind und werden mit Aufgaben und Anforderungen konfrontiert, die sie nicht leisten können. Sie werden deshalb massiven Frustrations- und Misserfolgserlebnissen ausgesetzt und können keine adäquate Lernumgebung sowie Lernanforderungen auffinden. Im Fall von Patrick äußert sich dies in einer Reihe von Schwierigkeiten und Auffälligkeiten in seinem Verhalten, wie z. B. in einer inkongruenten Selbstwahrnehmung, unrealistischen Selbsteinschätzung, massiven Selbstwertproblematik, selbst- und fremdaggessiven Verhalten, hohen Erregbarkeit und massiven Beeinträch-

tigungen in seiner Konzentration- und Ausdauerfähigkeit. Insofern bewirkt die dissoziierte Intelligenzstörung chaotisches und inkongruentes Erleben, Unsicherheiten sowie Störungen bei der Entwicklung der Identifikation mit der eigenen Persönlichkeit.

Fallbeispiel 2

Doris war zum Zeitpunkt der Aufnahme 12 Jahre alt und besuchte die LVR-Klinik im Rahmen einer teilstationären Behandlung. Die Indikation der Therapie gründete auf den folgenden Diagnosen (ICD-10): F40.1 Soziale Phobien, F93.8 Emotionale Störung des Kindesalters, F50.4 Essattacken bei sonstiger psychischer Störung. Ihr Intelligenzprofil zeigt Stärken im wahrnehmungsgebundenen logischen Denken und Schwächen im Sprachverständnis auf. Im Index des wahrnehmungsgebundenen logischen Denkens erzielte Doris einen durchschnittlichen Indexwert von 110, welcher unter Berücksichtigung des Vertrauensintervalls von 95% im Bereich zwischen 103–115 liegt. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass Doris über ein gutes fluides Grundpotenzial verfügt. Sie zeigt eine ausgeprägte Fähigkeit zum abstrakten kategorialen Denken sowie logisches Schlussfolgern. Im Bereich des Sprachverständnisses erzielte sie einen Indexwert von 87, welcher unter Berücksichtigung des Vertrauensintervalls von 95% zwischen 82 und 93 liegt und damit den Bereich der unterdurchschnittlichen Intelligenz bzw. den der Lernbehinderung berührt. Ihre verbale Ausdrucksfähigkeit wirkt ungeübt und wenig gefördert, zudem weist sie einen geringen Wortschatz auf. Die Diskrepanz zwischen diesen beiden Bereichen liegt bei 23 IQ-Punkten. Doris' fluide Intelligenz ist durchschnittlich gut ausgeprägt, ihre kristalline Intelligenz defizitär. Ihr mangelndes Sprachverständnis beeinträchtigt nicht nur ihr Sprachverhalten, sondern schränkt auch ihre gesamte kognitive, soziale und emotionale Entwicklung ein. Insofern zieht die dissoziierte Intelligenzstörung schwere sekundäre Folgen nach sich, wie Störungen in der Entwicklung eines gesunden Selbstwertkonzeptes, was sich wiederum negativ auf das Verhalten des Kindes auswirkt. Doris' sehr niedriges Selbstwertkonzept und ihr geringes Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten begünstigen die Entwicklung von gravierenden Ängsten und Unsicherheiten. Gleichzeitig liegen ihrer Angst ihr negatives Selbstbild und ihre emotionale Labilität zugrunde, welche sich in Verbindung mit ihren defizitären verbalen Fähigkeiten entwickelten. Dabei spielen vermutlich auch die Leistungsunterschätzung und die mangelnde positive Resonanz eine Rolle, da Doris aufgrund ihres defizitären und geringen Sprachgebrauchs leicht den Eindruck erwecken kann, dass sie über ein viel niedrigeres Leistungspoten-

zial verfügt, als sie eigentlich besitzt. Ihre durchschnittlich ausgeprägten Fähigkeiten im wahrnehmungsgebundenen, abstrakt-logischen Denken deuten darauf hin, dass sie ihre Defizite im Sprachverständnis wahrnehmen kann, da sie kognitiv zu einer differenzierten Umwelt- und Selbstwahrnehmung in der Lage ist. Vor diesem Hintergrund verhält sie sich vermutlich bewusst sehr zurückhaltend und vorsichtig im Kontext von Leistungsanforderungen, um damit Leistungseinbußen zu entgehen. Möglicherweise erklärt dies auch ihr erhebliches Vermeidungsverhalten auf Interaktions- und Kommunikationsebene, da sie häufig verschlossen, passiv sowie schüchtern wirkt und meistens nur wenig und leise spricht. Vor allem in Gruppensituationen traut Doris sich nicht, frei zu sprechen und verweigert dies. Diese negative Erfahrung, sich nicht adäquat ausdrücken sowie die eigenen Bedürfnisse und Emotionen nicht verbalisieren zu können führt dazu, dass Doris, im wahrsten Sinne des Wortes, sprachlos ist. Ihr Unvermögen, genauso am Alltags- und Gruppengeschehen teilzunehmen, wie es die anderen Kinder tun, schien sie in den Hintergrund und in eine passive Haltung zu drängen. Das hat zur Folge, dass Doris psychosomatische Beschwerden, wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Fieber, Magen-Darm-Infekte entwickelte. Diese psychosomatischen Reaktionen stehen primär im Zusammenhang mit der Schule und sind vermutlich ein Hinweis darauf, dass Doris gerade im schulischen Kontext ihre sprachlichen Defizite erlebt und zu vermeiden versucht. Demnach scheint die deutliche Einschränkung ihres Sprachverständnisses erhebliche Auswirkungen auf ihre Gesamtverfassung zu haben. Entsprechend verzweifelt, traurig, und belastet wirkt sie. Ihre geringe Konzentrationsfähigkeit scheint zudem durch ihr mangelndes Funktionsniveau auf sprachlicher Ebene beeinträchtigt zu werden, da sie mit dem Versuch beschäftigt ist, sich zu regulieren, sodass sie den Fokus nicht mehr auf schulische Anforderungen richten kann. Innerhalb kreativer Schaffensprozesse, welche überwiegend nonverbal ausgerichtet sind, ist sie dazu in der Lage, sowohl konzentriert und ausdauernd als auch mit Freude mitzuarbeiten. Diesem differierenden Verhalten liegt vermutlich die unterschiedliche Gewichtung des Sprachanteils zugrunde. Daran wird deutlich, dass Doris ihr Potenzial entfalten kann, wenn ihr adäquate Erfahrungsräume geboten werden, die ihrem diskrepanten Fähigkeitsprofil gerecht werden.

Hypothetisch betrachtet haben sich bei Doris aufgrund der dissoziierten Intelligenzstörung eine Angstsymptomatik, depressive Verstimmungen und Konzentrationsstörungen entwickelt, welche mit einer erhöhten sprachlichen Überforderung einhergehen. Zudem zeigt sie sich psychosomatisch stark belastet und körperlich in ihrer Funktionsweise gehemmt. Dabei bleibt sie weit hinter ihren intellektuellen Möglichkeiten und ihrem Potenzial zurück.

10. Gesamtergebnisse auf der Grundlage der Datenanalyse

In der aktuellen Studie wurde Hypothesen herangezogen, die darauf schließen lassen, dass bei den untersuchten Kindern eine signifikante Diskrepanz im Intelligenzprofil offenbar zu Problemen in der gesamten psychosozialen und emotionalen Entwicklung führt. Es konnten insgesamt zwölf Kategorien mittels der quantitativen Datenanalyse gebildet werden, in welchen die Kinder Auffälligkeiten in ihrem Verhalten zeigen. Die häufigsten Verhaltensbeschreibungen wurden in folgende Kategorien geordnet: Selbstbild, Soziale Orientierung/Kontaktverhalten, Sprachverhalten, Körperliche Konstitution/Verfassung, Leistungsorientierung, Konzentration/Ausdauer, Emotionalität/Grundstimmung, Emotionsregulation/Erregbarkeit, Aggressivität, Ängstlichkeit/Unsicherheit und Rollenübernahme. Es folgt ein kurzer Einblick in die Hypothesengewinnung ausgewählter Kategorien:

- *Hauptkategorie Ängstlichkeit/Unsicherheit*

Bei allen Kindern wurde ein erhöhtes ängstliches und unsicheres Verhalten nachgewiesen. Das Erleben des eigenen diskrepanten Fähigkeitsprofils verbunden mit den inadäquaten Leistungsanforderungen (Über- und Unterschätzung) sowie des damit einhergehenden inkongruenten Selbstbildes begünstigt das Entstehen von Ängsten und Unsicherheiten. Daraus entwickelten sich bei 66% der Kinder Angststörungen.

- *Hauptkategorie Sprachverhalten*

Die Kinder, die ein defizitäres Sprachverständnis aufweisen, sind alle von Sprechhemmungen befangen. Die Kinder mit einem durchschnittlich ausgeprägten Sprachverständnis weisen ein aktives Sprachverhalten auf. Das unterschiedliche Sprachverhalten ist auf die Ausprägung des Sprachverständnisses zurückzuführen. Demzufolge zeigen sich die Kinder, mit einem geringfügig ausgeprägten Sprachverständnis, eingeschränkt in ihrem Sprachverhalten. Bei dieser Gruppe konnten stets Sprachstörungen und bei der Hälfte selektiv mutistische Verhaltenstendenzen nachgewiesen werden. Wohingegen die andere Kindergruppe, welche eine hohe Sprachkompetenz kennzeichnet, ein gut ausgeprägtes Sprachverständnis und keine Sprachstörungen aufweisen.

- *Hauptkategorie Leistungsorientierung*

Bei den Kindern mit einem geringen Sprachverständnis liegen Beobachtungen zugrunde, die darauf schließen lassen, dass sie eine schwankende Leistungsorientierung aufzeigen bzw. in der Schule wenig bis gar nicht leistungs-

orientiert sind. Auffällig ist vor allem, dass sie zwar im schulischen Kontext wenig bis keine Leistungsorientierung zeigen, aber in therapeutischen und kreativen Settings leistungsfreudiger und motivierter wirken. Das differierende Verhalten bezüglich der Leistungsorientierung liegt vermutlich am unterschiedlich ausgerichteten Fokus der Settings. In der Schule werden hauptsächlich Leistungen und Ergebnisse gefordert, währenddessen im kreativen Kontext prozessorientiertes und zum Teil nonverbales Arbeiten im Vordergrund steht. Aufgrund der defizitären Sprachfähigkeit und der damit einhergehenden negativen Erfahrungen, Unterforderungen bzgl. der reinen kognitiven Fähigkeiten und der wenig positiven Resonanz der Umwelt wird das Leistungsverhalten eher gehemmt denn gefördert. Zudem verstärken Misserfolgserlebnisse in der Schule eher Vermeidungsverhalten. Im kreativen Bereich können alle drei ihr Potenzial entsprechend ihrer Fähigkeiten individuell anpassen und entfalten, weshalb hier die Leistungsorientierung vermehrt gezeigt wird. Die hier erlebten Erfolgserlebnisse führen vermutlich zu einer Erhöhung des Leistungsstrebens. Die andere Gruppe, also die Kinder mit einem hohen Sprachverständnis zeigen sich sehr leistungsorientiert. Sie präsentieren sich ehrgeizig und zum Teil sogar überheblich. Aufgrund der positiven Resonanz und der Bestätigung von außen werden die Kinder in ihren Leistungen gestärkt und erleben Erfolgserlebnisse, was wiederum zu einer erhöhten Leistungsbereitschaft führt.

(Bei Interesse können die anderen Hauptkategorien und Hypothesen angefragt werden.)

