

Inhalt

Editorial:

Maik Herberhold 2

Psychische Radikalisierungsprozesse, fanatische Persönlichkeitsveränderungen /
Mehr denn je ein bedrängendes Problem

Peter Conzen 4

Lob der Unsicherheit

Hermann Staats 25

Therapie der Akathisie bei Kindern und Jugendlichen

Ingo Spitzzok von Brisinski 45

Lilly, oder: Von der Ambivalenz (aus-)gehalten werden zu wollen / zu können
Die Klinik Haus Vogt in Titisee-Neustadt – ein beziehungsfokussiertes
stationäres Behandlungskonzept mit Tradition.

Thomas Reichle 66

Rezension

Anja Röhl: Das Elend der Verschickungskinder
Kindererholungsheime als Orte der Gewalt

Christian K. D. Moik 78

Rezension

Wilhelm Rotthaus: „Wir können und müssen uns neu erfinden“

Alexander Trost 94

Rezension

Heike Liebsch: Wochenkinder in der DDR –
Gesellschaftliche Hintergründe und individuelle Lebensverläufe

Christian K. D. Moik 97

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 101

Hinweise für Autor*innen 104

Beitrittsformular zum BKJPP 106

Anzeigen 107

Media Daten 111

Impressum 112

Editorial

Die neue alte Zeit

Wenn Sie dieses neue Heft, im vertrauten Layout, aber mit neuer Zählweise passend als Heft 1 des Jahres 2024 in den Händen halten, liegt das neue Jahr noch weitgehend wie ein weißes Blatt Papier vor uns, das darauf wartet, beschrieben zu werden.

Dieses alte und viel gebrauchte Motiv ist aber nur zum Teil passend: eigentlich sind bereits unzählige Seiten quasi als „Vorwort“ beschriftet. Gerade nach den letzten Jahren erscheint uns der Möglichkeitsraum, den die Metapher des „weißen Blattes“ beschwören will, fast unerträglich eingengt auf die Fortschreibung von Krisenszenarien.

Geht man die Inhalte unseres Heftes von hinten nach vorne durch, so blickt ein fast achtzigjähriger Zeitzeuge, unser Gründungsherausgeber C.K.D. Moik, zunächst auf die eher erfreuliche Vergangenheit unserer Zeitschrift zurück, dann aber als Rezensent mit zwei Rezensionen auf das Leid, das frühere Kindergenerationen erfahren mussten. Wie mit einem Scheinwerfer aus der Vergangenheit (über viele Jahre hinweg, in denen diese Düsternis überwunden schien) wird ein Schlaglicht auf neue Gräueltaten, die Kinder aktuell in unserer direkten Nähe erleben, geworfen.

Dieses Wiederheranrücken des Unmenschlichen in unsere lange Zeit verwöhnte westliche Sphäre beeinflusst aktuell unsere gesellschaftliche Wahrnehmung, denn seien wir ehrlich: das Leid der Kinder in Afrika, Lateinamerika, Asien war nie verschwunden, tönnte mit einem disharmonischen Kontrapunkt durch unsere Post-Wirtschaftswunder-Harmonie hindurch.

Die dritte Rezension lässt den Blick noch weiter, ins Frühmittelalter, zurück schweifen, sogar noch den Kunstgriff des Originalautors schildernd, einen Historiker der Zukunft auf unsere Zeit zurückblicken zu lassen ... Hoffnung will das Buch und daran anschließend unser Rezensent, Prof. Trost, machen: „Wie schon im Neuen Testament ist es auch nach heutigen Erkenntnissen *das Kind*, bei und mit dem alles Neue beginnt.“

Damit diese Kinder eine gute Zukunft schreiben können, müssen sie gehalten und ausgehalten werden – das beschreibt der vorangehende Artikel von Thomas Reichle an einem klinischen Behandlungskonzept mit Tradition. Und

davor beschäftigt sich unser langjähriger Chefredakteur Ingo Spitzcok von Brisinski mit der Frage, was zu tun ist, wenn unsere Behandlungen ungewollt unerträgliche Unruhe erzeugen, wie wir dann doch auch helfen können.

Diese Ambivalenz, diese Tragik, manchmal durch unser Helfenwollen anderes Leid zu erzeugen, könnte man auch im davor stehenden Artikel des „Lobs der Unsicherheit“ reflektiert sehen. „Das Umgehen mit Unsicherheiten wird als zentrales Merkmal von Beziehungsfähigkeit beschrieben.“ schreibt der Autor Hermann Staats im Abstract. Kommt es also darauf an: dass wir unsere Beziehungsfähigkeit erhalten und ausbauen?

Darauf gibt der erste Artikel unseres ersten Heftes des Jahres 2024 (noch) keine befriedigende Antwort, sondern beschreibt die besondere Herausforderung unserer unmittelbaren Zukunft: die Überwindung der radikalen Zerstörung von Beziehung und Beziehungsfähigkeit. Hass, Fanatismus und Gewalt beobachten wir nicht mehr nur aus scheinbarer sicherer Entfernung, sie sind vielmehr tief in unsere Gesellschaft eingedrungen – sei es durch das erschreckende Erstarken des Rechtsextremismus, der nach neuesten Umfragen bis zu 30% unserer Bevölkerung erfasst zu haben scheint, sei es durch einen antisemitischen Islamismus, der unsere bislang als „offen“ erlebte (oder postulierte?) Gesellschaften durchweht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir wollen Kindern helfen, trotz Belastungen und Krankheit in eine gute Zukunft durchstarten zu können. In diesem Heft wird glaube ich deutlich, wie sehr unsere Bemühungen notwendig, aber eben auch durch die Zeitläufte, in die wir geworfen sind, bestimmt werden.

