

Inhalt

Editorial:

Das Kind: eine bedrohte Art?

Maik Herberhold 2

„Im Erwachsenen steckt ein ewiges Kind, ein immer noch Werdendes ...“

(C. G. Jung) – Der Archetyp des Kindes, das göttliche Kind und das Innere Kind

Brigitte Dorst 5

Vortrag zur Eröffnung der Jahrestagung des BKJPP 2018:

Bruders Hüter, Schwesters Feind - Literarische Geschwisterbeziehungen

Andreas Steinhöfel 22

Schematherapie in der Adoleszentenpsychiatrie

Wolfgang Deimel und Claudia Mehler-Wex 36

Der Intelligenzquotient als multifaktorielles Merkmal unter besonderer Berücksichtigung neuer Ergebnisse aus Genom-weiten Assoziationsstudien

Johannes Hebebrand 49

Der lange Weg zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Rückblick und Ausblick

Helmut Remschmidt 57

Kolumne: Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 74

Kolumne:

Pharmakologische Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Klaus-Ulrich Oehler 77

Thesenpapiere der Gemeinsamen Kommission Psychotherapie 89

Buchbesprechung:

Bindungswissen für die systemische Praxis 99

Testrezension: Wechsler Intelligence Scale for Children –

Fifth Edition (WISC-V) Ergänzung 102

Stellungnahme zur digitalen Testdurchführung und Auswertung

der WISC-V mit Q-interactive

Pearson Deutschland GmbH 103

Hinweise für Autoren 105

Anzeigen 107

Mediadaten 115

Impressum 116

Editorial:
Das Kind: eine bedrohte Art?

Maik Herberhold

Liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten heute ein besonderes Heft in der Hand: 2018 feierten wir, nicht zuletzt mit der Jahrestagung in Magdeburg, 50 Jahre Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und -psychotherapie) und 40 Jahre BKJPP. Für uns zum einen Grund genug, einen der renommiertesten Vertreter unseres Faches, der eine gute Wegstrecke überblicken kann, Herrn Prof. Dr. Remschmidt, um einen umfangreichen Rückblick und Ausblick für unser Forum zu bitten. Prof. Remschmidt verweist in seinem Artikel u.a. auch auf ein Erbe der Geschichte für unsere moderne Kinderpsychiatrie: die euphemistisch „Kinderfachabteilungen“ genannte Vorstufe der Hölle und der Tötung für viele „auffällige“, „andersartige“ Kinder.

Grund genug deshalb auch für uns heutige Kinder- und Jugendpsychiater/innen unserer Verantwortung für Kinder und ihr gedeihliches Aufwachsen in der Gesellschaft besonders gerecht zu werden und gesellschaftliche Entwicklungen besonders kritisch in ihren Auswirkungen zu beobachten.

Weihnachten gilt als das kinderbezogenste aller Jahresfeste, gefeiert wird immerhin eine Geburt, der Segen, der durch ein Kind in die Welt komme. Deshalb enthält diese nachweihnachtliche Ausgabe auch zwei Beiträge von renommierten „Fachfremden“, die sich aber aus ihrer je unterschiedlichen Perspektive auf die Reflexion, was das Kind eigentlich sei und was es in unserer Gesellschaft brauche, einlassen und auch uns dazu einladen.

Begonnen wird mit einer umfangreichen Betrachtung aus jungianischer Sicht zum „Archetyp“ des Kindes, man könnte auch sagen, zu der Idee, was das Kind im Eigentlichen sei, von Frau Prof. Brigitte Dorst. Vielen wird sie als Wissenschaftliche Leiterin der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie mit den Lindauer Herbsttagungen bekannt sein, sicher auch durch

ihre zahlreichen Veröffentlichungen (u.a.: *Resilienz*, 2015, *Therapeutisches Arbeiten mit Symbolen*, 2015 und als Herausgeberin *C. G. Jung: Schriften zu Spiritualität und Transzendenz*, 2013). Ihr Beitrag weist uns darauf hin, wie der Erwachsene auf das Kind schaut, wenn er es ehrfürchtig und wertschätzend als das weiterhin in ihm Innewohnende betrachten kann, das auch deshalb in seiner besonderen Eigenart besonders schützenswert ist.

Ein weiterer Beitrag ist der des vielfach preisgekrönten Kinder- und Jugend- sowie Drehbuchautoren Andreas Steinhöfel (Veröffentlichungen u.a.: *Paul Vier und die Schröders*, 1992, *Die Mitte der Welt*, 1998, *Rico, Oskar und die Tieferschatten*, 2008, alle auch verfilmt), der den Eröffnungsvortrag unserer Jubiläumsjahrestagung in Magdeburg hielt. Seine Perspektive eines Erwachsenen, der für Kinder und Jugendliche schreibt, entfaltete auch das: den Respekt vor der schützenswerten Eigenart des Kindes, das eben kein „kleiner Erwachsener“ ist; dessen Welt noch nach anderen Gesetzen funktioniert, die allzu leicht durch Unachtsamkeit oder Rücksichtslosigkeit, gerade in Zeiten der „social media“, zerstört werden können. Er beschrieb, wie er schreibt ... – wie er die Weltsicht des Kindes achtsam einpflegt in das „Kinderbuch als Drama“ und formulierte eine Bitte: „*Sie müssen für Kinder Geschriebenes ernst nehmen als Literatur. So, wie Sie das Kind ernst nehmen als vollständigen Menschen. Da sich aber weiß Gott nicht alles, was für Kinder verfasst wird, als Literatur bezeichnen lässt, hier eine sicherlich ausbaufähige, aber einfache Handreichung zur besseren Einordnung: Ein für Kinder verfasstes Buch, das auch Sie, den Erwachsenen, nicht gefangen nimmt, beschäftigt und begeistert, ist kein gutes Kinderbuch.*“

Auch das sagt uns: in uns wohnt und lebt immer noch das Kind, das geschützt und gewertschätzt werden muss. Und leitet dadurch zum nächsten, diesmal facheigenen Beitrag in unserem Heft über, der die Anwendung von Schematherapie in der Behandlung von Adoleszenten, also noch-nicht-Erwachsenen, beschreibt. Die Autoren (Dipl. Psych. Wolfgang Deimel und Prof. Dr. Claudia Mehler-Wex aus der HEMERA Klinik für Adoleszentenpsychiatrie, Bad Kissingen) stellen fest: „Dem Anteil des *Glücklichen Kindes* Raum zu geben i.S. der Selbstfürsorge ist [...] ein Fokus der Therapie.“

Wieso aber wird im Titel dieses Editorials die Frage nach dem Kind als „bedrohter Art“ gestellt? Wahrscheinlich werden Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, bereits bei dem vorhergehenden Ausblick auf die vier besonders erwähnten Artikel dieses Heftes mitgedacht haben: in welcher Welt wachsen

unsere Kinder auf? In der Welt des ehrfürchtigen Mythos, der das grundlegende Weltwunder unserer Existenz im Kind verkörpert sieht und damit seine fortdauernde Bedeutung auch für uns Erwachsene? In einer Welt der respektvollen Achtsamkeit auf kindliche, kindgerechte Bedürfnisse? Oder aber in einer Welt der pathologischen Vergöttlichung durch Helikoptereltern in geschwisterlosen Ein-Kind-Familien? In einer Welt, die Kinder nur als „kleine Konsumenten“ mit besonderem Zugang zu den Geldbörsen der großen Konsumenten sieht? In einer Welt ohne Schutz vor medialem Hass, grausamen Videos, Lügen ...? In einer Welt, in der zunehmend „social bots“ menschliche Kommunikation und Interaktion imitieren?

Kinder sind tatsächlich eine bedrohte Art, eine bedrohte Art des Menschseins: es scheinen derzeit in vielen Erwachsenen nicht die Anteile des „Glücklichen Kindes“ aktiv zu sein sondern destruktive Modi. So wird aber nicht nur das Kind in seiner Entwicklung bedroht, sondern letztlich auch das frühere Kind: der unglückliche Erwachsene. Wir Kinder- und Jugendpsychiaterinnen sind, nicht zuletzt auch aufgrund unseres grausam-schuldhaften Erbes, so denke ich, aufgerufen, diesen gesellschaftlichen Entwicklungen aktiv entgegenzutreten, als Schützer unserer Natur aktiv unsere Welt kindgerecht und damit uns zu Gesunden Erwachsenen zu machen.

Dr. Maik Herberhold

*„Im Erwachsenen steckt ein ewiges Kind,
ein immer noch Werdendes ...“ (C. G. Jung)*

—

Der Archetyp des Kindes, das göttliche Kind und das Innere Kind

Brigitte Dorst

1. Einleitung: „Alle Jahre wieder ...“

Vom frühen Herbst an verweisen uns die Auslagen der Geschäfte auf die nahe Weihnachtszeit, eines der höchsten christlichen Feste in unserer Kultur. Wenn man vom großen Geschäft mit den Weihnachtsgeschenken („Süßer die Kassen nie klingen ...“) absieht, berühren diese Feiertage die Menschen auf besondere Weise. Und mit Kindheitserinnerungen, Nostalgie und Sehnsucht nach Frieden und Harmonie ist dies nicht allein erklärbar. Manches wirkt hier vielmehr zusammen, liebgewonnene alte Bräuche, vertraute Weihnachtslieder, festliche Gottesdienste, besinnliche Texte, Weihnachtsschmuck in Straßen und Wohnungen, Festessen und Zusammensein im Familien- und Freundeskreis. Hinter all dem wirkt, verdeckt vom lieben Christkind und dem Geschenke verteilenden Weihnachtsmann, ein uralter Mythos vom Erscheinen eines besonderen Kindes: der Mythos vom göttlichen Kind.

Zunächst jedoch: Was ist ein Mythos?

2. Was ist ein Mythos?

Ein Mythos ist eine kollektive Überlieferung, deren Anfänge im Dunkel der Geschichte verborgen sind. Das mythische Bewusstsein glaubt an die Erzählung in einer naiven Weise; es ist eine menschliche Erschließung von Wirklichkeit und bildlicher Sinndeutung. Mythen waren der Nährboden von Philosophie, Religion und Dichtung.

Der Mythos ist ein Versuch, in Form von Dichtung, Sagen und Erzählungen etwas Unerklärliches zu verstehen. Von den Menschen der Frühzeit wurden die Mythen als etwas Reales empfunden; wir heutigen Menschen verstehen sie symbolisch. Sie verbinden uns mit den entwicklungsgeschichtlichen Wurzeln unseres Geistes. Im Jung'schen Verständnis nennen wir dies: die Archetypen.

Mythen sind sozusagen Zwischenstufen zwischen den Ahnungen des Unbewussten und der bewussten Erkenntnis, sie sind die „Psychologie der Antike“ (James Hillman). Mythen erzählen zeitlos etwas über die Grundprobleme menschlicher Existenz – in archetypischen Bildern und Symbolen.

Der archetypische Inhalt eines Mythos' kann nicht intellektuell erfasst werden. Im Umgang mit einem Mythos muss man vielmehr die einengenden Zäune des Ich-Bewusstseins und des rationalen Denkens überwinden, über sie hinausgehen, bereit sein, ihm in einer anderen geistigen Haltung zu begegnen, sich in der eigenen Tiefe existentiell von ihm anrühren zu lassen, der Phantasie erlauben, mitzuspielen.

Mythen sind Erzählungen und Geschichten, in denen die Menschen sich selbst und die Welt zu verstehen suchen. Der Philosoph Odo Marquard sagt:

„... die Menschen, das sind ihre Geschichten. Geschichten aber muß man erzählen. [...] Sie kompensieren Modernisierungsschäden, indem sie erzählen, und je mehr versachlicht wird, desto mehr – kompensatorisch – muß erzählt werden, sonst sterben die Menschen an narrativer Atrophie“ (Marquard, 1986, S. 105).

3. Archetypen und das Kollektive Unbewusste

Die Analytische Psychologie C. G. Jungs führt Mythen, Märchen und die großen Erzählungen der Religionen zurück auf Archetypen als Wirkkräfte des Kollektiven Unbewussten. Sie sind überall in der Entwicklung der menschlichen Kultur wirksam.

Jung beschreibt Archetypen als Strukturelemente der kollektiven Psyche, die seelische Energien formen und gestalten und Erleben und Verhalten von Menschen und Kulturen präformieren. Ihre Urbilder und Symbole beziehen sich auf existentielle Erfahrungen des Lebens: Geburt, Wachstum, Ablösung von den Eltern, Kindheit und Alter, Weibliches und Männliches, Mutter und Vater als archetypische Rollen und Lebensformen, Sterben und Tod.

Im Menschenbild der Analytischen Psychologie wird vom Ich als Zentrum des Bewusstseins ausgegangen. Daneben gibt es als einen weiteren Bereich der Psyche das persönliche Unbewusste, welches unbewusste Aspekte aus der eigenen Lebensgeschichte enthält, sowie das Konzept des transzendenten Selbst, das Bewusstsein, persönliches und kollektives Unbewusstes umfasst und das Ich durch Entwicklungsimpulse steuert. Das Kollektive Unbewusste kann verstanden werden als ein ererbter Erfahrungsschatz aus der Evolution, mit dem jedes neugeborene Kind ausgestattet ist.

Jungs Erkenntnisse über das Kollektive Unbewusste als eine eigene inner-seelische Welt, als überpersönliche „Schichten“ im Unbewussten eines jeden Menschen, zählen zu seinen bedeutsamsten Leistungen.

4. Der Archetyp des Kindes

Mit der Psychologie des Kindarchetyps hat C. G. Jung sich unter dem Eindruck der weltweiten Verbreitung seiner Symbolik intensiv befasst. Er betont:

„Im Erwachsenen steckt nämlich ein Kind, ein ewiges Kind, ein immer noch werdendes, nie fertiges, das beständiger Pflege, Aufmerksamkeit und Erziehung bedürfe. Das ist der Teil der menschlichen Persönlichkeit, der sich zur Ganzheit entwickeln möchte“ (GW 17, § 286).

Die archetypischen Symbole und Bilder des Kindes verbinden mythologische Vorstellungen vom Werden und Wachstum des Menschen mit Erfahrungen und Erinnerungen aus der persönlichen Kindheit.

Das neugeborene Kind ist schutzbedürftig. Es weckt Fürsorglichkeit und Impulse, es zu beschützen. Schon der Blick in den Kinderwagen und das Anschauen von Kinderbildern bringt Lächeln auf die Gesichter, weckt freundliche Zuneigung, Zuversicht, Hoffnung. Diese Gefühlsreaktionen stellen mehr dar als nur die Wirkung des instinkthaften Kindchen-Schemas. Das Kind ist das werdende Leben, die Erinnerungskraft des Lebens, die Ausrichtung auf Zukunft. C. G. Jung schreibt dazu:

„Ein wesentlicher Aspekt des Kindmotives ist sein Zukunftscharakter. Das Kind ist potentielle Zukunft. Daher bedeutet das Auftreten des Kindmotives in der Psychologie des Individuums in der Regel eine Vorwegnahme künftiger Entwicklungen, auch wenn es sich um eine auf den ersten Blick retrospektive Gestaltung zu handeln scheint. Das Leben ist ja ein Ablauf, ein Fließen in die Zukunft, und

nicht eine rückflutende Stauung. Es ist daher nicht erstaunlich, daß die mythischen Heilbringer so oft Kindgötter sind. Das entspricht genau den Erfahrungen der Psychologie des Einzelnen, welche zeigen, daß das ‚Kind‘ eine zukünftige Wandlung der Persönlichkeit vorbereitet. Es antizipiert im Individuationsprozeß jene Gestalt, die aus der Synthese der bewußten und der unbewußten Persönlichkeitselemente hervorgeht. [...]

Es stellt den stärksten und unvermeidlichsten Drang des Wesens dar, nämlich den, sich selbst zu verwirklichen“ (GW 9/I § 278; 289).

5. Das göttliche Kind

Das göttliche Kind vermittelt Hoffnung auf Erneuerung, Lebenssinn und Lebenskraft. Es symbolisiert Lebensmächte jenseits des beschränkten Alltagsbewusstseins, es drängt auf Entwicklung mithilfe kreativer, schöpferischer, quasi göttlicher Gestaltungskräfte. Man könnte auch sagen: Das göttliche Kind ist eine heilende, heilige Kraft in der Seele, ein schöpferisches, spirituelles Potential, das sich in verschiedenen Religionen und Kulturen zeigt.

Besonders in schwierigen Zeiten ist das Kind Ausdruck der Hoffnung auf erlösende und befreiende göttliche Kräfte. Dabei ist wenig bekannt, so Hildegunde Wöller,

„daß es zahlreiche Mythen von göttlichen Kindern gibt, deren Geburt unter ähnlich ungewöhnlichen Umständen vor sich ging wie die Jesu. Solche Mythen sind aus Indien, aus Persien und anderen Ländern überliefert. Sie haben mehrere Merkmale gemeinsam: die Ankündigung der Geburt durch ein Orakel, durch weise Männer oder Boten Gottes, die Erwählung einer Jungfrau zur Mutter, die auf ungewöhnliche Weise schwanger wird, die Gefährdung der Schwangeren, weil der Machthaber sich vor dem Neugeborenen fürchtet und es umbringen will, die Geburt selbst, die von wunderbaren Ereignissen in der Natur begleitet ist, die außergewöhnliche Schönheit des Kindes, die Verfolgung des Kindes durch den Machthaber und seine Rettung, das Aufwachsen des göttlichen Kindes im Verborgenen, sein endliches Erscheinen, durch das es den Machthaber entmachtet und das verheißene Heil verwirklicht.

Die meisten dieser mythischen Motive sind in der Erzählung von der Geburt Jesu enthalten“ (Wöller, 1989, S. 84).

6. Der Weihnachtsmythos

Schon das Datum des christlichen Weihnachtsfestes verweist auf ältere Mythen: Im römischen Reich wurde am 25. Dezember das Fest der unbesiegbaren Sonne (*sol invictus*) im verbreiteten, ursprünglich persischen Mithraskult gefeiert. Dieses Fest verschmolz dann mit der Verehrung des römischen Kaisers. Unter Kaiser Aurelius wird daraus das Geburtsfest Christi. Auch Kelten und Germanen feierten das Fest der Wintersonnenwende, und so konnte die Christianisierung bei den vorhandenen älteren Feiern anknüpfen und damit deutlich machen, dass Christus der wahre Heilsbringer sei, der wahre Gott und die göttliche Sonne. Mit dem Fest seiner Geburt konnte dann auch die christliche Botschaft angenommen werden.

Das Geheimnis der Weihnacht besteht im Paradox, dass im Unscheinbaren, Kleinen, Armseligen sich das Große und Göttliche zeigt, der Welterlöser im Verborgenen ankommt.

Der Geburtsort Jesu wurde mit Bezug auf alttestamentliche Weissagungen nach Bethlehem verlegt, damit auch die Zuordnung Jesu zum Stamme Davids, denn Bethlehem galt als Davidsstadt.

Aus der Sicht der historisch-kritischen Exegese ist die Weihnachtserzählung bei Lukas eine Legende, um die Bedeutung Jesu im entstehenden und sich verbreitenden Christentum zu vermitteln. Die von Kaiser Augustus angewiesene Volkszählung ist ebenso wenig nachweisbar wie ein Geburtsort Jesu.

In der Antike war es allgemein bekannt, dass das Erscheinen von Göttern, göttlichen Inkarnationen und bedeutenden Personen wie Buddha, Krishna, Hermes oder Dionysos von außergewöhnlichen Ereignissen am Himmel, in der Natur und bei den Umständen der Geburt umrahmt ist. Entsprechend finden sich im 1. Kapitel des Lukasevangeliums, das die Kindheitsgeschichte Jesu erzählt: Weissagung und Vorausschau des Tempelpriesters Zacharias, die Auswahl der jungfräulichen Mutter, die durch Wirkung des Geistes schwanger wird, Engelbotschaften und Engelterscheinungen bei der Geburt, kosmisches Licht, das von himmlischen Heerscharen verbreitet wird, und es gibt die Botschaft, dass der Retter, der Messias, geboren sei – so wird es den Hirten in der Umgebung verkündet. Im Matthäusevangelium wird von den drei Weisen aus dem Morgenland berichtet, drei Königen, die dem Neugeborenen huldigen und kostbare Geschenke (Gold, Weihrauch und Myrr) bringen.

In der Weihnachtsgeschichte wird auch von der Bedrohung des göttlichen Kindes durch die herrschende Macht erzählt, es geht um die von Herodes

befohlene Tötung aller neugeborenen Knaben, um die Flucht nach Ägypten von Josef und Maria mit dem Kind sowie um die spätere Heimkehr nach Galiläa, nach Nazareth, wo der Jesusknabe dann aufwächst und, so ist wieder bei Lukas zu lesen (Lk 2), um das öffentliche Erstaunen über die Weisheit des 12-jährigen Knaben Jesus bei einem Besuch im Tempel von Jerusalem.

Die christliche Mystik mit ihrer Ausrichtung auf unmittelbare Erfahrungen des Göttlichen in der Seele wendet alle Berichte und Erzählungen von der christlichen Weihnacht nach innen. Dies verdeutlicht vor allem Meister Eckehart. In den deutschen Predigten dieses Mystikers ist die notwendige Gottesgeburt in der Seele eine zentrale Aussage: „Daß sie aber in mir geschehe, daran ist alles gelegen“ (Meister Eckehart, 1979, Predigt 75, S. 415). Und auch der mittelalterliche Dichter Angelus Silesius formuliert in seiner Sprüchesammlung „Der Cherubinische Wandersmann“: „Wird Christus tausendmal zu Bethlehem geboren und nicht in dir, du bleibst noch ewiglich verloren“ (Angelus Silesius 1949, Cherubinischer Wandersmann, I, 61, S. 9).

Werfen wir, zum Vergleich, einen Blick auf die Mythen um Krishna und Buddha.

7. Krishna – das göttliche Kind

„Immer aber, wenn Verbrechen sich erhebt und Frömmigkeit zu wanken droht, erschafft Gott Vishnu sich erneut und geht durch seine Wunderkraft Maya in einen Mutterschoß ein“ (Schwarzenau, S. 19, 1984), so steht es in der Bhagavad Gita, einem heiligen hinduistischen Text. Er erzählt:

Die Welt wird von mächtigen Dämonen beherrscht, Recht und Gesetz gelten nicht mehr, eine Prophezeiung kündigt von der Wiedergeburt Vishnus. Als Elternpaar sind Vasudeva und Devaki auserwählt, und obwohl der böse Dämon Kansa alles versucht, die Geburt zu verhindern, wird Vishnu geboren und zeigt sich seinen Eltern mit göttlichen Insignien, Lotos, Rad, Muschel und Waffen. Sein Vater bringt ihn in Sicherheit, indem er Krishna – so nannten die Eltern ihren Sohn – der wie ein gewöhnlicher Säugling aussah, mit einem neugeborenen weiblichen Säugling austauscht, denn Kansa ließ alle neugeborenen Kinder im Umfeld der Eltern töten. Hier zeigt sich die Parallele zum Kindermord von Bethlehem durch Herodes.

Immer wieder schickt Kansa andere Dämonen aus, nach dem angekündigten Kind zu suchen, so z.B. eine Dämonin, die sich bei der Zieh Mutter einschleicht, um den Säugling Krishna mit vergifteter Muttermilch aus ihren Brüsten zu töten. Krishna aber, der alles durchschaut, säugt sie so aus, dass sie

tot umfällt; er selbst bleibt unbeschadet. Auch eine fliegende Riesenschlange kann er abwehren und mit seiner Kraft vernichten.

C. G. Jung meint:

„Es ist ein auffallendes Paradoxon in allen Kindesmythen, daß einerseits das ‚Kind‘ übermächtigen Feinden ohnmächtig ausgeliefert ist und von beständiger Auslöschungsfahr bedroht ist, andererseits aber über Kräfte verfügt, welche menschliches Ausmaß weit übersteigen“ (GW 9/I, § 289).

Das Kind Krishna spielt unbefangen mit den Dorfkindern, macht kindliche Streiche. Als seine Mutter einmal in seinen Mund sah, weil er Lehm gegessen hatte, konnte sie staunend das ganze Universum, Sonne, Mond, Sterne und die Erde mit Meer und Gebirgen darin sehen – ein Bild für das Schöpfertum Krishnas.

Einerseits ist Krishna ein ganz normales Kind, das hilft, die Kühe zu weiden, andererseits verfügt er über riesige Kräfte, ist im Kampf unbesiegbar, kann sogar tote Kälber wieder zum Leben erwecken.

Immer wieder erzählen Legenden, wie sich, verborgen im allmächtigen Kind Krishna, Vishnu selbst zeigt als höchster Gott, Ursprung von allem, ohne Anfang und ohne Ende, der erschienen ist, um das Gleichgewicht und die Ordnung in der Welt wiederherzustellen, und alle bösen dämonischen Kräfte zu besiegen vermag. Krishna, das verborgene göttliche Kind, hat eine bläuliche Farbe, verstanden als Vereinigung von Licht und Dunkel. Ebenso zahlreich sind Erzählungen, in denen Krishna alles als ein herrliches Spiel betreibt, alle jungen Hirtinnen so zu bezaubern vermag, dass jede meint, nur mit ihr allein tanze er, ihr einziger Liebhaber, er aber tanzt mit allen.

Wenn Gott in Krishna inkarniert erscheint, dann sind wieder Lebensfreude, Leichtigkeit und Freiheit möglich.

Ähnlich, wie zum christlichen Weihnachtsfest die Krippenspiele gehören, werden im Hinduismus zur Feier der Wiedergeburt Vishnus als Krishna Spiele und Schabernack des Kindes Krishna nachgespielt bzw. werden kleine Kinder wie Krishna gekleidet. Und so, wie die indischen Kinder es lieben, Geschichten von kindlichen Krishna zu hören und nachzuspielen, lieben die Kinder bei uns, das Krippenspiel im Stall von Bethlehem aufzuführen und als verkleidete Heilige Drei Könige durchs Land zu ziehen und Gaben für die bedürftigen Kinder der Welt einzusammeln.

8. Buddha

Im 6. oder 5. Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung, so erzählen die alten heiligen Schriften, war Indien in einem desolaten Zustand: Die Religionen verfielen, die Priester häuften Reichtümer an, vollzogen blutige Tieropfer und sinnlose Rituale; Grausamkeit und Ungerechtigkeit herrschten im Land. So war es an der Zeit, dass wieder ein Bodhisattva herniedersteigt.

Als wichtigste Quelle für Buddhas Leben und Lehre gelten Texte des Pali-Kanon (Gräfe, 2005) und der Lalitavistara (Schwarzenau, 1984). Sie erzählen:

Ausersehen, die Mutter des Buddha zu werden, war Maya, die Frau des Königs Suddodana. Der Geburtsort war ein Hain bei der Stadt Kapilavastu, am Fuße des Himalayas. Sein Kommen kündigte der Buddha durch einen Traum seiner Mutter an; Maya träumte, dass ein prachtvoller weißer Elefant, silbrig, weißstrahlend, voller Anmut und Schönheit, in ihren Leib eingetreten war und sie diesen Elefanten (ein Symbol für Kraft und Stärke) voll Wonne und Entzücken ansieht. Auch während der Monate der Schwangerschaft kann sie den künftigen Buddha sehen, der im Lotussitz sitzend in ihr wächst. Nach 10 Monaten trat er aus der rechten Seite seiner Mutter heraus: Sie gebar ihren Sohn ganz leicht, ohne Blut und Schmerz, stehend. Er konnte bereits gehen und sprechen, tat sieben Schritte in alle Himmelsrichtungen. Wunderzeichen erscheinen überall in der Natur, Blumen erblühen, kostbare Gerüche erfüllen die Luft, Musik erklingt.

Sein Vater, König Suddodana, lässt den Sohn von den Brahmanenpriestern untersuchen, und sie finden 32 Kennzeichen eines übernatürlichen Wesens an ihm.

Die Mutter Maya stirbt sieben Tage nach der Geburt, und das Kind wird bis zu seinem siebten Lebensjahr von der Schwester seiner Mutter aufgezogen. Dann bringt der Vater ihn zu einem Lehrer, aber der Knabe kennt bereits alle Schriftarten, beherrscht alle Künste und verfügt über riesige Kräfte.

Die Astrologen sagen voraus, dass Siddharta, so der Name des Kindes, ein erhabener Buddha sein wird, wenn er Mönch wird und den Weg der Entsagung und Erleuchtung geht. Diese Prophezeiung gefällt dem König aber nicht. Er möchte, dass sein Sohn ein reiches, glückliches Leben führt und alle Schätze der Welt genießen kann. Deshalb will er ihn vor der Begegnung mit allem Dunklen, mit Elend, Alter, Krankheit und Tod bewahren, schließt ihn in seinem Schloss ein, in dem er behütet leben soll, aber Siddharta findet den

Weg hinaus. Er begegnet dem menschlichen Leid in seinen verschiedenen Formen, wird Mönch, geht den Weg der Entsagung und lehrt nach seiner Erleuchtung, auf einem langen Wanderleben in Nordindien, den Weg der Erlösung vom Leiden des irdischen Daseins: die vier edlen Wahrheiten und den achtfachen spirituellen Pfad.

Gefeiert wird Buddhas Geburtstag in buddhistischen Ländern in der ersten Vollmondnacht im April/Mai. Historisch belegt ist kein genaues Lebensdatum, nach der Überlieferung lebte er von 563 bis 483 v. Chr.

9. Der negative Pol des Kindarchetyps: „Der Tod in Venedig“ (Thomas Mann)

Zum Grundverständnis der Archetypen gehört ihre Bipolarität, d.h. ein Archetyp umspannt immer die ganze Bandbreite zwischen einem positiven und einem negativen Pol. Seine Energien sind einerseits fördernd, lebenszugewandt, auf Entwicklung, Wachstum und Individuation ausgerichtet, haben aber auch destruktive negative Wirkungen.

Unter der negativen Wirkung des Kind-Archetyps kann es zu Regressionen kommen und sich ein Verhalten zeigen, das nur vom Kindheits-Ich bestimmt ist und alle Erwachsenenanteile vermissen lässt – eine kindisch-infantile Seite, tyrannisch-fordernd, egoistisch, launisch und schwer zugänglich. „Der Eintritt dieses Archetyps als Bild in das Bewusstsein stellt“, so Paul Schwarzenau, „einen schöpferischen Moment von hoher Energieladung dar, der die Seele des Menschen öffnet, wandelt oder auch, wie im ‚Tod in Venedig‘, zerstört“ (Schwarzenau, 1984, S. 10).

In der Erzählung „Der Tod in Venedig“ verfällt der alternde Künstler Aschenbach gänzlich der Attraktion eines 14-jährigen Knaben, dessen Schönheit ihn wehrlos gefangennimmt.

Aschenbach lebt ein Leben, das ganz auf Leistung ausgerichtet ist. Er ist schon lange verwitwet, leidet an einer tiefen Erschöpfung, entschließt sich spontan zu einer Reise und kommt in Venedig an.