11. Typologie der Dissoziierten Intelligenz

Die Typenbildung beruht auf der Analyse von Ähnlichkeits- und Differenzbezügen, welche in der komparativ-kasuistischen- und fallkontrastierenden Analyse gewonnen wurden. Grundsätzlich ist zu sagen, dass das folgend angeführte Konglomerat von charakteristischen Symptomen einer dissoziierten Intelligenzstörung hypothetisch zu betrachten ist. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die dissoziierte Intelligenzstörung in ihrer individuellen Ausgestaltung zwei Typen unterliegt, welche jeweils ähnliche aber auch unterschiedliche Merkmale aufweisen. Kennzeichnend für eine dissoziierte Intelligenzstörung ist die Inhomogenität des Intelligenzprofils. Die Dissoziierte Intelligenz bewirkt ein diskrepantes Erleben der eigenen Fähigkeiten und damit ein Gefühl der Dissonanz. Diese Irritation ist bei den betroffenen Kindern dominierend, weshalb sie unter bestimmten Voraussetzungen Auffälligkeiten

in ihrem Verhalten entwickeln können. In diesem Zusammenhang sind innerhalb der Studie psychopathologische Auffälligkeiten vor dem Hintergrund einer dissoziierten Störung des Intelligenzprofils als Sekundärsymptomatik interpretiert worden. Im Vergleich der beiden Typen untereinander ist zu erkennen, dass sich die Diskrepanz auf das Verhalten teilweise unterschiedlich auswirkt, je nachdem in welchem Intelligenzbereich Defizite und Stärken vorhanden sind. Als direkte Folgesymptomatik der dissoziierten Intelligenzstörung werden angesichts der erzielten Erkenntnisse die Selbstwertproblematik, die Konzentrationsstörungen und bei den Kindern mit einem geringen Sprachverständnis die Sprach- und Sprechprobleme angesehen. Komorbide Störungen, die als Begleiterkrankung der Dissoziierten Intelligenz interpretiert werden, sind beispielsweise Angststörungen, Somatisierungsstörungen, ADHS und Störungen im sozialen und emotionalen Verhalten. Sie treten nicht bei jedem Betroffenen als typisches Symptom der dissoziierten Intelligenz auf, sind aber bei diesen Kindern in unterschiedlicher Ausprägung sowie je nach kognitiver Disposition und Vulnerabilität vorzufinden. Eine Abgrenzung und eine differenziert definierte Entität vorzunehmen, ist allerdings sehr schwierig, da die Übergänge fließend sind und komorbide Verhaltensstörungen auftreten können.

Typus 1

Den ersten Typus kennzeichnen ein hohes Sprachverständnis und eine geringe wahrnehmungsgebundene logische Denkfähigkeit. Diese dem ersten Typus zugeordnete Gruppe weist ein aktives sowie kompetentes Kommunikations- und Sprachverhalten auf. Das Sprachverhalten ist geprägt von einer hohen Sprachkompetenz, einer eloquenten Ausdrucksweise sowie einem differenzierten Wortschatz. Insofern ist die kristalline Intelligenz gut ausgebildet. Allerdings besitzen sie ein defizitäres wahrnehmungsgebundenes logisches Denken, also eine geringere fluide Intelligenz, was sich in Form eines Unvermögens im abstrakt-logischen Denken und beispielsweise in einem unzureichenden Instruktions- und Regelverständnis zeigt. Sie haben Schwierigkeiten im expressiven detaillierten Erklären, im Verstehen von inhaltlichen Zusammenhängen sowie Zusammenhänge zu bilden und machen oft die gleichen Fehler. Aufgrund der Diskrepanz ihrer Fähigkeiten und der inkongruenten Selbst- und Fremdwahrnehmung bilden sie ein fehlerhaftes Selbstbild aus und überschätzen sich selbst in ihren Leistungen und werden darin zumeist von ihrer Umwelt überschätzt. Aufgrund ihrer mangelnden abstrakt-logischen Denkfähigkeit und der damit verbundenen unzureichenden

Reflexionsfähigkeit sind sie anscheinend nur beschränkt dazu in der Lage, adäquate soziale Umgangsweisen, Konfliktlösungsstrategien und ein sozial angemessenes Verhalten zu zeigen. Bei diesem Typus wird einerseits das dissoziale Verhalten, andererseits das sozial-ängstliche Verhalten als Ausdruck von Hilflosigkeit und Verständnisproblemen verstanden, da sie dies kognitiv nicht gänzlich erfassen und umsetzen können. Womöglich haben sie deshalb ein sehr leistungsorientiertes Verhalten ausgebildet, um zu versuchen, eigene Defizite zu kompensieren und zu verbergen. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich insbesondere innerhalb sozialer Interaktionen und im Umgang von Konflikten. Die Jungen tendieren eher zu aggressiven und dissozialen Verhaltensweisen, wohingegen die Mädchen eher zu schüchternen, ängstlichen und gehemmten Handlungsweisen neigen.

Typus 2

Für den zweiten Typus sind ein hohes wahrnehmungsgebundenes logisches Denken und ein geringes Sprachverständnis charakteristisch, weshalb dieser als der „Verkannte“ definiert wird. Die Gruppe des zweiten Typus verfügt über eine gut ausgebildete fluide Intelligenz und eine geringe kristalline Intelligenz. Kennzeichnend für diesen Typus sind ein defizitäres Sprachverhalten, Sprechhemmungen und zum Teil die Sprechverweigerung. In Gesprächen zeigen sie sich passiv, brechen Sätze mittendrin ab oder benötigen lange, bis sie verbal reagieren und antworten. Sie benutzen vorwiegend Zwei- bis Drei-Wort-Sätze und haben Schwierigkeiten bei der Formulierung von Sätzen. Angesichts des hohen kognitiven Funktionsniveaus sind sie dazu fähig die inadäquaten Resonanzen (Unterforderungen) aus der Umwelt wahrzunehmen und zu reflektieren. Aufgrund der Wahrnehmung der eigenen Defizite sowie der Leistungsunterforderungen entwickeln sie ein negatives Selbstbild. Die Erfahrung, stets in seiner Kompetenz in Frage gestellt zu werden und keine angemessenen, dem Fähigkeitsprofil entsprechenden Aufgaben zu erhalten, führt dazu, dass das Kind diese Resonanzen seiner Umwelt aufnimmt und auf dieser Grundlage ebenso keine angemessene Einschätzung seiner Fähigkeiten vornehmen kann. Diese Inkongruenz begünstigt ein negatives Selbstkonzept und mangelndes Selbstvertrauen, auf dessen Grundlage sich enorme Unsicherheiten entwickeln. Diese Unsicherheiten verstärken sich aufgrund der Misserfolgserlebnisse, die sie im Zusammenhang mit ihren Misserfolgserwartungen sowie ihrem Vermeidungsverhalten machen und manifestieren sich schließlich in (Sprech-)Ängsten und Angststörungen. In diesem Zusammenhang stehen wohl auch die für sie typischen Merkmale der schwankenden

Leistungsorientierung und des schwankenden Konzentrationsverhaltens. Innerhalb diverser Settings, welche ihr Fähigkeitsprofil berücksichtigen, zeigen sie eine angemessene Konzentrations- und Leistungsfähigkeit. Im Kontext von inadäquaten Leistungsanforderungen, wie beispielweise im schulischen Bereich, zeigen sie inkonstante Leistungen und eine schwankende Konzentrationsfähigkeit bis hin zu vermeidendem, aggressivem oder zurückgezogenem Verhalten.

12. Ausgewählte anthroposophische Aspekte

Im Rahmen der Studie wurde sowohl die phänomenologisch-anthroposophische Sichtweise hinzugenommen als auch diesem Ansatz unterliegende Analyseverfahren verwendet. Anhand einer phänomenologisch anthroposophischen Betrachtung wurde primär ein Sinnverstehen des Phänomens der Dissoziierten Intelligenz beabsichtigt. Damit kann ein valideres Bild der empirischen Realität und der Phänomene ermöglicht werden. Anhand der Dokumentenanalyse und des Instruments der Konstitutionsdiagnostik wurde ein individuelles Profil vom Kind erstellt, welches den Symptomkomplex reduziert und welches spezifische Einseitigkeiten der Entwicklungsdynamik darstellt. Der Konstitutionsdiagnostik liegt der Ansatz des Holismus zugrunde. Dieser beschreibt Gesundheit in Termini wie *Balance* und *Ganzheit* und stützt sich auf die Theorie, dass Krankheit eine Störung der Balance und eine Verletzung des Ganzseins ist (vgl. Niemeijer 2011). Der Begriff ‚Balance‘ charakterisiert in der Konstitutionsdiagnostik die polare Anordnung der Konstitutionsbilder. Die Konstitutionsbilder sind ‚Erinnern und Vergessen‘, ‚Sich verbinden und Loslassen‘, ‚Bewegen und Ruhen‘. Diese von Steiner eingeführte Typologie der sechs Konstitutionsbilder soll verdeutlichen, dass eine kontinuierliche Dysbalance in einer der Polaritäten die Entwicklungsproblematik des Kindes verstärkt und damit das Kind anfälliger und sensibler für weitere Störungen macht (vgl. Niemeijer 2008). Derartige Einseitigkeiten kommen in den sechs Konstitutionsbildern zum Ausdruck, indem sich das Gleichgewicht zu einem Extrem verschiebt und dieser Pol folglich die Entwicklung dominiert. Die bildende Diagnostik der Konstitutionsbilder ist insbesondere auf die Beobachtung des Kindes und auf dessen körperlichen und psychosozialen Erscheinungen fokussiert. Dieses Diagnostikverfahren gibt ein Profil wieder, in welchem die Maße der Einseitigkeiten des Kindes in drei Entwicklungsgebieten abgebildet und erfasst werden. Die Ermittlung erfolgte über Fragebögen sowie über eine Einschätzung auf einer dynamischen Messlatte der drei

polaren Konstitutionsbilder. Im Folgenden wird ein kurzer Einblick in die Ergebnisgewinnung aus anthroposophischer Sicht gegeben:

12.1 Ergebnis der Konstitutionsdiagnostik: Gedächtnisstörung

Die Dissoziierte Intelligenzstörung wird innerhalb der Studie nach Einschätzung und Resultat der anthroposophischen Forschungsmethodologie als eine Funktionsstörung des Langzeit- und Kurzzeit-Gedächtnisses definiert. Es wurde herausgestellt, dass die Kinder mit einer dissoziierten Intelligenz unter einer Gedächtnisstörung im Sinne des polaren Konstitutionsbildes des Erinnern und Vergessens leiden. Hierbei geht es um Prozesse von Denken, Vergessen und Erinnern. Es gibt bei diesem Konstitutionsbild zwei polare Bilder: eine Dominanz im kristallinen Bereich (Sprachverständnis) und eine Einseitigkeit im fluiden Bereich (wahrnehmungsgebundenes logisches Denken).

Typ 1: Dominanz im kristallinen Bereich (Sprachverständnis)

Die kristalline Intelligenz ist eine Funktion des Gehirns, die das Gedächtnis und den Gebrauch des Langzeitgedächtnisses involviert. Eine ausgeprägte Gedächtnisfunktion ist demnach charakteristisch für die kristalline Intelligenz. Zudem beinhaltet sie semantisches Wissen, Faktenwissen, Allgemeinwissen, episodisches und explizites Wissen. Die Einseitigkeit im Bereich der kristallinen Intelligenz wird angereichert durch das stetige Zurückkehren von Gedanken, die sich im Gedächtnis manifestieren. Aus diesem Grund entstehen Fixationen im Denken, da die Gedanken immer wieder ins Bewusstsein treten und fest bzw. unbeweglich werden. Die Einseitigkeit zeigt sich darin, dass ein zu starkes Bewusstsein im Denken dominiert, welches durch ein ausgeprägtes Gedächtnis und Erinnerungsvermögen gekennzeichnet ist (vgl. Niemeijer, 2011). Demnach können die betroffenen Kinder Eindrücke und erworbenes Wissen gut behalten. Resultierend weisen sie ein ausgeprägtes Allgemeinwissen und ein weitreichenden Wortschatz auf, was in einem hohen Sprachverständnis ihren Ausdruck findet. Gleichzeitig wird aber, aufgrund der dominierenden Einseitigkeit der kristallinen Intelligenz, die Ausbildung der fluiden Intelligenz gehemmt. Dies führt zu einer reduzierten Nutzung der abstrakt-kategorialen Denkprozesse.