Ein letzter Rückblick, der ein Ausblick ist: im letzten Jahr habe ich die verantwortliche Leitung des Redaktionsgremiums an unsere neue Chefredakteurin, Annegret Brauer, übergeben. Nicht nur mein Wunsch, zunehmend kürzer zu treten, gab den Ausschlag, auch das synergetische Engagement Annegret Brauers, die durch die hervorragende Organisation unserer Kongresse intensiven Kontakt zu potentiellen Autorinnen und Autoren schafft und darüber hinaus mit einem lebendigen, neugierigen Blick über die engen fachlichen Fragestellungen unseres Fachs hinaus auch die gesellschaftlichen Zusammenhänge aufnimmt.

Potentielle Autorinnen und Autoren sind auch Sie, die Leserinnen und Leser! Ich wünsche uns, dass Ihnen das vorliegende Heft Spaß macht, auch Ihre Gedanken, Ihren Alltag, Ihre Fachlichkeit uns allen mitzuteilen.

Ihr

Maik Herberhold

Psychische Radikalisierungsprozesse, fanatische Persönlichkeitsveränderungen Mehr denn je ein bedrängendes Problem¹

Peter Conzen

Zusammenfassung

Das Bedrängende und Zerrissene derzeitigen Weltgeschehens erschüttert die Illusion, in einer technisch-rationalen, restlos digitalisierten Welt von morgen könne fanatischer Hass zu einem kalkulierbaren Faktor werden. Wie kann im Namen höchster Ideale immer wieder unfassbare Gewalt entfesselt werden? Was tun gegen das Menschheitsübel Fanatismus, das allen Friedens- und Humanitätsappellen, allen rationalen Konfliktlösungsstrategien entgegenzustehen scheint?

Der Artikel sucht Phänomene von Fundamentalismus und Fanatismus genauer zu unterscheiden, beleuchtet unterschiedliche Spielformen religiösen, politischen und sittlichen Fanatismus, den originären und den induzierten Fanatismus, zeigt auf, welche innerpsychischen und gesellschaftlichen Faktoren zu Radikalisierungsprozessen beitragen, sucht aber auch nach Wegen der Prävention, des Dialogs und der Verständigung, bevor Unbehagen und Wut stets aufs Neue in destruktive Überzeugung und Totalitarismus umschlagen.

Schlüsselwörter: Fanatismus, Extremismus, Radikalismus, Identitätsprobleme, Hass

Summary

The distressing and torn nature of current world events shatters the illusion that fanatical hatred can become a calculable factor in a technically rational, completely digitalized world of tomorrow. How can inconceivable violence be unleashed again and again in the name of the highest ideals? What can be done about the human evil of fanaticism, which seems to stand in the way of all appeals for peace and humanity and all rational conflict resolution strategies?

1) Überarbeitete Fassung eines Vortrages vor der Jahrestagung der BKJPP in Osnabrück 2023

The article seeks to distinguish more precisely between the phenomena of fundamentalism and fanaticism, illuminates different forms of religious, political and moral fanaticism, original and induced fanaticism, shows which internal psychological and social factors contribute to radicalization processes, but also looks for ways of prevention, dialogue and understanding before unease and anger turn again and again into destructive conviction and totalitarianism.

Keywords: fanaticism, extremism, radicalism, identity problems, hatred

Einführung

Gut 30 Jahre nachdem Francis Fukuyama das „Ende der Geschichte“ postulierte und die globale Durchsetzung der liberalen Demokratie in Aussicht stellte, erscheint die heutige Welt wie ein Pulverfass. Eine Fülle ungelöster Krisenherde, nicht mehr für möglich gehaltene Angriffskriege in Europa, zuletzt das an den Holocaust gemahnende Pogrom an jüdischen Menschen in Israel und der anschließende Gaza-Krieg – das Bedrängende und Zerrissene der jüngsten politischen Entwicklungen erschüttert die Illusion, in einer technisch-rationalen, restlos digitalisierten Welt von morgen könne fanatischer Hass zu einem kalkulierbaren Faktor werden. Die Geschichte der Menschheit ist auch eine Geschichte ihres Radikalismus und Fanatismus. Und zu allen Zeiten haben die Fanatiker aller Couleur in Krisensituationen mehr Unheil angerichtet als sämtliche Schurken und Psychopathen zusammengenommen. Was tun, gegen ein Phänomen, das im Ernstfall allen Friedens- und Humanitätsappellen, allen rationalen Konfliktlösungsstrategien entgegenzusteht? Und wie sollen wir uns in kritischen Phasen der Beratung und Therapie verhalten, wenn paranoide oder bösartig narzisstische Fantasien, Spaltungstendenzen und Schwarz-Weiß-Malereien – gerade unserer jugendlichen Patientinnen und Patienten – in eine radikale Richtung abzugleiten drohen?

Mich selbst, manche von uns konnte in den letzten Wochen und Monaten ein Gefühl der Bedrückung und Resignation überfallen. Haben wir nicht, jahrzehntelang wie selbstverständlich in Frieden, Freiheit, Demokratie und Wohlstand aufgewachsen, eine zu einseitige Weltsicht entwickelt, waren nicht viele unsere Träume und Visionen im Nachhinein naiv? Und was bewirken all unser Fachwissen, all unsere therapeutischen Methoden im Ernstfall gegen das immer wieder Ähnliche der gewaltsamen Eskalationsdynamiken, die immer wieder ähnlichen Methoden der destruktiven Propaganda, der Vorurteilsbildung, Stigmatisierung und Repression? Dennoch – der Prozess der Aufklä-

rung muss weitergehen. Wir müssen weiter entschlossen ankämpfen gegen extreme politische und religiöse Ideologien, ebenso wie gegen die Notlagen und ungerechten gesellschaftlichen Verhältnisse, die solche Ideen immer wieder anheizen. Es gilt, von unterschiedlicher wissenschaftlicher Seite aus Stolzen rationalen Verstehens in die ebenso rätselhafte wie verhängnisvolle Leidenschaft menschlichen Fanatismus zu treiben, wohl wissend, dass wir uns hier irgendwann auf das Gebiet der Spekulation begeben, wohl wissend, dass alle wissenschaftliche Theoriebildung Gefahr läuft, Unfassbares zu verharmlosen. Und es gilt bei aller Empörung dennoch Objektivität zu wahren, nicht selbst in Spaltung und Projektion zu verfallen, als sei beispielsweise der Fanatismus vorrangig eine Angelegenheit der islamischen Welt, als habe es die Hexenfeuer und faschistischen Horden Europas nicht gegeben, als seien Massenvernichtungswaffen nicht in den Giftküchen der Supermächte entstanden.