Dort sieht er in seinem Hotel am Nebentisch eine polnische Familie mit einem 14-jährigen Knaben, der ihm „vollkommen schön“ erscheint. Er beobachtet ihn in den folgenden Tagen, ist fasziniert von der androgynen Anmut des Knaben, muss sich selbst bald seine Verliebtheit eingestehen. Dabei beobachtet er Tadzio, den Knaben, nur stumm, es kommt zu keiner Begegnung zwischen beiden, wird nie ein Wort gesprochen. Zunehmend ist er völlig hingerissen

von Tazio, lässt sich von seiner Liebe zu ihm verzaubern: „Ehemalige Gefühle, frühe, köstliche Drangsale des Herzens, die im strengen Dienst seines Lebens erstorben waren und nun so sonderbar gewandelt zurückkehrten, – er erkannte sie mit verwirrtem, verwundertem Lächeln“ (Mann 1986, S. 551).

Aschenbach ist ganz gefangen, ist der Wirkkraft dieser archetypischen Erscheinung völlig ausgeliefert: Er versucht abzureisen, kehrt aber zurück. Er geht zu einem Friseur, der ihn verjüngen soll, und bleibt, trotz der Cholera-Epidemie in Venedig, in Tazios Nähe, bis er sich durch überreife Erdbeeren, die er gekauft hat, selbst mit der Seuche infiziert. In der Schlusszene liegt Aschenbach sterbend in einem Liegestuhl am Meer und sieht in der Ferne am Strand die Gestalt des Knaben, als ob dieser ihn aufs Meer hinauswinke.

Thomas Mann hat dieses Werk „die Tragödie einer Entwürdigung“ genannt, denn in seinem Liebeswahn gefangen, verliert Aschenbach sein Leben und seine Würde.

10. Besondere Kinder im Märchen

In vielen Märchen geht es um Kinder. Es sind keine göttlichen Kinder, aber besondere Kinder mit einem eigenen Schicksal, das sie erfolgreich bewältigen. Ein paar kurze Beispiele:

Es sind Kinder, die besonderen Schwierigkeiten ausgesetzt sind, wie z.B. Hänsel und Gretel – abgelehnte, von den Eltern verlassene Kinder – oder Aschenputtel, die durch den zu frühen Tod der Mutter verwaist ist und von der Stiefmutter und den Stiefschwestern misshandelt wird. Im Märchen „Der Teufel mit den drei goldenen Haaren“ wird ein Junge, der mit einer Glückshaut geboren wurde und dem deshalb ein glückverheißendes Geschick vorhergesagt ist, vom König verfolgt. Einem Glückskind wird alles gelingen, doch an den Schwierigkeiten und Prüfungen, die es bestehen muss, wird sich erweisen, ob es ein besonderes einzigartiges Wesen ist.

Auch das „Eselein“ in der Märchensammlung der Brüder Grimm (KHM 144) ist am Ende ein Glückskind, das die Prinzessin heiraten darf: Ein lang erwartetes Kind, das ganz anders ist als von den Eltern ersehnt, steckt in einer Eselshaut. Von der Mutter abgelehnt, vom Vater liebevoll angenommen, begibt mit naivem Selbstvertrauen, Fröhlichkeit und Wagemut, zieht es in die Welt, findet sein Glück und kann, endlich liebevoll angenommen, dann auch sein Schutzhaut loslassen.

Diese Kinder bewältigen ihre Schwierigkeiten und finden ins Leben. Und so ermutigen diese Märchen dazu, das eigene Schicksal, wie schwer es auch sein mag, anzunehmen, die Probleme, die das Leben stellt, zu lösen. Es geht darum, Risiken und Gefährdungen mit Vertrauen ins Leben zu bestehen – so kann das Leben dann glücken, glückt ein Mensch sich selbst und erfüllt seine Lebensaufgaben.

11. Glückskinder in der Bibel

Von zwei Glückskindern erzählt auch die Bibel:

Josef, der zweitjüngste Sohn seines alten Vaters Jakobs, sein Lieblingskind, von ihm bevorzugt und mit einem besonderen Rock verwöhnt, wird von seinen neidischen Brüdern in die Sklaverei verkauft und kommt nach Ägypten. Dort bewältigt er jedoch alle Tücken und Schicksalsschläge, gewinnt die Gunst des Pharaos und steigt zum obersten Verwalter des Landes auf. Er wird einflussreich und machtvoll, wie es ihm seine Träume vorhergesagt haben. Auf die Rache an seinen Brüdern vermag er zu verzichten, er rettet Ägypten und auch seinen ganzen Stamm vor der Hungersnot (1. Mose 37–50). (Das Schicksal Josefs wird meisterhaft von Thomas Mann in seinem Roman „Josef und seine Brüder“ erzählt.)

Auch Mose, eine zentrale Gestalt des Alten Testaments, ist ein besonderes, vom Schicksal begünstigtes Kind, das bei seiner Geburt wie die göttlichen Kinder vom Tod bedroht ist. Das 2. Buch Mose erzählt von seiner Kindheit. Das Volk Israel hatte sich in der ägyptischen Gefangenschaft stark vermehrt, was den Ägyptern Sorge machte. So befahl der Pharao, dass alle neugeborenen Söhne getötet werden und nur die Töchter am Leben gelassen werden sollten. Die Mutter des Mose konnte ihr Neugeborenes zunächst verbergen. Sie legte es dann in ein Körbchen und setzte es im Schilf des Nils aus. Die Tochter des Pharaos fand das Körbchen und den Knaben. Die Schwester des Mose beobachtete dies und sagte der Königstochter, sie wisse eine gute Amme für das Kind. So erhält Mose unter dem Schutz der pharaonischen Prinzessin seine eigene Mutter als Pflegemutter, wird von ihr aufgezogen und zum Sohn der Prinzessin erklärt.

Der erwachsene Mann Mose wird zum auserwählten Führer seines Volkes.

12. Therapeutische Arbeit und das Innere Kind

Verschiedene therapeutische Richtungen – neben der Analytischen Psychologie u.a. die Transaktionsanalyse, die Schematherapie, PITT (Psychodynamische Imaginative Traumatherapie), die Systemische Therapie – haben in den letzten Jahrzehnten Konzepte zur Arbeit mit dem Inneren Kind entwickelt, die sehr bekannt geworden sind (Chopich/Paul, 1993; Reddemann, 2005; Herbold/Sachsse, 2007).

Diese Konzepte beziehen sich zunächst auf die im Gedächtnis gespeicherten Erfahrungen, Erinnerungen und Gefühle aus der eigenen Kindheit. Sie umfassen Lebensmuster und Selbstbild, traumatische Erlebnisse ebenso wie Enttäuschungen und seelische Wunden, auch Gefühle von Angst, Wut, Verlassenheit. Daneben gibt es aber auch das neugierige, zutrauliche, freudige Kind, das Kind, das spontan, lebendig, voller Staunen aufwachsend seine Welt erkunden kann.

Werden diese kindlichen Seelenanteile vom erwachsenen Ich abgelehnt, haben wir es oft mit einem Erwachsenen zu tun, der sich selbst nicht annehmen kann und oft mit mangelnder Selbstfürsorge sein Leben lebt.

In der therapeutischen Arbeit geht es zunächst darum, eine Verbindung und einen inneren Dialog zwischen einem verständnisvollen Erwachsenen-Ich und dem Inneren Kind herzustellen. Das Bewusstsein muss bereit sein, so C. G. Jung, „ins ‚Kinderland‘ zurückzukehren [...]. Kindisch ist nicht nur, wer zu lange Kind bleibt, sondern auch, wer sich von der Kindheit trennt und meint, daß das, was er nicht sieht, nicht mehr existiere“ (GW 12, § 74).

Das Sich-Einlassen auf die therapeutische Arbeit mit dem Inneren Kind weckt natürlich sehr unterschiedliche Erinnerungen und Erfahrungen aus der eigenen Kindheit: Es erlaubt, dass grundlegende Bedürfnisse nach Sicherheit, Schutz, Geborgen- und Angenommensein sich melden können, Bedürfnisse nach Nähe, aber auch Gefühle, die schambedeckt in den Schattenbereich der Psyche verschoben wurden. Ein geduldiges Nachfragen nach Erinnerungsspuren, Spielen, Lieblingsgeschichten, Orten der Kindheit, Bezugspersonen, Geschwistern – unter Umständen auch mithilfe des gemeinsamen Betrachtens von Fotos – können Brücken bauen und Zugänge schaffen.

Auch auf der Ebene der Träume melden sich in einem therapeutischen Prozess die Inneren Kinder, so können sie erkannt, angenommen werden und zur seelischen Belebung beitragen.

Mithilfe von Imagination kann im Raum der Therapie ein Zwiegespräch mit dem Inneren Kind begonnen werden. Manchmal geht es dabei darum, Phantasie und Lebenswünsche wieder zuzulassen, auch das kreative Malen und Gestalten wiederzuentdecken und Zugang zu eigenen schöpferischen Ausdrucksformen zu finden. So kann der Zugang zum Inneren Kind belebend und befreiend wirken, kann das Leben sich wieder öffnen für eigene kreative Impulse zur Lebensgestaltung.

Positive Auswirkungen der Arbeit mit dem Inneren Kind können sein:

- Die innere Leere, das Unlebendige, Freudlose und Festgefahrene des gegenwärtigen Lebens wird spürbar, tritt ins Gefühl und kann so erkannt werden.
- Hinter der Ablehnung des Inneren Kindes werden Ängste, erlittene Demütigungen und Kränkungen, Hilflosigkeit, Wut und Zorn zugänglich.
- Gegenwärtige Probleme und Verletzungen werden im Zusammenhang mit der Biographie erkennbar und besser bearbeitbar.
- Die vergebliche Suche nach Liebe, die das Kind ersehnt und nie bekommen hat, darf betrauert und so bewältigt werden.
- Manche komplexhaften „Lieblingsgefühle“ der Kindheit („Immer ich“, „Nie ist es gut genug“, „Ich muss mich nur noch mehr anstrengen“, „Keiner versteht mich“) können jetzt erkannt werden.

Auch wenn in verschiedenen Therapieformen hilfreich mit dem Konzept des Inneren Kindes gearbeitet wird, sind angesichts der gegenwärtigen Beliebtheit dieses Konzeptes einige kritische Anmerkungen angebracht:

- Gelegentlich wird ein Kult um das Innere Kind veranstaltet, bei dem der erwachsene Ich-Anteil vernachlässigt wird.
- In manchen Konzepten gibt es allzu idealisierte Vorstellungen vom Inneren Kind, von seiner Reinheit, Unschuld und Allwissenheit. Die Inneren Kinder sind jedoch ebenso wenig rein, unschuldig und allwissend wie reale Kinder.
- Häufig werden bei der Arbeit mit dem Inneren Kind vor allem erlittene Kränkungen und Verletzungen benannt, die gesunden und vitalen Anteile, die auch zur Biographie gehören, werden leicht übersehen.

- Beim Ausleben von Bedürfnissen des Inneren Kindes sollten nicht die Aktivitäten und Orientierungen des Erwachsenen-Ich gänzlich zurückstehen. Der Erwachsene sieht nicht nur seine eigene kleine Welt, sondern vermag auch in größeren Lebenszusammenhängen politisch Verantwortung zu übernehmen.
- Das Konzept kann dazu verleiten, alle Probleme, Ängste, Schwierigkeiten des Erwachsenenlebens auf die Kindheit zurückzuführen. Dagegen gilt: Jede Lebensphase hat ihre eigenen Chancen, Herausforderungen, Probleme, Gefährdungen und Glücksmöglichkeiten.

13. Kinderträume von Erwachsenen – ein Fallbeispiel

Nicht selten tauchen sowohl im Prozess einer Therapie als auch besonders in Krisenzeiten des Lebens Kinderträume auf. Zumeist meldet sich darin etwas Neues: ein neuer Lebensabschnitt, eine neue Sichtweise, eine innere Veränderung, die auf seelisches Wachstum hindeutet. Mit realen Schwangerschaften oder Kinderwunsch haben diese Träume zumeist nichts zu tun, sie werden aber als besonders berührend erlebt.

Die Träume von Kindern zeigen oft auch auf, wieso sich das Ich des Erwachsenen vom eigenen Inneren Kind entfernt hat, von dessen Spontaneität, Kreativität und Phantasie. Sie können deutlich machen, wo das Spielerische, der Spielraum für Entwicklung, der Anteil des *homo ludens* in uns, allzu eingeengt ist.

Das Auftauchen des Kindarchetyps verweist prospektiv auf Änderungen und Wandlungen, die anstehen und die über die Traumbotschaften dem Bewusstsein nahegebracht werden.

Fallbeispiel:

Frau A befindet sich nach dem Tod ihres Mannes in einer schweren Trauerkrise. Alle Hoffnungen auf ein gemeinsames Alter sind durch seinen Tod nach kurzer schwerer Krankheit zunichte geworden.

Sie hat keinen Lebensmut, will ihm nachsterben, will selber nicht allein weiterleben.

Ein halbes Jahr nach der Beerdigung träumt sie, sie macht zusammen mit einer kleinen Gruppe einen Winterspaziergang; ein Kind in einem Kinderwagen ist dabei, es ist etwa 6 Monate alt.

Alles ist eisglatt, alle rutschen, der Kinderwagen kippt um und das Kind fällt heraus auf die Erde. Es ist fast nackt, hat aber eine Art Schutzhaut oder ist in eine Folie gewickelt. Frau A. gerät in Panik, will das Kind hochheben, tut dies auch. Das Kind ist ganz friedlich, hat keine Angst, ist zu ihrem großen Erstaunen einfach nur wach und lebendig.

In einem Folgetraum geht es wieder um ein Kind in einem Kinderwagen, irgendwie gibt es wieder ein Rutschen und eine Kollision. Das Kind fällt dieses Mal auf einen Heuhaufen. Es liegt wieder ganz friedlich und ohne Angst da, ist unverletzt und heil. Alle wollen es retten, vor allem die Träumerin. Voller Verwunderung reagiert sie wieder auf den Zustand des Kindes, das heil, unverletzt, friedlich ist. Sie findet es unglaublich.

Aus der Rückschau sind diese Kinderträume für sie Anzeichen von Hoffnung, sich mit neuerwachendem Lebensmut auf das Weiterleben, nun als Witwe, einlassen zu können – mit allen Schwierigkeiten. Sie selbst hat beide Träume als Wendepunkt in ihrer suizidalen Trauerkrise erlebt.

Für manche Träume gilt der schöne Satz von Hölderlin: „Denn wo Gefahr ist, wächst das Rettende auch.“

14. „Wenn ihr nicht werdet wie die Kinder ...“

Eine der Jesus-Botschaften im Neuen Testament gibt den dringlichen Rat: „Wenn ihr nicht werdet wie die Kinder, werdet ihr nicht in das Reich Gottes kommen“ (Mt18,3). Was könnte gemeint sein?

Vielleicht geht es um Offenheit, Zutrauen zum Leben und zur Welt, darum, nichts für unmöglich zu halten, „Dem Wunder leise, wie einem Vogel die Hand hinhalten“ (Hilde Domin).

Und vielleicht geht es um das Staunen. Mit staunender Verwunderung entdeckt ein Kind die Welt, nichts ist zu klein, nichts zu groß. Der kritisch abschätzende Blick eines Erwachsenen sieht manches nicht, er stellt fest, wertet, vergleicht – das staunende Kind dagegen stellt immer wieder offene Fragen. Und das kindliche Philosophieren über Gott und die Welt kann uns immer wieder überraschen und auf das Existentiell-Wesentliche verweisen.

David Steindl-Rast meint: „Ein wirklich erwachsener Mensch hat Kindlichkeit nicht abgelehnt, sondern sie auf höherer Ebene wiedererlangt“ (Steindl-Rast, 1996, S. 152). Ein solcher Erwachsener ist erstaunt, verwundert über das Leben, dankbar für vieles, was er erleben kann.

Literatur

- Angelus Silesius: Cherubinischer Wandersmann. Eingeleitet und erläutert von Will-Erich Peuckert. Dieterich'sche Verlagsbuchhandlung, Wiesbaden 1949.
- Die Bibel. Oder die Heilige Schrift des Alten und Neuen Testaments. Nach der Übersetzung Martin Luthers. Württembergische Bibelanstalt, Stuttgart 1964.
- Campbell, Joseph: Die Kraft der Mythen. Bilder der Seele im Leben des Menschen. Artemis, Zürich/München 1994.
- Chopich, Erika J. / Paul, Margaret: Aussöhnung mit dem inneren Kind. Bauer, Freiburg im Breisgau 1993
- Dorst, Brigitte: Resilienz. Seelische Widerstandskräfte stärken. 2. Aufl. Patmos, Ostfildern 2018.
- Dorst, Brigitte: Therapeutisches Arbeiten mit Symbolen. Wege in die innere Bilderwelt. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl. Kohlhammer, Stuttgart 2015.
- Glaserapp, Helmuth von: Die Weisheit des Buddha. Bühler, Baden Baden 1946.
- Gräfe, Ursula: Buddha. Leben, Werk, Wirkung (Suhrkamp BasisBiographie; 5). Suhrkamp, Frankfurt am Main 2005.
- Herbold, Willy / Sachsse, Ulrich: Das so genannte Innere Kind. Vom Inneren Kind zum Selbst. Schattauer, Stuttgart 2007.
- Jung, C. G.: Psychologie und Alchemie (GW 12). Hg. von Lilly Jung-Merker / Elisabeth Rüb. Walter, Olten / Freiburg im Breisgau 1972.
- Jung, C. G.: Vom Werden der Persönlichkeit. In: Über die Entwicklung der Persönlichkeit (GW 17). Hg. von Lilly Jung-Merker / Elisabeth Rüb. Walter, Olten / Freiburg im Breisgau 1972, §§ 284–323.
- Jung, C. G.: Zur Psychologie des Kindarchetypus (1940). In: Über die Archetypen des kollektiven Unbewußten (GW 9/I). Hg. von Lilly Jung-Merker / Elisabeth Rüb. Walter, Olten / Freiburg im Breisgau 1976, §§ 259–305.
- Jung, C. G. / Kerényi, Karl: Das göttliche Kind. Eine Einführung in das Wesen der Mythologie. Patmos Paperback, Düsseldorf 2006.
- Lama Anagarika Govinda: Lebendiger Buddhismus im Abendland. Vision und Vermächtnis des großen Mittlers zwischen Ost und West. O. W. Barth, München u.a. 1986.
- Marquard, Odo: Apologie des Zufälligen. Reclam, Stuttgart 1986.
- Mann, Thomas: Der Tod in Venedig. In: ders.: Die Erzählungen. Fischer TB, Frankfurt am Main 1986, S. 493–584.
- Meister Eckehart: Deutsche Predigten und Traktate. Hg. und übers. von Josef Quint. Diogenes, Zürich 1979.
- Müller, Lutz / Müller, Anette (Hg.): Ein Stern kommt auf die Erde. Die Spiritualität von Weihnachten. Opus Magnum, Stuttgart 2009.
- Müller, Lutz / Müller, Anette: Wege zum Inneren Kind. In: Jung Journal 21 (2009), S. 59–61.
- Reddemann, Luise: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie, PITT – Das Manual. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2005.

- Samuels, Arthur / Lukan, Elisabeth: Im Einklang mit dem Inneren Kind. Ein meditativer Weg zu sich selbst. Herder, Freiburg im Breisgau u.a. 1996.
- Schnocks, Dieter: Das Göttliche Kind. Symbol der Neuwerdung und Selbstverwirklichung. In: Lutz Müller / Anette Müller (Hg.): Ein Stern kommt auf die Erde. Die Spiritualität von Weihnachten. Opus Magnum, Stuttgart 2009, S. 179–189.
- Schwarzenau, Paul: Das göttliche Kind. Der Mythos vom Neubeginn. Kreuz, Stuttgart 1984.
- Seifert: Theodor / Seifert, Anglee: Zum Kind reifen. Inneres und Göttliches Kind in der Analytischen Psychologie. In: Jung Journal 21 (2009), S. 5–13.
- Steindl-Rast, David: Staunen und Dankbarkeit. Der Weg zum spirituellen Erwachen. Herder, Freiburg im Breisgau u.a. 1996.
- Wöller, Hildegunde: Das wieder eröffnete Paradies. Weihnachtliche Gespräche unter Freunden. Kreuz, Stuttgart 1989.

Autorin:

Prof. Dr. phil. Brigitte Dorst
Letterhausweg 75
48167 Münster
Tel.: 0251/717968
E-Mail: prof.dr.b.dorst@web.de

*Vortrag zur Eröffnung der Jahrestagung
des BKJPP am 15. November 2018:*

Bruders Hüter, Schwesters Feind – Literarische Geschwisterbeziehungen

Andreas Steinhöfel

*Dem eigentlichen Vortrag voraus ging eine vollständige Lesung der Kurzgeschichte **Bruders Hüter** (aus dem Erzählband *Froschmaul*, Carlsen Verlag, Hamburg, 2015). Aus Urheberrechtsschutzgründen kann die Geschichte, wie auch der den Vortrag abschließende Romanauszug aus **Die Mitte der Welt** (Carlsen Verlag, Hamburg, 2018, S. 252 ff.) hier nicht abgedruckt werden.*

Zur Einleitung: Warum es krachen muss

Der Kern einer jeden Geschichte, sehr geehrte Damen und Herren, wird bestimmt durch Konflikt. Diese Feststellung mag furchtbar banal klingen, aber wir, die wir nicht mit hunderten, sondern mit tausenden von Geschichten groß geworden sind, vornehmlich erzählt von Buch und Film, wir haben diesen Satz so sehr verinnerlicht, dass er für uns, da Selbstverständlichkeiten gern in Vergessenheit geraten, gelegentlich neu betont werden muss: Den Kern einer jeden Geschichte bestimmt der Konflikt.

Wobei der Begriff *Konflikt* weit gefasst ist: Wir mögen zuerst an zwei oder mehr konkurrierende, vielleicht gar sich tötlich bekämpfende Menschen denken. Aber Konflikt ist auch der Einzelne gegen den Staat oder gegen andere Machtkonstrukte, Konflikt ist die Familie Robinson im Kampf gegen die feindliche Natur, Konflikt ist der in der Hauptfigur selber tobende Kampf zwischen Gut und Böse. Noch weiter gefasst ist Konflikt die Tücke des Objekts, und wenn Ihnen dazu spontan etwas Lustiges einfällt, dann hat das seine Richtigkeit: Konflikt lässt uns lachen, wenn andere ihn stellvertretend für uns führen, und er lässt uns weinen, wenn sie für uns an ihm scheitern. Immer aber erwartet uns in seiner Auflösung, so geht es seit mehr als 2300 Jahren im aristotelischen Regeldrama, eine kathartische Reinigung.

Dass die Kinderliteratur sich vor allem die Familie als häufigen Ort und Hort für Konflikte ausgesucht hat, hat wenig Methode, es liegt vielmehr in der Natur der Sache: Der Lebenswelt des Kindes sind anfangs noch recht enge räumliche Grenzen gesteckt – da ist vornehmlich das eigene Zuhause, dazu gesellen sich bald Kita oder Schule, das Heim von Verwandten oder Freunden, Urlaubsorte. Zuhause wiederum leben Eltern oder doch wenigstens eines bis mehrere erwachsene Wesen mit Erziehungsverantwortung, hinzu kommen bei Nicht-Einzelkindern wahlweise blutsverwandte, dazugepartnerte, verpflegschaftete oder adoptierte Geschwister ...

... und Zack!: Kaum sind eine Kurzgeschichte und zwei Seiten Vortrag vergangen, sind wir auch schon beim Thema: Geschwisterbilder in der Literatur!

1 Das Kinder- und Jugendbuch als Drama

Jedermann weiß um die Konflikträchtigkeit familiärer Beziehungen. Aber gibt es Konflikte – und wenn ja, welche? –, die speziell innerhalb von Geschwisterkonstellationen angelegt oder verankert sind? Ist es zum Beispiel eine zwangsläufige Konstante, dass Geschwister im Erwachsenwerden verschiedene Berufswege einschlagen, um sich so in einer Art ökologischen Nische einzurichten, die das nächste Geschwister garantiert nicht besetzt? Weil sie auf diesem Wege Bewunderung durch die Eltern, deren exklusive Anerkennung und Zuwendung, erfahren können, ohne offen miteinander konkurrieren zu müssen? Ist dergleichen Verhalten überhaupt empirisch belegt? Oder ist es nur Behauptung, ist es gar bloßer Mythos?

Erschrecken Sie nicht, liebe Anwesende, aber: dem Autor sind dergleichen Fragen völlig einerlei. Der Autor sieht nur, welche Personenkonstellation eine Möglichkeit zum Konflikt darbietet, und findet er diese Möglichkeit nicht, dann *erfindet* er eben eine.

Es ist ein wirklich übles und, wie ich befürchte, recht deutsches Dilemma, dass wir Literatur generell immer wieder abklopfen auf ihren Realitätsgehalt. Speziell das Jugendbuch muss sich ein ums andere Mal den Vorwurf fehlender Trennschärfe zur kindlichen Märchenerzählung gefallen lassen: Was fürs Kind eben noch recht war, darf für den Jugendlichen plötzlich nicht mehr sein; sein eben noch magisches Weltbild hat einem realistischen Menschenbild zu weichen.

Aber wenn ich als Autor über – zum Beispiel – Geschwister schreibe, beschreibe ich Geschöpfe meiner Phantasie. Ihre Seelen und ihr Verhalten

mögen sich aus meiner Lebenserfahrung speisen, aus eigenen Wünschen, Träumen, Ängsten, Projektionen ... und mit etwas Glück macht das meine geschriebenen Geschwister zu authentischen Figuren. Aber es macht sie ganz sicher nicht zu realen. Es ist der emotionale Gehalt unserer Geschichten, es ist die Wahrhaftigkeit, nicht die Wahrscheinlichkeit der sie tragenden Figuren, durch die wir Autoren uns ausdrücken. Wir sind Illusionisten, wir überhöhen die Realität, steigern sie bis ins Absurde, um sie greifbar und begreiflich zu machen. Dass vor diesem Hintergrund Wahrhaftigkeit sich manchmal im Gewand des Märchens besser erzählen lässt als im Gewand realistischer Fiktion, sei nur am Rande bemerkt, könnte aber vielleicht bei der Beantwortung der Frage helfen, warum das Genre der Fantasy bei Jugendlichen so beliebt ist.

Unabhängig davon muss die Frage gestellt sein, wie viel Realität einem Kind oder einem Jugendlichen überhaupt zuzumuten ist. Um das sehr deutlich auszudrücken: Nur weil ein Kind oder Jugendlicher über die technischen Mittel und Möglichkeiten verfügt, extremistische Tötungsvideos oder selbst für Erwachsene bizarr oder gar grausam anmutende Darstellungen menschlichen Sexualverhaltens via Internet zu goutieren, heißt das nicht, dass das Kind oder der Jugendliche außerdem über die Mittel verfügt, das Gesehene auch so zu verarbeiten, dass seine Seele – und als Autor sage ich bewusst *Seele*, nicht *Psyche* – keinen Schaden daran nimmt.

Als ich vor knapp 30 Jahren zu schreiben begann, erschienen allein im deutschsprachigen Kinder- und Jugendbuch jährlich etwa 3000 neue Titel. Aktuell sind es pro Jahr mehr als 9000, bei rückgängigen Leserzahlen. Erlaubt ist dabei längst alles, was Kasse macht. Auf der immer dringlicheren Suche nach unerschlossenen Absatzmärkten droht speziell die Literatur für Kinder und Jugendliche das Gespür dafür zu verlieren, dass ihre ganz eigentliche Zielgruppe über weite Strecken ihrer Entwicklung eines Schutzraumes bedarf, von dem manche Fenster und Türen so lange verschlossen bleiben müssen, bis dessen junge Bewohner Instrumentarien entwickelt oder von uns Erwachsenen zur Hand bekommen haben, um mit dem klar zu kommen, was sie draußen vor der Tür erwartet ... oder dahinter, im tiefen dunklen Wald.

Festzuhalten bleibt schließlich noch, dass die Dramaturgie einer Story für Kinder sich fundamental unterscheidet von einer Story für Jugendliche. Das liegt, natürlich, am unterschiedlich ausgebildeten Intellekt und Abstraktionsvermögen. So steht (in der Regel) innerhalb einer Geschichte für Kinder jeder Satz in einem Kontext, er bezieht sich auf alles, was vor ihm war und er leitet ein, was nach ihm kommt. Kinder möchten lineare Erzählungen, sie bevor-

zugen die simple Chronologie von A, B, C aus dem einfachen Grund, weil sie für andere Erzählformen noch nicht geschult sind. Sie wollen Ursache und Wirkung, eine klare Einteilung in gestern-heute-morgen, und sie wollen schwarz und weiß. Kinder haben ein manichäisches Weltbild, also erwarten Sie in der Kinderliteratur keine großartigen Differenzierungen. Erwarten Sie niemals grau. Die erste literarische Erfahrung mit Grau ist dem Jugendbuch vorbehalten; ich komme zum Abschluss meiner Ausführungen darauf zurück.

2 Geborene Konfliktausfechter

Warum nun ziehen Geschwistergeschichten uns an?

Es ist immer ein wenig wie eine Versuchsanordnung im Labor, ein spannendes Experiment mit ungewissem Ausgang, bloß dass der Chemiker das Schicksal ist, ergänzt um ein wenig oder ein mehr an Genetik: Wie viele – und wenn ja welche – Anteile am Charakter des Menschen sind ihm angeboren, welche wiederum sind anerzogen? Was in uns ist zurückzuführen auf ein bloß individuelles Feuerwerk, das abfackelt beim Zünden unzähliger, in komplizierter Wechselwirkung zueinander stehender Hormone? Und was in uns ist der Sozialisation geschuldet, was hat, indem wir sie erfahren haben im Glück wie im Unglück, die Welt uns eingeschrieben?

Eine Betrachtung von Geschwistern ruft sofort das Bild vom Brennglas wach, unter dem die beiden (oder mehr als zwei) beobachtet werden. Sie halten sich nicht etwa am Bildrand auf – das eine oben links das andere schräg unten rechts – nein: Wir sehen sie immer zusammen, eines dem anderen nahe, wie auf einer fast zu engen Blaupause: Das liegt an der von Natur aus gegebenen räumlichen Nähe von Geschwistern zueinander.