Typ 2: Dominanz im fluiden Bereich (wahrnehmungsgebundenes logisches Denken)

Das polare Bild wird mit einer Dominanz im fluiden Intelligenzbereich und einem Mangel auf kristalliner Ebene charakterisiert. Dieser bewirkt eine Absorption von Vorstellungen, sodass die Erinnerungsfähigkeit beeinträchtigt wird. Insofern scheint bei einer mangelnden kristallinen Intelligenz eine Gedächtnisstörung vorzuliegen, die das Abspeichern von Gedächtnisinhalten und Vorstellungen (Allgemeinwissen, Wortschatz etc.) hemmt. Aufgrund dieser Tatsache scheint die Gedächtniskapazität eingeschränkt. Damit ist eine beeinträchtigte kristalline Intelligenz bzw. das defizitäre Sprachverständnis zu erklären. Wie schon erwähnt, umfasst das semantische Gedächtnis, welches ein Teil der kristallinen Intelligenz darstellt, das Allgemeinwissen und den Wortschatz sowie grundlegende Bedeutungen von Wörtern und Begriffen. Die Speicherung dieser Gedächtnisinhalte scheint bei diesem polaren Konstitutionsbild gestört und beeinträchtigt somit die Entwicklung des Sprachverständnisses bzw. Vorstellungen und Inhalte im Gedächtnis abzuspeichern. Die Inhalte entgleiten, sodass die betroffenen Kinder auf nur wenige oder zerstückelte Inhalte des Wortschatzes und des Allgemeinwissens zurückgreifen können. Das Vergessen und sich Nicht-erinnern-Können ist charakteristisch für die dissoziierte Intelligenzstörung mit einer Dominanz im wahrnehmungsgebundenen logischen Denken. Anders ergeht es ihnen in Bezug auf ihr fluides intellektuelles Potenzial, da dieses nicht hauptsächlich auf erworbenem Wissen basiert, welches im expliziten Gedächtnis abgespeichert wird, sondern implizite Fähigkeiten wie schlussfolgerndes, abstraktes Denken oder die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit enthält. Die fluide Intelligenz (WLD) involviert Systeme, die die Aufmerksamkeit und das Kurzzeitgedächtnis sowie die Auffassungsgabe und das generelle Verarbeitungsniveau betreffen. Deshalb ist davon auszugehen, dass die betroffenen Kinder aufgrund der fluiden Intelligenz dazu in der Lage sind Eindrücke kurzzeitig aufzunehmen und verarbeiten zu können. So können sie beispielsweise Zusammenhänge auf abstrakter Ebene und logische Schlussfolgerungen tätigen. Die Dominanz im fluiden Bereich und damit die Beeinträchtigung in der kristallinen Intelligenz führen dazu, dass sich die Eindrücke sofort auflösen und nicht im Langzeitgedächtnis abgespeichert werden. Das Langzeitgedächtnis unterliegt der kristallinen Intelligenz und scheint bei diesen Kindern unzureichend in ihrer Funktion tätig zu sein. Insofern scheint sich die dissoziierte Intelligenz zugunsten der fluiden Intelligenz auf der Grundlage einer vergesslichen Konstitution zu entwickeln.

12.2 Auswirkung aus anthroposophischer Sicht

Die Störung der Dissoziierten Intelligenz wird als Verlust der Schwingungsfähigkeit zwischen der kristallinen und fluiden Intelligenz sowie als ein Gefangensein in einer Einseitigkeit aufgefasst. Dadurch wird eine massive Verunsicherung ausgelöst, welche die Angst vor dem Aufmerksamwerden des eigenen Körpers verstärkt. Das Verdrängen dieser unangenehmen Emotionen wird durch eine Steigerung der Bewegungsaktivität erreicht. Aus diesem Grund entwickeln Kinder mit einer dissoziierten Intelligenzstörung eine auf Körperangst beruhende Verhaltensstörung, welche sich insbesondere in erhöhter Bewegungsunruhe zeigt. Daneben findet die innere Dissonanz als Störung der Homöostase ihren Ausdruck in Problemen in der physiologischen Regulation z. B. in Einschlafstörungen, übermäßiger Süßigkeitenkonsum, in Wutausbrüchen und Aggressionen, aber auch in massiven Ängsten. Insofern ist dieses Verhalten als Reaktion auf eine mangelnde Selbstsicherheit und Störung des inneren Gleichgewichts zu verstehen. Eine aus anthroposophischer Sicht mögliche Fehldiagnosestellung wie eine ADHS-Diagnose könnte insofern vermieden werden, wenn man die Verhaltensauffälligkeiten der Hyperaktivität und Bewegungsunruhe vor dem Hintergrund einer Dissoziierten Intelligenzstörung versteht.

Grundsätzlich ist bei diesem Abschnitt anzumerken, dass die hier genannten Hypothesen auf dem anthroposophischen Menschen- und Krankheitsbild gründen, welche in Anbetracht der Fülle nicht näher betrachtet werden können.

13. Diskussion

Die Studie gewährt einen Zugang zum Verständnis von Entwicklungsverläufen von Folgestörungen der Dissoziierten Intelligenz und versucht darüber hinaus ein erweitertes Verständnis für das Erleben der Diskrepanz des Intelligenzprofils von betroffenen Kindern aus der Perspektive unterschiedlicher Akteure zu geben. Psychopathologische Reaktionsmuster sind unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, dass Kinder aufgrund ihrer somatischen, kognitiven und emotionalen Bedingtheiten und ebenso aufgrund der unterschiedlich ausgerichteten Disposition der Intelligenz individuell auf psychische Irritationen reagieren (vgl. Resch et al. 2013, 33). Es galt herauszufinden, welche gemeinsamen und unterschiedlichen entwicklungsmodulierenden Auswirkungen bei den Betroffenen dominieren, die ursächlich der dissoziierten

Intelligenz zuzuschreiben sind. Dabei waren besonders Komorbiditäten und zugleich eine differentialdiagnostische Betrachtung zu berücksichtigen. Da lediglich Kinder mit psychopathologischen Auffälligkeiten untersucht wurden, ist eine differenzierte Betrachtung erschwert. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Symptome der psychischen Störungen allein auf die dissoziierte Intelligenz zurückzuführen sind. Es wäre denkbar, dass die Intelligenzstörung nur bei einem Teil aller Betroffenen Symptome verursacht, die mit psychischen Störungen einhergehen. Mit Blick auf die vorliegenden Untersuchungsergebnisse lässt sich aber vermuten, dass psychische Auffälligkeiten durch ein dissoziiertes Intelligenzprofil begünstigt werden oder in Korrelation zueinander stehen. Esser stellte z. B. in einer Studie fest, dass fast die Hälfte (46%) der achtjährigen Kinder mit einer umschriebenen Entwicklungsstörung gleichzeitig eine psychische Störung auf Achse I des MAS aufwiesen (Esser & Petermann 2010). Des Weiteren sind laut Leitlinien der AWMF Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen vulnerabler im Hinblick auf die Entstehung psychischer Störungen (AWMF S2k-Leitlinie, 2014). Auch die WHO beschreibt, dass Menschen mit einer Intelligenzminde- rung drei bis viermal häufiger psychisch erkranken als die Normalbevöl- kerung (WHO, 2013). In Anbetracht der Entwicklungsprobleme, welche die Kinder mit einer Dissoziierten Intelligenz zeigen, scheinen auch sie ein er- höhtes Erkrankungsrisiko für die Entwicklung psychischer Störungen aufzu- weisen. Es wird beispielsweise vermutet, dass sich aufgrund der Dissoziierten Intelligenz eine falsche bzw. divergierende Selbst- und Fremdwahrnehmung entwickelt, die zu Ängsten, Rückzug und zu einem negativen Selbstbild füh- ren. Diese können weitere Belastungen verursachen, welche psychiatrische Störungsbilder, beispielsweise die einer Angststörung manifestieren. Das wiederum kann zu sozialer Isolation und sozio-emotionaler Beeinträchtigung führen und damit die psychischen Auffälligkeiten verstärken. Daher sollten auch kausale Zusammenhänge zwischen den komorbiden Störungen erfasst werden. Jedoch kann nicht genau differenziert werden, ob die gezeigten Stö- rungen eine Folgesymptomatik der dissoziierten Intelligenzstörung darstel- len und mit dieser ursächlich zusammenhängen oder ob diese zusätzlich zu dieser Grundstörung komorbid auftreten. Dennoch ist anzunehmen, dass eine klinisch signifikante Diskrepanz das Erleben und Verhalten der Betroffenen ungünstig beeinflusst. Inwiefern es zu einer Entwicklung eines klassischen psychiatrischen Störungsbildes kommt, ist zusätzlich vor dem Hintergrund der biologisch-genetischen und psychosozialen Beeinflussung zu betrachten. Im Hinblick auf die möglichen Komorbiditäten sind vor allem weitere Un- tersuchungen unter differentialdiagnostischer Betrachtung notwendig, damit

das Verhaltensbild der Dissoziierten Intelligenz differenzierter erfasst werden kann. Es ist vermutlich sinnvoll, weitere Diagnosekriterien, die sich nicht nur auf das Intelligenzprofil, sondern auch auf das spezifisch gezeigte Verhalten beziehen, zu definieren. So lassen sich Doppeldiagnosen, die eventuell zu einer Verblendung der ursprünglichen Problematik führen vermeiden. Damit ist gemeint, dass die Hauptdiagnose durch die Symptome der Dissoziierten Intelligenz oder auch umgekehrt die Dissoziierte Intelligenz durch weitere Diagnosen nicht eindeutig erfasst werden kann und somit der Leidensweg der Betroffenen verlängert wird. Es ist anzunehmen, dass mögliche Verzögerungen adäquate Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen, eine Verschlimmerung des problematischen Verhaltens zur Folge haben. So besteht laut des BVEK bei Doppel-diagnosen, eine erhöhte Gefahr der Chronifizierung von psychischen Störungen (BVEK, 2011). Insofern kann eine definierte Entität des Störungsbildes zu einer zutreffenderen Diagnosestellung und damit zu einem optimierten Diagnostik- und Behandlungsverlauf führen und gleichzeitig einer Chronifizierung entgegensteuern.

14. Fazit

Die Studie erhebt mit bezüglich der deskriptiven Konstrukte und diagnostischen Erkenntnisse im Hinblick auf die Dissoziierte Intelligenz keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Das grundsätzliche Anliegen bestand darin, die Komplexität der Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensphänomene der Kinder auf bestimmte Merkmale zu reduzieren. Damit wurde das Ziel angestrebt, ein ungefähres Bild der Störung der Dissoziierten Intelligenz zu erfassen und in ihren Ansätzen zu beschreiben. Auch wenn die Entwicklung psychiatrischer Krankheitsbilder von mehreren Faktoren abhängig ist und aufgrund der Erhebungen keine abgesicherten Aussagen zur Ätiopathogenese gemacht werden können, lassen die fallvergleichenden und typenbildenden Aspekte die These zu, dass die Dissoziierte Intelligenz mit der Entstehung spezifischer Störungsbilder zusammenhängt. In Bezug darauf ist es von immenser Bedeutung, die geistige Leistungsfähigkeit von Klienten, insbesondere ein inhomogenes Intelligenzprofil, bei der Entstehung von psychiatrischen Krankheitsbildern nicht zu unterschätzen.