Gewiss, Hass, Extremismus und Gewalt werden vor allem durch ökonomische Notlagen, historische Krisensituationen, nicht zuletzt durch kühles Machtkalkül angeheizt – aber fanatische Ideen entstehen in den Köpfen von Menschen. Stets aufs Neue ist es die Kombination von kollektiver Identitätskrise und persönlicher Verblendung, die in die großen Tragödien mündet. Von daher will dieser Artikel aus einer eher psychologisch–psychoanalytischen Sicht den Akzent vor allem auf die Frage legen, welche persönliche Dispositionen, welche zum Teil unbewusste Motive hinter extremen Überzeugungen und radikalen Persönlichkeitsveränderungen wirksam sind.

Fanatismus – ein ebenso vielfältiges wie rätselhaftes Phänomen

Was steckt hinter dem Drang des Menschen zum Extrem, wie kann im Namen höchster Ideale, im Namen Gottes immer wieder Gewalt entfesselt werden? Was verwandelt Friedenskämpfer in gnadenlose Eiferer, lässt Massen ihren eigenen Untergang herbeischreien? Vom antiken Mythos und der antiken Tragödie über die Denker der Aufklärung bis hin zu modernen psychologischen und soziologischen Interpretationsversuchen – immer wieder sind fanatische Persönlichkeitsveränderungen als eine Art „heiliger Wahn“ aufgefasst worden, aus moderner Sicht als Folge eines schizophrenen Prozesses. Immer wieder hat man im Fanatismus die Enthemmung latent bereit liegender krimineller und sadistischer Impulse gesehen. Dennoch – so sehr in fanatischen Persönlichkeitsveränderungen pathologische und deviante Motive mitspielen und sich zuspitzen – rein psychiatrische oder kriminologische Erklärungsversuche greifen zu kurz. Wir dürfen das „fanum“ im Wortstamm von Fanatismus nicht übersehen, der „heilige Bezirk“. Der Fanatiker ist ursprünglich der

im heiligen Tempelbezirk von einem Dämon mit einer Mission Betraute und in rasende Begeisterung Versetzte. D.h.: wenn wir von Fanatismus sprechen, müssen Wertvorstellungen, religiöse Prinzipien, Glaubenshaltungen mit im Spiel sein, die als starre, leidenschaftliche Überzeugungen in den Kern der Identität eingehen und intolerant, zunehmend ohne jede Dialog- und Kompromissbereitschaft, oft unter Enthemmung immer größerer Gewalttätigkeit nach außen vertreten werden. Der Fundamentalismus stellt, wie Hole (1995) sagt, die Wahrheitsfrage, will das individuelle und gesellschaftliche Leben auf ganz feste, unverrückbare Werte und Prinzipien gründen. Im Fanatismus geht es von vorneherein mehr darum, den Gegner der Wahrheit aufzuspüren, ihn – mit subjektiv absolut lauterer Gesinnung – zu diskreditieren, zu verfolgen und im Extremfall zu vernichten.

Freilich sprechen wir von einem sehr großen, vielschichtigen, schwer abgrenzbaren Gebiet. Fanatismus kann in vielerlei Formen zu Tage treten, sich hinter scheinbar ruhigen, verständnisvollen, gar freundlichen Attitüden verbergen. Die Fanatismus-Forschung hat den Einzel-, Gruppen- und Massenfanatismus unterschieden, den originären und induzierten Fanatismus, den heißen und kalten, dumpfen und klaren, den matten und expansiven. Oft ist die Grenze schwer auszumachen, wo die gesunde Überzeugung in fundamentalistische Verhärtung oder gar fanatisches Agieren übergeht. Und in vielen Fällen wissen wir nicht, ob sich hinter extremen Verhaltensweisen in der Tat eine fanatische Gesinnung oder eher Angst, Opportunismus, Gruppendruck, Machtstreben oder Sadismus verbergen.

Der Versuch von Forschern wie Hole (1995), Bolterauer (1989), Rudin (1973) oder Hoffer (1965), typische extreme Persönlichkeitsstrukturen, bestimmte Fanatiker-Typologien herauszuarbeiten, läuft Gefahr, unser aller Anfälligkeit für extreme Verhaltensweisen und Gefühlsreaktionen auf bestimmte ausgesuchte Persönlichkeiten zu projizieren und uns selbst damit zu exkulpieren. Gerade die Geschichte des Nationalsozialismus zeigt erschreckend, wie rasch ganze Massen in rasende Begeisterungstürme verfallen können, wie viele „ganz normale Deutsche“ bereit waren, ohne größere Skrupel in den Tötungs- und Mordmaschinerien mitzuwirken. Dennoch scheint es Menschen zu geben, die aus ganz bestimmten persönlichen Dispositionen und Sozialisations-erfahrungen heraus eher bereit sind, in ideologisiert-doktrinäre Denkweisen zu verfallen und sich radikalen Weltbildern zu unterwerfen. Von daher habe auch ich zwischen vier Hauptgruppen unterschieden, den „originären“ und den „induzierten“, den „Pflicht“- und den „Zwangsfanatikern“ (vgl. Conzen 2005).