Haben diese Geschwister etwa nicht – um des Experiments willen mit identischen Eltern gesegnet, in derselben materiellen Situation aufgewachsen – im Leben dieselben Startvoraussetzungen? Warum gelingt dann dem einen etwas, wo das andere versagt? Vater und Mutter werden, je nach eigener Sozialisation, bereits auf einen Jungen anders reagieren als auf ein Mädchen, aber das Geschlecht können wir der Gender-Polizei überlassen; es gibt tausend andere Prämissen, zu denen Kind A bei den Eltern eine komplett andere Reaktion hervorruft als Kind B: Das eine schreit im Babyalter und hält die Eltern nächtelang wach, der Quälgeist; das andere ist ruhig und schläft durch, der kleine Wonnepropfen! Eins ist streitlustig, das andere diplomatisch. Das eine

mag, was auch Papa mag, das andere teilt die Vorlieben der Mutter – alles keine große Sache.

Dennoch faszinieren uns Geschwistergeschichten. Warum?

Ein Geschwister ist immer auch eine andere Form des eigenen Ich. Es ist ein lebenslanges *Was wäre, wenn*, ein mal verhasstes, mal geliebtes Spiegelbild, es ist Menetekel wie Apotheose. Das Geschwister kann uns Erleichterung sein (wir sind dessen Schicksal entgangen), Trost (wir haben sein Schicksal geteilt) oder uns mit Neid erfüllen (wird sind vom Schicksal nichtgleichermaßen begünstigt). Aber immer ist und bleibt das Geschwister auch, im Positiven wie im Negativen, der Konkurrent um die Aufmerksamkeit und Liebe der Eltern, um gesellschaftliche und soziale Anerkennung. Wie weit wir vom Alter her auch auseinander liegen, das Geschwister bleibt uns lebenslanger Zwilling – vielleicht ein Grund dafür, dass Zwillingspaare erstaunlich häufig in der Literatur auftauchen; Anlass auf jeden Fall für mich, speziell *einer* Zwillingsgeschichte ein extra Kapitel dieser Ausführungen zu spendieren.

3 Literarische Geschwister

Zunächst aber zu einigen berühmten Brüdern und Schwestern in der Weltliteratur. Ihrer universellen Natur entsprechend, stoßen wir auf sie in der abendländischen Literatur schon zu deren Geburt: Wir begegnen Paris und Hektor – nebst Schwester Cassandra – in Homers um 800 v. Chr. verfasster *Ilias* (sollten dabei aber nicht vergessen, dass bereits die gesamte antik-mythologische Kosmogonie mit ihren vorolympischen wie olympischen Göttern auf geschwisterlichen Beziehungen aufbaut).

Eine für den europäischen Kulturkreis wegweisende frühe Geschwistergeschichte entstammt dem Sagenkreis ums germanische Königsgeschlecht der Wälsungen – wegweisend deshalb, weil die Wälsungen-Storys bis heute in kaum maskierten Abwandlungen immer wieder erzählt werden, so zum Beispiel in der populären TV-Serie *Game of Thrones*. Die Wälsungen-Erzählungen wurden zwischen 1000 und 1300 herum in verschiedenen Werken schriftlich niedergelegt (sie erscheinen im altenglischen *Beowulf* ebenso wie in den altnordischen Dichtungen der *Edda*). Behandelt wird darin unter anderem die Liebe zwischen dem Geschwisterpaar Sigmund und Signy, deren inzestuöser Verbindung ein Sohn entspringt.

Viele Jahrhunderte später machte Richard Wagner in seinem Zyklus um den *Ring des Nibelungen* den Göttervater Wotan zum Stammherrn der beiden

Wälsungen; in Wagners *Walküre* wird aus der Signy eine Sieglinde, dem Siegmund wird sie den Helden Siegfried gebären. *Braut und Schwester bist du dem Bruder*; trällert es kurz vorm Zeugungsakt auf der Bühne, *so blühe denn, Wälsungenblut*.

Wälsungenblut lautet folgerichtig der Titel eines frühen Werkes von Thomas Mann. Das Buch – erschienen 1906 – wurde als antisemitisch kritisiert, vom Markt zurückgezogen und erst 1921 überarbeitet wiederveröffentlicht. Thomas Mann persifliert darin Richard Wagners Wälsungen; bei ihm sind Siegmund und Sieglinde ein vom Schicksal verwöhntes großbürgerliches Zwillingsspaar, ausschließlich mit sich selbst beschäftigt, selbstverliebt, bis sie zuletzt einander lieben „um ihrer erlesenen Nutzlosigkeit willen“, so Thomas Mann.

Der so richtig vom Thema nicht loskam, denn mehr als 40 Jahre später verfasste er den Roman *Der Erwählte*, in dem gleich ein doppelter Inzest die Handlung bestimmt: Bruder und Schwester zeugen ein Kind, das siebzehn Jahre später mit der eigenen Mutter schlafen wird; aber auch das, dank Sophokles' Tragödie um *Ödipus*, ein 2400 Jahre alter Hut.

Wenn sie nicht gerade miteinander schliefen, konkurrierten literarische Geschwister miteinander. Stets waren sie dabei weit entfernt von irgendeiner Form für den Leser spürbarer Authentizität, sie waren gleichsam weder wahrhaftig, noch wahrscheinlich. Nein, in der literarischen Gegenüberstellung von Geschwistern manifestierten sich über lange, lange Zeit Rollenvorbilder, Gesellschaftsentwürfe, ganze Weltbilder. Geschwister waren lediglich Funktionsträger, mal wurden sie moralisch, mal politisch instrumentalisiert.

So schildert Schillers 1781 entstandenes Drama *Die Räuber* die Rivalität zweier gräflicher Brüder, der eine Vaters Liebling, der andere vom Vater abgewiesen, gleichsam also ein märchenhaftes Motiv (das bereits 200 Jahre zuvor Shakespeare mit *King Lear* aufbereitet hatte). Um die Liebe wie ums Erbe des Vaters buhlend, geraten Schillers Brüder aneinander und spielen all jene Themen durch, die dem Sturm und Drang lieb und teuer waren: die Verantwortung des Einzelnen, das Verhältnis von Gesetz und Freiheit, den Konflikt zwischen Verstand und Gefühl. Wirklich lebendig wirkt dabei keiner der beiden Protagonisten.

Fünf Jahre nach der Veröffentlichung der *Räuber* wurden die Brüder Grimm geboren, deren zwischen 1812 und 1858 erschienene Märchensammlungen

uns einen überreichen Fundus an Geschwistergeschichten liefern. Auch im Märchen ist das Geschwister oft nur Funktionsträger, diesmal mit eindeutig erzieherischem Auftrag: Nur böse Brüder und Schwestern lassen die armen Eltern im Alter im Stich, nur dem Mutigen gehört die Welt, nur der Fleißige wird belohnt oder der, der Verantwortung übernimmt. Vielfach aber beschwören Geschichten wie *Hänsel und Gretel* oder *Schneeweißchen und Rosenrot* auch Solidarität der Geschwister untereinander, und wiewohl das Märchen zwischenzeitlich heftig kritisiert wurde, überwiegt inzwischen die Lesart, dass es seinen kindlichen Lesern oder Zuhörern Zuversicht mitzugeben vermag und sie zum Vertrauen in die eigene Stärke auffordert.

[Zur Vertiefung des Themas empfehle ich übrigens gerne Bruno Bettelheims auch mehr als fünfzig Jahre nach dessen Erscheinen immer noch ganz wunderbares Standardwerk *Kinder brauchen Märchen (The Uses of Enchantment, 1966).*]

Und die Mädels? Der 1869 erschienene, in Amerika heute noch kultische Verehrung genießende Roman *Little Women (Betty und ihre Schwestern)* von Louisa May Alcott stellt vier Mädchen verschiedenen Temperaments nebeneinander. Die Konventionelle heiratet, die Selbstlose stirbt, die Egoistische wird Künstlerin. Wagemutig und rebellisch ist nur Jo, ein kaum verhohlenen *alter ego* ihrer bekennend lesbischen Autorin, aber selbst Jo wird letztlich den an sie gerichteten gesellschaftlichen Rollenerwartungen nicht entkommen: Bis auf die tote Selbstlose landen am Schluss alle Schwestern unter der Haube, bei aller Verschiedenheit bleiben die Mädchen zuletzt doch kaum mehr als idealisierte Charakterentwürfe, von einer Kritikerin passend bezeichnet als „Verkörperungen eindimensionaler Güte“. *Warum* die Schwestern verschieden voneinander sind, wird nicht weiter eruiert, die Natur hat sie so gemacht, versichert uns die Autorin, die sie so gemacht hat. (Der Fairness halber sei hinzugefügt, dass Alcott drei Fortsetzungen und zwanzig Jahre später offen für Frauenrechte eintrat und für ihre Klientel kühn einforderte, unverheiratet bleiben und einem eigenen Beruf nachgehen zu dürfen.)

Gleichfalls ein amerikanischer Bestseller, den meisten Menschen leider nur als Film bekannt, ist John Steinbecks 1952 erschienenes Familiendrama *East of Eden*. Das einschränkende *leider* zum Film (der James Dean berühmt machte) deshalb, weil dieser nur – nota bene! – das letzte Viertel des Romans der tragischen Geschichte der um die Liebe ihres Vaters ringenden Zwillingsbrüder Aron und Caleb erzählt. Tatsächlich aber beginnt der Roman eine Generation früher, mit der Geschichte ihres Vaters Charles und dessen Bruder Adam (die wiederum ihrerseits um die Anerkennung des Vaters kämpfen).

East of Eden ist nicht bloß eine moderne Verarbeitung des biblischen Mythos‘ vom Brudermord; es ist ein zeitloser Roman von gewaltiger epischer Kraft. Hier, endlich, wird die Charaktergenese der handelnden Männer und Frauen außerordentlich präzise beschrieben, bis in filigranste Gefühlsregungen hinein, und ich versichere Ihnen: In Cathy Trask, der gefühllosen, gänzlich unmoralischen, mörderischen Mutter der Zwillinge werden sie einem Monster der amerikanischen Literatur begegnen, dessen Psychopathologie Sie niemals vergessen dürften!

Abschließen möchte ich diesen kleinen literaturhistorischen Teil nicht mit einer fiktionalen Figur, sondern mit einem realen Autor. Wussten Sie, dass James Matthew Barrie, der Spätviktorianer, dem wir jenen *Peter Pan* zu verdanken haben, der zum Namensgeber für das Ihnen allen bekannte Syndrom wurde ... wussten Sie, das J. M. Barrie einen älteren Bruder hatte? Dieser, der auserkorene Liebling der Mutter der beiden, verunglückte im Alter von knapp vierzehn Jahren tödlich beim Schlittschuhlaufen. James, zu diesem Zeitpunkt sechs Jahre alt, versuchte fortan, der Mutter den geliebten Sohn zu ersetzen. „Aber während ich zum Mann wurde“, notierte Barrie, „blieb David immer dreizehn Jahre alt.“ Der traurige Entschluss, den Platz des toten Bruders einzunehmen, ließ James seine eigene Entwicklung unterbrechen; mit vierzehn Jahren maß er gerade einen-und-einen-halben Meter und wuchs nicht weiter. „Peter Pan war“, konstatierte er später, „der verzweifelte Versuch erwachsen zu werden, es aber nicht zu können.“ Gefangen im Niemandsland zwischen Kindheit und Erwachsensein, schlug Barrie aus diesem Zustand immerhin kreatives Potenzial. Privat jedoch blieb er ein einsamer Mensch: „Alle Kinder werden erwachsen. Das ist ihre Tragik. Nur Peter Pan nicht. Das ist seine.“

4 Kinderbuch und Moral

Verlassen wir die Literaturgeschichte und kehren zurück zur Theorie der Kinderliteratur. Ein oft erhobener Vorwurf an Storys wie *Bruders Hüter* lautet, dergleichen sei zu moralisch: Ulf, der Protagonist, ist mit seiner Schwester im Unreinen, denn er wähnt sie von den Eltern mehr geliebt als sich selber. Dabei ist doch er es, dem Verantwortung für die Schwester übertragen wurde, und dann hat er ihr Schaden zugefügt, der Schwester. Ginge es nach ihm, verschwände sie aus seinem Leben. Erst über das Leid jener zwei Brüder, die ihre eigene Schwester tatsächlich verloren haben – ein Leid, dessen tragischer Hintergrund sich dem Protagonisten erst ganz zuletzt offenbart, das aber ihn und andere im Zeltlager längst magisch berührt hat über Tage hinweg – erst

über das Leid anderer erkennt Ulf, dass ein erfüllter Wunsch eine Strafe sein könnte.

Der Leser wird – wenn man das so sehen möchte – aus der Story entlassen mit der Gewissheit, dass beim Protagonisten nun ein Läuterungsprozess einsetzen wird. Wenn der Ulf schlau ist, so die Moral von der Geschichte, hat er gelernt, in Zukunft vorsichtig zu sein mit seinen Wünschen.

Und ja, das ist auch so: Kinderliteratur ist im Kern zutiefst moralisch, sie ist zur Moral geradezu verdammt. Und bevor Sie deshalb meckern, Hand aufs Herz: Würden Sie ihrem Nachwuchs (oder einem ihrer Klienten) ein Buch in die Hand geben mit einem durch und durch verkommenen jungen Helden in der Hauptrolle? Einem Helden, der zum Beispiel nur auf den eigenen Vorteil bedacht ist und ansonsten irgendwas mit *los*: skrupellos, rückgratlos, moralisch haltlos? Der Gründer der berühmten antiautoritären freien Schule von Summerhill hat das getan, Alexander Sutherland Neill, in seinem bereits 1938 veröffentlichten Klassiker *Die grüne Wolke*, einer brüllend witzigen Geschichte, die aber leider fast keiner ihrer Darsteller überlebt. Erst fallen die Großen, dann die Kleinen, Kind gegen Kind; der Originaltitel des Buchs lautet *The Last Man Alive*, ein allerletzter Erwachsener – A. S. Neill selber – triumphiert, aber wie will er Mensch bleiben in einer Welt ohne andere Menschen?

Manche Lehrer übrigens, dem Herrn sei's geklagt, leiten aus der dem Kinderbuch inhärenten Moral einen didaktischen Auftrag ab, weshalb wir Autoren Briefe von ihnen erhalten, in denen wir mal eines pädagogischen Zuwenig, dann eines Zuviel desselben geziehen werden. Einmal – dies am Rande – bat mich eine Studienrätin um konkrete elf Änderungen in einem meiner Bücher, umzusetzen ab der nächsten Auflage, da sie den Text ansonsten, so die Drohung, in ihrem Deutschunterricht nicht mehr einsetzen könne, wolle oder werde – mit freundlichen Grüßen!

Vor diesem Hintergrund, und bevor ich fortfahre und die Zwillingsthematik näher beleuchte, eine Bitte, auch wenn ich diese vielleicht hier, vor Ihnen, weniger eindringlich formulieren muss als anderswo. Die Bitte lautet: *Sie müssen für Kinder Geschriebenes ernst nehmen als Literatur*. So, wie Sie das Kind ernst nehmen als vollständigen Menschen. Da sich aber weiß Gott nicht alles, was für Kinder verfasst wird, als Literatur bezeichnen lässt, hier eine sicherlich ausbaufähige, aber einfache Handreichung zur besseren Einordnung: *Ein für Kinder verfasstes Buch, das auch Sie, den Erwachsenen, nicht gefangen nimmt, beschäftigt und begeistert, ist kein gutes Kinderbuch*.

Um das doch etwas näher zu illustrieren, und weil's Spaß macht, hier in einem ersten Exkurs ein kleiner Auszug aus einer älteren von mir verfassten Rede, in der ich die These aufstellte, dass *die Werke des Kinder- und Jugendbuchautoren im öffentlichen Ansehen genauso hoch stehen, wie das Publikum, für das er sie schreibt*. Diese These leitet sich ab aus zwei weit verbreiteten, sehr falschen Vorurteilen übers Schreiben für Kinder, und die wiederum lauten:

- 1) Schreiben für Kinder ist einfach
- 2) Schreiben für Kinder hat – s. o. – pädagogisch wertvoll zu sein

Und damit zurück zur Grundthese, und hinein in die ältere Rede:

Die Werke des Kinder- und Jugendbuchautoren stehen im öffentlichen Ansehen genauso hoch, wie das Publikum, für das er sie schreibt. Dergleichen bleibt nicht ohne Folgen, und so ist das Selbstbild des Kinder- und Jugendbuchautoren beschädigt, mitunter nicht unbeträchtlich. Es erhält seine Schrammen durch wiederholte narzisstische Kränkungen, und die wiederum kommen durch Unterhaltungen wie diese, meist mit Zufallsbekanntschaften, zustande:

Und was machen Sie beruflich?

Ich schreibe.

Bücher?

Ja. Für Kinder und Jugendliche.

Ach! So was wie Harry Potter?

Nein.

Gedichte?

Nee. Ganz stinknormale Geschichten.

Ach ja. Hm ... Ja, kann man denn davon leben?

Sehe ich irgendwie tot aus?

Ha, ha ... Wissen Sie, ich hab ja auch ein Kinderbuch geschrieben. Für meine kleine Nichte.

Bei wem?

Bei mir zu Hause.

Ich meine, bei wem wurde es verlegt?

Ach, verlegt ... Gar nicht, gar nicht.

So.

Ich meinte ja auch nur. Ich will damit sagen, so ein Buch zu schreiben, das ist ja nicht schwer, gell. Phantasie muss man halt haben, ja, das ist schwer, aber das Schreiben selbst, na, das muss ich Ihnen nicht erzählen, das wissen sie selber. Sie schreiben ja auch.

Kinder sind, folgt man der Logik derlei sachkundiger Ausführungen, leicht zu unterhalten. Irgendeine dumme, kleine Geschichte vom sprechenden Kleiderschrank reicht aus, sie glücklich zu machen oder des Abends wenigstens sanft einzuschläfern; man muss dazu nicht mal ein Buch kaufen, sondern *man schreibt es selbst!* Kinder sind, dem Herrn sei's getrommelt, einfach wunderbar blöde, und diese Haltung, meine Damen und Herren, ist die Strafe Gottes für Volkshochschul-Kurse in kreativem Schreiben.

So viel zum Vorurteil, das Schreiben für Kinder sei einfach. Zur Frage, ob das Kinderbuch pädagogisch nützlich zu sein habe, nehme ich den Exkurs weiter unten wieder auf. Zunächst aber, wie versprochen, ein paar Worte zu meinem auserkorenen Lieblingsbuch um Zwillinge, jene doppelten Kinder, deren genetische Ähnlichkeit und großer geteilter Speicher an Erfahrungen manche Autoren anziehen wie Motten das Licht. Erich Kästner zum Beispiel.

5 Doppelte Kinder

Kästner war der erste deutsche Autor, der das Kind als Publikum nicht nur ernst nahm, sondern sich ihm auch ohne hinterfotzige pädagogische Absicht und auf Augenhöhe näherte. Für Kästners bestes Kinderbuch halte ich, seiner psychologischen Tiefe wegen, *Das doppelte Lottchen*. Dieser Roman beginnt mit einer scheinbar simplen Frage zum Ort des Geschehens, aber hören Sie genau hin – gleich hier etabliert Kästner, mit einer Spiegelung, das Zwillingmotiv: *Kennt ihr eigentlich Seebühl? Seebühl am Bühlsee?*

Es entfaltet sich alsdann die Handlung um zwei identisch ausschauende Mädchen, die im Landheim zufällig aufeinander treffen und, nach ersten Animositäten, rasch erkennen, dass sie biologische Zwillinge sind, die bisher nichts voneinander wussten; sie wurden als Kleinkinder auf die sich scheidenden Eltern verteilt: Die ruhige, gefühlsbetonte Lotte lebt jetzt bei der Mutter in München, die quirlige, eigensinnige Luise beim Vater in Wien. Empört beschließen die beiden, vor der Heimreise ihre Identitäten zu tauschen und so das Leben der jeweiligen Schwester, vor allem aber den bis dato unbekanntem Elternteil, zu erforschen.

Und somit nimmt eine höchst unterhaltsame, extrem spannende Geschichte ihren Lauf, wenn auch eine, die für ihre zwei Heldinnen versehen ist mit gefährlichen psychologischen Untiefen. Denn das Verarbeiten des neu erlangten Wissens ist nicht leicht. In einem Alptraum Lottes liegt sie mit Luise im Bett, daneben streiten Vater und Mutter. Die Mädchen klammern sich hilflos aneinander, während die Eltern die Trennung besiegeln und der Papa folgerichtig

– ein Kind für jeden! – das Bett zersägt. Unter den entsetzten Schreien der Kinder schiebt er seine Hälfte, mit Luise darin, davon, aber für die kleinen und großen Leser stellt sich gar keine Frage: Hier wurde nicht nur ein Bett zersägt, sondern ein Kind, in der Mitte entzwei. Das ist Kästners großer, fulminanter Kunstgriff: Zu zeigen, wie die Seele *eines* Kindes zerrissen wird unter der Trennung der Eltern, wie die rationale Hälfte – Luise – sich abtrennt von der emotionalen – Lotte –, weil nur so das von der Elterntrennung traumatisierte Kind überleben kann.

Und so kommt es nicht von ungefähr, dass im Fortgang der Geschichte, als die Kinder ihre Identitäten vertauscht haben, die sensitive Lotte welkt und heftig erkrankt unter dem kalten Egoismus ihres Vaters, während Luise aufblüht unter der warmen Zuwendung der Mutter und ihre unterentwickelte emotionale Seite gesundet. Was das angeht, lässt Kästner an seinen Sympathien keinen Zweifel. Zuletzt, das wissen wir, wussten es von Anfang an, finden die beiden getrennten Kinderhälften wieder zueinander, als Luise zu Lottes Heilung eilt, die Mutter im Schlepptau, dem geläuterten Vater in die Arme – Happy End.

Dass die der Geschichte zugrundeliegende Psychologie nicht aufdringlich ihr Haupt erhebt, liegt einfach daran, dass Kästner sie der Story sozusagen bloß als Unterfutter mitgibt. Er lässt somit – darin ist er mir Vorbild – kleinen wie großen Lesern großzügig die Wahl, sich kopfüber und ausschließlich der Unterhaltung hinzugeben. Aber zusätzlich macht Kästner das Angebot, tiefer zu schürfen und die innere Wahrheit des Erzählten auszuloten, der Wahrhaftigkeit seiner Figuren nachzuspüren. Literatur, wie jede Kunst, muss immer über diese zwei Ebenen verfügen: Unterhaltung und Tiefe. Tut sie dies nicht, ist sie bloß Geschreibsel. Das kann, damit ich nicht missverstanden werde, durchaus wunderbar unterhaltsames Geschreibsel sein! Aber ohne Tiefe bleibt es bloß der Hamburger, für den man ein Drei- bis Fünfgänge-Menü ausgeschlagen hat.

6 Die Last mit der der Pädagogik

Besonders ärgerlich ist auch der entgegengesetzte Fall: Dass im Schreiben für Kinder und Jugendliche vor lauter bedeutungsschwangerer Tiefe die Unterhaltung vergessen wird. Es gibt, das haben wir unter anderem der Arroganz des Nachkriegs-Bildungsbürgertums zu verdanken, die bis heute gültige merkwürdige Annahme, die zugleich auch Forderung an uns Autoren ist, nämlich dass das Schreiben für Kinder pädagogisch wertvoll zu sein habe. In besonderem Maße gilt diese Annahme auch fürs Jugendbuch – und ich nehme hiermit den kleinen Exkurs von oben wieder auf, indem ich erneut aus der erwähnten älteren Rede zitiere:

„Jugendliche sind ungleich anspruchsvoller als Kinder. Anders als das Kind, dem der sprechende Kleiderschrank ausreichen mag, sucht der Jugendliche in *seiner* Literatur ganz bewusst nach mal mehr, mal weniger psychologisch komplexen Identifikationsangeboten. Aber was sich seit den 1970ern als Jugendliteratur tarnen durfte, das war in Wirklichkeit oft kaum mehr als in Prosa gefasste Lebenshilfe: Das Dasein des Jugendlichen wurde als vornehmlich problembestimmt betrachtet.

Die für ihn – von Kritikern sowie von Menschen mit Erziehungsgewalt – als gut befundene Lektüre ist nach wie vor eine mit den besten Absichten. Es sind eigens für ihn verfasste Bücher zu Themen wie HIV, Alkoholismus und Inzest, zu ungewollter Schwangerschaft, zum frühzeitigen Ableben von Eltern oder Beziehungspartnern, zu Homosexualität, Obdachlosigkeit, Sekten, Rechtsradikalismus, Autismus, zu etlichen körperlichen oder geistigen Behinderungen, zu Magersucht, Kleptomanie, Drogen und Okkultismus, kurz: zu allem, was einem Jugendlichen bei eingehender Lektüre gründlich die Laune versaut, vorgeblich aber doch, glaubt man dem Buchmarkt, sein junges Leben bestimmt. Auch wenn diese Aufzählung sich eher liest wie der Kriterienkatalog für eine vom Aussterben bedrohte Spezies.“

Nun ist an Lebenshilfe an und für sich nichts auszusetzen. Aber es sei die Frage erlaubt, ob man sie, was Jugendliche betrifft, nicht besser jenen überlassen sollte, die sich seit jeher gut damit auskennen, BRAVO und Dr. Sommer zum Beispiel. Und das meine ich ganz ernst. Es ist kein weiter Schritt von der guten Absicht zur Bevormundung.

Ende des zweiten und letzten Exkurses, und ein letztes Mal zurück zur Zwillingsthematik:

Mein eigener Versuch, mit nach vorn gerichtetem Blick auf ein emanzipiertes, der Belletristik gleichberechtigtes, dem banalen wahren Leben nahes Jugendbuch gipfelte in *Die Mitte der Welt*. Der Roman erschien vor inzwischen 20 Jahren, er wird erfreulicherweise immer noch viel gelesen, und ich möchte zum Abschluss ein kurzes Kapitel daraus zum Besten geben über Phil und Dianne, beide so verschieden voneinander wie Tag und Nacht, die Zwillingskinder einer exzentrischen Mutter, der aus Amerika nach Europa geflüchteten Glass. Glass bewohnt mit Phil und Dianne Visible, ein heruntergekommenes, labyrinthisches Landhaus am äußersten Rand einer Kleinstadt. Phil ist der Erzähler der Geschichte, die sich in assoziativer Manier aus Puzzleteilen von durchlebter Gegenwart und erinnerter Vergangenheit zusammensetzt (wie auch alle ihre Protagonisten an Vorgaben aus der griechischen Mythologie orientiert). Als Siebzehnjähriger versucht Phil herauszufinden, warum seine kleine Familie sich im Krieg miteinander befindet, wo sie doch allen Grund hätte, zusammenzustehen. Die folgende Szene findet statt, als Phil und Dianne etwa acht Jahre alt sind.

[Lesung: *Die Mitte der Welt*, S. 252 ff.]

Korrespondenz:

Andreas Steinhöfel
Am roten Weg 1
35216 Biedenkopf

Schematherapie in der Adoleszentenpsychiatrie

Wolfgang Deimel und Claudia Mehler-Wex

Entstehungsgeschichte der Schematherapie

Schematherapie wird der sogenannten „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapie zugerechnet und ist damit eines der neueren Therapieverfahren mit dennoch bereits beeindruckendem Korpus von empirischen Wirksamkeitsnachweisen (Roediger 2016).

Die Verhaltenstherapie der 1950er und 1960er Jahre, die im Nachhinein *Erste Welle* genannt wurde, entstand aus der empirischen, experimentellen Psychologie mit den Schwerpunkten Behaviorismus und Konditionierung. Von heute aus betrachtet liegt dem ein sehr reduktionistisches Modell menschlichen Handelns und Fühlens zugrunde. Einzelne Techniken, wie z.B. Exposition in vivo und in sensu, sind aber auch heute noch für viele Störungen Stand des therapeutischen Kunsthandwerks. In den späten 1970er Jahren wurden dann intrapsychische Prozesse, in erster Linie Denken und Wahrnehmung, in die Modelle einbezogen. Die Kognitive Verhaltenstherapie (Beck & Freeman 1999) ist von heute aus gesehen der bekannteste Vertreter dieser sogenannten *Zweiten Welle*. In den 1990er Jahren erfolgte dann eine weitere Auffächerung mit Themen wie Übertragung, therapeutische Beziehung, Akzeptanz und Dialektik und bildet die *Dritte Welle* (Margraf & Schneider 2018).

Jeffrey Young, der als Entwickler der Schematherapie gilt, arbeitete zunächst mit Aaron Beck zusammen und stellte den in der Kognitiven Therapie bereits verwendeten, auf Piaget zurückgehenden Begriff *Schema* in den Mittelpunkt seiner neuen Methode. Bei Piaget ist ein Schema eine Art Denk- und Verhaltens-Schablone für häufig auftretende Situationen (Schneider & Lindenberger 2012). Schemata werden in der Kindheit angelegt und fortlaufend angepasst. Wenn gesunde Entwicklungsbedingungen herrschen, bilden sich auch gesunde Schemata heraus. Wenn jedoch kindliche Bedürfnisse häufig nicht befriedigt werden, bilden sich ungesunde, dysfunktionale Schemata. Wer als

Kind immer wieder gesagt bekommt, dass er nichts taugt, wird ein entsprechendes Selbstkonzept entwickeln und viele Situationen einseitig im Sinne einer Selbstabwertung interpretieren. Sind solche dysfunktionalen Schemata erst einmal stabil ausgebildet, sind sie ziemlich resistent gegenüber Veränderungen, auch wenn die Entstehungsbedingungen gar nicht mehr vorherrschen (Roediger 2016). Dies lässt sich am ehesten durch das menschliche Streben nach Konsistenz (Grawe 2004) erklären.

Während Beck sich weitgehend auf die therapeutische Veränderung kognitiver Schemata beschränkte, weitete Young den Begriff wieder in die ursprüngliche Breite und benannte 19 sogenannte maladaptive Schemata. Ein Schema in diesem Sinn ist ein Bündel aus Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen, das durch einen Auslösereiz aktiviert wird. Eine solche *Schemaaktivierung* ist als Ganzes ein zumeist ziemlich unangenehmer Zustand und die daraus resultierenden Handlungen sind – wenn überhaupt – kurzfristig hilfreich. Wer als Kind z.B. immer wieder die Erfahrung gemacht hat, dass Zuwendung am ehesten durch gute Leistungen zu bekommen war, erlebt als Erwachsener mit hoher Wahrscheinlichkeit in Leistungssituationen die Aktivierung eines maladaptiven Schemas. Das Konzept des Schemas erklärt also, warum Menschen auf Basis ihrer persönlichen Lern- und Entwicklungsgeschichte in ganz bestimmten Auslösesituationen ungesund bzw. maladaptiv reagieren. Der zweite, für die Therapie besonders relevante Schritt ist nun, die Schemaaktivierung als Zusammenspiel verschiedener Persönlichkeitsteile zu begreifen, die wir uns wie ein dysfunktionales Schauspielensemble auf unserer inneren Bühne vorstellen können. Diese aktiven Anteile werden als *Modi* bezeichnet.