15. Ausblick

Die empirische Arbeit zeigt deutlich, dass noch viel Forschungs- und Aufklärungsbedarf besteht, besonders hinsichtlich des Symptomverständnisses. Die Bilanz der vorliegenden Forschungsarbeit scheint sich darin abzubilden, dass ein mangelndes Bewusstsein für die Störung der Dissoziierten Intelligenz vorherrscht. Es ist unter Betrachtung der Forschungsergebnisse deutlich geworden, dass die betroffenen Kinder bezüglich ihres intellektuellen Leistungsniveaus falsch eingeschätzt werden. Damit werden sie einer Unter- bzw. Überforderung ausgesetzt, was die Entwicklung psychiatrischer Verhaltensstörungen begünstigt. Deshalb ist es unabdingbar, ein Bewusstsein für die dissoziierte Intelligenzstörung zu schaffen, damit dieses Störungsbild in der Praxis mehr Aufmerksamkeit erhält. Ausgehend davon gilt es, die Besonderheiten dieses Störungsbildes diagnostisch und therapeutisch zu berücksichtigen, um den Betroffenen eine adäquate Gesundheitsleitung zukommen zu lassen. In diesem Zusammenhang sind auf der Metaebene grundsätzliche Gestaltungsfragen zu Therapie und Diagnostik zu überlegen.

Anmerkung

Der Artikel enthält Anteile der Master-Thesis, welche im Rahmen eines berufsbegleiteten Masterstudienganges, an der Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, angefertigt wurde.

Literatur

- AWMF* (2014): S2K-Leitlinie 028/042: Intelligenzminderung. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2014-12.pdf [zuletzt verfügbar: 08.05.2015, 11:55 h]
- Bundesministerium für Bildung und Forschung* (2010): Begabte Kinder finden und fördern. Ein Ratgeber für Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer. Bonn
- Daseking, Monika; Petermann, Franz; Petermann, Ulrike* (2009): HAWIK-IV: Grundlagen und Auswertungsstrategien. In: Petermann, Franz; Daseking, Monika: Fallbuch HAWIK-IV. Göttingen (u.a.); Hogrefe S. 13-34.
- DIMDI* (2015): ICD-10-GM. http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10_gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f70-f79.htm
- Esser, Günter; Petermann, Franz* (2010): Entwicklungsdiagnostik. Kompendien Psychologische Diagnostik Band 13. Göttingen (u. a.); Hogrefe.

- Hennicke, Klaus; Seidel, Michael (Hrsg.)* (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinder. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen (u. a.); Hogrefe (Originalausgabe 2008 nach *Anton Dosen*).
- Holling, Heinz; Kanning, Uwe Peter* (1999): Hochbegabung. Forschungsergebnisse und Fördermöglichkeiten. Göttingen (u.a.); Verlag für Psychologie Hogrefe.
- Jackson, Nancy E.; Robinson, Halbert B.; Roedell, Wendy C.* (1989): Hochbegabung in der Kindheit. Besonders begabte Kinder im Vor- u. Grundschulalter. Heidelberg; Asanger.
- Jüttemann, Gerd* (2009): Komparative Kasuistik als adäquate Strategie einer klinisch-psychologischen Erforschung störungsspezifischer Phänomene. In: Jüttemann, Gerd (Hrsg.): Komparative Kasuistik. Die psychologische Analyse spezifischer Entwicklungsphänomene. Lengerich; Pabst Science Publishers, S. 115-120.
- Kelle, Udo; Kluge, Susann* (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2., überarbeitete Auflage, Wiesbaden; VS Verlag.
- Köhler, Henning* (2004): Von ängstlichen traurigen und unruhigen Kindern. Grundlagen einer spirituellen Erziehungspraxis. 6. Auflage, Stuttgart; Verlag Freies Geistesleben.
- Lamnek, Siegfried* (2005): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. 4. Auflage. Weinheim, Beltz 2005.
- LVR-Klinik* (2013): Dokumentationsrichtlinien, Intranet-Version.
- Mietzel, Gerd* (1975): Pädagogische Psychologie. Einführung für Pädagogen und Psychologen. 2. Auflage. Göttingen (u. a.); Hogrefe Verlag.
- Niemeijer, Martin* (2008): Medizinisch-therapeutische Behandlung in der Heilpädagogik. In: Grimm, Rüdiger; Kaschubowski, Götz (Hrsg.): Kompendium der anthroposophischen Heilpädagogik. München; Ernst Reinhardt, S. 347-362.
- Niemeijer, Martin* (2011): Diagnostik. In: Gastkemper, Michael; Kampfs, Frans, Niemeijer, Martin (Hrsg.): Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Medizinisch-Pädagogische Begleitung und Behandlung. Dornach; Verlag am Goetheanum, S. 77-95
- Niemeijer, Martin* (2011): Konstitutionsbilder. In: Gastkemper, Michael; Kampfs, Frans, Niemeijer, Martin (Hrsg.): Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Medizinisch-Pädagogische Begleitung und Behandlung. Dornach; Verlag am Goetheanum, S. 103-134
- Perleth, Christoph* (2008): Intelligenz und Kreativität. Intelligence und Creativity. In: Haselhorn, Marcus/ Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Psychologie. Göttingen (u.a.); Hogrefe; S. 15-28.
- Petermann Franz; Petermann Ulrike (Hrsg.)* (2008): HAWIK-IV. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder – IV Manual. Bern; Hans Huber Verlag.
- Renner, Gerolf: Testpsychologische Diagnostik bei Kindern* (2009). In: Irblich, Dieter; Renner, Gerolf (Hrsg.): Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Die ersten sieben Lebensjahre. München; Hogrefe S. 73-85.

Resch, Franz; Romer, Georg, Schmecke, Klaus; Arbeitskreis OPD-KJ-2 (Hrsg.) (2013): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. Bern; Hogrefe.

Winter (2000): Quantitative vs. Qualitative Methoden: http://imihome.imi.unikarlsruhe.de/nquantitative_vs_qualitative_methoden_b.html [zuletzt verfügbar: 23.02.2014, 23:44 h]

Autorin:

Jennifer Binder

M. A. Heilpädagogin; Dipl. Tanzpädagogin

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der LVR-Klinik Viersen, TK Neuss, Preußenstr. 84, 41464 Neuss

Tel.: 02131 / 17650-121

Email: Jennifer.Binder@lvr.de

Entwicklung der Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – von der Weimarer Republik über die Nachkriegs- bis in die Neuzeit am Beispiel des „Westfälischen Instituts“ Hamm

Renate Schepker

Viel ist in den letzten Jahren über die „Kooperation auf Augenhöhe“ zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie gesagt und geschrieben worden. Man kann sich darüber einfach nur verwundern und von einem „Scheinriesen“ Kinder- und Jugendpsychiatrie sprechen, wie Prof. Jörg Fegert es gelegentlich tut, der auch erklärt: „eine der zentralen Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Pädagogik anzusiedeln“ (Fegert 2011, S. 44) und mit der selbstverständlichen Interdisziplinarität der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit fortfährt.

In den „guten alten Zeiten“ der Weimarer Republik hatte es durchaus so etwas wie eine „Kooperation auf Augenhöhe“ gegeben. Wir haben in einer kürzlich veröffentlichten Arbeit (Schepker et al. 2015) die gemeinsame Tätigkeit der Pädagogin Ruth von der Leyen (1888 - 1935) und des Psychiaters Prof. Franz Kramer (1878 - 1967) beschrieben. Ab 1916 besprach von der Leyen in Kooperation mit Ärzten der Berliner Charité Einzelfälle aus der medizinisch-psychiatrischen Praxis zum Zweck der jugendgerichtlichen Beurteilung. Sie war ab 1918 erste Geschäftsführerin des „Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen e.V.“ (im Folgenden DVzFfjP). 1923 wurde sie Schriftleiterin der „Zeitschrift für Kinderforschung“ (Berger 1999, Kölch 2002, S. 212-214, Castell et al. 2003, S. 534), in der ebenso häufig wie zu pädagogischen Themen kinder- und jugendpsychiatrische Arbeiten veröffentlicht wurden.

Eine 1934 publizierte Arbeit von Kramer und von der Leyen beruhte auf den Erfahrungen der 1921 gegründeten Beobachtungsstation für „psychopathi-

sche“ Kinder an der Nervenlinik der Charité (am 16.3.1921 beginnend mit 4 Kindern, später mehr), der Betreuung von Heilerziehungsheimen ab 1923 und der Kooperation mit der Beratungsstelle für Heilerziehung des DVzFfjP, ebenfalls den synergistischen Erfahrungen mit der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen und deren Unterkommission „Jugendgericht und Arzt“ (Vorsitz: Kramer, Geschäftsführung: von der Leyen) (Leyen 1931, S. 636). Gemeinsam entwickelten Kramer und von der Leyen die These, dass die genetische Ausstattung allenfalls eine besondere Vulnerabilität für negative Umwelteinflüsse bedinge und dass die Auswirkungen dieser Einflüsse durch jahrelange pädagogische Zuwendung heilbar seien. Die Autoren erklärten, dass sie zu Beginn der Studie auch von der Unerziehbarkeit der Kinder und der schlechten Prognose überzeugt gewesen seien, was dem damaligen, ausführlich referierten Mainstream entsprach.

Bei Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ (DGKH) 1940, als der ersten Fachgesellschaft in Abgrenzung von den Erwachsenenpsychiatern, zählte dieser Verband sehr viel mehr Pädagogen als Mediziner unter den Mitgliedern. Diese Zusammenfassung der verschiedenen Disziplinen entsprach dem ordnungspolitischen Streben der Nationalsozialisten und die Gründung fand unter hoher politischer Aufmerksamkeit statt (Schepker 2015). Dabei gab es viele gemeinsame Themen zwischen den Pädagogen und den Jugendpsychiatern, wie die Beiträge auf der Gründungs-tagung erkennen lassen: die Heimerziehung zu intensivieren, Übergänge in Arbeit zu sichern, behandelbare organische Störungen auszuschließen, die Bedeutung von „Körperkultur“ und Bewegung für die Entwicklung und die seelische Gesundheit. Andererseits ging es auch um den gesellschaftlichen Auftrag, schwer erziehbare und unerziehbare Kinder und Jugendliche auszusondern und an diesen keine staatlichen Ressourcen zu verschwenden – so wie die Arbeit des Berliner DVzFfjP bereits 1933 seitens des Reichsinnenministeriums als zu aufwändig kritisiert und mit dieser Begründung die Schließung des Vereins angeordnet worden war (Schepker et al. 2015). Dabei kam den Medizinerinnen für die Selektion eine bedeutsame und selbst attribuierte Rolle zu. Belegt ist die Mitwirkung von Kinderärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern. Landesobermedizinalrätin Dr. Elisabeth Hecker (1895 - 1986), der späteren Gründerin der KJPP Gütersloh, wurde später (Kersting 1996, S. 350-351, Dahl 2003, Haack et al. 2013) während ihrer Tätigkeit in Schlesien Beteiligung an der „Kindereuthanasie“ nachgewiesen, während Prof. Hans Heinze (1895 - 1983), der ab 1942 Vorsitzender der DGKH gewesen war, die sogenannte Kindereuthanasie maßgeblich mit organisiert hatte.