Fanatische Persönlichkeiten

Originäre Fanatiker überfällt – oftmals in einer prekären inneren oder äußeren Situation – eine Vision, ein Auftrag, eine Mission in rasender Einseitigkeit und macht alles andere bedeutungslos. Das glühende Empfinden, Werkzeug einer höheren Macht, von der Vorsehung ausersehen, Stimme Gottes zu sein, verleiht ihrem Auftreten eine besondere Suggestivität. So sehr ihr Anspruch megaloman und ihr Realitätskonzept abnorm erscheinen – mit ihren gesunden Ich-Anteilen sind sie oftmals zu eiskalter Situationsanalyse und höchst rationaler Strategieplanung in der Lage. Gerade in historischen Krisensituationen, so Kernberg (1998, 2000), reißen fanatische Demagogen mit dem Syndrom des malignen Narzissmus oftmals mit unheimlicher Kälte, Willenswut und Hassgetriebenheit die Initiative an sich, beziehen aus der Manipulation der Ängste und Ressentiments breiter Massen ein perverses Machtgefühl, werden immer wieder in ihren Zeitaltern zu Herolden des Bösen.

Anders die induzierten Fanatiker: hier wird das leidenschaftlich-Begeisternde gleichsam von außen in den Kern ihrer Identität gelegt. Oft von narzisstischer Leere bedroht, von Minderwertigkeitskomplexen oder einem sadistischen Gewissen gequält, handelt es sich um Menschen mit einem tiefen, wenngleich Ressentiment behafteten Anschluss- und Glaubensbedürfnis. Gerade in Zeiten der Krise und Verzweiflung taucht der messianisch erlebte originäre Fanatiker – der Guru, der Sektenchef, der Wunderheiler, der faschistische Führer – wie ein Lichtstrahl auf, bringt mit einem Schlag wieder Sinn und Richtung in die zersplitterte Existenz. In einer Art zunehmendem „Kleinheitswahn“ machen sich solche Personen – oft zunehmend unter Aufgabe eigenständigen Denkens, eigenständiger Gewissensregungen – zum bedingungslosen Werkzeug einer vergotteten Instanz, für deren Schutz und Anerkennung alle Anstrengungen und Widerwärtigkeiten in Kauf genommen werden und in deren Glanz man sich narzisstisch aufgewertet fühlt.

Davon zu unterscheiden ist die Gruppe der Pflichtfanatiker, die von der Leidenschaft besessen sind, etwas in ihren Augen ganz Erhabenes, eine politische Vision, einen religiösen Glauben, eine Moral, eine künstlerische oder wissenschaftliche Idee zu bewahren, zu verteidigen, in ihrer begeisternden Wirkung auszuweiten. Schon kleinste Abweichungen, kleinste Improvisationen rufen leicht narzisstische Wut und die ätzende Kritik des Über-Ichs hervor. Irgendwann beginnen Hass und Ressentiment den Wert der Idee aufzufressen, verwandeln sich Idealisten in verbissene Verfolger verwandeln. Von Calvin und Robespierre bis zu den Ayatollahs in modernen Tugend- und Gottesstaaten – fanatische Gesinnungsethiker an der Spitze eines Gemeinwe-

sens stehen historisch immer wieder beispielhaft für die Entfesselung kalter Grausamkeit im Dienste eines phantastischen Tugendideals.

Bei Zwangsfanatikern handelt es sich um die klassischen „Untertanen“, die Einpeitscher, Schreibtischtäter und Erfüllungsgehilfen, die sich, im Grunde ohne tieferen Bezug zu einer Wertewelt, bedingungslos einer Sache verschreiben und dadurch Sinn und Bedeutsamkeit in ihre oft banale Existenz bringen. Bestimmend ist der dumpf-fanatische Drang, es einer Autorität unter allen Umständen recht zu machen, eine zugetragene Aufgabe möglichst rasch, effektiv, ohne jede Reflexion, mitunter über den Befehl hinausgehend, zu erfüllen. Man denke an Grausamkeitsprofessionelle wie Eichmann, Höss oder Mengele in den nationalsozialistischen Vernichtungslagern, an die Kapos, Blockwarte oder Revolutionswächter in totalitären Systemen, die immer wieder blind gehorsam die Drecksarbeit erledigen – ohne Einwand, meist ohne jedes Mitgefühl für die Opfer.

Bei alledem gibt es Mischformen und Übergänge. Pflichtfanatiker können sich irgendwann in originäre Fanatiker verwandeln, Friedensaktivisten in gnadenlose Eiferer, ebenso ehemalige Terroristen in Pazifisten. Gerade in Zeiten der universalen Vernetzung, der systematischen Verbreitung von Lügen und *fake news* in den sozialen Medien müssen wir unterscheiden zwischen systematisch gesteuerter Empörung, massenfanatischen Exzessen, zeitweiligen fanatischen Durchgangsperioden (Conzen 2005) und einer echten fanatischen Persönlichkeitsveränderung, dem dauerhaften und vollständigen Verlust der denkenden und fühlenden Persönlichkeit, die man zuvor einmal war.

Hauptinhalte des Fanatischen – religiöser, politischer und sittlicher Fanatismus

Was fanatisches Empfinden subjektiv auslöst, ist stets das Gefühl der bedrohten Identität. Fanatisch reagieren Menschen und Gruppen vor allem dann, wenn ihre grundlegenden Werte, Loyalitäten oder Glaubenshaltungen tatsächlich oder vermeintlich angegriffen und beschämt werden. Der **religiöse Fanatismus**, der das gesunde Bedürfnis des Menschen nach Sinn, Spiritualität und Transzendenz pervertiert in ein ständiges Bekämpfenmüssen des Zweifels und Ausmerzenwollen des Bösen, ist gleichsam Urform menschlichen Fanatismus und ewige Brandfackel der Geschichte. Kein Machtanspruch oder Gruppenegoismus wird unangreifbarer, als wenn er sich durch Gott legitimiert, und kein Feindbild lässt sich schlimmer dämonisieren, als wenn man es für „gottlos“ und vom „Teufel besessen“ erklärt. In den historischen

Ausnahmesituationen, in den Pogromen, Inquisitionen und heiligen Kriegen, schweißt der Glaube, im Alleinbesitz der Wahrheit zu sein, Menschen bis auf den heutigen Tag zu einer Attitüde äußerster Unduldsamkeit zusammen. Es gilt, die Sache Gottes, die stets die eigene ist, gegen die Widersacher des Glaubens zu verteidigen. Hass und Sadismus bündeln sich gegen Hexen, Ketzer, Häretiker oder „Ungläubige“, die im Extremfall – als Projektionsfläche eigener Zweifel und eigener böser Triebimpulse – bedenkenlos entwürdigt, ausgebeutet und vernichtet werden dürfen (vgl. Kakar 1997).