Das Modusmodell

Es gibt zwei gesunde Modi, den *Gesunden Erwachsenen* und das *Glückliche Kind*. Der *Gesunde Erwachsene* ist die Instanz, die durch die Therapie gestärkt werden soll. Das *Glückliche Kind* erleben wir als Erwachsene in unbeschwerten Momenten der Freizeit, z.B. beim Spielen, Feiern und Tanzen. Dem Anteil des *Glücklichen Kindes* Raum zu geben i.S. der Selbstfürsorge ist ebenfalls ein Fokus der Therapie.

Neben den beiden gesunden Modi gibt es im Wesentlichen je drei dysfunktionale Eltern-, Kind- und Bewältigungsmodi (s. Tab. 1).

<i>Gesunde Modi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesunder Erwachsener • Glückliches Kind
<i>Dysfunktionale Elternmodi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Strafender Modus • Leistungsfordernder Modus • Emotional fordernder Modus
<i>Dysfunktionale Kindmodi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Trauriges, verletzliches, ängstliches Kind • Ärgerliches, wütendes Kind • Undiszipliniertes, impulsives Kind
<i>Bewältigungsmodi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Unterwerfung • Vermeidung • Überkompensation

Tab. 1: Übersicht über gesunde und dysfunktionale Modi

Die Elternmodi stellen negative gedankliche Bewertungen und überzogene Forderungen bzw. Selbsterwartungen dar. Diese basieren auf Botschaften wichtiger Bezugspersonen (nicht unbedingt und ausschließlich der Eltern) und wurden als Persönlichkeitsanteil verinnerlicht. Die Kindmodi drücken sich hauptsächlich über Gefühle und Körperempfindungen aus und sind die Reaktionen des ‚Kindes in uns‘. Die Spannung zwischen diesen Polen führt zu einem sehr unangenehmen Zustand des Organismus‘, welcher durch Bewältigung verbessert werden soll. Gemäß den bekannten biologischen Mustern als Reaktion auf Anspannung (Erstarrung, Flucht und Kampf), gehen Menschen entweder in die Unterwerfung und identifizieren sich mit den Elternmodi, lenken sich ab oder reagieren übermäßig aggressiv durch Kampf gegen die vermeintlichen Ursachen.

Abb. 1 stellt am Beispiel Prüfungsangst stark vereinfacht klassische Verhaltensanalyse (der Schemaaktivierung) und schematherapeutische Analyse gegenüber. Auslöser ist hier die Ankündigung einer schriftlichen Prüfung.



Abb. 1: Klassische Verhaltensanalyse und Modusmodell aktiver Modi im Vergleich

Schemadiagnostik und -konzeptualisierung

In der schematherapeutischen Konzeptualisierung stellen wir die Schemaaktivierung nun als Auftreten verschiedener Modi dar. Im genannten Beispiel haben wir vermutlich einen starken *Leistungsfordernden Modus*, den *Modus des Ängstlichen Kindes* und in der Bewältigung die Unterwerfung unter den *Fordernden Modus* mit der Folge exzessiven Lernens. Eine alternative Form der Bewältigung könnte auch Vermeidung sein: starkes Ablenken vom Thema, Substanzmissbrauch und / oder Krankmelden am Prüfungstag.

Zur Fallkonzeptualisierung haben wir eine eigene Vorlage entwickelt, die sich von den gängigen Vorlagen in erster Linie dadurch unterscheidet, dass die Inhalte sehr stringent auf der Zeitachse geordnet sind, von frühen Kindheits-erinnerungen bis zur aktuellen Symptomatik. Abb. 2 zeigt ein beispielhaft ausgefülltes Fallkonzept. Dies kann auch für den Patienten sehr anschaulich sein, da stringent dargestellt ist, wie und warum ich zu der Person wurde, die ich jetzt bin.

Zur Schemadiagnostik verwenden wir neben Explorationsgesprächen und anamnestischen Informationen Schema-Fragebögen aus dem Software-Programm QueST (IST Frankfurt). Wir benutzen den Schemabogen YSQ-S3R und den Modusbogen SMI-r. Beide liefern unstandardisierte Rohwerte und damit noch viel Interpretationsspielraum.

Ziele und Techniken der Schematherapie

Ziel der Schematherapie ist nun, die Instanz des *Gesunden Erwachsenen* so zu stärken, dass die Elternmodi begrenzt, die Kindmodi versorgt und die Bewältigungsmodi abgebaut werden können (s. Abb. 3). Es gibt dazu zwei wichtige Techniken mit etwas unterschiedlicher Zielsetzung:

In einer **Imaginationsübung** wird der Patient durch eine kritische Szene aus der Vergangenheit geführt mit dem Ziel, zu einem besseren Ende zu kommen als in der tatsächlichen Vergangenheit. Frei nach dem Motto „es ist nie zu spät für eine glückliche Kindheit“ kann der Therapeut, eine vom Patienten ausgewählte real existierende Person oder auch eine symbolische Fantasiegestalt sich um die Bedürfnisse des kleinen Patienten kümmern. Der positive Effekt wird verstärkt, wenn es dem Patienten gelingt, als Erwachsener in die Szene zu gehen und seinem kleinen Ich von früher zu helfen. Dies geht natürlich nur, wenn der Patient ein gewisses Alter bzw. eine gewisse soziale Reife hat.

1. Kindheitserlebnisse und -erinnerungen:

Vater kam wegen Karriere spät nach Hause; Oma hat kritisiert, wenn es in der Schule „nur“ eine 3 war, in dem Fall nachträgliches Lernen mit Oma oder Opa; wurde in der Schule einmal wegen Nicht-Wissen von einem Lehrer bloßgestellt und ausgelacht.

2. Welche kindlichen Bedürfnisse wurden wiederholt nicht befriedigt?

Geborgenheit und Verbundenheit mit anderen Menschen; Anerkennung unabhängig von Leistung; Freiheit, sich mitzuteilen.

3. Welche Lebensfallen / Lebensmuster haben sich daraus entwickelt?

Prüfungsangst; alles im Leben wird auf Leistung reduziert; Gefühl, eigentlich ein Versager zu sein, der irgendwann auffliegt; Selbstausbeutung; kann Freizeit nicht genießen; permanente Anspannung.

4. Konkret, welche Schemata sind entstanden?

Bereich 1: Emotionale Entbehrung, Unzulänglichkeit / Scham

Bereich 2: Versagen

Bereich 4: Streben nach Anerkennung

Bereich 5: Überhöhte Standards, Bestrafen

5. In einer Schemaaktivierung, welche Modi werden aktiv / Modusmodell

Leistungsfördernder Modus, Strafender Modus

Ängstliches, hilfloses Kind

Unterwerfung, Selbststimulation

6. Welche Symptomatik hat aktuell zur Aufnahme geführt?

Somatisierung, dadurch viele Schulfehltag. Beginnender Cannabis-Konsum.
Chronische Streitlage in der Familie wegen drohendem Schulversagen.

Abb. 2: Beispielhaftes Fallkonzept, Kurzfassung

Mit der zweiten Technik, dem **Stühledialog**, kann der Umgang mit gesunden und dysfunktionalen Modi in der Gegenwart gelernt werden. Für jeden aktiven Modus wird ein Stuhl aufgestellt und das Ensemble so arrangiert, dass es den gefühlten Rollen entspricht. Ein Distanzierter Selbstschutz kann dann z.B. so vor einem verletzlichen Kind stehen, dass das Kind komplett von allem abgeschirmt wird und damit von außen unsichtbar bleibt. Der Patient nimmt nacheinander zunächst die verschiedenen dysfunktionalen Rollen ein. Dann wird von außen, also im Stehen, die Situation zusammen mit dem Therapeuten betrachtet und es werden Lösungsmöglichkeiten gesucht. Meistens geht es darum, die Bedürfnisse des ängstlichen Kindes zu befriedigen (trösten, Schutz anbieten), den Elternmodus zu begrenzen (klare sprachliche Ansage: Lass mich in Ruhe, du schadest mir!) und ggf. die Bewältigung abzubauen. Im letzten Schritt wird der Stuhl des *Gesunden Erwachsenen* dazu gestellt und der Patient soll die erarbeiteten Lösungen in der Szene ausführen und die daraus resultierende Kompetenz erleben.

Sehr ertragreich kann auch sein, den Patienten seine Bewältigung spielen zu lassen und als Therapeut diese zu befragen: Seit wann gibt es dich, welche Aufgaben hast du, kannst du deine Aufgaben immer erfüllen, unter welchen Bedingungen würdest du zur Seite gehen etc. Manchmal verschafft es auch Erleichterung, den Stuhl eines Elternmodus‘ (und damit den Modus selbst) aus dem Raum zu schaffen und von außen vor die Tür zu stellen. Dies fühlt sich für viele Patienten erst mal seltsam an, weil eventuell eine große Lücke zurückbleibt – es ist allerdings ein wichtiger Schritt in der Therapie.

Ganz allgemein soll der psychotherapeutische Prozess zu folgenden Schritten führen, die bei einer Schemaaktivierung durchlaufen werden:

- 1. Erkennen:** Ich habe gerade eine Schemaaktivierung. Jetzt laufe ich quasi auf Autopilot, wenn ich nichts dagegen unternehme.

2. **Benennen:** Welche Gefühle und Gedanken erlebe ich gerade durch die Schemaaktivierung? Welche Modi sind gerade aktiv?
3. **Distanzieren:** Obwohl gerade ein lange gelerntes und eingeübtes Programm in mir abläuft, kann ich etwas daran ändern.
4. **Anerkennen:** Das bisherige Verhalten war für mich als Kind wahrscheinlich auch das bestmögliche, denn es hat mir geholfen, die Spannungen irgendwie zu überstehen, aber jetzt steht es einem zufriedenen Leben im Weg.
5. **Inhalte aus der Therapie in die Praxis umsetzen:** Wie kann ich den dysfunktionalen Elternmodus begrenzen, meinen kindlichen Anteil versorgen, und ggf. gegen einen störenden Bewältigungsmodus vorgehen? Also: Ich will ein neues Verhalten in der kritischen Situation ausprobieren und erleben, dass es mir damit besser geht.
6. Das neu **Gelernte abspeichern und in Zukunft wieder so handeln**, so kann ich das alte Verhalten allmählich überschreiben.

Abb. 3 zeigt auf Modusebenen die therapeutischen Ziele.

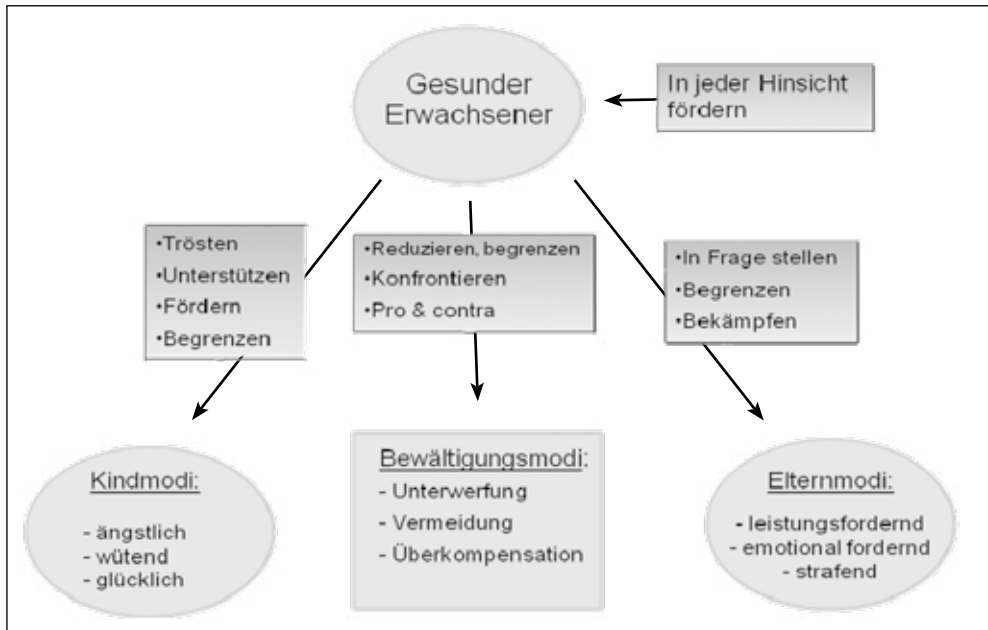


Abb. 3: Ziele der schematherapeutischen Interventionen

Besondere Herausforderungen für den Therapeuten

Schematherapie unterscheidet sich von vielen anderen Therapieformen zunächst dadurch, dass der Therapeut – auch im Verhältnis zur Verhaltenstherapie – relativ stark als Person und Persönlichkeit beteiligt ist. Zu Beginn der Therapie brauchen die Patienten meistens viel Zuwendung im Sinne elterlicher Fürsorge, da in dem Bereich ja oft Defizite sind und die Patienten nicht angemessen für sich sorgen können. Dies sollte sich im Laufe der Therapie verändern und der Patient sollte zunehmend selbständiger werden. Der Therapeut ist auch Vorbild zum Umgang mit schwierigen Situationen und kann sich damit einbringen. Die „therapeutische Dissoziation“ der Stühlearbeit kann in schwierigen Situationen auch für den Therapeuten vollzogen werden: Wenn der Patient verärgert ist, kann man den „blöden Therapeuten“ auf einen Stuhl setzen und der Patient sagt diesem einmal die Meinung, wobei der Stuhl aber real leer bleibt. Auch dies ist beispielhaft, da es verdeutlicht, dass der Therapeut „nur“ ein Mensch ist und nicht immer alles richtig macht. Außerdem sind Stühledialoge und insbesondere Imaginationenübungen ein sehr komplexes Interaktionsgeschehen und der Therapeut muss häufig sehr schnell auf unerwartete Wendungen reagieren. All dies setzt neben der fachlichen Qualifikation auch gute Selbsterfahrung und Supervision voraus.

Indikationen und Kontraindikationen

Der Anspruch der Schematherapie war von Beginn an, für schwierige und therapieresistente Patienten besonders geeignet zu sein, speziell auch für Borderline-Patienten. Dass dies offenbar gelingt, liegt wohl daran, dass Therapeut und Patient oft auf Augenhöhe miteinander umgehen und dass schwierige Therapiesituationen wie Verweigerung und emotionale Vermeidung als Teil des Modusmodells dargestellt werden können und somit fast alles an möglicherweise auftretenden Situationen im direkten therapeutischen Kontext bleibt. Trotzdem gibt es natürlich Patienten, mit denen schwer oder eingeschränkt schematherapeutisch gearbeitet werden kann. Hier sind zunächst Autisten zu nennen. Minderbegabung ist kein Ausschluss per se – wir haben in einem Fall erfolgreich mit einem geistig behinderten jungen Mann gearbeitet, der zu starker aggressiver Überkompensation und auch Prahlerei neigte. Hierzu haben wir für jeden Modus ein anschauliches Bild ausgewählt und in Spielkartengröße laminiert. Auf weitere Hintergrundinformationen haben wir weitgehend verzichtet. Auf dieser sehr alltagspraktischen Ebene ließ sich sehr gut arbeiten und auch eine Imaginationenübung gelang gut. Bei Autisten ist eher der sehr eingeschränkte Zugang zu eigenen und fremden Gefühlen

das Problem. Wir haben mit einigen Asperger-Patienten mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen schematherapeutisch gearbeitet. Hier kommt es sehr auf die individuellen Voraussetzungen an.

Die Methode hat viele nonverbale Anteile, aber sehr schweigsame Patienten sind schwierig; im Kern bleibt es eine verbale Methode. Sprachgestörte Patienten dürften somit auch nur eingeschränkt erreichbar sein.

Für klassische Angststörungen sehen wir verhaltenstherapeutische Exposition weiter als die Methode der ersten Wahl. Insbesondere, wenn Patienten aber von ihrer Angststörung auch profitieren, läuft die reine Exposition oft ins Leere und es kommt zu halbherzigen Erfolgen und schnellen Rückfällen; hier kann Schematherapie ein großer Gewinn sein, um die Mechanismen im Hintergrund zu verstehen.

Eine echte Kontraindikation gibt es am ehesten für psychotische und dissoziierende Patienten, aber auch hier dürfte im konkreten Einzelfall einiges möglich sein.

Modell einer multiprofessionellen Schematherapie

Das in der Einzelpsychotherapie erstellte Modusmodell und dessen Bearbeitung mit Imaginationsübungen oder Stühledialogen lässt sich in andere Bereiche übertragen und vertiefen. Das kann ambulant gelingen bei Vernetzung mit kreativtherapeutischen oder klassisch sozialpädagogisch-erzieherischen Kooperationspartnern, was aber bei der (noch) geringen Verbreitung von Schematherapeuten in der Praxis kaum möglich sein wird. Eine strukturelle Anreicherung schematherapeutischer Kompetenzen durch Fortbildung möglichst vieler am Patienten arbeitender Menschen im Rahmen einer Schemastation ist somit eine spannende Möglichkeit zur Erweiterung des Handlungshorizonts. Da als Ergebnis der Diagnostik ein individuelles, sehr überschaubares Modusmodell vorliegt, bietet sich die Zusammenarbeit hier geradezu an. Ein bekanntes Problem ambulanter aber auch oft stationärer Psychotherapie ist, dass 1 Stunde Therapie gefolgt wird von 167 Stunden ohne Therapie, was die Umsetzung therapeutischer Ergebnisse in den Alltag erschwert. Wenn aber möglichst viele professionelle Ansprechpartner einen Patienten auf sein Modusmodell ansprechen und z.B. fragen, in welchem Modus er gerade ist, dann hat dies eine erheblich bessere Alltagsdurchdringung zur Folge. Im Stationären bietet das multiprofessionelle Setting eine besondere Chance synergistischer Kooperation (vgl. Abb. 4).



Abb. 4: Vernetzung verschiedener Arbeitsbereiche

Eine wertvolle Unterstützung können *Kreativ-Verfahren* sein: Je nach Therapieform kommen hier verschiedene Medien zum Einsatz, wodurch die Ich-Funktionen gestärkt und die Phantasietätigkeit („Könnte es nicht auch ganz anders sein?“) angeregt werden. Weiterhin werden somit der Selbstausdruck der Patienten gefördert und die Ressourcen gestärkt. In der Kunsttherapie wird die therapeutische Dyade durch das Bild als dritte Instanz zur Triade erweitert, was das Bild zum intermediären Raum werden lässt. Eine Übersetzung innerer Wirklichkeiten in eine konkrete äußere Form unterstützt das Erleben von Selbstwirksamkeit und ermöglicht ein präverbales Probehandeln. Konkret schematherapeutisch kann Kunsttherapie genutzt werden, indem Modi unter therapeutischer Anleitung zum Ausdruck gebracht und in eine äußere Form übersetzt werden können. Ist ein Modus als Gegenüber im Außen etabliert, werden so ein weiterer Umgang und die vertiefte Auseinandersetzung damit ermöglicht. In der Musiktherapie können die durch das Modusmodell identifizierten, intrapsychischen Wirk- und Reaktionsweisen der Modi über die musikalische Ausdrucksgestaltung bzw. Symbolarbeit erleb- und erfahrbar gemacht werden, z.B. auch durch eine „Aufstellung“ der Moduslandschaft mit Musikinstrumenten. Gerade innere und äußere Erstar-

rungen lassen sich durch das von Haus aus dynamische Medium der Musik wieder in Bewegung bringen. Sehr anschaulich kann die Theatertherapie die unterschiedlichen Modi im Rollenspiel aufgreifen. Durch die Einnahme einer Rolle wird zudem bei der Arbeit mit Emotionen ein Schutzraum geboten. Arbeitstherapie kann genutzt werden, indem Modi und Schemata unter therapeutischer Anleitung zum Ausdruck gebracht und in eine äußere Form übersetzt werden, wobei auch hier die Möglichkeiten durch verschiedene Aufgabenstellungen und Materialien extrem vielfältig sind.

Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes (PED) haben im Vergleich zu den Therapeuten mehr Patientenkontakte und dies insbesondere auch in Alltagssituationen (sog. Milieuthérapie), so dass der Transfer der Schematherapie in den Alltag hier den Schwerpunkt bilden kann. Die PED-Mitarbeiter können in Kenntnis des Modusmodells Patienten gezielt in Vier-Augen-Gesprächen auf Schemaaktivierungen im Alltag ansprechen. Hierdurch können sie konkret mit den Patienten üben, Modi zu erkennen und Alternativen auszuprobieren. Mit diesem alltagsnahen Üben und Verstehen können schwierige Situationen zunehmend gezielter und effizienter gelöst und einer Verhaltensmodifikation i.S. einer wachsenden Selbsthilfestrategie zugeführt werden – welcher Modus war jetzt im Vordergrund, was benötigt der Kindmodus, wie könnte der *Gesunde Erwachsene* die dysfunktionalen Anteile begrenzen? PED-Mitarbeiter können also unter Voraussetzung einer guten Absprache spezifische Inhalte der Psychotherapie lebensnah umsetzen helfen, z.B. bei essgestörten Patienten: Jede Mahlzeit bedeutet eine massive Schemaaktivierung, auf die der begleitende PED-Mitarbeiter direkt eingehen kann. Eine Schematherapie-Ausbildung kann somit auch für den PED ein nachhaltig kompetenzförderndes Instrument zum Umgang mit herausfordernden Situationen sein.

Einführung der Schematherapie in einer adoleszentenpsychiatrischen Klinik

In der Hemera-Klinik wurden einige Psycho- und Kreativtherapeuten (Kunst-, Musik-, Arbeitstherapie) sowie Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes nach den Richtlinien der Internationalen Schematherapie-Gesellschaft ISST fortgebildet. Die Psychotherapeuten erlangten dabei die Standard-Lizenz als Schematherapeut, alle anderen Berufsgruppen die sogenannte „Ko-Therapeuten“-Lizenz: für die Standardlizenz ist in Deutschland die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugend-

lichentherapeut obligatorisch. Die Unterschiede der Anforderungen zwischen diesen beiden Lizenztypen sind dabei erheblich; insbesondere die Zahl der nachzuweisenden Supervisionsstunden ist bei der Standardlizenz viel höher.

Die gesamte Fortbildung erstreckte sich vom Herbst 2015 bis zum Frühjahr 2018. Neben den Fortbildungsmodulen des NEST-Instituts Nürnberg etablierten wir intern zur besseren Vernetzung eine Schema-AG, in der sich alle fortgebildeten Mitarbeiter regelmäßig treffen. Hier ist Raum für intensive Fallbesprechungen und organisatorische Diskussionen zur Weiterentwicklung der Implementierung des Verfahrens. Wir haben zudem eine PED-geleitete Schemagruppe für Patienten entwickelt. Hier geht es primär um ressourcenorientiertes Arbeiten, z.B. das Erstellen einer Trostbox, Umgang mit ungesunden Modi im Alltag, Projektarbeiten wie das Aufsuchen von Orten / Schaffen von positiven Erlebnissen für das *Glückliche Kind* etc.

Zusammenfassung

Schematherapie ist eine moderne, integrative Psychotherapiemethode der sogenannten Dritten Welle der Verhaltenstherapie, die empirisch bereits gut abgesichert ist. Das zentrale Ergebnis der Eingangsdiagnostik ist das persönliche Modusmodell des Patienten. Dabei handelt es sich um die höchst übersichtliche Visualisierung gesunder wie dysfunktionaler Persönlichkeitsanteile und deren Interaktion. Auf dieser Ebene lassen sich die Therapieziele sehr anschaulich formulieren und das Modell ist somit herausragend als „kleinster gemeinsamer Nenner“ verschiedener Arbeitsbereiche geeignet. In einer psychiatrischen Klinik lässt sich die Psychotherapie hervorragend durch Kreativtherapien ergänzen. Die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes können ressourcenorientiert arbeiten und insbesondere für eine noch bessere Durchdringung des Alltags mit Therapieinhalten sorgen. Somit entsteht ein sehr kompaktes, umfassendes Therapieangebot, was bei Patienten zu hoher Akzeptanz und dem Gefühl führt, die eigenen Handlungs- und Reaktionsmuster endlich lebensgeschichtlich einordnen und verstehen zu können.

Literatur

- Beck, A.T., Freeman, A.* (1999) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz
- Grawe, K.* (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J., Schneider, S.* (2018) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1. Berlin: Springer.
- Roediger, E.* (2016) Schematherapie: Grundlagen, Modell und Praxis. Stuttgart: Schattauer
- Schneider, W., Lindenberger, U.* (2012) Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz.

Autoren:

Dipl. Psych. Wolfgang Deimel
Prof. Dr. Claudia Mehler-Wex
HEMERA Klinik für Adoleszentenpsychiatrie
Schönbornstr. 16
97688 Bad Kissingen
Ansprechpartner: Prof. Dr. Claudia Mehler-Wex
T. 0971/699003101
Mehler-wex@hemera.de

Der Intelligenzquotient als multifaktorielles Merkmal unter besonderer Berücksichtigung neuer Ergebnisse aus Genom-weiten Assoziationsstudien

Johannes Hebebrand

Täglich veranlassen wir in Kliniken und Praxen IQ-Tests, weil wir von der prädiktiven Bedeutung des Intelligenzquotienten für a) Entstehung und Verlauf psychischer Störungen, b) körperliche Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Wohlbefinden und c) schulischen und beruflichen Erfolg wissen. Gegenwärtig vollzieht sich eine als explosionsartig zu bezeichnende Entwicklung bei der Aufklärung der chromosomalen Loci (Regionen), die interindividuelle Variabilität des IQ erklären. Es wird bereits aktuell die Frage nach dem Umgang mit diesem Wissen gestellt. In dieser kurzen Übersichtsarbeit soll zunächst auf den bisherigen Kenntnisstand zu Ursachen für Intelligenzminde- rung eingegangen werden, um anschließend die initialen Durchbrüche bei der Aufklärung der IQ-Varianz in der Allgemeinbevölkerung zu vermitteln.

Was wissen wir schon?

Nicht-genetische Ursachen für das Zustandekommen einer Intelligenzminde- rung sind schon lange bekannt. Hierzu gehören beispielsweise intrauterine Infektionen (z. B. Röteln), toxische Einflüsse in der Schwangerschaft (insbe- sondere das fetale Alkoholsyndrom ist hier aufgrund seiner Häufigkeit von ca. 1% zu nennen – der IQ entsprechender Kinder kann, muss aber nicht unter 70 liegen) und peri- und frühe postnatale Hirnschädigungen (z. B. Hypoxie unter der Geburt).

Die Erblichkeit des IQ beträgt ca. 0.8. Diese hohe primär mittels Zwillings- studien ermittelte Erblichkeit impliziert, dass 80% der Varianz dieses quan- titativen Phänotyps genetisch bedingt ist. Während im Kindesalter noch ge- meinsam erlebte Umweltfaktoren eine Rolle spielen, sind im Erwachsenen-

alter nicht gemeinsam erlebte Umweltfaktoren für den restlichen Anteil der Varianz verantwortlich. Untersuchungen von Zwillingen aus Familien mit unterschiedlichem sozio-ökonomischen Hintergrund zeigten, dass genetische Faktoren besonders bedeutsam sind, wenn Kinder unter guten Bedingungen aufwachsen. Sind hingegen die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen schlecht, so lässt der Einfluss genetischer Faktoren stark nach. Bei Zwillingen aus armen bzw. benachteiligten Familien liegt die Erbllichkeit des IQ bei nur ca. 0.2. Demnach erklären Umweltfaktoren unter diesen ungünstigen Voraussetzungen ungefähr einen vierfach höheren Anteil an der IQ-Varianz.

Bislang bildete das unterste Ende der Normalverteilung (untersten 1-2%) des IQ den Fokus der genetischen Forschung. 1959 konnte erstmals der Nachweis erbracht werden, dass Menschen mit einem Down-Syndrom ein überzähliges Chromosom aufweisen. Chromosomenstörungen ebenso wie monogene Störungen und andere genetische Mechanismen können zu einer Intelligenzminde- rung führen. Letztlich sind fast 1000 verschiedene Formen solcher Störungen ermittelt worden; bei diesen Fällen kann man häufig entweder die Chromosomenaberration (letztlich immer eine quantitative Imbalance von Genen, die auf einem gesamten Chromosom oder eines Teils desselben lokalisiert sind) oder das mutierte Gen benennen; sogenannte „contiguous gene“ Syndrome (z. B. Deletion mehrerer benachbarter Gene auf einem Chromosom) zeigen auf, dass Deletionen so klein sein können, dass sie bei einer Chromosomenanalyse nicht erkannt werden können. Viele dieser Störungen sind sehr selten; viele gehen mit weiteren Auffälligkeiten (z. B. Gesichtsdysmorphien und/oder Organfehlbildungen) einher, so dass von Syndromen gesprochen werden kann.

Die Funktion des Gehirns ist deshalb so häufig bei genetischen Störungen beeinträchtigt, da ca. 80% aller Gene im Gehirn exprimiert werden. In keinem anderen Organsystem des Menschen wird ein solch hoher Anteil erreicht. Indirekt spiegelt dies die Komplexität des Gehirns wider.

Bei Verdacht des Vorliegens einer genetisch bedingten Form der Intelligenzminde- rung sollte die entsprechende Person zur Abklärung einer genetischen Ursache bei einem Facharzt für Humangenetik vorgestellt werden. Gelingt eine Zuordnung, kann das Umfeld und ggf. die Person selbst entsprechend beraten werden; im Einzelfall gibt es auch spezifische Elternselbsthilfevereine bzw. -gruppen. Es kann für Bezugspersonen sehr hilfreich sein, möglichst genaue Informationen zur zukünftigen Entwicklung entsprechender Kinder zu erhalten. Da Eltern ggf. ein hohes Wiederholungsrisiko aufweisen (z.B. bei Vorliegen einer autosomal rezessiven Störung beträgt das Wiederholungs-

risiko 25%), empfiehlt sich auch aus diesem Grund eine humangenetische Vorstellung. Aufgrund der rasanten Entwicklung der diagnostischen Möglichkeiten kann bei vor Jahren festgestelltem unauffälligem Befund ein Kind/Jugendlicher/Erwachsener heute abermals zytogenetisch oder molekulargenetisch untersucht werden, da aktuell bei gegebenem Fortschritt eine Diagnosestellung möglich sein könnte. Letztlich sollte ein Kinder- und Jugendpsychiater das Aussprechen einer entsprechenden diagnostischen Empfehlung zur eigenen Absicherung gut dokumentieren.

Was ist neu?