Zu Heckers Wirken in Schlesien sei ihre eigene Schilderung analog zu Dahl (2003, S. 103) aus einer Arbeit von 1943 referiert: „Die Klinik mit 60 Betten als selbständige Dienststelle, eine Pflegestation für die Bildungsunfähigen, die einer Heil- und Pflegeanstalt angeschlossen ist, eine Erziehungsanstalt mit 360 Betten, in der eine Hilfsschule für die sozial brauchbaren Schwachsinnigen besteht, eine ausgesprochen heilpädagogische für Sprachgestörte usw., eine Arbeitserziehungsabteilung für Schwachsinnige im Sinne einer Anlernstation für Psychisch-Abnorme, die, ohne die Leistungen des Intelligenztestes von 12 Jahren zu erreichen, manuell so brauchbar sind, daß sie durch untertariflich bezahlte Arbeitsstellen außerhalb einer Anstalt leben und deren Lebensunterhalt verdienen können. Ein sehr umfangreiches Arbeitsgebiet unserer Klinik ist auch die Erbbiologie, später hoffen wir auch hierin Beiträge geben zu können. Sehr großen Wert wird auf die Klärung der Frage, ob erbter oder durch Krankheit erworbener Schwachsinn vorliegt, gelegt. Wir benutzen dabei alle Methoden, die für uns erreichbar sind. Enzephalogramm, Sippenbearbeitung usw. [...] Ich darf wohl nur andeutungsweise darauf hinweisen, welch gut untersuchtes Material auf der Pflegestation zusammenkommt, wenn nach dem Tode der Kinder das Gehirn durch das neurologische Forschungsinstitut in Breslau untersucht wird“ (Hecker 1943, S. 183).

Nach Kriegsende wurde die DGKH nicht mehr weitergeführt. 1950 wurde der „Verein für Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik und Jugendpsychologie, e.V.“ gegründet (Stutte 1951) – 1951 in „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“ umbenannt und als reiner Medizinerverband organisiert: „Ordentliche Mitglieder können alle auf dem Gebiet der Jugendpsychiatrie praktisch oder wissenschaftlich tätigen Ärzte werden“ (Stutte 1952a). Die gemeinsame Zielgruppe von Jugendpsychiatern und Pädagogen wurde jedoch nicht infrage gestellt, ebenso wenig die Kooperation. Kontinuierlich wurde analog der Organisationsstrukturen des 3. Reiches allerdings die Definitionsmacht der Mediziner weiter getragen.

Kooperation wurde weiterhin auf gemeinsamen Tagungen gepflegt. So äußerte Prof. Hermann Stutte (1909 - 1982) auf der Tagung der AFET 1951: „Das Problem der Unerziehbarkeit, das schon mehrfach Gegenstand der AFET-Tagungen war, hat auch in der heutigen Zeit betonter Erziehungsfreudigkeit nichts von seiner bedrückenden Aktualität verloren... . Man muss den Mut haben (...) auf die Möglichkeit derartiger, im Erbschicksal eines Menschen gelegener Bedingungs Momente seiner Asozialität – bzw. auf den Jugendlichen projiziert: seiner Unerziehbarkeit – hinzuweisen“ (Stutte 1952b, S. 9) Der Vortrag beschäftigt sich im Folgenden ausgiebig mit hirnanorganischen, in-

telligenzmäßigen, psychiatrischen aber auch reaktiven Gründen. Der Vorbeugung der Entstehung einer Unerziehbarkeit komme große Bedeutung zu, und dazu solle man die Fallbesprechungen in Jugendämtern mit Klinikern („unter Einbezug pädagogischer, psychologischer und jugendärztlicher Sachverständiger“ wieder einführen (Stutte 1952b, S. 19). Ein Ziel sei eine Erweiterung der Jugendheime um heilpädagogische Kompetenz.

Analog geht aus dem Gütersloher Konzept 1950 der Gedanke einer Diagnostik, anschließenden Selektion und differenziellen Zuweisung in angeleitete pädagogische Kontexte nahtlos hervor: „Bereits im Jahre 1950 wurde mit einer Klinik für Jugendpsychiatrie begonnen, die folgende Aufgaben haben sollte: Diagnose bei auftretenden Erziehungsschwierigkeiten, Aufstellung eines sozialpädagogischen Erziehungsplanes, Aufklärung von Eltern, Sozialarbeitern und Lehrern zwecks Früherfassung, Therapeutische Behandlung, Ausbildung von heilpädagogischen Fachkräften, Gutachten für Gerichte, Forschung“ (Landesjugendwohlfahrtsausschuss, Niederschrift der 1. Sitzung am 25.5.65 S.8, LWL Archivamt, 103 689; für die Unterstützung bei den Archivarbeiten für diese Veröffentlichung bedanke ich mich herzlich bei Klaus Schepker und bei Herrn Höötman vom LWL Archivamt in Münster).

Hecker selbst schrieb in ihrem Konzeptpapier („Klinische Jugendpsychiatrie in Westfalen“, 31.7.1954, LWL Archivamt, Personalakte Hecker) dazu noch deutlicher: es handele sich um eine rein ärztliche Einrichtung, die sich primär um Diagnostik kümmere und um die Beratung von Eltern. Zuweisungen würden von Erziehungsberatungsstellen erfolgen. Diagnostik sei wichtig, um Kindern jahrelange überflüssige Psychotherapie zu ersparen, wenn doch primär z.B. eine Hirnschädigung vorliege. Die Abgrenzung von Hirnschädigung, Neurose, Schwachsinn und Psychopathie könne oft nur durch stationäre Beobachtung von 4-6 Wochen erfolgen.

Sehr deutlich äußert auch sie sich in diesem Papier zur Psychopathie und reklamiert dafür einen engen Begriff. Kinder „mit psychopathischem Zug“ würden aus der Variationsbreite jugendlicher Persönlichkeiten herausfallen und Psychopathie werde nur diagnostiziert, wenn sie als „eine an die Anlage gebundene Charakterabartigkeit“ darstellbar sei. „Echte Psychopathen“ würden auf Schutzaufsicht nicht reagieren (siehe auch Hecker 1956). Die Erziehungsfähigkeit im Rahmen der Fürsorgeerziehung sei aber meist zu bejahen, mit Einschränkung zu bejahen bei Gemütsbaren (dt. für anethische Psychopathen), die schwierig zu diagnostizieren seien.

Die Politik sah daran nichts Außergewöhnliches. Im Tätigkeitsbericht des LWL 1951-1954 heißt es zur „Westfälischen Klinik für Jugendpsychiatrie“ (ab

3.4.1952 in Gütersloh): „In der Klinik werden schwer erziehbare Kinder und Jugendliche, bei denen geistige und seelische Regelschwierigkeiten auftreten, beobachtet, um festzustellen, welche Art von Hilfe und Erziehung der Jugendliche am nötigsten braucht. An die Beobachtung schließt sich die sog. Heilerziehung an, die in einzelnen Erziehungsheimen... vorgenommen wird. Die Gütersloher Klinik berät außerdem die Erzieher in allen die Jugendpsychiatrie betreffenden Fragen.“ (...) (Tätigkeitsbericht 1951 – 1954 LWL, undatiert, LWL Archivamt, 620 865) „Dabei ist es interessant, dass sich die Einweisungsinitiative von den amtlichen Stellen (Jugendamt, Gesundheitsamt) in zunehmendem Umfang auf die Eltern verlagert...“ (Begründung Neubau Hamm, 8.2.1961, LWL Archivamt, 620 865). Damit wurde der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterhin eine sehr klare hoheitliche Funktion zugeschrieben.

Ltd. Landesmedizinaldirektor Dr. Hellmut Hünnekens, der Nachfolger Heckers, begründete den darin enthaltenen Führungsanspruch der Mediziner in einem späteren Beitrag („Therapie und Heilpädagogik im Westfälischen Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik“ von Landesmedizinaldirektor Dr. Hellmuth Hünnekens, undatiert aber vermutlich 1969, LWL Archivamt, 620 865) so: „Nie ist eine Verhaltensstörung und Erziehungsschwierigkeit aus einer Ursache allein zu erklären. Immer liegen sowohl körperliche Labilitäten konstitutioneller Art oder (...) Folgen von Krankheiten vor. Es besteht das reziproke Gesetz: Je stärker der Schaden ist umso geringer braucht die Umweltbelastung zu sein, um neurotische Störungen entstehen zu lassen. Die neurotische Belastung der Kinder und Jugendlichen ist entstanden aus dem Missverhältnis innerer Tragfähigkeit und äußerer Belastung. Wenn man also die Behinderung beseitigen oder mildern will, muss man dieses Missverhältnis verändern. Es geht also zunächst einmal um die ärztliche Aufgabe, die Störungen aus dem leiblichen Bereich – gegebenenfalls medikamentös nach entsprechender Abklärung – ihrer Ursache – zu beseitigen. Unsere Tätigkeit auf diesem Gebiet gleicht dabei sehr den Kinderärzten.“ Hünnekens fährt fort, dass 40 % der erziehungsschwierigen Kinder in der frühen Kindheit einen frühkindlichen Hirnschaden, oft „in leichtester Form“ akquiriert hätten. U.a. durch die psychomotorische Übungsbehandlung würde die „Erholung der geschädigten Hirn- und Nervenanteile“ erreicht. Dadurch würden fließende Übergänge vom ärztlich-therapeutischen, teils medikamentösen Vorgehen zum psychotherapeutisch-heilpädagogischen hergestellt.

Interessant ist die zeitgleiche Debatte um die Zuordnung der damaligen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik zu Medizin und / oder Pädagogik. Die „Klinik für Jugendpsychiatrie“ musste aus Platzgründen aus der Gütersloher

Landesklinik ausziehen, auch wurde beklagt, dass sie für die vielen Aufgaben zu wenig Platz hatte und gar die an psychotischen Störungen erkrankten Jugendlichen gar nicht habe behandeln können (LWL Nr 2/3/36 Vorlage der Verwaltung, 19.5.1958, LWL Archivamt, 103 286).

Es wurde mit Unterstützung der Stadt Hamm ein Gelände erschlossen und dort schrittweise eine neue Klinik gebaut. Der Gründungsname: „Westfälisches Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik mit klinischer Abteilung Hamm“ (LWL, Haupt- und Personalabteilung, Landesrat Dr. Heinrich Hagemann, 22.2.65, LWL Archivamt, 620 878) gab allerdings Anlass zu diversen Diskussionen.

Der Arbeits- und Sozialminister NRW schrieb am 8.2.67 an den LWL „Wie verlautet, soll daran gedacht sein, das Institut als gesundheitsfürsorgende und medizinische Einrichtung zu führen. Dem Vernehmen nach sollen die im Institut tätigen Bediensteten bereits Vergütung nach dem Kr-Tarif erhalten. – Hierzu weise ich darauf hin, dass die Förderung der Einrichtung mit Landesmitteln aus dem Bereich der Familienhilfe und Jugendhilfe nur ermöglicht werden konnte, weil das Institut nach den mir wiederholt vorgetragenen Überlegungen heilpädagogische Aufgaben im engeren Sinne an Kindern und Jugendlichen übernehmen und vornehmlich diagnostische Zwecke, wie... z.B. die Erstellung von Erziehungsplänen für gemeinschaftsschwierige Kinder und Jugendliche und von Jugendgerichtshilfe-Gutachten erfüllen sollte. Für die Förderung war darüber hinaus auch die geplante systematische Fortbildung von Fachkräften aller Zweige der Familien- und Jugendhilfe maßgebend. (...) Die Führung des Instituts als medizinische Einrichtung würde eine Rückforderung dieser Mittel auslösen“ (Arbeits- und Sozialminister NRW an LWL, 8.2.1967, LWL Archivamt, 620 878).

Hünnekens, als Leiter des Westfälischen Instituts, antwortete daraufhin dem Landesrat Dr. Dr. Kurt Gedicke: Eine Argumentation mit „sowohl als auch“ sei besser als „es ist nicht daran gedacht, das Institut als... medizinische Einrichtung zu führen“ – eine solche schwebte dem Landesrat zur Sicherung der Landesmittel offenbar vor. Hünnekens argumentierte mit einer noch größeren fiskalischen Gefahr: Sonst würden die Krankenkassen „als Kostenträger von über 50 % der Patienten (...) nicht mehr herangezogen werden können“ (Hünnekens an Gedicke, 6.3.1967, LWL Archivamt, 620 878). Nach Beratung innerhalb des Trägerverbandes blieb es beim ursprünglichen Namen.