Mit bitteren Worten geißelten die Denker der Aufklärung, allen voran Voltaire, den heiligen Wahn der Fanatiker, dem es nur an einem mangle – an Nächstenliebe. Aber das unbedingte Durchsetzenwollen rationalerer und gerechterer Herrschaftsformen weckte in der Folgezeit den **politischen Fanatismus** der Neuzeit. Dieser zielt – in vielerlei Ausdrucksformen – auf das radikal-gewaltsame Durchsetzen säkularer Ziele, die freilich, in Affinität zum religiösen Fanatismus, den Status von etwas ganz Erhabenem, Unabdingbaren, mystisch-Transzendenten erhalten und denen regelmäßig, im Gegensatz zu allen Beteuerungen, Freiheit und Würde des Individuums geopfert werden. Egal, ob es um nationale Überhöhung oder die Befreiung von Fremdherrschaft ging und geht, die „Reinerhaltung“ eines Volkes oder einer Rasse oder das „letzte“ weltrevolutionäre Gefecht – der politische Fanatismus des 20. Jahrhunderts mit seinen totalen Staaten und totalen Kriegen schuf sich neue Teufel, die es in einem Kampf auf Leben und Tod auszuschalten galt.

Unter der dritten Hauptausprägungsform menschlichen Fanatismus, dem **Sittlichkeitsfanatismus**, versteht man ein überspanntes Streben nach moralischer Lauterkeit und Askese, verbunden mit dem eifernden, nicht selten gewaltsam-radikalem Bekämpfen von Sinnlichkeit, Laxheit, Laszivität und Zügellosigkeit. Sittlichkeitsfanatismus ist fast immer Bestandteil des religiösen Fanatismus, dient auch im politischen Fanatismus oftmals der Diskriminierung des Gegners und wird in den Tugend- und Gottesstaaten der Vergangenheit und Gegenwart zum Hauptinstrument von Kontrolle und Repression. Das Hassobjekt von Fundamentalisten und Fanatikern ist stets Projektionsfläche für das Schmutzige, Anale, Ekelhafte, und wenn die Schmutzmetaphorik sich in die Ungeziefermetaphorik steigert, macht die verbale Entwürdigung dessen Beseitigung – Bela Grunberger (1976) spricht vom „Narzissmus der Reinheit“ – zu einem Akt der „Säuberung“. In der Tat wirken die Tiraden der islamischen oder der christlichen Fundamentalisten gegen das „Gift“ von Zügellosigkeit, Homosexualität oder weiblicher Emanzipation in ihrer eifernden Stereotypie fast austauschbar. Nicht selten bedeuten Scham, sexu-

elle Verklemmtheit, ein Nichtliebenkönnen oder –dürfen – wie wir es zum Teil schon bei übertriebenen Askesehaltungen unserer jugendlichen Patienten beobachten – den Einstieg in extreme Persönlichkeitsentwicklungen. Gerade in der Biografie arabischer Terroristen ist das Einbrechen einer ungemeinen Sittenstrenge oft Anzeichen der fanatischen Prodromalphase.

Während die linken terroristischen Gruppen der 1970er und 80er-Jahre rein politische Ziele verfolgten und meist eine Haltung sexueller Libertinage verfochten, beobachten wir heute in den weltweiten Krisenherden oftmals wieder eine Amalgamierung und wechselseitige Steigerung aller drei Hauptfanatismusformen.

Der Fanatismus aus psychoanalytischer Sicht

Aus psychoanalytischer Sicht verbergen sich hinter fundamentalistischen und fanatischen Persönlichkeitsverengungen Existenzängste, Selbstwert- und Intimitätsprobleme, vor allem auch schwere und schwerste Schamgefühle. Die Identifizierung mit starren Glaubenshaltungen und grandiosen Visionen „verplombt“ innere Nöte und Identitätskonflikte, bedeutet für einzelne und ganze Kollektive eine künstliche Steigerung des schwachen und bedrohten Narzissmus (vgl. Durban 2022). Unfähig zu Empathie und Humor, lieben Fanatiker ihre Ideen, die, wie Ronald Britton sagt, zu „absolut guten inneren Objekten“ werden, mehr als Menschen, Glaube wird leicht zu einer Angelegenheit von Leben und Tod. Es ist das Verfallen in eine borderlinehaft anmutende seelische Spaltung – Melanie Klein (1962) spricht von der Regression auf die paranoid-schizoide Position, Erikson (1981) vom Wechsel des Zustandes seelischer Ganzheit in den der Totalität – ein Spaltungsmechanismus, der im fanatischen Welterleben habituell wird. Etwas total Gutes – der Wille Gottes, die Ehre meines Volkes, das Prinzip der Gerechtigkeit – ist durch etwas total Böses bedroht. Es kann kein Zögern, kein Abwarten, keine Kompromisse mehr geben. Das Übel muss mit allen Mitteln bekämpft, dem Guten zum Sieg verholfen werden, erst dann ist ein Leben in Anstand, Freiheit und Würde wieder denkbar. Mit einem zunehmenden Sendungsbewusstsein und zugleich unheimlichem Ressentiment verfolgt der expansive Fanatiker sein Ziel, mauert sich, irgendwann unbelehrbar, unkorrigierbar, in einem Weltbild ein, in dem es keine Grautöne, keine Ambivalenz, keine depressive Position mehr gibt. Im Extremfall wird die Projektion aller Wut, aller Verachtung auf ein und nur ein böses Prinzip – wie in einer Art Treibhaus des Hasses – immer starrer und ausschließlicher, fast psychotisch. Gleichzeitig werden immer

mehr unschuldige Objekte, Frauen, Kinder, Greise, die mit dem Feindbild tatsächlich oder vermeintlich zu tun haben, in die Repräsentanz des Bösen einbezogen und – in der terroristischen Entgleisung – Opfer erbarmungsloser Rachsucht. Das, was der Umwelt als Gipfel der Gewissenlosigkeit erscheint, Brandschatzen, Vergewaltigen, Foltern und Morden, wird zur heiligen Pflicht, zum göttlichen Auftrag.