Seit 2005 erfolgen sogenannte Genom-weite Assoziationsstudien bei komplexen somatischen und psychischen Erkrankungen, aber auch bei quantitativen Phänotypen (z. B. Körperhöhe, BMI, Kopfumfang, HDL-Serumspiegel, Volumina spezifischer Gehirnareale, Persönlichkeitsfaktoren, Anzahl Kinder und IQ). Hierbei werden mittels eines DNA-Chips bei einer Person über alle Chromosomen hinweg die Genotypen für ca. eine Million Einzel-nukleotid-Polymorphismen (im Englischen Single Nucleotide Polymorphisms; SNPs) bestimmt. Millionen solcher SNPs sind im humanen Genom bekannt; an einem entsprechenden SNP hat eine individuelle Person bei paarig vorhandenen Chromosomen (Chromosomen 1-22) entweder die Genotypen AA, AB oder BB (bei den Geschlechtschromosomen X und Y gibt es vereinfacht dargestellt nur ein Allel). Die SNPs haben unterschiedliche Frequenzen; beispielsweise zeigen 2, 30 oder 49% aller Menschen an den SNPs 1, 2 und 3 das Allel B. In den Genom-weiten Assoziationsstudien vergleicht man primär die Häufigkeiten der Allele aller SNPs, die mit dem entsprechenden DNA-Chip untersuchbar sind. Beträgt dann beispielsweise die Häufigkeit des Allels B des SNP 1 bei Fällen 4%, bei Kontrollen hingegen lediglich 1,9% so kann geschlussfolgert werden, dass das Allel B möglicherweise als Marker zur Erfassung der genetischen Prädisposition herangezogen werden kann. Da mittels eines DNA-Chip ca. eine Millionen SNPs untersucht werden, wurde ein P-Wert von $\leq 5 \times 10^{-8}$ als Signifikanzkriterium gewählt (herkömmliches Signifikanzniveau bei $p \leq 0,05$; Korrektur für eine Million Tests).

Dieses Signifikanzkriterium kann vereinfacht ausgedrückt nur erreicht werden, wenn entweder die Effektstärke sehr groß ist oder aber sehr viele Personen untersucht werden. In den neueren Genom-weiten Assoziationsstudien (oder entsprechenden Meta-Analysen) werden teilweise mehr als eine Milli-

onen Personen untersucht, so dass auch prädisponierende SNPs mit kleineren Effektstärken identifiziert werden können.

Bei den meisten SNPs im Genom ist ihre Funktion – sofern überhaupt eine gegeben ist – nicht bekannt. Im Einzelfall liegen sie in einem Exon und können zu einer Veränderung der Aminosäuresequenz des entsprechenden Genprodukts führen. Im anderen Fall beeinflussen sie die quantitative Expression eines Gens. Letztlich dienen Genom-weit signifikante SNPs zur Identifikation spezifischer chromosomaler Loci. Somit wird die Beteiligung spezifischer Loci an einer Erkrankung oder einem Phänotyp nachgewiesen. In einem solchen Locus liegen häufig mehrere Gene, so dass meist nicht auf das dem Befund zugrundeliegende Gen geschlossen werden kann. Zur weiteren Klärung der funktionellen Zusammenhänge sind aufwändige Untersuchungen erforderlich. Aufgrund der Vielzahl Genom-weit signifikanter Befunde und des hohen methodischen Aufwands hinkt diese Forschung ganz erheblich hinterher; gegenwärtig ist unklar, wie und wann die funktionellen Zusammenhänge aufgeklärt werden können.

Bei vielen komplexen Erkrankungen und quantitativen Phänotypen haben die Genom-weiten Assoziationsstudien erste Einblicke in die jeweilige „genetische Architektur“ ermöglicht. Insbesondere beim IQ sind auch im Vergleich zu anderen Phänotypen große Fortschritte erzielt worden. Grundsätzlich hat man sich hierzu zweierlei unterschiedlicher Vorgehensweisen bzw. Phänotypen bedient. So sind Stichproben verfügbar, in denen alle Probanden den gleichen oder unterschiedliche IQ-Tests absolviert haben – bei unterschiedlichen Tests wird aufgrund der bekannten Korrelationen zwischen IQ-Tests der einheitlicher latente Faktor g für die statistische Auswertung modelliert. Im anderen Fall wird auf den Proxy-Phänotyp „educational attainment“ ausgewichen; hierbei wird die Angabe besuchter Schul- und Ausbildungsjahre des Probanden als quantitativer Phänotyp herangezogen (bei einem Mediziner, der keine Klasse wiederholt und das Medizinstudium in der Regelzeit absolviert hat, wären dies $13 (G9) + 6 = 19$ Jahre). Der Vorteil des Phänotyps besteht darin, dass er ungleich einfacher zu erheben ist. Tatsächlich sind bei der jüngsten Genom-weiten Assoziationsstudie zur Erfassung von SNPs, die mit Bildungsniveau zusammenhängen, 1,1 Millionen Personen einbezogen worden. Die Heranziehung als Proxy-Phänotyp ergibt sich aus den gut bekannten Zusammenhängen zwischen IQ und Anzahl an Ausbildungsjahren. Zudem lässt sich an Hand der SNP-basierten Daten eine genetische Korrelation von ca. 0.7 zwischen beiden Phänotypen nachweisen. Demnach überlap-

pen auf molekularer Ebene ca. 50% der genetischen Prädispositionen beider Phänotypen.

Nachfolgend sollen zwei rezente Arbeiten zu IQ bzw. Ausbildungsjahren vorgestellt werden:

IQ: Savage und Mitarbeiter (2018) haben fast 270000 Personen in die entsprechende Meta-Analyse Genom-weiter Assoziationsstudien einbezogen. Die Probanden wurden unterschiedliche IQ-Tests unterzogen; hierbei handelte es sich überwiegend um Tests zur Erfassung der fluiden Intelligenz. 205 unabhängige Loci konnten identifiziert werden; zusammengenommen konnte bis zu 5,2% der IQ-Varianz in unabhängigen Kollektiven durch die Loci aufgeklärt werden. Mit diesen Loci konnten mittels unterschiedlicher Verfahren 1016 Gene in Verbindung gebracht werden, die nicht überraschenderweise primär im Gehirn exprimiert werden. In mittleren dornigen Neuronen des Striatum war der Anteil exprimierter Gene am höchsten. Hippocampus CA1 Pyramidenneurone, serotonerge Neurone und dopaminerge Neuroblasten wiesen ebenfalls hohe Anteile auf. In funktioneller Hinsicht ließen sich die Gene besonders u.a. Neurogenese, neuronaler Differenzierung, und Regulation der Synapsenstruktur bzw. -aktivität zuordnen.

Die sogenannte SNP-basierte Heritabilität, die den Anteil der Varianz des Phänotyps angibt, der durch alle SNPs (nicht nur die Genom-weit signifikanten SNPs) erklärt werden kann, betrug 0,19 und lag in Analogie zu anderen komplexen Merkmalen deutlich unter der in Zwillingsstudien erzielten Erblichkeit von ca. 0.8. Bei diesen Berechnungen der SNP-basierten Heritabilitäten wird ausschließlich von einer additiven Wirkung einzelner Loci ausgegangen. Die Ursachen für diese sogenannte fehlende („missing“) oder versteckte („hidden“) Erblichkeit sind nicht bekannt. Einen Grund könnten nicht-additive Effekte sein. So könnte beispielsweise das Vorkommen des Allels B bei SNP 1 den Effekt des Allels B an SNP 2 vervielfachen statt lediglich einen Summeneffekt zu bilden.

In Analogie zu zahlreichen vorangegangenen Untersuchungen wurden auch Abgleiche mit SNP-Datensätzen zu anderen Erkrankungen/Phänotypen vorgenommen, um das Ausmaß der Überlappung genetischer Prädispositionen (genetische Korrelationen; r_g) zu bestimmen. Eine sehr hohe positive Korrelation ($r_g = 0,73$) fand sich zum Bildungsniveau. Andere bedeutsame positive genetische Korrelationen fanden sich zu Langlebigkeit (0,43) und Autismus (0,25). Negative genetische Korrelationen bestanden zu ADHS (-0,36), Schizophrenie (-0,21), Alzheimer Demenz (-0,27) und depressiven Symp-

tomen (-0,27). Altersstratifizierte Analysen ergaben erwartungsgemäß hohe genetische Korrelationen zwischen verschiedenen Altersgruppen ($r_g > 0,62$).

Bildungsniveau: Bei Einschluss von über 1,1 Millionen Probanden ermittelten Lee et al. (2018) 1271 unabhängige Genom-weit signifikante SNPs. Bei einer Unterstichprobe, die über 600000 DNA-Proben umfasste, wurden zusätzlich zehn unabhängige SNPs auf dem X-Chromosom gefunden. Die durchschnittliche Effektstärke eines einzelnen SNPs betrug 1,7 Schul- bzw. Ausbildungswochen. In unabhängigen Kollektiven konnte bis zu 13% der Varianz der Anzahl besuchter Schul- und Ausbildungsjahre aufgeklärt werden; die Analyse der Genom-weit signifikanten SNPs für Bildungsniveau in Kollektiven, bei deren Teilnehmern ein IQ-Test durchgeführt worden war, ergab für IQ eine Varianzaufklärung von 7-10%. Die Autoren stellten fest, dass innerhalb von Familien die Effektstärken der ermittelten SNPs niedriger lagen, so dass die sogenannten polygenen Scores und somit die Varianzaufklärung überschätzt wird, da sie teilweise auch durch Umwelteffekt beeinflusst wird.

Abschließende Diskussion

Genom-weite Assoziationsstudien haben erstmalig Einblicke in die genetische Architektur der Intelligenz vermittelt. Es gelingt chromosomale Loci zu entdecken, in denen genetische Variabilität für inter-individuelle IQ-Unterschiede verantwortlich ist. Auch kann mittels diverser methodischer Ansätze auf Gene geschlossen werden, die funktionell für den Phänotyp relevant sind. Es lassen sich positive wie negative Assoziationen der genetischen Prädisposition zu unterschiedlichen somatischen und psychischen Erkrankungen bzw. Phänotypen auffinden. Hierbei lassen sich teilweise klinisch bekannte Assoziationen bestätigen; in anderen Fällen gewinnt man über ermittelte genetische Korrelationen neue Einblicke. Man hat begonnen zu untersuchen, inwieweit sich verschiedene kognitive Funktionen im Hinblick auf die SNP-basierte Erblichkeit unterscheiden. Für Merkfähigkeit war diese am niedrigsten, für Wort- und Zahlenverständnis fand sich die höchste SNP-basierte Erblichkeit (siehe Literatur in Melchior und Hebebrand, 2018).

Während die Effektstärken sehr klein sind, gelingt es aufgrund der Vielzahl entdeckter signifikanter Loci ungefähr 10% der Varianz aufzuklären. Da die Stichproben zunehmend größer werden, wird der Anteil erklärter Varianz weiter ansteigen; für IQ ist innerhalb eines Jahres der Anteil aufgeklärter Varianz von 5 auf 10% angestiegen. Dieses Tempo wird sich zwar nicht halten lassen, tatsächlich wird aber der Erkenntnisgewinn auch durch Berücksichtigung

anderer genetischer Mechanismen weiter zunehmen. Einzelne Untersucher schlagen bereits jetzt eine Anwendung dieser Erkenntnisse bei Schulkindern vor; kritisch ist entgegenzuhalten, dass natürlich ein IQ-Test sehr viel mehr Information liefert. Dennoch ist gesamtgesellschaftlich zu diskutieren, ob und wenn ja für was bzw. wie entsprechende Erkenntnisse in unseren Alltag eingebaut werden sollen. Kinder, die beispielsweise mit zu hoher Intelligenz prädisponierenden Allelen (z. B. oberstes Prozent im Hinblick auf Anzahl zu hohem IQ prädisponierenden Allelen) ausgestattet sind, könnten ermittelt und anders gefördert werden. Während solche Visionen noch vor wenigen Jahren als Science Fiction abgetan werden konnten, lassen jüngere politische Begebenheiten nicht unbedingt erwarten, dass mit entsprechenden Informationen zurückhaltend umgegangen werden wird. Hinzu kommt, dass ähnliche Fortschritte auch bei anderen Phänotypen sich einstellen. Nicht ausgeschlossen erscheint, dass bei Geburt bereits preiswert das Risiko für verschiedene Erkrankungen sich abschätzen lässt. Auch für quantitative Phänotypen könnte auch eine gewisse Prädiktion erfolgen. Wollen wir das?

Literatur:

- Chiurazzi P, Pirozzi F. Advances in understanding - genetic basis of intellectual disability. F1000Res. 2016 Apr 7;5. pii: F1000 Faculty Rev-599
- Lee JJ, Wedow R, Okbay A, Kong E, Maghazian O, Zacher M, Nguyen-Viet TA, Bowers P, Sidorenko J, Karlsson Linnér R, Fontana MA, Kundu T, Lee C, Li H, Li R, Royer R, Timshel PN, Walters RK, Willoughby EA, Yengo L; 23andMe Research Team; COGENT (Cognitive Genomics Consortium); Social Science Genetic Association Consortium, Alver M, Bao Y, Clark DW, Day FR, Furlotte NA, Joshi PK, Kemper KE, Kleinman A, Langenberg C, Mägi R, Trampush JW, Verma SS, Wu Y, Lam M, Zhao JH, Zheng Z, Boardman JD, Campbell H, Freese J, Harris KM, Hayward C, Herd P, Kumari M, Lencz T, Luan J, Malhotra AK, Metspalu A, Milani L, Ong KK, Perry JRB, Porteous DJ, Ritchie MD, Smart MC, Smith BH, Tung JY, Wareham NJ, Wilson JF, Beauchamp JP, Conley DC, Esko T, Lehrer SF, Magnusson PKE, Oskarsson S, Pers TH, Robinson MR, Thom K, Watson C, Chabris CF, Meyer MN, Laibson DI, Yang J, Johannesson M, Koellinger PD, Turley P, Visscher PM, Benjamin DJ, Cesarini D. Gene discovery and polygenic prediction from a genome-wide association study of educational attainment in 1.1 million individuals. Nat Genet. 2018 Aug;50(8):1112-1121
- Melchior M, Hebebrand J. Unraveling genetic factors involved in intelligence, educational attainment and socioeconomic standing: what are the implications for childhood mental health care professionals? Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018 May;27(5):545-552
- Savage JE, Jansen PR, Stringer S, Watanabe K, Bryois J, de Leeuw CA, Nagel M, Awasthi S, Barr PB, Coleman JRI, Grasby KL, Hammerschlag AR, Kaminski JA, Karlsson R, Krapohl E, Lam M, Nygaard M, Reynolds CA, Trampush JW, Young H, Zabaneh D, Hägg S, Hansell NK, Karlsson IK, Linnarsson S, Montgomery GW, Muñoz-Manchado

AB, Quinlan EB, Schumann G, Skene NG, Webb BT, White T, Arking DE, Avramopoulos D, Bilder RM, Bitsios P, Burdick KE, Cannon TD, Chiba-Falek O, Christoforou A, Cirulli ET, Congdon E, Corvin A, Davies G, Deary IJ, DeRosse P, Dickinson D, Djurovic S, Donohoe G, Conley ED, Eriksson JG, Espeseth T, Freimer NA, Giakoumaki S, Giegling I, Gill M, Glahn DC, Hariri AR, Hatzimanolis A, Keller MC, Knowles E, Koltai D, Konte B, Lahti J, Le Hellard S, Lencz T, Liewald DC, London E, Lundervold AJ, Malhotra AK, Melle I, Morris D, Need AC, Ollier W, Palotie A, Payton A, Pendleton N, Poldrack RA, Rääkkönen K, Reinvang I, Roussos P, Rujescu D, Sabb FW, Scult MA, Smeland OB, Smyrnis N, Starr JM, Steen VM, Stefanis NC, Straub RE, Sundet K, Tiemeier H, Voineskos AN, Weinberger DR, Widen E, Yu J, Abecasis G, Andreassen OA, Breen G, Christiansen L, Debrabant B, Dick DM, Heinz A, Hjerling-Leffler J, Ikram MA, Kendler KS, Martin NG, Medland SE, Pedersen NL, Plomin R, Polderman TJC, Ripke S, van der Sluis S, Sullivan PF, Vrieze SI, Wright MJ, Posthuma D. Genome-wide association meta-analysis in 269,867 individuals identifies new genetic and functional links to intelligence. *Nat Genet.* 2018 Jul;50(7):912-919

Autor:

Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand

LVR-Klinikum Essen

Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Wickenburgstraße 21

45147 Essen

Tel: +49 (0) 201 / 8707 - 465

Fax: +49 (0) 201 / 8707 - 302

johannes.hebebrand@uni-due.de

Der lange Weg zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie Rückblick und Ausblick¹

Helmut Remschmidt

1. Einleitung

Auf dem 71. Deutschen Ärztetag am 20. Mai 1968 wurde mit Unterstützung der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ und der „Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde“ das Gebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in den Weiterbildungskatalog der Bundesärztekammer aufgenommen (Nissen, 2005, S. 507). Nissen wies ferner darauf hin, dass der Antrag der Delegierten (Heinrich Albrecht, Hubert Harbauer und Gerhardt Nissen) vom Internisten Gotthard Schettler (Heidelberg) unterstützt wurde, der bereits zuvor im Deutschen Ärzteblatt die Einführung eines Facharztes für „Jugendpsychiatrie“ gefordert hatte: „Mit der Facharztanerkennung fand eine Entwicklung ihren vorläufigen Abschluss, die vor 150 Jahren in der Psychiatrie und in der Pädiatrie begonnen hatte“ (Nissen, 2005, S. 507).

2. Vorgeschichte und Vorbedingungen

In Abb. 1 sind die Mutterdisziplinen der Kinder- und Jugendpsychiatrie schematisch dargestellt. In erster Linie sind die Psychiatrie und die Pädiatrie sowie auch die Neurologie zu nennen. In der Abbildung sind für jedes dieser drei Fächer die entscheidenden Konzepte bzw. fachspezifischen Entwicklungen wiedergegeben, die in das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie Eingang gefunden haben. Auch in der Gegenwart sind die hier aufgelisteten Konzepte eine Brücke zu den Nachbarfächern, vielfach werden sie auch gemeinsam betrieben. So existieren an manchen psychiatrischen Krankenhäusern Adolozentenstationen, die von Kinder- und Jugendpsychiatern und Erwachsenen-

1 Eine ausführliche Darstellung der Thematik findet sich bei Remschmidt, H. (2018): Kontinuität und Innovation. Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Philipps-Universität Marburg, Vandenhoeck & Ruprecht, aus der auch einzelne Passagen übernommen wurden.

psychiatern betrieben werden, oder an Kliniken psychosomatische Stationen, innerhalb derer ebenfalls eine intensive Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatern und Pädiatern unabdingbar ist. Gleiches trifft auch auf die Neurologie zu, wobei hier der Zusammenhang weniger ausgeprägt ist als mit der Psychiatrie und der Pädiatrie.

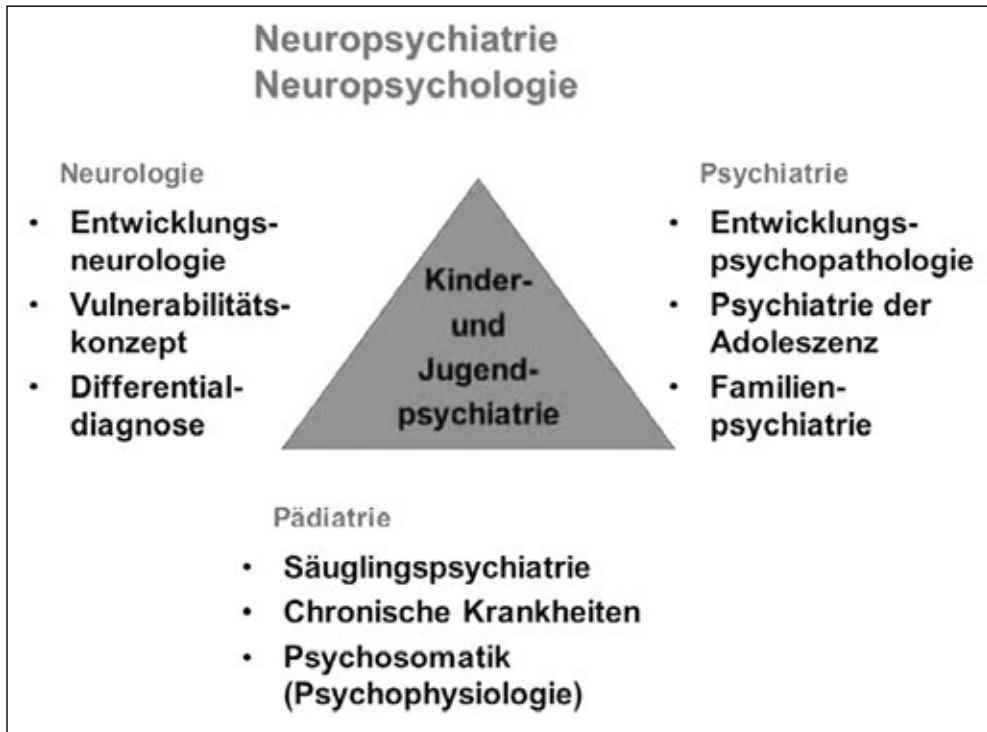


Abb. 1: Die Mutterdisziplinen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit gemeinsamen Interessenschwerpunkten.

Dies ist einer Entwicklung geschuldet, die sich in den letzten fünf Jahrzehnten weltweit ereignet hat, in gewisser Weise aber kompensiert wurde durch die Einführung der Neuropsychologie (vgl. Remschmidt und Schmidt, 1981).

Der neuropsychiatrische Ansatz wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der DDR bis zur Wende und darüber hinaus noch gepflegt, zum Teil auch in der BRD und in manchen osteuropäischen Ländern. In der DDR etablierte sich von Anfang an die neuropsychiatrische Richtung. Dementsprechend wurde 1974 eine Subspezialisierung „Kinderneuropsychiatrie“ eingeführt, nachdem im Jahr 1963 der erste Lehrstuhl für Kinderneuropsychiatrie in Rostock mit der Berufung von Gerhard Göllnitz (1920-2003) gegründet worden war.

Vorausgegangen war eine Regierungsanordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen in der DDR (1954) (Übersicht bei Häbeler, 2016).

Bereits auf dem ersten Nachkriegssymposium der deutschen Kinder- und Jugendpsychiater 1950 in Marburg wurde die Einführung eines eigenen Facharztes diskutiert und auch über ein entsprechendes Weiterbildungsprogramm beraten. In den folgenden Jahren wurde diese Initiative innerhalb einer europäischen Lösung diskutiert. Dabei spielten die Magglinger Symposien eine wichtige Rolle, die als Forum europäischer Kinder- und Jugendpsychiater ins Leben gerufen worden waren. Schon auf dem ersten Magglinger Symposium (1954) widmeten sich die versammelten Kinder- und Jugendpsychiater der „kinder- und jugendpsychiatrischen Ausbildung“, wobei Berichte über neun Länder (Deutschland, Italien, Portugal, Niederlande, Schweiz, Finnland, Österreich, Frankreich und Spanien) zeigten, dass lediglich in der Schweiz seit 1953 eine eigene Facharzt Disziplin existierte und in Finnland Ausbildungsmöglichkeiten mit einer Facharztanerkennung. Lehrstühle für Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es zum damaligen Zeitpunkt in Europa lediglich in Paris und in Marburg (Extraordinariat). Es herrschte aber Einigkeit darüber, dass es ein Gebot der Zeit sei, einen eigenen Facharzt für Kinderpsychiatrie in Europa einzuführen (vgl. Remschmidt, 2018a).

Vorausgegangen waren allerdings Kompetenzstreitigkeiten zwischen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie (DVJ) (vgl. Topp et al., 2016). Immerhin wurde aber die Facharztfrage auf zwei gemeinsamen Kongressen 1950 in Lübeck und 1954 in Essen erörtert und die Streitigkeiten schließlich beigelegt. Von Bedeutung für die Facharztfrage war ferner der X. Kongress der DVJ 1966 in Berlin, der im Anschluss an die 64. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde stattfand. Im Hinblick auf die Facharztfrage hatte die DVJ zwei Ausschüsse gegründet, die zukunftsweisende Denkschriften erarbeitet hatten, welche für die Verselbständigung des Fachgebietes wichtig wurden: eine „Denkschrift zur Stellung der Kinderpsychiatrie im Rahmen der Universitätsreform“ und eine weitere „Denkschrift zur Berücksichtigung kinder- und jugendpsychiatrischer Kenntnisse im Medizinstudium“ (Harbauer, 1966).

Neben diesen organisatorischen Gesichtspunkten waren im Hinblick auf die Etablierung eines eigenständigen Facharztstitels folgende Entwicklungen von Bedeutung:

- Die Einrichtung eigener Kinderabteilungen an psychiatrischen Kliniken und Kinderkliniken,
- die Ablösung von der Pädagogik bzw. der Heilpädagogik und Integration in die Medizin,
- die Herauslösung aus den Mutterfächern Psychiatrie und Pädiatrie und
- der Einfluss von Lehrbüchern und Zeitschriften, die in der Mehrzahl aus dem psychiatrisch-neurologischen Bereich kamen.

2.1 Einrichtung eigener Kinderabteilungen an psychiatrischen Kliniken und Kinderkliniken

Die Schaffung eigener stationärer Abteilungen für psychisch kranke Kinder ging von der mit der Zeit gewachsenen Einsicht aus, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind und auch eigene Bedürfnisse haben, die einen anderen diagnostischen und therapeutischen Zugang erfordern als bei Erwachsenen. Dies betraf hauptsächlich die Psychiatrie, in deren Kliniken Kinder unter erwachsenen psychisch Kranken schlecht aufgehoben waren. In der Kinderklinik waren sie zwar unter ihren Altersgenossen, jedoch forderte ihr vielfach „abweichendes Verhalten“ eine getrennte Unterbringung von Patienten, die an somatischen Erkrankungen litten.

So kam es zu Beginn des 20. Jahrhunderts an verschiedenen Orten (Wien, 1911; Frankfurt, 1914; Berlin, 1921; Tübingen, 1922; Leipzig und Heidelberg, 1926) zur Gründung stationärer Einrichtungen für psychisch kranke Kinder.

Parallel zu diesen vorwiegend stationären Einrichtungen wurden auch Polikliniken eröffnet.

Diese Entwicklung zeichnete sich in ähnlicher Form auch im Ausland ab. In Deutschland führten die verbrecherischen Initiativen im Nationalsozialismus zur Einrichtung sogenannter „Kinderfachabteilungen“ (etwa 30 an der Zahl), die der organisierten Tötung geistig und körperlich behinderter Kinder dienten und der etwa 5.000 Kinder zum Opfer fielen.

2.2 Ablösung von der Pädagogik und Heilpädagogik und Hinwendung zur Medizin

Die deutschsprachige Fachgesellschaft war zwar 1940 in Wien als „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ gegründet worden und entsprechende Abteilungen hießen, vorwiegend an Kinderkliniken, weiterhin „Heilpädagogische Abteilungen“. Es setzte sich aber zunehmend die Erkenntnis durch, dass die „Kernkompetenz“ des künftigen Kinderpsychiaters in der Medizin liegen müsse. Auch wenn es hierüber vor dem II. Weltkrieg und auch danach noch einige Debatten gab, so zeigt rückblickend die gesamte weitere Entwicklung, dass die Integration der Kinderpsychiatrie in die Medizin national und international der erkenntnisgeleitete richtige Weg war. Entsprechend wurde auch die Namensgebung geändert. Wurde 1950 auf der Wiedergründungsversammlung der deutschen Kinderpsychiatrer in Marburg noch die Bezeichnung „Gesellschaft für Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik und Jugendpsychologie“ gewählt, so erfolgte bereits ein Jahr später die Umbenennung in „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“ (vgl. Remschmidt, 2018b).

Wesentlich später, nämlich durch das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung (1980-1985), wurde diese Entwicklung eindrucksvoll bestätigt, denn eines der Leitprinzipien, bezogen auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie, lautet: „Integration in die Medizin“ (BMJFG, 1988 und Deutscher Bundestag, 1990). Diesen Weg nahm die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch in internationaler Perspektive (Remschmidt, van Engeland, 1999).

2.3 Herauslösung aus der Psychiatrie und Pädiatrie

Die Entlassung von „Kindern“ in die Selbständigkeit ist fast immer mit Schwierigkeiten verbunden. So war auch in den Mutterdisziplinen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychiatrie und der Pädiatrie, nicht von Anfang an die Neigung vorhanden, der Schaffung einer neuen Facharztdisziplin Kinder- und Jugendpsychiatrie zuzustimmen. Die Widerstände dagegen kamen dabei eher aus der Pädiatrie als aus der Psychiatrie (vgl. auch Topp et al., 2016). Aus beiden Mutterfächern hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie aber wesentliche Impulse erhalten.

2.3.1 Impulse aus der Pädiatrie

Die Impulse, die die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Pädiatrie erfahren hat, reichen, wie jene aus der Psychiatrie, weit zurück und sind zahlreich.

Während die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie die psychiatrischen Störungen und Erkrankungen gemeinsam hat, besteht die Gemeinsamkeit mit der Pädiatrie im Lebensalter der Patienten. Dies führt zu unterschiedlichen Perspektiven im Hinblick auf die betroffenen Störungen. Die Einflüsse der Pädiatrie betreffen zunächst im Allgemeinen jüngere Kinder und dementsprechend auch deren Erkrankungen. Im Vordergrund stehen sehr stark die somatische Perspektive, aber auch bereits sehr früh soziale Aspekte, die später zur Entstehung der Sozialpädiatrie geführt haben. Zu Beginn des letzten Jahrhunderts entspann sich auch eine heftige Diskussion zur Überforderung von Kindern, die unter dem Namen „Überbürdungsstreit“ in der Literatur bekannt ist. Schließlich beschäftigten sich Pädiater auch intensiv mit Erziehungsfragen und in neuerer Zeit mit der Mutter-Kind-Beziehung, der Bindungsforschung (vgl. Remschmidt, 2018a, S. 343) und gemeinsam mit den Kinder- und Jugendpsychiatern, mit der Psychosomatik und der Säuglingspsychiatrie (vgl. von Gontard, 2010).

2.3.2 Impulse aus der Psychiatrie/Neurologie

Zweifellos hat Wilhelm Griesinger (1817-1868) mit seiner „Pathologie und Therapie psychischer Krankheiten“ (1845) einen großen Einfluss auf das Denken und Handeln jener Psychiater und Kinderärzte gehabt, die sich mit psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen beschäftigten. Gemäß seinem Postulat, wonach psychische Erkrankungen Erkrankungen des Gehirns sind, erklärte er auch die „Geisteskrankheiten bei Kindern“ durch eine besondere „Reizbarkeit des Gehirns“. Er erkannte auch, dass die Pubertät eine krankheitsbegünstigende Lebensphase darstellt, ein Gedanke, der später auch von Ernst Kretschmer (1888-1964) aufgegriffen wurde, wenn er von der Pubertät als „Wetterwinkel“ für die psychische Entwicklung sprach. Schließlich kann Griesinger insofern auch als Vorläufer der Ich-Psychologie betrachtet werden, als er die psychischen Störungen des Kindesalters mit der noch unvollständigen Ich-Entwicklung erklärte und darüber hinaus darauf hinwies, dass eine Geisteskrankheit bei Kindern auch deren Weiterentwicklung ungünstig beeinflusse.