Man sollte sich bei dieser Gelegenheit daran erinnern, dass bis in die 60er Jahre noch der sogenannte „Halbierungserlass“ des 3. Reiches Gültigkeit hatte – d.h. für einen Psychiatrie-Aufenthalt zahlte die Krankenkasse hälftig und die

zuständige Kommune über Sozialamt oder Jugendamt die andere Hälfte. Erst zum Zeitpunkt der Psychiatrie-Enquete endete diese Praxis, die zu einer deutlichen Schlechterstellung psychisch Kranker gegenüber organisch Kranken geführt hatte. Letztlich waren es auch fiskalische Erwägungen, die zunächst zur Klinik innerhalb der Landeslinik Gütersloh geführt hatten. Hecker führte im Konzeptpapier 1954 dazu aus: „Wir wissen, dass die fiskalische und geographische Angliederung an eine Heilanstalt eine Erschwerung bedeutet für die Früherfassung der Neurotiker... Trotzdem wurde sich erst einmal dieser organisatorischen Form bedient um in einer fiskalisch tragbaren Form anfangen zu können.“ Eine Kostenübernahmeerklärung war Voraussetzung für die Aufnahme. Dabei war Hecker im gleichen Papier sehr klar darin, dass man „in keinem Fall von einer RVO-Kasse verlangen (können), dass sie für eine Psychopathie die Kosten eines stationären Aufenthaltes übernimmt. Abartigkeit ist keine Krankheit... Pflege- oder Bewahrungsfälle nimmt die Klinik nicht auf“ („Klinische Jugendpsychiatrie in Westfalen“, 31.7.1954, LWL Archivamt, Personalakte Hecker).

Die dahinter stehende Idee der „Bewahrung“ von Unerziehbaren war von Prof. Paul Schröder (1873 - 1941) und Prof. Werner Villinger (1887 - 1961) in ihren Reden zur Gründung der DGKH 1940 in Wien sehr klar herausgestellt worden:

- Es werden „Verwahrungsanstalten für die schwer Gemütsarmen zusammen mit den übermäßig Erregbaren und Gewalttätigen“ gefordert (Schröder 1943, S. 13)
- Die „praktisch Unerziehbaren“ sind „... rechtzeitig in besonderen, entsprechend eingerichteten Arbeitskolonien unterzubringen und dauernd oder so lange zu bewahren, bis sie sich als geeignet für das freie Leben erweisen, ...“ (Villinger 1943, S. 26).

Aber auch die Seite der kommunalen Finanzgeber und der Jugendhilfe hatte ökonomisch-fiskalische Interessen im Zusammenhang mit der neuen Klinik. Sehr klar dazu der Landesrat Dr. Günter Happe in einem Bericht („Die Aufgaben des Westfälischen Instituts für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in der öffentlichen Erziehungshilfe“ von Landesrat Dr. Günter Happe, undatiert aber vermutlich 1969, LWL Archivamt, 620 865): „Ursprünglich ging es dem Landesjugendamt im Wesentlichen einmal darum, vor einer endgültigen Anordnung der Fürsorgeerziehung oder vor einer beabsichtigten Aufhebung der Maßnahmen Gutachten über Kinder zu erhalten, über deren Erziehbarkeit man sich nicht ganz im Klaren war. Derjenige, dessen „medizinische Unerziehbarkeit“ (heute sagt man richtiger „praktische Unerziehbarkeit“ aus

medizinischen Gründen“) festgestellt worden war, schied aus der Zuständigkeit der Fürsorgeerziehung aus.“ Erweiterungen dieses Aufgabenbereiches hätten sich für eine ärztlich geleitete Einrichtung von selbst verstanden. Der Landesrat führt „gutachtlichen Rat für die Heime“ und Fortbildungsaufgaben auf, um dann einen aufsuchenden konsiliarischen Dienst mit festen Zuständigkeiten für einzelne Einrichtungen als „ambulanten jugendpsychiatrischen Dienst“ zu benennen und dann zum Aufbau des Heilpädagogischen Heimes überzugehen, dessen „Aufbau und Teamführung“ dem Institut zufalle.

Logischerweise reklamierte somit auch die Jugendhilfe das Institut als Teil der Jugendhilfe-Landschaft. Landesrätin Dr. Ellen Scheuner (1901 - 1986) erklärte noch in ihrem Bericht auf der 1. Sitzung des Landesjugendwohlfahrtsausschusses, Münster 25.5.65: „Diese Einrichtung... hat sich als Hilfe für Eltern und die Heime sehr gut entwickelt und ist aus dem Gefüge der Jugendhilfe in Westfalen-Lippe nicht mehr fortzudenken“ (Bericht zu Punkt 5 der TO der Sitzung des Landesjugendwohlfahrtsausschusses am 25.5.65, LWL Archivamt, 103 689).

Die weitere Entwicklung war folgerichtig: direkt neben die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde das „Westfälische Heilpädagogische Kinderheim Hamm“ (auch bekannt als HeiKi) im Gelände gebaut (Frölich 2010, S. 12, 14-15). Das HeiKi führte u.a. eine geschlossene Fürsorge-Erziehungs-Gruppe in einem „modernen“ Hochhaus.

Sehr viel später (in den 80er Jahren) wurde diese Jugendhilfeeinrichtung dezentralisiert und emanzipierte sich damit von der Kinder- und Jugendpsychiatrie, etwa parallel mit einer relativen Professionalisierung der Jugendhilfen zu mehr Eigenständigkeit, mit der u.a. eine Schließung der geschlossenen Heimgruppen in vielen Bundesländern einherging – so auch in Hamm.

Die bekannten ideologischen Auseinandersetzungen zwischen KJPP und Jugendhilfe in den 80er-90er Jahren („Menschen statt Mauern“ // „Mauern und Menschen“) haben neben dem Personalzuwachs durch die Psychiatrie-Personalverordnung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 1991 langsam dazu geführt, dass sich ihrerseits die Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlicher auf ihre medizinischen Aufgaben zurückbesinnen konnte.

So wurde zwar bereits 1990 die Definitionsmacht der Jugendhilfe im KJHG festgelegt. Die Feststellung einer seelischen Störung oder einer zumindest drohenden seelischen Behinderung wurde sozialrechtlich fixiert und hatte durch Ärzte zu erfolgen (§ 35a KJHG), ärztliche Beratung konnte bei der

Jugend-Hilfeplanung in § 36 SGB VIII beigezogen werden. Eindeutig erhielt das Jugendamt die Definitionsmacht des Hilfebedarfs und die Verantwortlichkeit dafür – eigentlich ein logischer Schritt angesichts der nie in Frage gezogenen Finanzierungsverantwortung. Allerdings bedurfte es einiger Jahre an weiteren Debatten, um die Zuständigkeitsregelungen besser zu definieren.

Das „Insti“, d.h. das „Westfälische Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik Hamm“, wie es später unter Auslassung des Zusatzes „mit klinischer Abteilung“ (da es sich ausschließlich um eine Klinik handelte) viele Jahre lang hieß, wurde erst 2006 umbenannt in „LWL-Klinik Hamm“ und ist heute „LWL-Universitätsklinik Hamm“.

Heute findet zwischen Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ein aufsuchender ambulanter jugendpsychiatrischer Dienst unter anderen Vorzeichen statt. Heute ist die Aufarbeitung der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ihrer Definitionsmacht vor allem für Ausgrenzungsbestrebungen so weit fortgeschritten, dass eine sachliche Beschäftigung damit wieder möglich – und eine echte Kooperation mit der Jugendhilfe nicht nur möglich, sondern erforderlich und erwünscht ist.

Literaturverzeichnis

- Berger, Manfred* (1999) Ruth von der Leyen - Ihr Leben und Wirken. Info Berufsverband der Heilpädagogen 4:11-13.
- Castell, Rolf, Jan Nedoschill, Madeleine Rupp, and Dagmar Bussiek* (2003) Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dahl, Matthias* (2003) Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52:98-108.
- Fegert, Jörg Michael* (2011) Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie als Seismograf für Gesellschaftliche Entwicklungen. In: Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe! Tagungsdokumentation Kassel, 8./9. November 2010., edited by Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß and Reinhard Peukert. Bonn.
- Frölich, Matthias* (2010) Heimkinder und Heimerziehung in Westfalen 1945-1980. Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse aus der Quellenarbeit. online verfügbar im Internet-Portal „Westfälische Geschichte“, URL: <http://www.westfaelische-geschichte.de/tex1246> (zuletzt überprüft am 26.05.2015). Münster.
- Haack, Kathleen, Frank Häßler, and Ekkehardt Kumbier* (2013) „Irgend eine angenehme Seite ist bei dem Jungen nicht zu entdecken“ – Aspekte der „Kindereuthanasie“ in Schlesien. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 62:391-404.

- Hecker, Elisabeth* (1943) Die Jugendpsychiatrische Klinik. Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie einschließlich Rassen- und Gesellschaftshygiene 37:180-184.
- Hecker, Elisabeth* (1956) Die forensische Beurteilung junger Psychopathen. Gesundheitsfürsorge - Gesundheitspolitik. Zeitschrift für die Aufgaben der Volksgesundheitspflege. 6 (7):153-156.
- Kersting, Franz-Werner* (1996) Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen. Paderborn: Schöningh.
- Kölch, Michael Gregor* (2002) Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935. Die Diagnose "Psychopathie" im Spannungsfeld von Psychiatrie, Individualpsychologie und Politik. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde, Fachbereich Humanmedizin, Freien Universität Berlin.
- Leyen, Ruth von der* (1931) Die Eingliederung der Fürsorge für jugendliche Psychopathen in Jugendrecht und Erziehung. Zeitschrift für Kinderforschung 38:625-671.
- Schepker, Klaus* (2015) Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik (DGKH) – Der Weg von Paul Schröder zum Gründungsvorsitzenden. unveröffentlichter Vortrag, gehalten am 5.3.2015 auf dem XXXIV. DGKJP Kongress.
- Schepker, Renate, Klaus Schmeck, Michael Gregor Kölch, and Klaus Schepker* (2015) Eine frühe Gen-Umwelt-Theorie der Störungen des Sozialverhaltens versus „Anethischer Psychopathie“. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 64 (4):290-307.
- Schröder, Paul* (1943) Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik. Zeitschrift für Kinderforschung 49:9-14.
- Stutte, Hermann* (1951) Notiz. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie 18:96.
- Stutte, Hermann* (1952a) Die deutsche Jugendpsychiatrie. Unsere Jugend 4 (7):276-277.
- Stutte, Hermann* (1952b) Unerziehbarkeit und sog. Unerziehbarkeit. In: Bericht über die Tagung des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages in Bochum vom 11. bis 13. Oktober 1951, edited by AFET. Hannover: AFET.
- Villinger, Werner* (1943) Erziehung und Erziehbarkeit. Zeitschrift für Kinderforschung 49 (1):17-27.

Autorin

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Kinder- und Jugendpsychiatrie Weissenau
Weingartshofer Str. 2 / K-Bau
D-88214 Ravensburg
Tel. 0751 7601-2302
Email: renate.schepker@zfp-zentrum.de

Aufruf:

**Interviewpartnerinnen und -partner
gesucht für das Praxisforschungsprojekt zum
Hilfebedarf von Kindern und Jugendlichen
als Überlebende innerfamiliärer
Tötungsdelikte im Zusammenhang mit
Partnerschaftskonflikten, Trennung
bzw. Scheidung**

Susanne Heynen

Regelmäßig berichtet die Presse über innerfamiliäre Tötungsdelikte, meistens unter dem Schlagwort ‚Familientragödie‘. Als Auslöser dieser Taten werden häufig Eifersucht, Trennung oder Sorgerechtsstreitigkeiten genannt. Die Stiftung Deutsche Jugendmarke e. V. unterstützt für zwei Jahre (01.08.2014 - 31.07.2016) ein Forschungsprojekt des Jugendamts Karlsruhe, welches die Lebenssituation sowie die Bewältigungsprozesse von Kindern und Jugendlichen, die die Gewalteskalation überlebt haben, sowie die professionellen Hilfsangebote untersucht.