In der Tat steht im Kern schwerer fanatischer Persönlichkeitsentgleisungen eine unheimliche Spaltung, eine unheimliche Pathologie des Gewissens. Mit ungeheurer Selbstgerechtigkeit wird ein bestimmter Wert aus dem Gesamtspektrum der Werte gerissen und mit immer lebensfremderer Radikalität verfolgt, während andere Werte wie Toleranz, Einfühlung oder Barmherzigkeit verblassen. Selbst und Über-Ich verschmelzen in der Rolle des Rächers, Menschheitsbefreiers oder Gotteskriegers zu einer Größen-Attitüde, die immun macht gegen alle Empathie, alles Schuldgefühl. Im Namen höchsten ethischen Prinzips, im Namen Gottes, verfolgt der Eiferer die Gegner seiner Vision mit den primitiven Anteilen und Strafpulsen des kindlichen Über-Ichs, wird im Rahmen eines gnadenlosen Tribunals zum Ankläger, Richter und Henker zugleich.

So sehr Fanatiker das Selbstlose ihres Tuns betonen, aus psychoanalytischer Sicht ist es der Hass im Gewand des Ideals, der sich im Rahmen eines böartigen Narzissmus Befriedigung verschaffen möchte. Gewiss, bei den stummen, den eigenbrötlerischen Fanatismusformen bleibt der Hass oft eingekapselt, im Selbstquälerischen des Askeseideals, im Furchterregenden des Höllen- oder Teufelsglaubens. Von vorneherein böartiger, mehr zur Eskalation neigend ist individueller oder kollektiver Fanatismus, wenn Ideale vorgeschoben werden, um Rache zu üben, persönliche oder nationale Kränkungen wettzumachen. In seiner böartigsten Form benutzt menschlicher Fanatismus das Ideal nahezu ausschließlich als Vorwand für eine destruktive Intention. Der Gegner, das Hassobjekt soll nicht bekehrt, in die Schranken gewiesen, sondern als Schandfleck, als lebensbedrohliche Pest von vorneherein vernichtet werden. Im Extremfall des Selbstmordattentäters wird für die Erreichung dieses Ziels in Verblendung auch das eigene Leben geopfert.

Die Entwicklung eines „radikalen Potentials“ in den Stadien des Lebenszyklus und das erschütterte Urvertrauen

Wie kommt es bei Menschen zu Radikalisierungsprozessen, welche Wurzeln gibt es in der Kindheit, was muss geschehen, dass radikale Potenziale freigesetzt werden? Gewiss, alle Versuche, extreme Persönlichkeitsentwicklungen stringent auf bestimmte Kindheitskonflikte, traumatische Erfahrungen oder familiäre Konstellationen zurückzuführen – man denke an die Vielzahl der Adolf-Hitler-Deutungen – haben bislang getrogen. Die vielen Faktoren, Zufälle und Wendungen, die etwa in eine terroristische Karriere hineinmünden, wird keine wissenschaftliche Theorie jemals voll aufhellen können. Daraus jede biographische oder psycho-historische Aufarbeitung als nutzlos-spekulativ abzutun, wäre verfehlt. Grundthemen, Grundmechanismen des Fanatischen deuten sich schon in den psychosozialen Entwicklungskrisen der Kindheit an. Von früh auf scheint sich sukzessive ein radikales Potential aufzubauen, eine Mischung aus kindlichem Urmisstrauen, verletzten Schamgefühlen und ödipalem Hass, welches sich in Adoleszenz und Spätadoleszenz erstmals an leidenschaftliche Visionen und ideologische Feindbilder zu heften vermag. Nur unter ungünstigen Konstellationen und in sehr seltenen Fällen kann es – meist im jungen Erwachsenenalter – zu immer weitergehender hasserfüllter Einengung, zum Abgleiten in eine Parallelwelt, zur eigentlichen fanatischen Karriere kommen.

Die frühesten und elementarsten Wurzeln menschlichen Hasses und menschlicher Radikalität scheinen weit vor der Sprachentwicklung in den Wut- und Entfremdungszuständen des Säuglingsalters zu liegen. Im Letzten sind die Visionen und Utopien des Fanatikers etwas Rückwärts gewandtes, die Suche nach der ganz heilen, harmonischen, primär-narzisstischen Welt der Ur-Symbiose zur Mutter. Und im Tiefsten ist das Hassobjekt der Fundamentalisten, Rassisten oder Antisemiten etwas, wie Bohleber (1992) sagt, die „nur gute“ Symbiose Bedrohendes, etwas potentiell in sie Eindringendes, Vergiftendes, Zerstörendes. Es scheint, als würden fanatismusanfällige Menschen elementarer von Vertrauenskonflikten bedrängt, als hätten sie früh schon Schwierigkeiten, sich arglos auf tiefere Kontakte und Gefühle einzulassen, als mangle es manchen von ihnen an Liebesfähigkeit. Nicht selten geht dem Fanatismusdurchbruch ein schwerer Vertrauensverlust voraus, steigern sich innere Melancholie und äußere Zerrissenheit zu dem verzweifeltsten Gefühl, in einer, wie Ulrike Meinhof es einst formulierte, so unvollkommenen Welt nicht mehr leben zu können (vgl. Prinz 2003). Die Begegnung mit der rettenden Idee oder scheinbar charismatischen Gestalt bringt mit einem Schlag wieder Hoffnung

und Sinn in die zersplitterte Identität, wird nicht selten als „Erleuchtung“, „zweite Geburt“ geschildert. Ein starres Glaubenmüssen an die eigene Vision verbindet sich fortan mit einem ständig lauernden Misstrauen. Typisch ist jene unheimliche paranoide Wachheit, mit der fanatische Menschen ihre Umgebung auf kleinste Anzeichen von Lauheit und Zweifel abklopfen.