Von großem Einfluss war ferner Karl Bonhoeffer (1868-1948), an dessen Klinik Franz Kramer (1878-1967) und Hans Pollnow (1902-1943) erstmalig über eine „hyperkinetische Erkrankung des Kindesalters“ publizierten. Wei-

tere Protagonisten waren Wilhelm Strohmayer (1874-1936), Theodor Ziehen (1862-1950) und Karl Leonhard (1904-1988), der die „frühkindliche Katatonie“ als eigenes Krankheitsbild beschrieben hat.

2.4 Der Einfluss von Lehrbüchern und Zeitschriften

Als früher Vorläufer kann Henry Maudsley (1835-1918) in London gelten, der in seiner „Physiology and Pathology of Mind“ (1867) ein Kapitel von 34 Seiten mit dem Thema „Insanity of Early Life“ verfasste, das als Schrittmacher späterer kinderpsychiatrischer Lehrbücher angesehen werden kann.

Ein wichtiger Markstein in der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Jahr 1887, in dem das erste kinderpsychiatrische Lehrbuch, verfasst von Hermann Emminghaus (1845-1904), erschien. Der Psychiatriehistoriker Harms (1960) bezeichnete es als die „Wiegenstunde der Kinderpsychiatrie“.

1899 wurde erstmals die Bezeichnung „Kinderpsychiatrie“ durch den Franzosen M. Manheimer verwendet, der sein Buch „Les Troubles mentaux de l'Enfance“ (1899) im Untertitel „Précis de Psychiatrie Infantile“ nannte.

Weitere wichtige Lehrbücher im deutschen Sprachraum waren die Publikationen von August Homburger (1926), Paul Schröder (1931), F.G. von Stockert (1939), Moritz Tramer (1942), Hans Asperger (1952) und das zwei Jahre nach der Einführung des Facharztes erschienene Lehrbuch von Harbauer, Lempp, Nissen und Strunk (1970).

Fünf Jahre nach der Facharztetablierung wurde im Jahre 1973 die Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie gegründet, die als Fortsetzung des Jahrbuchs für Jugendpsychiatrie die Position eines Verbandsorgans der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie einnimmt.

3. Etappen auf dem Weg zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Tab. 1 sind die Etappen auf dem Weg zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland und auch in Europa dargestellt. Wie die Tabelle zeigt, war in Europa die Schweiz Vorläufer. Bereits 1933 postulierte Moritz Tramer in der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie die Einführung eines eigenen Facharztes für „Kinderpsychiatrie“, der allerdings erst 20 Jahre später zur Anerkennung führte. In Deutschland wurde auf verschiedenen Tagungen, wie bereits dargestellt, die Etablierung eines eigenen Facharztes

gefordert, als Vorstufe war auch zeitweise von einem „Zusatztitel“ die Rede. Schließlich gelang es auf dem 71. Deutschen Ärztetag den drei Kinder- und Jugendpsychiatern Heinrich Albrecht (1921-1967), Hubert Harbauer (1919-1980) und Gerhardt Nissen (1923-2014), die Anerkennung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchzusetzen.

Etappen auf dem Weg zum FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland und Europa

1933	Moritz Tramer (1882-1963) fordert in der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie die Einführung einer eigenen Fachdisziplin „ Kinderpsychiatrie “, 1953 Anerkennung
1950	Erstes Nachkriegssymposium der deutschen „Kinderpsychiater“ in Marburg Planung einer Facharztausbildung für „ Jugendpsychiatrie “
1954	Gemeinsame Tagung mit der Dt. Ges. f. Kinderheilkunde in Essen
1966	X. Tagung der DVJ in Berlin im Anschluss an die 64. Tagung d. Pädiater Mehrere Vorschläge z. Schaffung eines FA f. Jugendpsychiatrie Zusatztitel Kinder- u. Jugendpsychiatrie oder Facharzt?
1968	Beschluss des 71. Dt. Ärztetages in Wiesbaden z. Einführung eines FA f. Kinder- und Jugendpsychiatrie
1975	Entwurf einer Neuordnung d. FA-Weiterbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Spektrum 4, 1975)
1979	„Odenwaldsitzung“ des Weiterbildungsausschusses d. DGKJP (Martinius, Müller-Küppers, Remschmidt, Schmidt, Schydlo)
1980	Mitgliederversammlung d. DGKJP in Tübingen Zusatzweiterbildung Psychotherapie in Diskussion (Zusatztitel od. Einbeziehung i.d. FA-Bezeichnung)
2000	Europäisches FA-Weiterbildungscurriculum (UEMS) (Training Log-Book)
2013	BÄK: Musterweiterbildungsordnung (MWB v. 2003 i.d. Fassung v. 2013)

Tab. 1: Etappen auf dem Weg zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland und in Europa.

Heinrich Albrecht war nach einer Weiterbildung in Psychiatrie und der Habilitation Lehrstuhlinhaber für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Hamburg. Hubert Harbauer kam ursprünglich aus der Pädiatrie, wandte sich dann der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu und war seit 1967 ordentlicher Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Frankfurt. Gerhardt Nissen kam ursprünglich aus der Psychiatrie und bekleidete seit 1978 den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Würzburg.



Heinrich Albrecht



Hubert Harbauer



Gerhardt Nissen

Abb. 2: Heinrich Albrecht, Hubert Harbauer und Gerhard Nissen, die auf dem 71. Deutschen Ärztetag 1961 die Einführung des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie bewirkten.

Die Etablierung einer eigenen Facharztdisziplin für Kinder- und Jugendpsychiatrie hatte Auswirkungen in verschiedenen Bereichen:

- Zum einen ergab sich die Möglichkeit, sich nunmehr in eigener Praxis niederzulassen, was allerdings zunächst nicht ohne große Schwierigkeiten möglich war. Auf diesen Aspekt hat Reinhard Schydlo (2018) eindringlich hingewiesen. Danach verweigerten die Mitglieder der KV in Düsseldorf den Antragstellern Schydlo und Heubach zunächst die Zulassung, obwohl das Fachgebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ bereits seit zehn Jahren bestand.
- Zum anderen hatte die Durchsetzung eines eigenen Facharztes auch Auswirkungen auf die Verankerung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Universitäten, sei es durch Lehrstühle, sei es durch Universitätsab-

teilungen, die entweder den psychiatrischen oder den pädiatrischen Kliniken angeschlossen waren. Ziel war allerdings von Anfang an die Ver selbständigung des Faches, also die fachliche und adminis-trative Unab hängigkeit von den Mutterdisziplinen Psychiatrie und Pädiatrie.

Tab. 2 zeigt die Entwicklung der Universitätsabteilungen in Deutschland vor und nach der Etablierung eines eigenen Facharztes für Kinder- und Jugend psychiatrie.

1954	Marburg
1958	Rostock
1960	Dresden
1964	Frankfurt
1966	Hamburg und Münster
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1968 Beschluss auf dem 71. Ärztetag am 22.Mai 1968 in Wiesbaden	
1970	Berlin-Ost / Charité
1970	Göttingen
1970	Tübingen
1971	Freiburg und Heidelberg
1975	Berlin-West / Freie Universität und Mannheim
1976	Leipzig
1976, 2003	Magdeburg (nach Wiedervereinigung)
1978	Würzburg
1979	Jena
1981	Kiel
1984	München
1988	Erlangen und Köln
1997	Aachen und Essen
1997/98	Mainz
2001	Ulm
2003	Homburg/Saar
2010	Bochum
2014	Witten/Herdecke
2016	Neuruppin (Brandenburg)

Tab. 2: Entwicklung der Universitätsabteilungen (Lehrstühle) vor und nach der Etablierung des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Es wird deutlich, dass unser Fach zunehmend Anerkennung an den Universitäten gefunden hat. Dennoch muss festgestellt werden, dass derzeit an acht von 38 Medizinischen Fakultäten in Deutschland die Kinder- und Jugendpsychiatrie noch nicht mit einem eigenen Lehrstuhl bzw. einer eigenen Abteilung vertreten ist. Es handelt sich um die Universitäten in Düsseldorf, Gießen, Greifswald, Halle, Hannover, die Technische Universität München, Nürnberg und Oldenburg.
- Aber auch an nicht-universitären kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen hat die Schaffung einer eigenen Facharztdisziplin zu einem enormen Aufschwung geführt, der sich nicht nur auf die Verbesserung der Versorgung, sondern auch auf die Weiterbildungsaktivitäten ausgewirkt hat.

3.1 Die Bedeutung von Fachverbänden

Entscheidende Organisationen für die Einrichtung des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für die Weiterentwicklung der Disziplin Kinder- und Jugendpsychiatrie waren die Fachgesellschaften. Es begann 1940 mit der Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ in Wien, setzte sich fort mit der Neugründung als „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“ (DVJ) 1950 in Marburg, führte 1973 zur Umbenennung der Fachgesellschaft in „Deutsche Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (DVKJ), 1976 in „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (DGKJ), 1994 wurde die Psychotherapie in die Facharztbezeichnung einbezogen, was zu der Bezeichnung „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ (DGKJP) führte. Schließlich wurde dem umfassenden Arbeitsbereich der Kinder- und Jugendpsychiater dadurch Rechnung getragen, dass auch die Psychosomatik in den Titel integriert wurde. Dies geschah im Jahre 2008, in dem die jetzt gültige Bezeichnung beschlossen wurde: „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ (DGKJP).

Von großer Bedeutung für die weitere Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigene Facharztdisziplin war ferner die Gründung des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychiatrie e.V. (BAG).

Die Gründung des Berufsverbandes wurde durch Dr. Eckart Förster (1920-1999) im Jahr 1977 angeregt und erfolgte am 26.08.1978. Erster Vorsitzender wurde Dr. Reinhard Schydlo. Der Berufsverband hat viele Jahre hindurch dazu beigetragen, dass eine Niederlassung in eigener Praxis, rechtlich und finanziell abgesichert, möglich wurde.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG) hat sich um den Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Fläche, durch die Regionalisierung, durch die Gründung spezialisierter Bereiche (z.B. für forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Abhängigkeitserkrankungen) und durch Stellungnahmen zu aktuellen Fragen der Versorgung in besonderer Weise verdient gemacht. Die BAG ist, ebenso wie der Berufsverband, auch an der Erarbeitung der Leitlinien beteiligt.

3.2 Inhaltliche Ausgestaltung der Facharztweiterbildung

Inhaltlich wurde die Facharztweiterbildungsordnung immer wieder verändert und neuen Erkenntnissen bzw. Bedürfnissen angepasst, was hier nicht im Einzelnen dargestellt werden kann. Von richtungweisender Bedeutung war der „Entwurf einer Neuordnung der Weiterbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (Renschmidt und Specht, 1975), der die Grundlage für die nachfolgenden Weiterentwicklungen bildete. Er enthielt Regelungen zu folgenden Bereichen: A. Weiterbildungszeit: 3 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1 Jahr Kinderheilkunde, 1 Jahr Erwachsenenpsychiatrie. B. Unterricht während der Weiterbildungszeit: 450 Stunden praxisbezogener Unterricht zu verschiedenen Schwerpunkten. C. Ausführungen zum Weiterbildungsnachweis und D. Lernziele der Weiterbildung, die sich auf nachfolgende Bereiche erstrecken sollten: (1) allgemeine Grundkenntnisse, (2) Erscheinungsformen und Entstehungsbedingungen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, (3) Untersuchungsmethoden einschließlich Diagnostik und Differenzialdiagnostik sowie (4) Therapie und Prävention. Unter diese Rubrik wurde auch die Begutachtung eingeordnet, die bis heute ein besonderes Problem darstellt, da die Anzahl der Gutachten, die in der Weiterbildungsordnung gefordert werden, innerhalb der Weiterbildungszeit häufig nicht bewältigt werden konnte. Deshalb hat sich auf diesem Sektor eine Zusatzweiterbildung in der Forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie etabliert, die überregional organisiert ist und die nach einem definierten zweijährigen Curriculum zu einer zertifizierten Schwerpunktbezeichnung „Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie“ führt.

Von Bedeutung für die inhaltliche Ausgestaltung der Facharztweiterbildung war die „Odenwaldkonferenz“ in Brombach (1979), auf der Mitglieder der DGKJ und des Berufsverbandes eine Revision des Weiterbildungscurriculums erarbeiteten. Dabei ging es insbesondere um die Einbeziehung und den Stellenwert der Psychotherapie, aber auch um die Bedeutung der Pädiatrie im Weiterbildungsgang für Kinder- und Jugendpsychiater und um das kinderpsychiatrische Basiswissen für Pädiater (Remschmidt, 1979).

Die derzeit gültigen Voraussetzungen für die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind in der Musterweiterbildungsordnung der BÄK niedergelegt. Einzelne Bundesländer haben gewisse Modifikationen durchgeführt, auf die hier nicht näher eingegangen wird. Obwohl sich die Psychosomatik inzwischen in der Bezeichnung vieler Kliniken findet und auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände sie in ihren Namen aufgenommen hat, ist die Bundesärztekammer dieser Entwicklung noch nicht gefolgt.

Unter historischer Perspektive muss die Entwicklung und die Ausgestaltung der Facharztdisziplin „Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ von Anfang an im europäischen Kontext gesehen werden. Wie aus Tab. 1 hervorgeht, hatte bereits 1933 der schweizerische Kinder- und Jugendpsychiater Moritz Tramer die Einführung einer eigenen Facharztdisziplin „Kinderpsychiatrie“ postuliert, was erst 20 Jahre später realisiert werden konnte. Auf den Magglinger Symposien, die eine wichtige Schrittmacherefunktion für die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Europa hatten, wurde immer wieder die Notwendigkeit der Einführung einer eigenen Facharztdisziplin diskutiert. Interessant ist dabei, dass in Deutschland, stärker als in anderen Ländern, die Einbeziehung der Jurisprudenz eine größere Rolle spielte. Dementsprechend wurde auch ausführlich über die Integration rechtlicher Sachverhalte in das Facharztcurriculum diskutiert, sei es i.S. des Familienrechts, sei es i.S. des Jugendrechts bzw. Jugendstrafrechts.

Die europäische Dimension setzte sich später fort in der U.E.M.S.-Section of Child and Adolescent Psychiatry, in der es um die Weiterentwicklung und Vereinheitlichung der Facharztweiterbildung in Europa ging. Diesbezüglich haben sich insbesondere Reinhard Schydlo und Aribert Rothenberger große Verdienste erworben. Ersterer war im Zeitraum von 1993-1997 der erste Präsident der eigenständigen Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie innerhalb der U.E.M.S., letzterer war Sprecher für Weiterbildungsfragen der Sektion. Innerhalb der U.E.M.S. wurde eine einheitliche Konzeption der Facharztweiterbildung in Europa erarbeitet mit einem eigenen Logbuch, in dem die Ziele

und Anforderungen an den Weiterbildungsgang festgelegt sind. Neben den zu vermittelnden Inhalten und Fertigkeiten in den Fachgebieten Kinder- und Jugendpsychiatrie, allgemeine Pädiatrie und Pädiatrie wurden erstmalig auch die Qualifikationsanforderungen an die Ausbilder festgelegt und der Psychotherapie der ihr gebührende Stellenwert eingeräumt (U.E.M.S. Section of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, CAPP: Training Log-Book, 2000).

4. Ausblick und Zukunftsperspektiven

Die Etablierung einer eigenen Facharztanerkennung hat ohne jeden Zweifel die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland, in Europa und auch weltweit vorangetrieben. Auch wenn wir mit der Entwicklung unseres Fachgebietes in Deutschland zufrieden sein können, so stellt sich doch eine Reihe an künftigen Herausforderungen.

Zunächst ist festzustellen, dass eine zunehmende Spezialisierung auch in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingezogen ist. Dieser Trend wird sich weiter fortsetzen. Der Allround-Kinder- und Jugendpsychiater wird immer seltener werden. Es existieren bereits jetzt Spezialpraxen und an den Kliniken Spezialambulanzen, die sich auf bestimmte Störungen konzentrieren (z.B. Autismus, ADHS, Essstörungen, forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie). Hier folgt die Kinder- und Jugendpsychiatrie einem Trend, der auch in anderen medizinischen Fachdisziplinen wie z.B. der Inneren Medizin und der Pädiatrie bereits stattgefunden hat. Ein weiterer Trend erstreckt sich auf die Konzeption neuer Versorgungsmodelle wie Mobile Dienste, Behandlung im häuslichen Milieu (Home Treatment), Intervallbehandlungen im stationären Bereich, Integration der Kinder- und Jugendpsychiatrie in medizinische Versorgungszentren unter kontinuierlichem Ausbau des interdisziplinären Ansatzes.

Hilfreich für alle fortschrittlichen Entwicklungen waren das „Modellprogramm Psychiatrie“ der Bunderegierung (1980 bis 1985) mit den vier Grundprinzipien zur Reform (gemeindenaher Versorgung, bedarfsgerechte Versorgung, Koordination aller Versorgungsdienste und Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken). Das zuletzt genannte Grundprinzip ist noch sehr unzureichend realisiert. Daran müssen wir noch arbeiten.

Auch die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) hat zum Fortschritt des stationären Bereiches bedeutsam beigetragen. Erstmals wurde in dieser am 18. Dezember 1990 eingeführten Verordnung der Personalbedarf im stationären Bereich nicht mehr nur auf die Anzahl der Patienten bezogen, sondern orientiert sich auch an Art und Schwere der Erkrankung. Leider gab und gibt

es aus ökonomischen Gründen immer wieder Abstriche an dieser fortschrittlichen Regelung, die immer wieder zur Benachteiligung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher geführt hat.

Von großer Bedeutung ist auch die Sozialpsychiatrieverordnung (SPV), die am 1. Juli 2009 in Kraft trat und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinderärzten und Nervenärzten mit einer mindestens zweijährigen Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie die interdisziplinäre Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in einem Praxisteam ermöglicht.

Schließlich ist auch das Psychotherapeutengesetz, das am 01.01.1999 in Kraft trat, zu erwähnen, welches auch nicht-ärztlichen Berufsgruppen die selbständige und eigenverantwortliche Ausübung der Psychotherapie erlaubt.

Alle diese Entwicklungen haben zu einer bedeutsamen Verbesserung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher beigetragen, wobei auch die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) einen wichtigen Beitrag leisten. Sie sind speziell für jene Patienten vorgesehen, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankungen eines besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen.

Die wichtigsten künftigen Herausforderungen, mit denen die Kinder- und Jugendpsychiatrie konfrontiert ist, sind (Remschmidt, 2018b):

- Eine realistische Bewertung neuer Forschungsmethoden sowie epochaler Trends und die Aufhebung von Gegensätzen.
- Die Etablierung zukunftsweisender Forschungsinitiativen. Diesbezüglich ist ein weiterer Ausbau der Zusammenarbeit zwischen Universitätsinstitutionen, nicht-universitären Einrichtungen und vor allem Praxen von großer Bedeutung.
- Eine intensive Nachwuchsförderung im wissenschaftlichen wie im klinischen Bereich und
- wieder eine stärkere Beachtung der subjektiven Seite der Krankheit.

Bei allem methodischen Fortschritt und der noch unabweisbaren Bedeutung der apparativen Medizin darf der verständnisvolle, individuelle und empathische Zugang zum einzelnen Patienten nicht in den Hintergrund treten. Er ist und bleibt auch weiter das Spezifikum psychiatrischen Denkens und Handelns.

Zusammenfassung

Die Etablierung des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahre 1968 war von allergrößter Bedeutung für die Weiterentwicklung dieses Faches in Deutschland, in Europa und in der Welt. Nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen europäischen Ländern und in den USA war der Weg zur Anerkennung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständige Fachdisziplin lang und beschwerlich. In dem Beitrag wird die Vorgeschichte dieser Entwicklung in Deutschland und Europa dargestellt unter Berücksichtigung der Voraussetzungen, die diese Entwicklung möglich machten. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte auf den Erkenntnissen ihrer Mutterdisziplinen, der Pädiatrie, der Psychiatrie und der Neurologie, aufbauen und hat im Verlauf der fünf Jahrzehnte seit der Facharztanerkennung ein eigenes Profil entwickelt, das die Krankenversorgung, die Forschung und die Lehre gleichermaßen umfasst.

Literatur

- Asperger H* (1952). Heilpädagogik. Wien, New York: Springer.
- Gontard A von* (2010). Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart.
- Griesinger W* (1845). Pathologie und Therapie psychischer Krankheiten, für Studierende und Ärzte. Stuttgart: Krabbe.
- Häßler F* (2016). Meilensteine der Kinderneuropyschiatrie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 84, 1-3.
- Harbauer H* (1966). Bericht über die X. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie. Acta Paedopsychiatria, 33, 366-367.
- Harbauer H, Lempp R, Nissen G, Strunk P* (1970). Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, Heidelberg, Berlin.
- Harms E* (1960). At the cradle of child psychiatry. American Journal of Orthopsychiatry, 30, 186-190.
- Homburger A* (1926). Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Springer.
- Kramer F, Pollnow H* (1932). Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 82, 1-40.
- Leonhard K* (2003⁸). Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Stuttgart: Thieme.
- Manheimer M* (1899). Les Troubles Mentaux de l'Enfance. Précis de Psychiatrie Infantile. Paris: Soc. d'Edit. Sci.
- Maudsley H* (1867). The physiology and pathology of mind. London: McMillan.
- Nissen G* (2005). Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Remschmidt H* (1979). Persönliche Aufzeichnungen über die Verhandlungen auf der „Odenwaldkonferenz“.

- Remschmidt H* (2018a). Kontinuität und Innovation. Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Philipps-Universität Marburg. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Remschmidt H* (2018b). 50 Jahre Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Geschichte, Gegenwart und Zukunftsperspektiven. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 46, 466-477
- Remschmidt H, Schmidt MH* (1981). Neuropsychologie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart: Enke.
- Remschmidt H, van Engeland H* (1999). Child and Adolescent Psychiatry in Europe. Historical development, current situation, and future perspectives. Darmstadt und Heidelberg: Steinkopff und Springer.
- Schröder P* (1931). Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten. Breslau: Hirt.
- Schydlo, R* (2018). 40 Jahre BKJPP. Persönliche Erinnerungen an die Gründung und die Anfangsjahre unserer Praxis und des Berufsverbandes. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie* 28 (1), 59-67.
- Stockert FG von* (1939, 1957). Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters. München: Urban & Schwarzenberg.
- Strohmayer W* (1910). Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters für Mediziner und Pädagogen. Tübingen: Laupp.
- Topp S, Schepker K, Fangerau H* (2016). Querelles de compétence. Verhältnis von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie in der Nachkriegszeit. *Monatsschrift für Kinderheilkunde, Supplement* 1.
- Tramer M* (1942). Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. 4. Aufl. 1964. Basel/Stuttgart: Schwabe.
- U.E.M.S. Section of Child and Adolescent Psychiatry* (2000). CAPP Training Log-Book.
- Ziehen T* (1915). Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin: Reuther und Reichard.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h. c. Helmut Remschmidt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg, Schützenstr. 49, 35039 Marburg, Deutschland
E-Mail: remschm@med.uni-marburg.de

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im „Mitgliederrundbrief des „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie – IV/1993“ wurde einleitend über das 1. ganztägige Obleutetreffen in der Geschichte unseres Berufsverbandes berichtet, das am 18.09.1993 in Frankfurt stattgefunden hatte und an dem immerhin Obleute aus 14 der 17 Regionalgruppen teilgenommen hatten.

Die künftige Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) zeichnete sich mit der Ankündigung eines gemeinsamen Anhörungstermins für den 26.01.1994 mit den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab.

Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wurden aufgefordert, bereits zum damaligen Zeitpunkt die Honorierung nichtärztlicher Leistungen im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bei den KVen und GKVen einzufordern. Und tatsächlich haben einige Krankenkassen nach dem Abschluss der SPV solche Leistungen rückwirkend ab dem 01.01.1994 vergütet.

Unter dem Titel „Psychotherapie -psychotherapie? – und kein Ende“ wurde der gemeinsame Vorschlag von BAG, DGKJ und BKJPP für die Implementierung der Psychotherapie in die Weiterbildungsordnung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorgestellt und erläutert.

25 Jahre nach der Schaffung des Fachgebietes Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) durch den Deutschen Ärztetag und 15 Jahre nach der Gründung des Berufsverbandes wurde der Stand der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch statistisch dargestellt:

Ende 1992 gab es in der BRD 665 Kinder- und JugendpsychiaterInnen einschließlich der Neuropsychiater des Kindes- und Jugendalters (+ 10,3% im Vergleich zum Vorjahr), von denen 582 berufstätig waren (+10,3%), davon

192 niedergelassen, 326 in Kliniken, 36 in Behörden und 28 in sonstigen Bereichen.

Von den berufstätigen Kinder- und JugendpsychiaterInnen arbeiteten 512 im Gebiet der alten BRD, 70 in den sogenannten „neuen Bundesländern“.

1992 wurden 39 Gebietsanerkennungen ausgesprochen, davon 25 für Ärztinnen.

Dr. med. Johannes Kossen stellte die „Aufgaben des Arztes in der Erziehungsberatungsstelle“ vor.

Dr. med. Dipl.-Psych. Tilman J. Elliger berücksichtigte am Ende seines Beitrags „Aggression in der Schule – um Umgang mit der Gewalt“ auch das Faible des Rezensenten für Gedichte:

*Ach was muß man oft von bösen
Kindern hören oder lesen!
Wie zum Beispiel hier von diesen,
welche Max und Moritz hießen.
Die, anstatt durch weise Lehren
sich zum Guten zu bekehren,
oftmals noch darüber lachten
und sich heimlich lustig machten.
Ja, zur Übeltätigkeit,
ja, dazu ist man bereit!*

*Menschen necken, Tiere quälen, Äpfel, Birnen, Zwetschgen stehlen
Das ist freilich angenehmer
und dazu auch viel bequemer
als in Kirche oder Schule
festzusitzen auf dem Stuhle.*

Wilhelm Busch, 1865

Gerhard Wünschmann, Leiter der Schule für Kranke in der KJP-Viersen, schilderte „Halt und Autonomie als systemisch-didaktischer Ansatz in der Schule für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

Dipl.-Päd. Ute von Below vom Verband Deutscher Sonderschulen stellte „Therapie und Pädagogik – Schule im Bedingungsfeld Klinik“ dar.

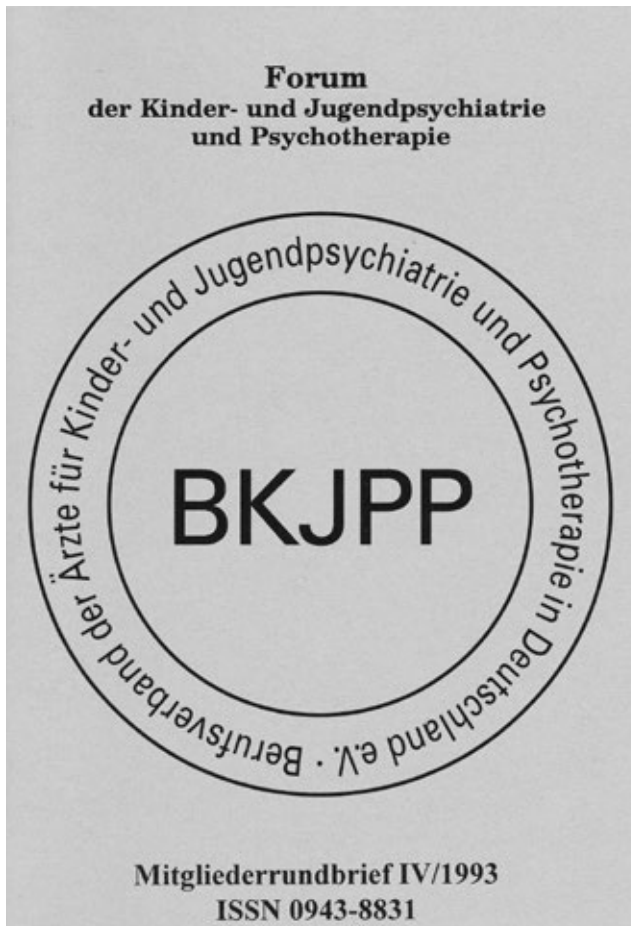
Dr. med. Horst Trappe war mit 2 Beiträgen im „Forum - IV/1993“ vertreten: „Lebenlernen – Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter“ und „Enuresis in Diagnostik und Therapie“.

All diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch Anfang 1994 wichtig war und was alles im Forum I/1994 stand, das erfahren Sie im „forum 1/2019“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Faksimile des Forum IV-1993

Kolumne:

Pharmakologische Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Klaus-Ulrich Oehler

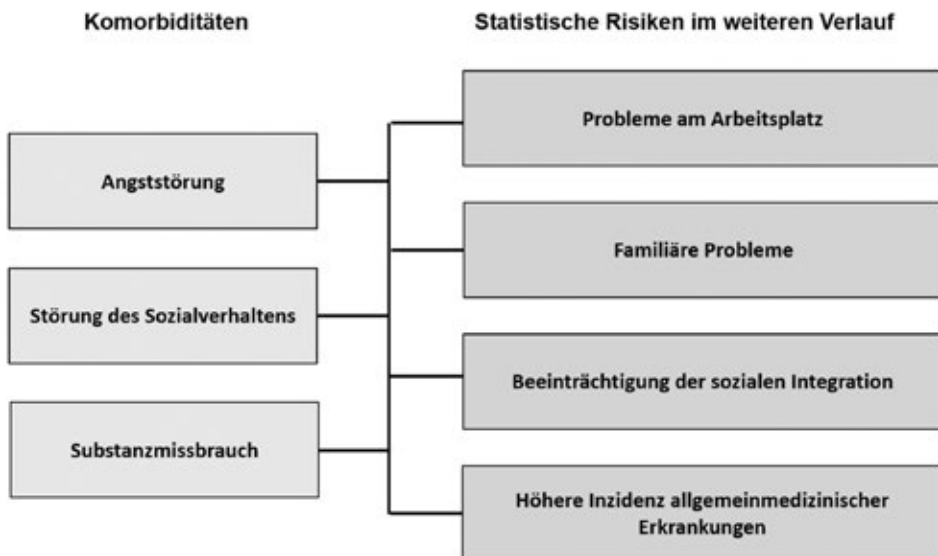
Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind ein sehr komplexes Phänomen, dem sich auch der Kinder- und Jugendpsychiater nur mit Mühe und häufig auch mit Ambivalenz annähert. Die Diagnoseraten und auch die Häufigkeit pharmakologischer Behandlung hinken weit hinter dem zurück, welches durch Prävalenz-Studien zu erwarten wäre. Das große Problem ist m. E., dass die Krankheitsdefinition und die Diagnoseschemata im Wesentlichen für Erwachsene erarbeitet wurden und dann der Kinder- und Jugendpsychiatrie übergestülpt wurden. Kindliche und jugendliche Depressionen haben oft ein völlig unterschiedliches Erscheinungsbild. So ist ein extroversives und oft impulsives Verhalten sehr viel häufiger als im Erwachsenenalter. Hinter diesem äußeren Erscheinungsbild ist es häufig nicht leicht, die zugrundeliegende Depression zu erkennen. Häufig werden Depressionen als Aufmerksamkeitsstörung gesehen und mit Methylphenidat behandelt. Dieses führt nicht selten auch zu einem therapeutischen Erfolg, so dass die zugrundeliegende Depression sich erst im weiteren Verlauf zeigt. Selbiges gilt auch für bipolare Störungen. 70 % der bipolaren Störungen beginnen vor dem 19. Lebensjahr. Wenn wir uns unsere eigene Diagnosestatistik anschauen, kann die geringe Diagnoserate nur damit zusammenhängen, dass wir die entsprechenden Patienten als solche nicht genau erkennen und diagnostizieren.