Durch diese explorative Interview-Studie, bei dem das Erleben der in der Regel mittlerweile volljährigen Kinder im Zentrum steht, sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie stellte sich die Situation in der Familie vor der Tat dar?
- Was hat den überlebenden Kindern und Jugendlichen geholfen?
- Welche Bedarfe bestehen?
- Was sind die Konsequenzen für die Jugendhilfe und andere Institutionen?

Auf der Basis der Ergebnisse der Studie sollen Strategien zur Abwehr von Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen entwickelt und die vorhandenen Hilfsangebote verbessert werden.

Die Kinderschutzdebatte der letzten Jahre ist geprägt durch ein öffentliches und fachliches Nachdenken über Tötungsdelikte aufgrund von Vernachlässigung und Misshandlung und hat zu maßgeblichen Gesetzesänderungen und Praxisentwicklungen geführt. In den jeweiligen Diskursen wird in der Regel ausgespart und unterschätzt, dass ein nicht unerhebliches Risiko für Kinder und Jugendliche besteht, im Kontext von Partnerschaftskonflikten, Trennung und Scheidung durch einen Elternteil – meist den Vater – getötet zu werden oder aufgrund eines Tötungsdeliktes Mutter, Vater, Geschwister und / oder der Familie Nahestehende zu verlieren. Ein Teil dieser Familien ist der Jugendhilfe im Rahmen von Beratung, Unterstützung (insb. §§ 17, 18), Hilfe zur Erziehung (§ 27 ff), aufgrund eines Einsatzes der Polizei bei häuslicher Gewalt oder im Rahmen eines familiengerichtlichen Verfahrens bereits bekannt. Zu anderen Familien bekommt die Jugendhilfe erst als Folge des Tötungsdeliktes Kontakt, weil überlebende Kinder in Obhut genommen werden, ein Vormund bestellt wird und Hilfen zur Erziehung benötigt werden.

Von 585 getöteten Personen im Jahr 2013 wurden in mehr als zwei Drittel der Fälle Verwandte oder nähere Bekannte¹ dieser Straftaten verdächtigt. Bei über einem Viertel der Opfer war es der eigene Partner, der als Tatverdächtiger ermittelt wurde (Bundeskriminalamt 2013, S. 29). Diese Konstellation betrifft vor allem weibliche Opfer. Über die Zahl der direkt und indirekt betroffenen Kinder ist nichts bekannt.

Barbara Parker und Richard Steeves von der University of Virginia gehen für die Vereinigten Staaten davon aus, dass von der Tötung eines Elternteils durch den anderen jährlich 3.000 Kinder betroffen sind, und zwar mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als an Leukämie zu erkranken (zitiert in Liepold, 2005).

Darüber hinaus werden Kinder auch selbst Opfer von Tötungsdelikten im Rahmen von Trennungskonflikten. So handelte es sich beispielsweise bei 27 Fällen getöteter Kinder innerhalb des Zeitraums von 2000-2005 in Brandenburg in sechs Fällen explizit um Tötungsdelikte im Kontext von Beziehungsdramen und Sorgerechtsstreitigkeiten (Leitner & Troschet, 2008, z. Überblick s. Heynen, 2014).

¹ Angehörige, wie bspw. Lebenspartner und -partnerinnen, Verschwägerter, Verlobte, Geschiedene, Pflegeeltern und -kinder.

Die Belastungen für Überlebende sind erheblich und beeinträchtigen die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen stark. Nach Erkenntnissen der Psychotraumatologie handelt es sich bei dem tödlichen Verlust eines Elternteils um ein besonders traumatisches Ereignis. Verschiedene internationale Studien zeigen, dass die Kinder während der Gewalttat unmittelbar in das Geschehen miteinbezogen sind. Ein Teil der Kinder ist anwesend während der Tat, versucht unter Umständen, die Tat zu verhindern und wird dabei selbst verletzt. Möglicherweise werden Kinder gezwungen, dem Täter zu helfen, die Tatspuren zu entfernen. Andere Kinder finden ihre tote Mutter oder bleiben völlig im Unklaren, wenn sie verschwunden bleibt. Nach der Tat erleiden die Kinder schwere Verluste und Veränderungen. Sie verlieren nicht nur die getötete Mutter, sondern möglicherweise auch getötete Geschwister oder den Vater durch Suizid. In der Regel wird die Tat aufgeklärt und der Täter zu einer mehrjährigen Haftstrafe verurteilt. Die Kinder erleben vielfältige Belastungen aufgrund der sich einer Gewalttat anschließenden chaotischen Ereignisse und des polizeilichen Vorgehens. Sie verlieren ihr Zuhause und ziehen in die Familie des Opfers oder des Täters, in eine Pflegefamilie oder ein Heim. Häufig kommt es zu einem Schulwechsel, dem Verlust von Freundschaften und dem sozialen Umfeld und zu belastenden Kontakten zum Täter. Die Kinder müssen unter Umständen vor Gericht aussagen. Sie versuchen, die Umstände des Verlustes der Eltern vor anderen sowie die damit verbundenen Belastungen zu verbergen. Sie erleben unter Umständen Ambivalenz gegenüber dem Täter, aber auch gegenüber der Mutter sowie Konflikte unter Geschwistern. Einige Kinder fühlen sich verantwortlich, weil sie den Mord nicht verhindern konnten. Ein Großteil der Kinder leidet unter Folgekrankheiten und Identitätsproblemen (zum Forschungsstand s. Heynen, 2014).

Fachleute im Bereich der öffentlichen und freien Jugendhilfe müssen in solchen Fällen unter hohem Zeitdruck in einer für die überlebenden Kinder und Jugendlichen existenziellen Krise adäquat reagieren, sei es in der Rolle der pädagogischen Fachkraft in einer Inobhutnahmestelle, als Mitarbeitende des Sozialen Dienstes oder als Vormund. Das Gleiche gilt für die Mitglieder des familiären Netzwerkes, das Familiengericht und die Schule. Unter Umständen müssen zeitgleich Schuldgefühle verarbeitet werden, wenn Hinweise auf die drohende Gewalteskalation nicht wahrgenommen wurden und das Tötungsdelikt nicht verhindert werden konnte. Da diese besondere Form der Kindeswohlgefährdung weder in Fachbüchern noch in der Ausbildung thematisiert wird, ist fraglich, aus welchen Erfahrungsbeständen fachliche Kompetenzen im Umgang mit den überlebenden Kindern generiert werden und

ob eigene Erfahrungen mit Gewalt in Beziehungen, Trennung und Scheidung sowie Geschlechterstereotypen das professionelle Handeln beeinflussen.

Bisher gibt es im deutschsprachigen Raum so gut wie keine Studien und Veröffentlichungen zu dem spezifischen Hilfebedarf der überlebenden Mädchen und Jungen. Das Praxisforschungsprojekt soll dazu beitragen, die Jugendhilfepraxis in diesem Bereich zu verbessern. In den Interviews mit überlebenden Kindern und Jugendlichen und Fachleuten wird erhoben:

1. Welchen Hilfebedarf haben Kinder und Jugendliche im Rahmen von eskalierenden Krisen in der Beziehung zwischen ihrer Mutter und ihrem Vater bzw. Partner der Mutter und als Überlebende von innerfamiliären Tötungsdelikten im Rahmen von Trennung und Scheidung unmittelbar nach dem Tötungsdelikt, aber auch mittel- und langfristig? Was haben die Befragten an Unterstützung in den verschiedenen Phasen ihres Bewältigungsprozesses erhalten und was hätten sie zusätzlich, insbesondere von der Jugendhilfe, gebraucht?
2. Wer oder was hat ihnen – insbesondere mit Blick auf die Jugendhilfe – geholfen beziehungsweise zu weiteren Belastungen beigetragen?
3. Welche Rolle spielen familiäre und professionelle Beziehungen für Bewältigungsprozesse der überlebenden Kinder und wie entwickeln sich diese:
 - zum Gewalttäter (Auseinandersetzung abhängig von Geschlecht, Alter, Verwandtschaft),
 - unter Geschwistern, abhängig von Alter, Geschlecht sowie davon, ob es sich um Töchter/Söhne des Gewalttäters oder eines anderen Partners der Mutter handelt,
 - innerhalb des familiären Netzwerkes sowohl mütterlicher- wie väterlicherseits, zu Fachleuten der Jugendhilfe im Rahmen von kurzfristigen (z. B. Kriseninterventionsdienst) oder langfristigen Hilfen (stationäre Jugendhilfe, Vormund),
 - zu Fachleuten aus dem System der Polizei und Justiz (z. B. Bewährungshilfe, Familiengericht),
 - zu Sonstigen wie Mitschülerinnen und Mitschülern, Lehrerinnen und Lehrern, Schulsozial-/Jugendarbeit, Seelsorge und in Freundschaften?

4. Welche Konsequenzen ergeben sich für die Jugendhilfe insbesondere in den Bereichen Vormundschaft, Allgemeiner Sozialer Dienst / Hilfeplanung, Hilfen zur Erziehung, Kindertageseinrichtungen, offene Kinder- und Jugendarbeit?
5. Welche Rollen spielen andere Institutionen für den Schutz der Kinder und wie kann die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Institutionen wie Familiengericht, Polizei, Gesundheits- und Bildungssystem verbessert werden:

Anhand von 10-15 Fallstudien bzw. Interviews mit überlebenden, inzwischen volljährigen (bzw. mit Zustimmung der Personensorgeberechtigten minderjährigen) Kindern, Angehörigen und mit den ‚Fällen‘ vertrauten Fachleuten (Vormünder, Mitarbeitende des Sozialen Dienstes) sollen Empfehlungen für die Verbesserung der Praxis entwickelt werden. Dabei dient die Studie einer ersten Exploration des Feldes ausgehend von Kinderschutzfällen, zu denen über persönliche Kontakte von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Bereitschaft zum Interview angefragt werden kann. Als Forschungsmethode wurde ein qualitatives Verfahren gewählt, damit die Befragten als Expertinnen/Experten ihrer biographischen Erfahrungen zu Wort kommen. Es werden leitfadengestützte themenzentrierte Interviews geführt, die durch eine Befragung mittels Fragebogen ergänzt werden. Die Zwischenergebnisse werden in einem Workshop bzw. einer Werkstatt mit Fachleuten im Herbst 2015 diskutiert.

In der ersten Phase des Forschungsprojekts wurde eine Projektgruppe vor Ort unter Einbezug der wichtiger Akteurinnen und Akteure, insbesondere der öffentlichen und freien Jugendhilfe, der Polizei und sonstiger Träger sowie unter Beteiligung von Betroffenen gebildet. Hierzu gehört unter anderem als Projektpartner der Sozialdienst katholischer Frauen Karlsruhe e. V. aufgrund von Fallerfahrung als Träger eines Frauen- und Kinderschutzhauses, einer Clearingstelle mit Tandem-/Beratung ‚Häusliche Gewalt‘ und der Gruppe ‚Nangilima‘ für Kinder, die von häuslicher Gewalt betroffen sind.

Über verschiedene Netzwerke, Medien und mittels Materialien wird bundesweit auf das Projekt aufmerksam gemacht und dafür geworben, Betroffene auf die Möglichkeit, ein Interview zu geben, hingewiesen. Hierzu gehören die Internetseiten der Stadt Karlsruhe (www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/toetungsdelikte.de) und ein Facebook-Auftritt (<https://www.facebook.com/karlsruhe.de>)

facebook.com/forschungsprojekt.toetungsdelikte), über den der Bekanntheitsgrad insbesondere mit Blick auf die Zielgruppe erhöht werden kann.