In Zeiten kollektiver Identitätsverunsicherung, wenn Gesellschaften ihre im Prinzip schützende „Containing-Funktion“ (Winnicott 1971) zu verlieren drohen, werden leicht regressive Tendenzen, frühkindliche Ängste und Spaltungstendenzen geweckt. Es scheint, so Vamik Volkan (1999), als würde der Einzelne in Zeiten schleichender kollektiver Panik Schutz unter dem „Zelt“ der Großgruppen-Identität suchen, als werde der Führer, gleichsam „Mast“ des Zeltes, wieder mit totalem kindlichem Vertrauen besetzt. In solchen Situationen gerieren Demagogen sich leicht als „Schiefheiler verletzten Urvertrauens“. Sie beschwören Mythen von der Homogenität und Großartigkeit der eigenen Gemeinschaft, lenken mit simplen Parolen Hass auf ausgesuchte Feindbilder, rühren an die „erwählten Traumata“ (Volkan 1999), längst überwunden geglaubte historische Verletzungen, die auf einmal im Erleben der Massen so frisch wirken, als hätten sie sich gerade erst ereignet. Die Frage, ob gemäßigte Kräfte in solchen, wie Erikson es nennt, „Identitäts-Vacua“ die Oberhand behalten, kann über das Schicksal ganzer Kollektive entscheiden. Mit immer wieder ähnlichen Methoden suchen totalitäre Systeme, egal, unter welchen ideologischen Fahnen, im Bewusstsein ihrer Mitglieder dauerhaft paranoide Spaltungen zu implantieren, starre Grenzen zwischen Gut und Böse, Freund und Feind, vertraut und unvertraut, verbreiten zunehmend eine Atmosphäre von Misstrauen und Angst. Immer mehr werden verdächtigt, subversive Elemente, Feinde des Volkes zu sein. Verschwörungstheorien, Be-spitzelung und Denunziation nehmen groteske Formen an. Am Ende können sich selbst die Schergen nicht mehr sicher fühlen.

Fanatismus und das Feuer der Scham

Neben dem Urmisstrauen ist eine zweite, tief in das infantile Seelenleben zurückreichende Quelle von Radikalität, Extremismus und Fanatismus ein quälend-vernichtendes Schamgefühl. (vgl. Conzen 2005; Wurmser 1993). Immer wieder finden sich hinter dem kompromisslosen Bekämpfenmüssen äußerer Übel schwere Verletzungen des individuellen oder kollektiven Selbst. Der Terrorismus gilt als Waffe der Ohnmächtigen. Über die verkappte Scham- und Revanchethematik bei den Demagogen der Weltgeschichte bis hin zu

Wladimir Putin ist vielfach spekuliert worden. Und nicht allein ökonomische Benachteiligungen, auch Ketten wechselseitiger Beschämung und transgenerationale Loyalitätsverpflichtungen zur Rache machen die ethnischen und religiösen Konflikte oft so irrational und hoffnungslos unbeeinflussbar.

Welche ungeheure narzisstische Wut eine Beschämung auslösen kann, lässt sich bereits an den Zornausbrüchen des Kleinkindes erahnen. Und manch typische Attitüden des Fanatischen, die rasend gewordene Verteidigung der eigenen Autonomie, Haltungen totalen Grolls, totaler Dialogverweigerung scheinen ontogenetische Wurzeln in den Wut- und Trotzanfällen des zweiten Lebensjahres zu haben (vgl. Conzen 2005; Kohut 1976). Scham an sich ist nichts Peinliches oder Pathologisches. Persönliche Würde und kulturelle Integrität wären ohne ein gesundes Schamgefühl nicht denkbar. Schwere Erlebnisse von Ohnmacht, Lächerlichkeit und Preisgegebenheit, andauernde Erfahrungen von Demütigung, Mobbing, Ausgegrenztsein hinterlassen bei Kindern und Heranwachsenden hingegen oft unheilbare narzisstische Verletzungen. Kommt im späteren Leben das Gefühl hinzu, gesellschaftlich an den Rand gestellt, stigmatisiert, nichts wert zu sein, bilden sich nicht selten schwere Ressentiments, die wie Eiterherde das Selbst zu vergiften drohen. Oftmals, wenn bis dahin völlig unauffällige Menschen fanatisch-amokläuferisch dekompensieren, scheint ein furchtbares Reservoir aufgestauter Scham zu explodieren. Für einen kurzen Moment grausigen Triumphierens verwandelt sich Ohnmacht in Allmacht.

Der Typ des fanatischen Rächers – am eindrucksvollsten porträtiert in von Kleists Michael Kohlhaas – durchzieht die Weltliteratur. Eine schwere narzisstische Kränkung, ein in ihren Augen himmelschreiendes Unrecht hat die Betroffenen aus der Bahn geworfen. Die Welt scheint aus den Angeln gehoben, alle Prinzipien lebenswerten Lebens außer Kraft gesetzt. Der Wunsch nach Vergeltung beginnt alles Denken und Streben zu okkupieren. Eine Zukunft ist erst dann wieder vorstellbar, wenn der Gegenspieler, der Feind des Lebens schlechthin selbst in den Zustand der Ohnmacht versetzt, als lebenslanger Zeuge der eigenen Beschämung beseitigt worden ist.