Ich selbst bin nun über 25 Jahre in Würzburg als Kinder- und Jugendpsychiater niedergelassen. Aus meinem eigenen Krankengut sehe ich viele Patienten mit Depressionen und bipolaren Störungen, die ich seinerzeit in der Kindheit eher unter dem Blickwinkel der Aufmerksamkeitsstörung gesehen habe. Ein ähnliches Phänomen beobachten wir in der Erwachsenenpsychiatrie. Die Erwachsenenpsychiater müssen sich z. B. bei Aufmerksamkeitsstörungen mit den diagnostischen Kriterien auseinandersetzen, die wir als

Kinder- und Jugendpsychiater für die Kinder und Jugendlichen entwickelt haben. Auch hier kommt es zu entsprechenden Unterdiagnostizierungen und ausbleibenden Behandlungen. Viele Patienten, die im Erwachsenenalter mit Borderline-Störung, Binge-Eating-Disorder etc. diagnostiziert werden, sind letztlich nicht erkannte und nicht behandelte Aufmerksamkeitsstörungen. Neben der klinischen Symptomatik ist stets die Anamnese von größter Bedeutung. Man sollte immer skeptisch und kritisch die eigenen Befunde hinterfragen, wenn eine Symptomatik erstmals im jugendlichen Alter aufgetreten ist. Dies ist bei Depressionen ein sehr wesentliches Unterscheidungsmerkmal zu Aufmerksamkeitsstörungen, die in aller Regel eine Symptomatik haben, die bis in die frühe Kindheit zurückreicht. Die Häufigkeit von Depressionen im Kindes- und Jugendalter wird in den unterschiedlichen Erhebungen mit 2 bis 5 % angegeben. Davon chronifizieren 15 bis 20 % (Symptomatik mehr als zwei Jahre). Die Dauer der depressiven Episode ist im Kindesalter sehr unterschiedlich, kann aber 7 bis 9 Monate anhalten. Bei 90 % kommt es zu einer Remission.

Die häufigsten Komorbiditäten sind Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und Substanzmissbrauch.

Bei kindlichen und jugendlichen Depressionen besteht ein erhöhtes Risikoprofil. Dieses betrifft Substanzmissbrauch, allgemeine soziale Probleme sowie auch eine erhöhte Inzidenz somatischer Erkrankungen.

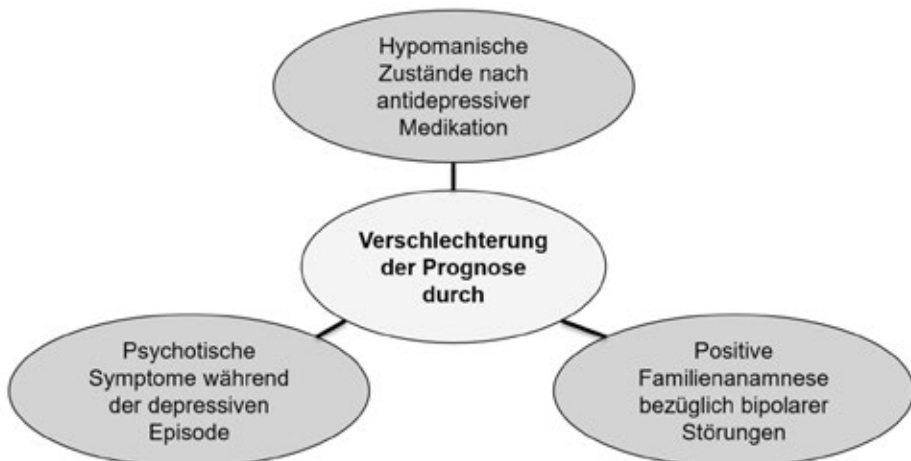
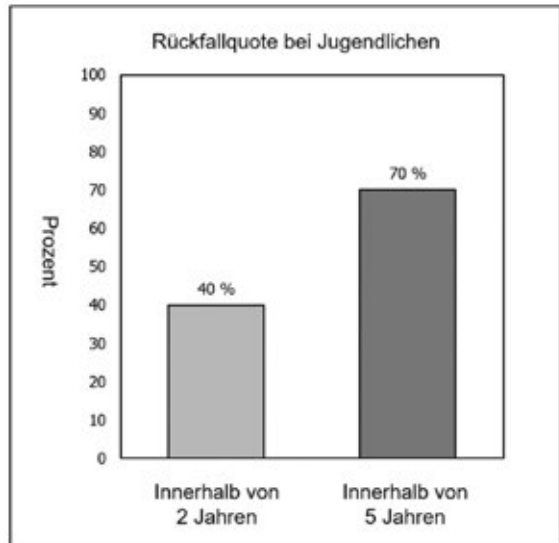


Wenn eine depressive Episode überstanden ist, besteht für die betroffenen Patienten ein erhöhtes Rückfallrisiko.

Die Prognose ist aufgrund der klinischen Symptomatik schwer zu stellen. Ein erhöhtes Risiko besteht bei einer familiären Belastung sowie bei kognitiven Beeinträchtigungen des Selbstwertes und einer schwierigen Familiensituation.

Es besteht ein Risiko zur Entwicklung bipolarer Störungen. Dieses liegt zwischen 20 und 40 % innerhalb von fünf Jahren. Die Prognose bezüglich der Entwicklung bipolarer Störungen verschlechtert sich,

wenn es eine genetische Belastung bezüglich bipolarer Störungen gibt, wenn psychotische Symptome während der depressiven Episode aufgetreten sind und wenn hypomanische Zustände nach einer Therapie mit Antidepressiva beobachtet wurden.



Wie oben schon erwähnt, ist die Symptomatik oft atypisch und daher ist eine Differenzierung zu Schizophrenie und zu Persönlichkeitsstörungen oder Störungen des Sozialverhaltens schwierig. Diagnostisch ist eine Verlaufskont-

rolle unter Erhebung einer Fremdanamnese, Einbeziehung der Eltern etc. sinnvoll. Nach der ICD-10 unterscheiden wir zwischen Haupt- und Nebensymptomen. Die Hauptsymptome sind die depressive Grundstimmung, der Interessensverlust und der verminderte Antrieb sowie Zusatzsymptome, bei denen Störungen des Denkens und Konzentrationsvermögens, Schuldgefühle, Wertlosigkeitsgefühl, Schlafstörungen, Appetitverlust bedeutsam sind. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf Suizidgedanken und suizidale Handlungen gelegt werden.

Hauptsymptome	Nebensymptome	„Somatische“ Symptome
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Stimmung ▪ Verlust von Interesse ▪ Freudlosigkeit ▪ Verminderter Antrieb ▪ gesteigerte Ermüdbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermindertes Denk-/Konzentrationsvermögen ▪ Vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl ▪ Schuldgefühl, Wertlosigkeitsgefühl ▪ Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung ▪ Negative Zukunftsperspektiven ▪ Suizidgedanken oder suizidale Handlungen ▪ Schlafstörungen jeder Art ▪ Appetitverlust 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Früherwachen ▪ Morgenstimmungstief ▪ Psychomotorische ▪ Hemmung oder Agitiertheit ▪ Deutlicher Appetitverlust ▪ Gewichtsverlust ▪ Deutlicher Libidoverlust ▪ Leibgefühlsstörungen ▪ Gefühl der Kraftlosigkeit ▪ Störung der Vitalität

Auch wird bei der Depression eine Vielzahl von somatischen Symptomen beobachtet. Dabei stehen Appetitverlust, Libidoverlust sowie ein allgemeines Gefühl der Kraftlosigkeit im Vordergrund.

Die ICD-10 empfiehlt eine Operationalisierung, die auch im Kindes- und Jugendalter oft schwierig zu realisieren ist:

	Hauptsymptome		Zusatzsymptome
Leicht	2	+	2
Mittelgradig	2		3-4
Schwer	3		≥ 4

Therapeutisches Vorgehen in der Praxis:

Therapieresistente Depressionen sollten pharmakologisch behandelt werden. Zum Einsatz kommen vorwiegend Serotonin-Reuptake-Hemmer (z. B. Fluoxetin) oder Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Hemmer (z. B. Venlafaxin). Die Medikation sollte eingeschlichen werden bis zur Erreichung der Standarddosis, z. B. Fluoxetin 20 mg, z. B. Venlafaxin 75 mg. Diese Dosis sollte für vier bis sechs Wochen erhalten bleiben. Bei Wirksamkeit sollte die Therapie mindestens sechs Monate durchgeführt werden. Therapeutisches Drug-Monitoring ist interessant, für die Praxis jedoch nicht zu empfehlen. Bei vielen Medikamenten gibt es keine Korrelation zu Wirkstärke, die Frage nach aktiven Metaboliten ist nach wie vor nicht praxisrelevant beantwortet. Bei Nichtansprechen der Therapie ist die Diagnostik noch einmal zu überdenken. Es stellt sich immer die Frage, ob es sich um eine Pseudoresistenz handeln könnte, d. h. beim Vorliegen einer anderen Erkrankung wie z. B. Schizophrenie, ADHS, Suchterkrankung, Autismus oder internistische Erkrankungen

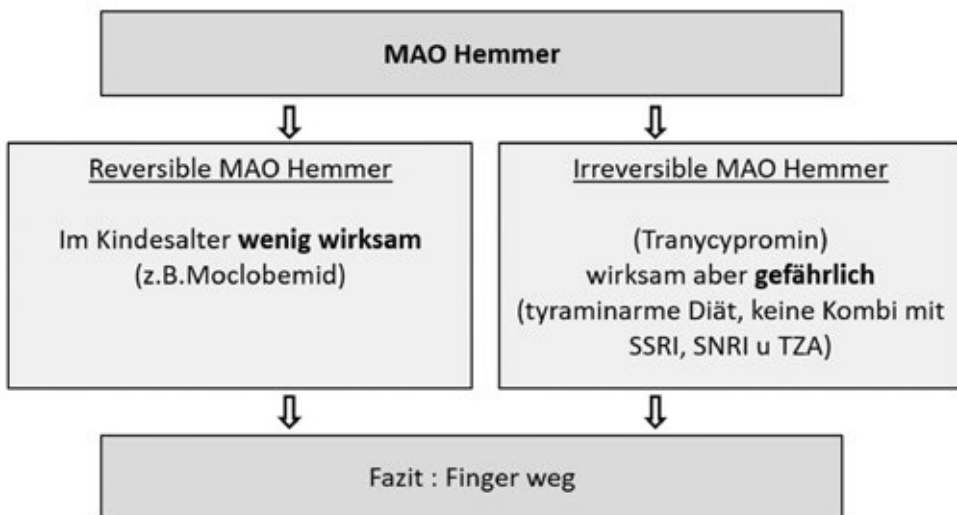
Was tun, wenn das gegebene Antidepressivum nicht anspricht?

Die in der Praxis am häufigsten beobachtete Therapiestrategie ist der Wechsel zu einem anderen SSRI. Metaanalysen zeigen aber, dass der Wechsel in der Regel nicht effektiver ist als die Weiterbehandlung. Daher ist eher die zusätzliche Gabe eines Alpha-2-Blockers zu überlegen (Mirtazapin, Mianserin). Da diese als Hauptnebenwirkung Müdigkeitseffekte haben, sind diese Medikamente abends zu geben. Für Drei- oder Vierfach-Kombinationen gibt es keine Evidenz. Ebenso ist eine SSR-Hochdosistherapie z. B. Fluoxetin 80 mg etc. nicht zu empfehlen. Bei SNRI (Venlafaxin) ist eine Hochdosierung in Einzelfällen erfolgreich. Hier sollte z. B. Venlafaxin über 75-150 bis auf maximal 300 mg aufdosiert werden. Wenn auch dadurch kein Effekt erreicht

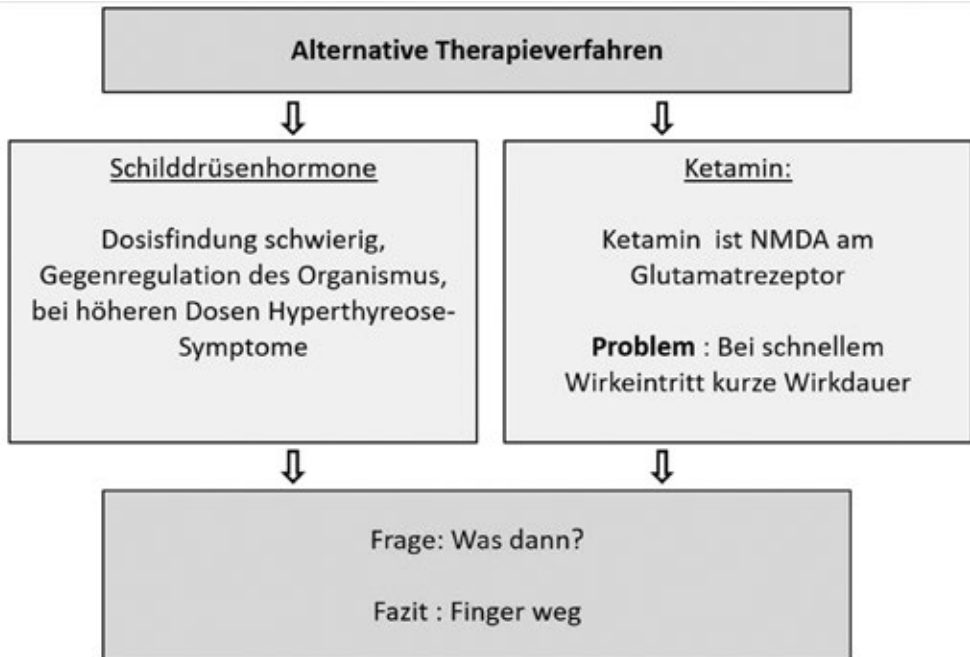
werden kann, ist nach nochmaliger Überdenkung und Absicherung der Diagnose eine Lithium-Augmentation sinnvoll. Entscheidend ist hierbei, einen suffizienten Wirkspiegel zu erreichen. Der häufigste therapeutische Fehler ist, dass Wirkspiegel von 0,6 U/l nicht überschritten werden. Dieses ist jedoch erforderlich, um einen Therapieeffekt zu erzielen. Alternativen sind Lamotrigin und Valproat, welche etwas weniger Nebenwirkungen haben, aber auch eine geringere Wirksamkeit.

Lithiumaugmentation	
	Lithium bei Kindern- und Jugendlichen wirksamer und nebenwirkungsärmer als bei Erwachsenen
Entscheidend	Wirkspiegel erreichen über 0,6 U/L
Bei Erfolg	Weiterbehandlung AD u. Li 6 – 12 Monate
Cave Nebenwirkungen	Kognitive Probleme und Gewichtszunahme

MAO-Hemmer als Alternative werden kontrovers diskutiert. Reversible MAO-Hemmer sind im Kindesalter wenig wirksam, z. B. Moclobemid. Irreversible MAO-Hemmer wie Trancypromin sind wirksam, aber gefährlich (Cave: Diät, keine Kombination mit SSRI oder TZA).



In der Laienpresse werden häufig alternative Therapieverfahren diskutiert, z. B. Schilddrüsenhormone, Ketamin etc. Diese sind jedoch mit erheblichen Gefahren und auch mit pharmakokinetischen Problemen verbunden. Daher sollte davon Abstand genommen werden.



Im Folgenden sollen einige Antidepressiva vorgestellt werden:

In diesem Artikel können aus Platzgründen nicht alle Antidepressiva aufgeführt und beschrieben werden. Diesbezüglich sei auf die üblichen Lehrbücher hingewiesen. Aus den verschiedenen Stoffgruppen werden hier nur die Leitsubstanzen diskutiert. Es gibt keine wissenschaftlichen Belege, dass z. B. einzelne SSRI bei Depressionen anderen überlegen sind. Wie oben bereits aufgeführt, ist bei Nichtansprechen eines SSRI auch ein Wechsel zu einem anderen wenig sinnvoll.

Neben der Kernwirkung ist jedoch immer das Nebenwirkungsprofil zu bedenken, da insbesondere die klassischen Antidepressiva (trizyklische Antidepressiva) eine hohe Affinität zu Acetylcholinrezeptoren und Histaminrezeptoren haben. Daraus erklären sich die vegetativen Nebenwirkungen sowie

Gewichtszunahme und Müdigkeit. Antidepressiva sind grundsätzlich so gewählt, dass sie auch über längere Zeit genommen werden können und in der Regel keinen wesentlichen Wirkverlust haben. Es gibt sogar positive Effekte bei längerer Antidepressiva-Einnahme.

Häufig eingesetzte Standardsubstanz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Fluoxetin. Dieses ist seit 1975 auf dem Markt und als Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer im Kindesalter am besten untersucht. Es hemmt die Wiederaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt, wodurch die Serotonin-Wirkung verlängert wird. Darüber hinaus hat Fluoxetin eine direkte Wirkung auf den Serotonin-Rezeptor 5-HT_{2c}. Dadurch wird die Serotonin-Wirkung verstärkt. Es hat eine sehr lange Halbwertszeit von 4 bis 6 Tagen, aktive Metaboliten bis zu 16 Tage. Dieses ist zu bedenken, da nach Absetzen die wirksame Substanz noch über Wochen im Körper verbleibt.

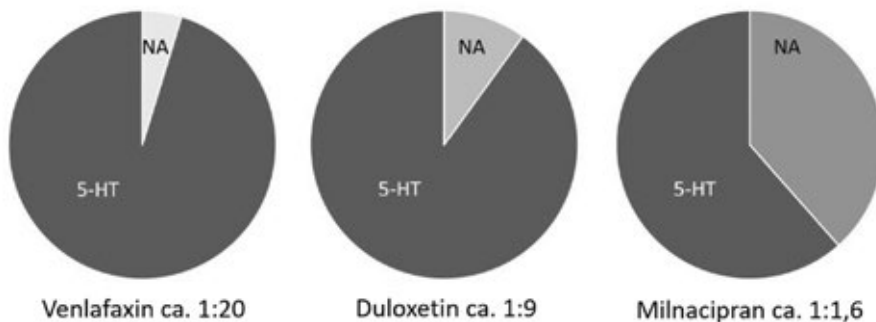
Oben wurde schon darauf hingewiesen, dass eine Augmentation d. h. Zugabe einer anders wirksamen Substanz bei nicht hinreichendem therapeutischem Erfolg anzustreben ist. Dieses ist z. B. Mianserin, welches die präsynaptischen Alpha₂-Rezeptoren blockiert und somit zu einer Noradrenalin-Erhöhung im synaptischen Spalt führt. Häufiger in der Anwendung und wirkungsstärker ist das Mirtazapin, welches zusätzlich die Serotonin-5-HT_{1A} Rezeptoren aktiviert.

Häufig gegeben wird auch Citalopram. Dieses wirkt ähnlich wie Fluoxetin als Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer. Bezüglich der unerwünschten Wirkung wie Mundtrockenheit, Übelkeit und sexuelle Dysfunktion ist es etwas günstiger als Fluoxetin, jedoch ist dies durch Studien nicht sicher belegt. Eine Weiterentwicklung des Citalopram war das Escitalopram. Dieses bedingt eine besonders starke Modulation der zweiten Bindungsstelle und damit eine deutliche Erhöhung der Serotonin-Konzentration im synaptischen Spalt.

SNRI (Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) erfassen zusätzlich deutlicher die noradrenerge Komponente und sind somit als alternative Therapien insbesondere bei im Vordergrund stehender Antriebsstörung sinnvoll. Die Leitsubstanz Venlafaxin wurde oben schon diskutiert. Eine Weiterentwicklung ist Milnacipran, welches die noradrenerge Komponente noch stärker betont.

Milnacipran (Milnacipran-hydrochlorid MILNaneurax)	
Prinzip	Von Anfang an dual wirksames SSNRI Keine Interaktion mit Cytochrom-P450-System
Vorteile	Alternative zu Venlafaxin und Duloxetin Leberunabhängig (Bei Nierenfunktionsstörungen Dosisanpassung) Herz, keine QT-Verlängerung Nicht anticholinerg Wenig Gewichtszunahme Weniger erektile Dysfunktion
Dosis	2x 100 mg pro Tag (30 – 200 mg)

Bezüglich der Selektivität für Noradrenalin ist Milnacipran den Bezugssubstanzen Venlafaxin und Duloxetin überlegen. Duloxetin nimmt eine Mittelstellung ein, wie aus der Abbildung ersichtlich ist:



Die genannten Substanzen sind darauf ausgerichtet, den zerebralen Aminmangel zu korrigieren. Jedoch ist dies nur eine Komponente der Depression. Neuere Antidepressiva berücksichtigen auch Phänomene der sog. Stressachse. Hier geht es im Wesentlichen um Verbesserung der Biorhythmik und auch glutaminerge Übertragungsphänomene. Ein bekannter Vertreter dieser Art ist das für das Kindesalter gut untersuchte Agomelatin, welches ein melatonergerezeptoragonist und ein HT-2c-Antagonist ist.

Agomelatin	
Prinzip	<p>Melatonerger MT1- und MT2-Rezeptor-Agonist und 5-HT2c-Antagonist</p> <p>Kein Effekt auf α- und β-adrenergen, histaminergen, cholergeren und dopaminergen Rezeptoren</p> <p>5-HT2c-Antagonisierung: Freisetzung von Dopamin und Noradrenalin präfrontal</p> <p>Stimulierung der Melatoninrezeptoren</p> <p>Verbesserung der zirkadianen Rhythmik</p>

Tianeptin (Tianeurax)	
Prinzip	Modulation glutamerger Synapsen
Vorteile	Keine Sexuelle Dysfunktion und Gewichtszunahme
Nachteil	<p>Kurze Halbwertszeit</p> <p>3 mal Gabe</p>
Nebenwirkungen	<p>Anorexie</p> <p>Kopfschmerzen</p> <p>Schlafstörungen</p>

Eine Modulation glutamerger Substanzen wird durch Tianeptin hervorgerufen. Vorteile dieses Medikaments sind keine Gewichtszunahme und keine sexuelle Dysfunktion, Nachteil jedoch eine kurze Halbwertszeit, die eine Dreimalgabe erforderlich macht.

Ein Serotonin-Modulator mit insbesondere für Kinder und Jugendliche sehr interessantem Wirkungsprofil ist Vortioxetin. Auch hier sind sexuelle Dysfunktionen und Gewichtszunahme geringer als bei den üblichen Serotonin-Reuptake-Hemmern.

Vortioxetin (Brintellix)	
Prinzip	Serotoninmodulator Inhibition des 5 HT-Transporters SRI 5HT1 Agonist und 5HT1B 3A u.7 Antagonist
Vorteile	Sexuelle Dysfunktion und Gewichtszunahme gering
Nebenwirkungen	Übelkeit Kopfschmerzen
Dosis	5 – 10 mg

Vorsicht ist bei dem sehr häufig gegebenen Johanniskraut angebracht. Dieses wird gerne gegeben, da es sich um eine natürliche Substanz handelt. Jedoch ist die Wirksamkeit nicht gut untersucht. Wechselwirkungen mit anderen Antidepressiva können bedeutsam sein.

Neuroleptika wie Aripiprazol oder Quetiapin sollten die absolute Ausnahme bei der Behandlung von Depressionen sein, da diese insbesondere im Kindes- und Jugendalter nebenwirkungsreich sind. Extrapiramidale Nebenwirkungen sind bis zu 20mal häufiger als im Erwachsenenalter und die Gewichtszunahme unter einer neuroleptischen Therapie ist ebenfalls erheblich.

Zusammenfassend ist das Vorgehen in der Praxis dahingehend zu gestalten, dass therapieresistente Depressionen pharmakologisch behandelt werden sollten.

Eine Augmentation ist einem Wechsel des Antidepressivums oder einer Dosiserhöhung (zumindest bei SSRI) vorzuziehen, bei Versagen eine Kombination mit Lithium anzustreben (Neuroleptika wie Aripiprazol, Quetiapin sollten eine Ausnahme sein).

Literatur:

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft AWMF, <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/metho.htm>

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Empfehlung zu Therapie der Depression. 2nd ed. Berlin AkdÄ; 2006 (Arzneimittelverordnung in der Praxis, 33)

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), selektive Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Hemmer (SNRI) bei Patienten mit Depression. Abschlussbericht Auftrag A05-20; 2009.

Kesch I., et al, initial severity antidepressant benefits: A metaanalysis of data submitted to the food and drug administration plus med. 2008; 5 (2); E45

Affektive Störung in: Berger M. Editor, psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie, München Urban Fischer 2004

Autor:

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler
Arzt für Neurologie
Arzt für Psychiatrie
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Wirsbergstraße 10
97070 Würzburg
Telefon 0931-322966

Thesepapiere der Gemeinsamen Kommission Psychotherapie

Positionierung zur Psychotherapie in der KJPP

Psychotherapie ist unverzichtbarer Bestandteil der Weiterbildung, Diagnostik und Behandlung in unserem Fachgebiet. Die Weiterbildung in einem der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren gibt uns die Grundlage für eine differenzierte Planung diagnostischer und psychotherapeutischer Prozesse mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Klinik und Praxis.

Psychotherapie wird hier als strukturierte Kommunikation mit professionellen Regeln und differenzierten therapeutischen Methoden und Techniken verstanden.

Sozialrechtlich sind die professionellen Regeln für ambulante von den Krankenkassen finanzierte Behandlungen in den Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die psychotherapeutischen Leistungen (psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung) und die zugelassenen Psychotherapieverfahren der sog. Richtlinienpsychotherapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) geregelt.

Bei der Psychotherapie in Kliniken und Praxen in psychiatrischen Behandlungen werden professionelle Regeln darüber hinaus weiter gefasst und beziehen sich auch auf Therapieverfahren und -methoden, welche vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBR) für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen in ihrer Evidenz bestätigt wurden. Dies sind neben den sozialrechtlich zugelassenen Verfahren insbesondere die Systemische Therapie mit Kindern, Jugendlichen und Eltern als Verfahren, sowie Interpersonelle Psychotherapie (IPT) bei Jugendlichen mit affektiven Störungen und Hypnotherapie zur Schmerzreduktion. Zusätzlich gibt es eine Fülle verschiedener, zum Teil manualisiert beschriebener Techniken mit Ergebnisevidenz zu

psychotherapeutischen Behandlungen der wichtigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wie ADS/ADHS, affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen, Ticc- und Zwangsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und schulischen Entwicklungsstörungen (siehe z.B. Übersicht zu störungsspezifischen deutschsprachigen Therapiestudien 2003-2008 in Hebebrand et al. 2009).

Psychotherapie beschreibt einen geplanten kommunikativen Prozess mit Kind, Jugendlichen und Eltern/Bezugspersonen, der eine krankheitsbezogene Diagnostik und Differenzialdiagnostik voraussetzt, sowie eine Indikationsstellung für ein bestimmtes Verfahren, eine Methode oder Technik. Als psychotherapeutisch tätige Ärzte beziehen wir unser spezifisches biologisches Wissen zur Somatik in unser differenzialdiagnostisches Denken mit ein, auch das Wissen, dass somatische Veränderungen psychische Implikationen haben. Zu diesen somatischen Aspekten wird eine pädagogische Sichtweise und Ressourcenorientierung in unser differenzialdiagnostisches Denken und therapeutisches Handeln integriert.

Für einen psychotherapeutischen Prozess gibt es einige Mindestanforderungen:

- Es soll der Behandlungsrahmen mit Setting (Einzel-, Gruppen- oder Kombinationsbehandlung), Behandlungsfrequenz, Zeitvorgabe für die Therapieeinheiten (mindestens 25 min) und voraussichtliche Therapiedauer mit voraussichtlichem Behandlungsende im Sinne einer strukturierten Kommunikation mit professionellen Regeln vorgegeben werden. Die personelle Kontinuität im therapeutischen Prozess (mit Therapeut und gfl. Supervisor) soll für einen Patienten oder eine Gruppe gewährleistet sein.
- Therapeuten sollten zu einem reflektierten und auch kritischen Umgang mit der Kommunikation mit sich und anderen in der Lage sein und ihre eigene Rolle als Agens im therapeutischen Prozess differenziert betrachten können.
- Patienten (und ihre Eltern) sollten sich an die vorgegebenen Rahmenbedingungen halten können, absprache- und umstellungsfähig, sowie veränderungsbereit sein.

- Die anzuwendenden Methoden und Techniken richten sich nach den von den Therapeuten erlernten Psychotherapieverfahren und dem damit verbundenen Störungsverständnis. Werkzeuge der psychotherapeutischen Arbeit sind verbale Techniken (Gespräch, Training), aber auch nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten wie Malen und Musik und bei Kindern alle Formen des Spiels.

Diese Mindestanforderungen an Rahmenbedingungen der Kommunikation gelten auch für psychotherapeutische Sprechstunden und psychotherapeutische Akutbehandlungen, die als neue psychotherapeutische Leistungen (siehe Psychotherapie-Richtlinie) für ambulante Behandlungen eingeführt worden sind, sowie für Akutbehandlungen in Kliniken mit fokussierten psychotherapeutischen Interventionen.

Nebenwirkungen von Psychotherapie

Dieses Dokument hat zum Ziel, Psychotherapeuten zum Nachdenken darüber anzuregen, welche unerwünschten Wirkungen, Nebenwirkungen, Fehler in einer Psychotherapie auftreten können, um mit Patienten und Eltern vor Beginn einer Psychotherapie darüber ins Gespräch zu kommen. Nicht behandelt werden hier Kunstfehler, die in der Regel mit Störung des Nähe- und Distanzverhaltens des Therapeuten selbst in Verbindung stehen, mit mangelnder Ausbildung, mit Fehlern in der Eignungsauswahl von auszubildenden Psychotherapeuten u.a. Hierzu würden auch Mängel in der Dokumentation, Verletzung der Schweigepflicht und die Induktion falscher Erinnerungen gehören (wie etwa bei der Induktion multipler Persönlichkeiten oder der Induktion von scheinbaren "Missbrauchserinnerungen" durch fehlfokussierende Befragungen und Interventionen.)