Die ersten Interviews geben Hinweise darauf, dass

- im Erstkontakt die Polizei eine zentrale Rolle innehat, da sie häufig (nebenbei) die Nachricht über die Gewalttat überbringt, während sie die Erfassung des vermuteten Täters im Blick hat und sich nicht auf die Belastung der angehörigigen Kinder und Jugendlichen konzentrieren kann;
- die Jugendhilfe in vielfältiger Form einbezogen ist, wenn es sich bei den Betroffenen um Minderjährige handelt; Hilfe für junge Volljährige scheint dabei keine Rolle zu spielen;
- die Belastungen der Betroffenen lange andauern und sich abhängig von der aktuellen Entwicklung (eigene Partnerschaft, Kinderwunsch ...) verändern;
- das Interview für die Teilnehmenden nicht zu Überforderungen oder erneuten Belastungen führt, sondern ihrem Wunsch entspricht, zur Verbesserung des Hilfesystems beizutragen.

„da wirklich (...) dran gearbeitet wird, [...] dass es da ein Problem gibt, wie man mit solchen Menschen umgeht. Dass sich da wer die Mühe gibt, herauszufinden, wie man das besser machen könnte. Allein den Versuch, dass man da guckt, wie es ist, wie es sein könnte, wie es sein müsste. Das fand ich dann schon sehr/ Also das war auf jeden Fall auf der positiven Liste, auch die Neugier, (...) wie viele es da noch gibt.“ (I, S. 43)

Wer das Projekt, zum Beispiel durch die Vermittlung von Kontakten zu potentiellen Interviewpartnerinnen und -partnern unterstützen möchte, kann sich direkt an die wissenschaftliche Mitarbeiterin oder an die Autorin wenden:

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt:

Alexandra Schmidt

Stadt Karlsruhe - Sozial- und Jugendbehörde - Jugendamt

Südenstraße 42, 76135 Karlsruhe

Telefon: +49 721 133-3837

persönl. Fax: +49 721 133-95-3837

E-Mail: alexandra.schmidt@sjb.karlsruhe.de

Internet: www.karlsruhe.de/toetungsdelikte

Facebook: <https://www.facebook.com/forschungsprojekt.toetungsdelikte>

Projektleiterin und Autorin:

Dr. Susanne Heynen

Jugendamtsleiterin

Sozial- und Jugendbehörde

Südenstraße 42

76135 Karlsruhe

Tel.: 0721 133-5100

persönl. Fax: 0721 133-95-5100

allgem. Fax: 0721 133-3819

E-Mail: susanne.heynen@sjb.karlsruhe.de

Literatur

Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2013) Polizeiliche Kriminalstatistik 2013. Berlin.

[http://www.bka.de/nn_193232/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2013/pks2013__node.html?__nnn=true, aufgerufen am 12.05.2015]

Heynen, S. (2014) Exposé Forschungsprojekt. Das tabuisierte Risiko: Tötungsdelikte an Kindern, im Zusammenhang mit Beziehungskonflikten, Trennung beziehungsweise Scheidung - Konsequenzen für die Jugendhilfe. Karlsruhe: Stadt Karlsruhe, Sozial- und Jugendbehörde, Jugendamt. [http://www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/toetungsdelikte/informationen/HF_sections/content/ZZIIdTUMQZ85n8/ZZIIdUk-Q96hrDf/Innerfamiliäre%20Tötungsdelikte%20-%20Exposé.pdf, aufgerufen am 12.05.2015]

Leitner, H., Roth, K. & Troscheit, K. (2008). Fälle von Kindesvernachlässigung und -miss-handlung mit Todesfolge und schwerer Körperverletzung im Land Brandenburg.. Eine Untersuchung anhand von Staatsanwaltschaftsakten (2000-2005). Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg Start gGmbH. Oranienburg.

Liebold, M. (2005). Survivors, Not Victims: Children of Murdered Parents. Children's Voice – Child Welfare League of America, Vol. 14, No. 6.

Ausschreibung:
**Wissenschaftspreis
der Gesellschaft für Neuropädiatrie**

Ziel des Wissenschaftspreises ist die Förderung von Forschungsprojekten der Jungforscher auf dem Gebiet Neuropädiatrie, die einen unmittelbaren Bezug zu klinischen Problemen aufweisen.

Förderer ist ausschließlich die Firma Desitin Arzneimittel GmbH.

Bewerbungsberechtigt ist jede/jeder Ärztin/Arzt, wobei die Forschungsarbeit auch im Ausland durchgeführt sein kann. Bei den Bewerberinnen/Bewerbern muss zumindest eine Co-Autorin/ein Co-Autor Junior-Mitglied / Mitglied der Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. sein. Die Bewerberin/der Bewerber darf zum Stichtag des letztmöglichen Einreichungstermins (30.10.2015) nicht das 36. Lebensjahr erreicht haben.

Über die Vergabe des Preises entscheidet ein Gutachtergremium. Das Gutachtergremium besteht aus Prof. Dr. Ulrike Schara, Essen; Prof. Dr. Thomas Lücke, Bochum (Tagungs-Präsidenten 2016); Prof. Dr. med. Bernd Neubauer, Gießen (Tagungs-Präsident 2017); Prof. Dr. med. Peter Weber, Basel (Tagungs-Präsident 2015); Prof. Dr. med. Günther Bernert, Wien; Prof. Dr. med. Eugen Boltshauser, Zürich; Prof. Dr. med. Matthias Kieslich, Frankfurt; Prof. Dr. med. Heymut Omran, Münster; Prof. Dr. med. Barbara Plecko, Zürich; Dr. med. Andreas Sprinz, Drensteinfurt.

Daneben nimmt an der Begutachtung ein Mitarbeiter des Unternehmens Desitin Arzneimittel GmbH (Hamburg) als beratendes Mitglied teil. Ein Mitglied des Gutachtergremiums wirkt bei der Vergabe des Preises nicht mit, wenn eine Arbeit aus seiner eigenen Klinik stammt.

Der Wissenschaftspreis besteht aus einer Urkunde der Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. und einem Geldpreis von 5.000,- €. Der Preis kann nicht geteilt werden.

Bewerber reichen 7 Exemplare des Manuskriptes ihrer Arbeit oder 7 Sonderdrucke ihrer bereits publizierten Arbeit in deutscher oder englischer Sprache mit Lebenslauf, wissenschaftlichem Werdegang und Publikationsverzeichnis bis zum Stichtag 30. Oktober 2015 bei dem Tagungs-Präsidenten 2016 der Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V., Frau Prof. Dr. med. Ulrike Schara, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstraße 55, 45122 Essen ein.

Antragsfähig sind Arbeiten, die in den letzten drei Jahren in einer wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht wurden oder zum Zeitpunkt der Einreichung zur Veröffentlichung angenommen sind.

Jede Bewerberin/jeder Bewerber darf nur eine Arbeit einreichen. Die Nutzungsrechte bleiben ausschließlich beim Autor.

Die Urkunde und der Preis werden anlässlich der Eröffnung der 42. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. in Bochum (21.-24. April 2016) durch den Tagungs-Präsidenten und einem Mitarbeiter des Unternehmens Desitin Arzneimittel GmbH (Hamburg) verliehen. Ein Vortrag der Preisträgerin/des Preisträgers über die Inhalte ihrer/seiner prämierten Arbeit ist dafür notwendige Voraussetzung.

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Buchrezension

**Brüderl, Leokadia, Ines Riessen, Christine Zens (2015):
Therapietools Selbsterfahrung. Beltz, Weinheim.
€ 39,95**

Die Notwendigkeit von Selbsterfahrung (SE) für Psychotherapeuten hat sich in der Verhaltenstherapie im Gegensatz zu den psychodynamischen Psychotherapieschulen erst spät und auch erst unter dem Druck von Ausbildungsaufgaben der KV durchgesetzt. Die Tatsache, dass die vorgeschriebene Selbsterfahrung an den VT-Instituten sehr unterschiedlich geregelt und umgesetzt wird, weist darauf hin, dass es auch heute noch kein allgemein akzeptiertes Grundverständnis der Bedeutung und demzufolge der Struktur der Selbsterfahrung in der VT-Weiterbildung gibt. Als Begründung wurde unter anderem angeführt, dass es noch keine empirisch-wissenschaftlichen Belege für die Wirksamkeit von SE gebe (Bruch/Hoffmann 1996). Bedeutsamer dürfte allerdings der Umstand sein, dass die Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung erst allmählich in der sog. „dritten Welle“ der VT (zusammen mit der Emotion und unbewussten Anteilen bei Patient und Therapeut) als Einflussgrößen auf die Wirksamkeit der Therapie in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt ist.

Umso verdienstvoller ist es, dass in letzter Zeit einige Publikationen zum Thema erschienen sind. Die aktuellste ist der großformatige und dennoch handliche Band von Leokadia Brüderl, Ines Riessen und Christine Zens „Therapietools Selbsterfahrung“.

Die Autorinnen stellen auf der Grundlage ihrer langjährigen Erfahrungen in der Leitung von Selbsterfahrungsgruppen in knapper und prägnanter Form ihr hochstrukturiertes und systematisiertes Konzept eines modulartig aufgebauten Selbsterfahrungsprozesses für angehende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor. SE dient danach in erster Linie der Verbesserung der therapeutischen Kompetenz. Kenntnis der eigenen Motive, Stärken und Schwächen; Festigung der Identität; Stärkung von Empathie, Beziehungsfähigkeit und Belastbarkeit sind die Hauptziele.

Die Systematik des SE-Prozesses ist in sechs „Übungen“ gegliedert, deren Themen einer Entwicklungslinie folgen: Ausgehend von der Biographiearbeit als Blick in die eigene Lebensgeschichte stehen im Mittelpunkt die emotionalen Kompetenzen, das Selbstwertgefühl und die Selbstakzeptanz. Darauf baut die Weiterentwicklung der Therapeutenidentität als kontinuierlicher Prozess auf. Das Curriculum schließt mit der Thematik „Tod – Trauer – Abschied“ im Sinne des Umgangs mit dem Verlust, die vom Therapieende bis zum Tod schwerkranker Patienten und der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit reicht.

Zu diesen Themen bietet das Buch 140 ausführlich erläuterte Arbeitsblätter, die über einen im Kauf enthaltenen Link heruntergeladen und beliebig oft ausgedruckt werden können.

Wer den offenen Prozess einer kontinuierlichen und langjährigen psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Einzel- und Gruppen-Selbsterfahrung kennen und schätzen gelernt hat, mag das von den Autorinnen vertretene Modell vielleicht als mechanistisch oder pädagogisch empfinden. Allerdings entspricht diese Vorgehensweise durchaus der strukturierten, problem- und zielorientierten Vorgehensweise der vertretenen Therapiemethode.

Eine Stärke der vorgestellten Methodik ist die Aktivierung von Emotionen und der Blick auf die therapeutische Beziehung unter Beachtung der eigenen Anteile der Therapeutenpersönlichkeit. Im Übrigen wird unabhängig von der Methode die Wirksamkeit von Selbsterfahrung wesentlich von der Persönlichkeit und Erfahrung des Leiters und der Offenheit und dem emotionalen Engagement der Protagonisten bestimmt.

Das Buch ist vor allem geschrieben für Selbsterfahrungsleiter und die eigene Weiterentwicklung von Verhaltenstherapeuten, eignet sich aber auch als Materialsammlung für die VT mit Patienten. In der SPV-Praxis bietet es eine Fülle von Anregungen für die Gruppenarbeit mit Jugendlichen.

Literatur:

Buch, Michael, N. Hoffmann (Hrsg.) (1996): Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie? Springer, Heidelberg.

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.

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. 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 Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

BIC: GENODEM1GBU, IBAN: DE79 4226 0001 0164 1643 00

Gesamtherstellung

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

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