Notwendigerweise verstärken nicht indizierte Verfahren oder Methoden die Nebenwirkungsraten. Zu kurze Behandlungen können in jedem der unten genannten Verfahren die Wirksamkeit begrenzen, zu lange Behandlungen können Symptom fehlgesteuerter therapeutischer Beziehungen sein - mit zusätzlicher Verminderung der im ‚realen Leben‘ verbrachten Zeit und der dort gewonnenen Erfahrungen. Ebenso wird hier die Diskussion um Placeboeffekte und Noceboeffekte von Psychotherapie nicht aufgegriffen.

Therapie Nebenwirkungen bei Kinder- und Jugendlichentherapien sind ein noch weniger beforschtes Thema als bei Erwachsenentherapien. Anders als in den somatischen Disziplinen lässt der Forschungsstand keine Aussagen über die Häufigkeit von Psychotherapie-Nebenwirkungen, seltene Nebenwirkungen, gelegentliche Nebenwirkungen im Sinne von Wahrscheinlichkeitszahlen zu. Das ausgeprägte Forschungsdefizit hängt auch mit der hohen Individualität therapeutischer Beziehungen und der Vielfalt therapeutischer Vorgehensweisen auch innerhalb unterschiedlicher Schulen und Verfahren zusammen. Im Erwachsenenbereich liegen einige grundlegende Publikationen vor (Ralf Zwiebel, Vom Irrtum lernen, bezüglich psychodynamischer Psychotherapie; Linden und Strauß, bezüglich allgemeiner Nebenwirkung von Psychotherapie und differenzierter Betrachtung bezüglich unterschiedlicher Therapieschulen). Es ist schwierig Nebenwirkungen im Sinne unerwünschter Wirkungen zu definieren, denn was beispielsweise aus Elternsicht unerwünscht sein könnte, könnte im Sinne einer gesunden Entwicklung des Kindes erwünscht sein. Auch hierüber gilt es vor Therapiebeginn mit allen Beteiligten zu sprechen. Wichtig ist für die Fachverbände über organisatorische Maßnahmen nachzudenken, die das Risiko von Fehlern in der Psychotherapie verringern (z.B. Risiko-Management, klinische Qualitätssicherung durch Anleitung, Supervision und Intervision, Zweitsichten, Leitlinienorientierung etc.).

Wir kennen *negative Therapiefolgen im Sinne von unerwünschten, durch die Therapie bedingten Ereignissen*. Das sind z.B. Nebenwirkungen als negative Therapiefolgen korrekt durchgeführter Therapie, Therapie-non-Response als unzureichende Besserung trotz Therapie, Krankheitsverschlechterung trotz Therapie, Kontraindikationen, d. h. alle Charakteristika, die erwarten lassen, dass schwere Nebenwirkungen auftreten. Daneben gibt es scheinbare Nebenwirkungen, die auf anderen, unabhängigen, zeitgleich aufgetretenen Ursachen beruhen, die fälschlich als Nebenwirkungen der Therapie betrachtet werden.

Therapeutische Risiken:

Im Vordergrund sollen in diesem Papier hingegen die sogenannten *therapeutischen Risiken* stehen, d. h. *alle bekannten und absehbaren Nebenwirkungen*. Grundsätzlich zu beachten ist, dass es sich bei Psychotherapien immer um interpersonale Geschehen handelt: Psychotherapie ist gerade auch charakterisiert durch den heilenden und entwicklungsfördernden Umgang mit der „Fehlerhaftigkeit“ menschlichen Verständnisses und menschlicher Kommunikation sowie mit der Erfahrung, dass interpersonale Fehlverständnisse auch repariert werden können. Fehlwahrnehmungen, Verständnisschwierigkeiten, die

Notwendigkeit Gefühle, Äußerungen, Szenen, Metaphern zu interpretieren sind konstitutiv für Psychotherapie. Psychotherapeutischer Behandlungserfolg ist dabei immer als Entwicklung zu sehen, der auch mit normativen Konflikten, interpersonellen Veränderungen und Veränderungen der Lebensausrichtung verbunden ist.

Neben der Ausprägung von Nebenwirkungen und der Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens sind **intrapyschische Nebenwirkungen** (Aktivierung alter Erinnerungen, Suizidalität, Symptomwandel, Symptomverschlechterung), **interpersonelle Nebenwirkungen** – gegebenenfalls durch persönliche Veränderung ausgelöst – (Konflikte, Verhaltensveränderungen mit Rückzug, Beziehungszerbrechen, Aggressivität) und **gesellschaftliche Aus- und Nebenwirkungen** zu bedenken (zum Beispiel auch Kosten fehlindizierter Behandlungsversuche, die Auswirkungen auf das gesamtgesellschaftlich für Krankenbehandlung zur Verfügung stehende Geld und die anderen zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten haben).

Entsprechend unterschiedlicher Wirkfaktoren sind gegebenenfalls auch die Nebenwirkungen stationärer und ambulanter Psychotherapie unterschiedlich. Diese können sich unterscheiden insbesondere auch bezüglich konflikthafter Erlebnisse, Kontaminationsvorgängen zwischen Mitpatienten, Nebenwirkungen durch Trennung von den Gleichaltrigen und der Familie, Auswirkungen auf Arbeit und Schule.

Besonders sind bei Kindern die Auswirkungen auf das familiäre Beziehungsnetz zu beachten. Sowohl die Zuwendung innerhalb von Familien als auch die Allianzen und Loyalitäten in Familien verändern sich häufig durch Psychotherapien. Die vermehrte Beschäftigung mit der Erkrankung eines Kindes kann z.B. zu einem Verlust der Arbeitsfähigkeit bei den Eltern oder zur Vernachlässigung Dritter (beispielsweis von Geschwistern) führen. Räumliche Trennungen, etwa durch stationäre Aufnahme oder Überweisung in Jugendhilfeunterbringungen beeinflussen wesentlich die gelebten und verinnerlichten Beziehungen. Beziehungsveränderungen der Eltern, gegebenenfalls auch Trennungen, häufig jedoch auch Wiederannäherungen an scheinbar verloren gegangene Elternteile sind regelmäßige Begleiterscheinungen.

Therapeutische Risiken in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden:

Einzelne psychotherapeutische Verfahren können in ihren bekannten oder potentiellen Nebenwirkungen hier nur ansatzweise und exemplarisch angesprochen werden. Sie unterscheiden sich wesentlich in ihrer Beziehungsgestaltung, ihren Handlungsanteilen, der therapeutischen Grundhaltung und dem Umgang mit Nähe, Distanz und Körperlichkeit.

Im Bereich der **psychodynamischen Psychotherapien** werden insbesondere Beziehungsauswirkungen und -nebenwirkungen beschrieben. Zu frühe, unpassende oder maligne Deutungen können zum Ansteigen der Abwehr führen oder schlimmer noch zu psychotischen Dekompensationen, im Extremfall zu autodestruktiven Verhaltensweisen. Schuldzuschreibungen der Patienten an andere sind in gewissen Phasen der Therapie sehr häufig, persistieren gerade bei Kurzzeittherapien oder vorzeitigem Abbruch leicht. Diskutiert werden muss immer wieder das Konzept der therapeutischen Regression im Sinne des langfristigen Wachstums. Hierzu gehören häufig auch Phasen der Schwäche, vermehrter Verletzlichkeit sowie hoher Abhängigkeit.

In der **Verhaltenstherapie** ist insbesondere bei mangelnder Individualisierung der Therapie und mangelnder zielgerichteter Diagnostik sowie der Vernachlässigung psychodynamischer Aspekte mit mangelnder

Effektivität bei ggf. zu starker Manualbindung zu rechnen. Aus diesen Gründen wird neben durchaus effektiver Manualisierung zu bezogener, Affekte aufgreifender und flexibler Therapie geraten. Abgebrochene Expositionen haben eine symptomverstärkende Wirkung. Überforderungen können zu Sensitivierungen führen. Anwendung von Manipulationen oder unangemessenen Sanktionen als vermeintlicher Verhaltenstherapie kann ausgeprägte negative und symptomverstärkende Auswirkungen haben. Gegebenenfalls kann es auch zum Übertrainieren sozialer Fertigkeiten (zum Beispiel übermäßige, unsensible Selbstbehauptung) kommen.

In den **systemischen Therapien** sind insbesondere die interpersonellen Auswirkungen zu beachten. Auch hier gibt es einzelne eher manipulative Verfahren, die ggf. auch in anderen Verfahren übernommen wurden und inzwischen weitgehend als obsolet betrachtet werden (paradoxe Interventionen etc.). Zu beachten ist auch, dass ein Zuviel an Ressourcenorientierung gegebenenfalls zum Gefühl, alleine gelassen zu sein, führen und depressives Rückzugsverhalten verstärken kann. Außerdem besteht die Gefahr, dass bei intensiver Beachtung und Arbeit mit dem gesamten System, die individuelle Problematik

der/des Klientin/Klienten zu wenig fokussiert und Selbstwirksamkeit sowie Autonomie geschwächt werden.

Therapeutische Achtsamkeit kann sich sehr unterscheiden in **Gruppenbehandlungen** oder individueller Psychotherapie. Gruppen sind gegebenenfalls offener in der Konfliktaustragung. Hier sind insbesondere über das Therapie-setting hinausgehende Allianzen und Konflikte sowie Brüche der Schweigepflicht bedeutsame Risiken.

Traumafokussierte Behandlungsmethoden sind insbesondere angewiesen auf eine hinreichende therapeutische Allianz und entsprechendes Vertrauen, um Konfrontationen mit belastenden Erinnerungen zu ermöglichen. Flashbacks sind ebenso wie andere Formen der Intrusion hier häufig, auch wenn das Konzept der Retraumatisierung aus unserer Sicht dabei infrage gestellt werden muss.

Auf die Person der Therapeuten bezogene therapeutische Risiken:

Manche Nebenwirkungen sind in der **Person des Therapeuten und seiner Passung zum Patienten** begründet: blinde Flecken (Mangel an Selbsterfahrung und Supervision) beeinflussen die Fokussierung der Behandlung. Die Fähigkeit zur Fokussierung von Konflikten ist zwischen Therapeuten unterschiedlich, die Fokussierung auf ein Thema führt notwendigerweise zur Vernachlässigung anderer Themen. Falsche Passung zwischen Therapeut und Patient, entwicklungshemmende therapeutische Äußerungen, Reinszenierungen von Erfahrungen ohne hinreichende Bearbeitung sind klassische, zumindest auch im Therapeuten begründete Fehlentwicklungen.

Letztlich sollten auch die ggf. negativen Auswirkungen auf die Therapeuten in Betracht gezogen werden. Affekt Ansteckungen gehören als zu verarbeitende Phänomene insbesondere bei psychodynamischen Psychotherapien zum therapeutischen Werkzeug. Bedrohungen durch Patienten oder Eltern finden sich immer wieder. Burnout als Folge von hoher Moral und hohem Ethos in der Behandlung wird immer wieder beschrieben. Zu den Nebenwirkungen, die bei Therapeuten zu beachten sind, gehören auch die sogenannten Pseudo-Fehler, die auch in anderen Medizinbereichen eine Rolle spielen. Hier geht es um Fehler, die man begeht im Bemühen andere Fehler zu vermeiden oder in der *fälschlichen* Annahme, ein Fehler sei durch die Intervention verursacht. (Donner-Banzoff 2014).

Psychotherapie als vernachlässigter Inhalt der postgradualen CME

Es sollte grundsätzlich weiterhin nicht vorgeschrieben werden, wo ein Arzt postgradual seine CME-Punkte erwirbt. Dass die Fortbildung in verschiedenen psychotherapeutischen Techniken, Methoden und Verfahren „vernachlässigt“ ist, wird von der Kommission nicht bestätigt. Diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die selbst psychotherapeutisch arbeiten und an Psychotherapie interessiert sind, bilden sich in Einzelinterviews und Gruppeninterviews, entweder verfahrensspezifisch oder verfahrenübergreifend in der Regel kontinuierlich weiter. Auf allen kinder- und jugendpsychiatrischen Kongressen werden psychotherapeutische Inhalte vermittelt.

Die Kommission will aber ermutigen das Angebot auf Kongressen in Seminaren und Vorträgen zu erweitern. Es könnten - in Analogie zu psychopharmakologischen Fortbildungen - Psychotherapieblöcke mit thematischen Zentrierungen und Informationen zu neuen psychotherapeutischen Methoden und Techniken oder zu den bekannten Psychotherapieverfahren angeboten werden. Dabei wären eine zeitliche Kontinuität und feste Verankerung in allen Fortbildungsveranstaltungen sinnvoll.

Mögliche Aufgabe der Psychotherapie-Kommission: Erarbeitung von Fortbildungsangeboten

Supervision in der Weiterbildung – welche Rolle spielt die dienstliche Abhängigkeit

Jeder Supervisor ist gegenüber dem weiterzubildenden Arzt, dem Patienten und der Institution, in der der Patient behandelt wird, verantwortlich. Insofern ist sowohl bei externer als auch bei interner Supervision eine dienstliche Abhängigkeit grundsätzlich nicht auszuschließen, z.B. bei einer Berichterstattung geg. der Institution, bei Zeugnissen und Prüfungen.

Die Verantwortung für die Behandlung des Patienten bleibt immer beim Fall führenden Arzt, sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich.

Bei internen Supervisoren kann es im stationären Rahmen von Vorteil sein, dass der Supervisor den Patienten kennt, es gibt zeitliche und auch organisatorische Vorteile. Sie birgt aber die Gefahr, dass gemeinsame „blinde Flecken“ nicht gesehen werden. Es ist eine Kunst in dienstlicher Abhängigkeit mit

Nähe und Distanz und Beleuchtung persönlicher Anteile der WB-Kandidaten umzugehen. Das sollte aber sachlich zu klären sein. Auch erscheint sinnvoll festzulegen, wieviel Supervisionen maximal bei einem internen Supervisor gemacht werden können.

Bei externen Supervisoren muss gewährleistet sein, dass sie nicht in den Behandlungsprozess des fallführenden Arztes eingreifen – allenfalls in Kooperation beratend zur Seite stehen. Für den weiterzubildenden Arzt ist wichtig, dass er nicht zwischen verschiedenen Haltungen des Supervisors und des verantwortlichen Facharztes hin- und hergerissen ist. Andererseits kann eine externe Supervision bei guter Kooperation auch eine willkommene Befruchtung eines Behandlungsprozesses von außen bringen. Häufig sind die Kosten externer Supervision aber so erheblich, dass sie die zur Verfügung stehenden Weiterbildungsbudgets sprengen!

Supervision ist ein wichtiger eigener Weiterbildungsteil, dabei sollten folgende Kriterien beachtet werden:

- Therapien sollten nach jeder 4.-6. Stunde supervidiert werden
- Visiten können nicht als Supervision angerechnet werden
- Praktische Erfahrung der Supervisoren ist zwingend notwendig
- Supervision findet im vom Supervisor erlernten und ausgeübten Verfahren statt
- Supervisoren können alle Ärzte, PP und KJP sein, die nach PT-V zur Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen qualifiziert sind
- Der größere Teil der Supervisionen in der Weiterbildung soll durch externe Supervisoren erfolgen, interne Supervision ist mit einer maximalen Stundenzahl möglich.
- Dazu müssen in Kliniken/Praxen/Institutionen Strukturen geschaffen werden, die die Notwendigkeit einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Klinikleitung und
- Supervisor auf der Grundlage eines gemeinsamen Therapieverständnisses berücksichtigen.
- Es sollte eine personelle Kontinuität eines Supervisors in der Supervision eines Falles angestrebt werden.

- Die Letztverantwortung für eine psychotherapeutische Behandlung liegt bei der Institution bzw. Person, die die Behandlung abrechnet – das gilt auch bei externen Supervisionen.
- Es sind Kooperationen mit niedergelassenen und stationär arbeitenden KJPP anzustreben um Supervisionen und die Durchführung und Kontinuität langer psychotherapeutischer Behandlungsfälle abzusichern. Dazu ist auch die Gründung von Ausbildungsambulanzen in Erwägung zu ziehen.
- Es sollte auch über spezielle Supervisorentrainings nachgedacht werden

Literatur

- Donner-Banzoff, Norbert. Der Pseudo-Fehler in der Medizin – paradoxe Gefährdungen für Patienten. *Z Allg Med* 2014; 90(5), 200-205
- Hebebrand, Johannes; Albayrak, Özgür; Banaschewski, Tobias; Dittmann, Ralf; Fegert, Jörg M.; Fendrich, Heike; Föcker, Manuel; Freitag, Christine; Gerlach, Manfred; von Gontard, Alexander; Häbler, Frank; Herpertz-Dahlmann, Beate; et al. Forschungsbericht. Forschungsleistung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003–2008. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2009; 37(4), 231-367
- Helmchen, Hanfried. Das Janusgesicht der Psychiatrie: Nutzen und Risiken psychiatrischen Handelns. Kohlhammer, Stuttgart 2017
- Linden, Michael; Strauß, Bernhard. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2013
- Zwiebel, Ralf. Vom Irrtum lernen: Behandlungsfehler und Verantwortung in der psychoanalytischen und psychotherapeutischen Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart, 2017

Autoren der Thesepapiere:

Frau Dr. Christa Schaff (BKJPP), Weil der Stadt
Herr Prof. Hans-Henning Flechtner (DGKJP), Magdeburg
Herr Prof. Kai von Klitzing (DGKJP), Leipzig
Herr Dr. Reinhard Martens (BKJPP), Pirna
Herr Dr. Joachim Walter (BAG), Hamburg
Frau Dr. Freia Hahn (BAG), Viersen

Expertin, die die Kommission unterstützt:

Frau Dr. Gisela Schimansky

Buchbesprechung

Trost, Alexander (2018): Bindungswissen für die systemische Praxis. Ein Handbuch.

Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht. 331 Seiten, € 35.-

Prof. em. Alexander Trost, Facharzt für Psychosomatische Medizin und für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, systemischer Familientherapeut, Lehrtherapeut und Supervision der DGSE, NLP-Master-Practitioner und TZI-Lehrbeauftragter am Ruth-Cohn-Institut München, war langjähriger Dozent am Fachbereich Sozialwesen der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen mit dem Lehrgebiet Sozialmedizin, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Konzepte Sozialer Arbeit und ist noch mit eigener SPV-Praxis niedergelassen.

Vor diesem beeindruckenden fachlichen Hintergrund hat er mit dem vorliegenden Handbuch sein Lebenswerk vorgelegt. Es spiegelt und verknüpft seine jahrzehntelange intensive Beschäftigung mit der systemischen Theorie und Therapie und der Bindungstheorie. Beide Konzepte sind klar definiert, theoretisch gut fundiert, entwicklungsfähig und hatten und haben enormen Einfluss auf die Behandlungs- und Beratungspraxis in (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialer Arbeit, Erziehungsberatung, Coaching und Supervision.

Das Buch ist klar gegliedert: Auf die sehr persönliche Einleitung folgt auf etwa 20 Seiten ein Überblick über die Entwicklungsgeschichte des systemischen Denkens von den kybernetischen und konstruktivistischen Modellen des Anfangs über die lösungsorientierte Kurzzeittherapie bis hin zur heutigen Ausdehnung systemischer Erklärungsmodelle in gesellschaftlichen Handlungsfeldern, beispielsweise in der Ökologie oder der Organisations- und Politikberatung.

Der Autor stellt kritisch fest, dass die Einbeziehung von Affekten und entwicklungspsychologischen Ansätzen in die systemische Arbeit noch nicht erfolgt ist, und sieht es als Hauptanliegen seines Werkes an, diese Lücke zu schließen.

Der nächste Abschnitt stellt auf 40 Seiten ausführlich und kompetent die neurobiologischen Grundlagen von Entwicklung und Bindung vor. Sehr klar beschreibt Trost die Zusammenhänge zwischen Bindungserfahrungen, Epigenetik, Gehirnentwicklung, Stress- und Emotionsregulation und Krankheit.

Das 4. Kapitel des Buches mit der etwas irritierenden Überschrift „Systemische Verhaltensbiologie und –psychologie“ beschreibt die Bindungsentwicklung des Säuglings in der Interaktion mit seinen primären Bezugspersonen. Vor dem Hintergrund der Entwicklungsaufgaben und der Neurobiologie des ersten Lebensjahres geht der Autor auf die Bedeutung der Feinfühligkeit und Intuition ein und beschreibt das Entstehen und die Diagnostik von organisiertem und desorganisiertem Bindungsverhalten.

Das 5. Kapitel stellt die „Bindungsentwicklung im weiteren Lebensverlauf“ dar. Trost schlägt den Bogen von der Kleinkindzeit über die Schulzeit und Adoleszenz bis zum Alter. Dabei beleuchtet er die Bedeutung der Väter ebenso wie die wichtige Rolle der Mentalisierung und die Entstehung von Bindungsrepräsentationen als relativ stabilen inneren Arbeitsmodellen. Die Auswirkungen von sicheren und unsicheren Bindungsmustern werden in den jeweiligen Altersstufen ebenso dargestellt wie die differenzierende Diagnostik auf der Ebene des Verhaltens und der teils unbewussten Bindungserwartungen. Am Ende dieses Abschnitts geht Trost auf die transgenerationale Perspektive und auf transkulturelle Bindungsmuster ein.

Ein eigenes Kapitel ist dem Thema „Bindung und Trauma“ gewidmet. Trost unterscheidet Entwicklungsraumatisierung, die etwa infolge von Mobbing, Krieg und Flucht entsteht, von Bindungstraumatisierung, die durch Bindungspersonen erfolgt. Die resultierende Symptomatik ist bei Kindern in der Regel unspezifisch und abhängig vom Zusammenspiel belastender und protektiver Faktoren. Grundsätzlich gehört daher eine Trauma- und Ressourcendiagnostik zur Untersuchung von auffälligen Kindern und Jugendlichen. Die Beschreibung der Bindungsstörungen leitet über zum praktisch besonders bedeutsamen Abschnitt über Bindung und Psychopathologie, der verschiedene Störungsbilder von der Angst bis zum ADHS behandelt.

In diesem Abschnitt vermisst der Rezensent die traumatische Bedeutung der Folgen von Trennung und Scheidung für die betroffenen Kinder, die in Praxen und Beratungsstellen eine erhebliche Rolle spielen. Die bahnbrechende Studie von Wallerstein et al. (2000) hat die Langzeitfolgen eindrücklich beschrieben.

Die Kapitel 7-10 des Handbuchs befassen sich mit der Einbeziehung von Bindungswissen in die therapeutische und insbesondere systemische Arbeit. Dabei geht Trost immer wieder auf die unterschiedlichen Ebenen und Methoden der Diagnostik ein und illustriert seine Ausführungen mit zum Teil ausführlichen Fallvignetten. Dieser Teil des Buches behandelt, ausgehend von grundsätzlichen Elementen einer bindungsorientierten therapeutischen Haltung, Fragen der Kommunikation, der Authentizität und der Technik bindungsbasierter Familienarbeit. Schließlich geht der Autor auch auf Bindungswissen und Bindungsstile in helfenden Professionen ein.

Zum Schluss behandelt Trost ökonomische und politische Aspekte der Bindungsförderung. Die Unterstützung von Eltern und der Schutz von Schwangerschaft und früher Kindheit sollte vorrangiges Interesse der politischen und gesellschaftlichen Akteure sein. So darf bezweifelt werden, ob der derzeitige Trend zur außerfamiliären Ganztagsbetreuung immer jüngerer Kinder ihren Bindungsbedürfnissen ausreichend Rechnung trägt.

Das Buch endet mit dem zusammenfassenden Abschnitt: "Fazit und Ausblick: Bindungsorientierung für die systemische Arbeit".

Alexander Trost hat mit diesem Handbuch ein gut gegliedertes, flüssig lesbares, perspektivenreiches und gehaltvolles Werk vorgelegt. Es stellt eine gelungene Verbindung von Theorie und Praxis dar. Trost führt zwei führende und einflussreiche Paradigmen im Hinblick auf die therapeutische Praxis und darüber hinaus zusammen und verknüpft sie zu einem Ganzen. Es ist mit Engagement und Herzblut, aber ohne ideologische Scheuklappen geschrieben.

Das Handbuch stellt eine wichtige Arbeits- und Handlungsgrundlage für alle dar, die sich mit der Beratung, Diagnostik und Therapie in der sozialen Arbeit, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Familientherapie und Sozialpsychiatrie befassen.

Franz Wienand, Böblingen

*Testrezension:***Wechsler Intelligence Scale for Children®
- Fifth Edition (WISC-V)****Ergänzung**

Im Teil 2 der Rezension des WISC-V in Heft 3 des Forums der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist dem Rezensenten in der Einleitung ein Fehler unterlaufen. Die Testdurchführung des WISC-V mit Q-interactive erfolgt nicht mittels Laptops, sondern **iPads**. Welche iPads für TestleiterIn und Testperson empfohlen werden bzw. zumindest lauffähig sind, wird von Pearson u. a. in dem Info-Heft „Digitales Testen“ angegeben.

Zu dem von dem Rezensenten aufgeworfenen Fragen zur Datensicherung, der Art der Datenspeicherung und zur zusätzlichen Standardisierung von Q-interactive im Vergleich zur Paper-Pencil-Version werden im Folgenden ergänzende Hinweise von Pearson Deutschland GmbH mitgeteilt.

Diese Ergänzungen haben dem Rezensenten verdeutlicht, wie notwendig es ist, sich mit der neuartigen Testdurchführung bei Q-interactive intensiv auseinanderzusetzen und wie sinnvoll die Teilnahme an einem dafür speziell konzipierten Seminar wäre.

C. Moik

Stellungnahme zur digitalen Testdurchführung und Auswertung der WISC-V mit Q-interactive

Pearson Deutschland GmbH

Mit der digitalen Anwendung Q-interactive wurde im Bereich der sog. „Computergestützten Verfahren“ ein neues Format der Testadministration eingeführt. Die oft übliche Instruktion und selbstständige Bearbeitung am PC wird damit überwunden und der interaktive Charakter einer Paper-Pencil-Testung stattdessen beibehalten. Dies bedeutet, dass mittels zweier iPads nun komplexe Testbatterien wie etwa die WISC-V effizient administriert werden können. Dabei dient das Testleiter-iPad auf der einen Seite der Steuerung des Testverlaufs und das Testpersonen-iPad auf der anderen Seite der Aufgabebearbeitung.

Gleichwohl in der Forschung und Praxis derartige Möglichkeiten und auch Vorteile von digitalen Testverfahren bereits viel diskutiert wurden, werfen die technischen Entwicklungen bei potentiellen Nutzern jedoch noch viele Fragen auf. Häufig aufgeworfene Fragen betreffen dabei insbesondere die Themenkomplexe der Datensicherheit und Datenspeicherung, aber auch mitunter die psychometrische Äquivalenz von digitalen Testverfahren.

In Antwort auf die Rezension der WISC-V im Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“, 28. Jahrgang, Heft 3/2018, S. 108 -115 möchte der Verlag daher im Folgenden zu diesen Fragen Stellung beziehen.

I. Q-interactive: Datensicherheit und Datenspeicherung

Mit Stichtag 25. Mai 2018 trat die neue Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union in Kraft. Ihre inhaltlichen Bestimmungen ergänzen damit die bestehende Rechtslage, welche etwa durch das SGB V und das Bundesdatenschutzgesetz geregelt wird.

Bereits vor Inkrafttreten der neuen DSGVO hat Pearson seine globalen Datenschutzrichtlinien entsprechend implementiert. Die Richtlinien basieren auf der sog. Informationssicherheitsnorm ISO 27001, welche auch für die Entwicklung von Q-interactive maßgebend war. Die eingeführten Sicherheitsmaßnahmen umfassen dabei etwa regelmäßige Sicherheitskontrollen, die Verwendung einer 2-Faktoren-Authentifizierung, oder auch die Möglichkeit zur Codierung von Testpersonen. Diese und noch weitere Sicherheitsstandards möchte der Verlag allen Nutzern transparent vermitteln, damit die datenschutzrelevanten Erwägungen informiert getroffen werden können. Interessierte sowie auch EDV-Beauftragte können sich folglich unter <https://www.pearsonclinical.de/digitales-testen/q-interactive/datenschutzrichtlinie> die erforderlichen Informationen zum Thema Datenschutz und Datensicherheit einholen, oder sich auch gerne direkt an den EDV-Beauftragten des Pearson Verlags wenden.

II. Q-interactive: Psychometrische Äquivalenz digitaler Testverfahren

Im Zuge der Digitalisierung psychologischer Testverfahren stellt sich nicht weniger die Frage nach der psychometrischen Äquivalenz zu den klassischen Paper-Pencil-Tests. Kurz gesagt, müssen Verfahren gleichsam dasselbe Konstrukt, mit derselben Genauigkeit und unter denselben Bedingungen messen, ungeachtet der Tatsache, ob sich der Anwender für eine digitale Testung entscheidet oder für das Paper-Pencil-Format. In diesem Sinne führt Pearson umfangreiche Untersuchungen durch bevor ein Verfahren via Q-interactive durchgeführt werden kann. Unter der Rubrik <https://www.pearsonclinical.de/digitales-testen/q-interactive/forschung> möchte der Verlag daher seine Ergebnisse zu dieser Thematik mit allen Interessierten teilen.

Patrick Kunszt, Dipl.-Psych.
Test Consultant
Pearson Deutschland GmbH
Pearson Clinical & Talent Assessment
Kaiserstraße 44, 60329 Frankfurt am Main
Tel. +49 (0) 69 756 146 - 32

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.

Die Zeitschrift erscheint in 4 Heften pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

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

3. Manuskriptgestaltung:

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

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

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2019

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 350 Kliniken.

Auflage 1.400 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.)

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

Format: 170 x 240 mm, Klebebindung (80 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

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

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

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

Bei Anfrage werden Agenturrabatte von 12 % angeboten.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Rhabanusstraße 3 8.OG
55118 Mainz
Tel.: 06131 6 93 80 70
Fax: 06131 6 93 80 72
mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

Meta Druck, Thomas Didier
Eylauer Str. 10
10965 Berlin
Tel.: 030 617 02 147
didier@metadruck.de

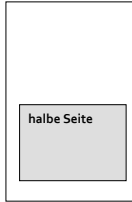


130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	1.300,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	650,- Euro
Mitglieder	300,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro

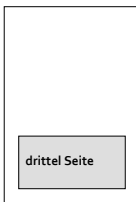
auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt



130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	700,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	370,- Euro
Mitglieder	200,- Euro

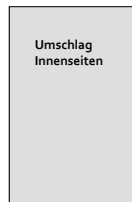
Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro



130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	500,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	220,- Euro
Mitglieder	150,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro



Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro

Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.

Termine 2019:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2019	14. März 2019	14. KW 2019
2-2019	13. Juni 2019	27. KW 2019
3-2019	12. September 2019	40. KW 2019
4-2019	13. Dezember 2019	1. KW 2020

* Änderungen vorbehalten

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband 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,

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

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

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

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

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.