Zeitlebens war der Menschheitsterrorist Adolf Hitler zu Liebe, Zärtlichkeit und Humor nicht in der Lage, hielt sich peinlichst unter Kontrolle. Sein öffentliches Auftreten wirkte, wie Joachim Fest es formulierte, „wie eine immerwährende Parade vor riesigem Publikum“ (1973, S. 709). Seit 1919 bildete eine Größenwahnsinnige fanatische Mission das „granitene Fundament“ seiner Weltanschauung, Rache zu nehmen am Hassobjekt des von ihm so genannten „internationalen Finanzjudentums“, Sündenbock für all sein per-

sönliches Versagen und zugleich phantastischer Beschämer seiner „Braut“ Deutschland. Selbst in den drei Kriegsreden, in denen Hitler den Holocaust andeutet, ist noch die Rede vom „Gelächter der Juden“, wie es bald „endgültig zum Verstummen“ gebracht werde, zu einem Zeitpunkt, da niemand mehr auf den Gedanken gekommen wäre, über ihn zu lachen.

Fortwährend unterdrückt, ausgebeutet, fremdbestimmt zu sein, ruft auch in ausgeglichenen Menschen einen Zustand tiefer Verbitterung und chronischer Beschämung hervor. So verabscheuungswürdige Gewalt und kriminelle Pfründerschaft auch völkischer und ethnisch-separatistischer Terrorismus hervorbringt, Ausgangsmotiv ist zunächst die übermäßige Loyalität zur eigenen Bezugsgruppe, unbewusst eine Mutter-Imago, die von bösen Mächten unterdrückt, beschämt, verstümmelt wird. Zunächst geht es im Freiheitskampf um Rechte, Genugtuung, Gleichstellung, um die Wiederherstellung der Ehre der eigenen beleidigten Volksgruppe. Je mehr die Auseinandersetzung auf beiden Seiten eskaliert, desto stärker wird das Rachemotiv. Das erlittene Unrecht verlangt nach totaler Genugtuung, die eigene Rolle als „privilegiertes Opfer“ lässt irgendwann jede Gewalttat als legitim erscheinen.

Am Ende verengt eine Art „entschlossene Hoffnungslosigkeit“ die Lebensperspektive der zu Terroristen gewordenen nicht selten auf ewigen Kampf. Im Extremfall wird der Rachewunsch zunehmend radikaler, wendet sich irgendwann – immer repressiver und totalitärer – auch gegen das eigene Volk.

Fanatismus und der radikalisierte Ödipuskomplex

Schon die antike Tragödie hat herausgestellt, wie die Dramen um Liebe, Eifersucht und ausschließlichen Besitz Menschen in fanatische Raserei versetzen können. Und als eine dritte, das Urmissrauen und die Scham verschärfende infantile Quelle von Gewalt und Fanatismus im menschlichen Leben erweist sich aus psychoanalytischer Sicht immer wieder der radikalisierte Ödipuskomplex. Infantile Gefühle von Unterlegenheit, Wut und Ohnmacht, übertragen sich immer wieder auf soziale und politische Gegensätze, laden die allgegenwärtigen Konflikte des Menschen um Rivalität, Autorität und Macht mit zusätzlicher irrationaler Brisanz auf, stellen einen ständigen gesellschaftlichen Unruheherd dar. In allen sozialen Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten, den Konflikten zwischen arm und reich, privilegiert und unterprivilegiert, schwarz und weiß, spiegelt sich letztlich immer wieder die ursprüngliche Ausnutzung des Machtungleichgewichts zwischen überlegenem Erwachsenen und abhängigem Kind wider. Und grundsätzlich heftet

sich die Wut über die großen sozialen und politischen Ungerechtigkeiten im Ernstfall an konkrete Personen, nicht an die Eigengesetzlichkeiten verselbständigter Machtverhältnisse und ökonomischer Strukturen. Immer wieder verflüssigten Rebellen den Ödipuskomplex in aufrührerischen Visionen. Ob ihre Kritik realitätsgerecht blieb oder in immer fanatischeren Vaterhass entgleiste, konnte über das Schicksal ganzer Populationen entscheiden.

In den großen, den blutigen Revolutionen, in den Zeiten linker Terrorherrschaft wird das fanatische Rachemotiv, wird das Beschämen- und Desavouierenwollen der einst Mächtigen irgendwann stärker als die Erreichung der ursprünglichen politischen Ziele. Immer mehr Vertreter der früheren Oberschicht sind schuldig, Feinde des Volkes, zu liquidierende Objekte.

Gewiss, die Zeiten kommunistischer Umsturzvisionen, des Aufstandes der RAF gegen die Bundesrepublik sind vorbei. Dennoch schweißt nach wie vor der Kampf gegen „Imperialisten“, „kapitalistische Blutsauger“, „ausbeuterische Konzerne“ und vermeintlich „faschistoide Politiker“ Menschen in unerschütterlichen Überzeugungen zusammen, ist die Gefahr linksextremer Gewalt nicht zu unterschätzen. In welchem Ausmaß dabei auch linke Bewegungen uralte antisemitische Stereotype wieder aufgreifen und befeuern, ist ebenso beschämend wie besorgniserregend

Umgekehrt ist das entschiedene Verteidigenwollen sakrosankt erlebter Autorität ein ebenso breites Einfallstor für extreme Persönlichkeitsentwicklungen, und es ist die Frage, was in der Geschichte mehr Unheil angerichtet hat, blinder Vaterhass oder blinde Vaterverehrung. Überall, wo das Über-Ich zu streng, zu kategorisch, zu intolerant entwickelt ist, wächst die Neigung zu blinder Unterwerfung und unkritischer Gefolgschaft. Gerade bei den zu Eifrigen, zu Loyalen, zu Gläubigen rückt der fanatische Drang, das Überlieferte, Bewährte, Gottgewollte mit allen Mitteln gegen den historischen Wandel zu verteidigen, in den Mittelpunkt starren Überzeugtseins, kann – man denke an die gegenwärtige Situation im Iran und in Afghanistan – ganze Gesellschaften in die fundamentalistische Regression zwingen. In der Tat erleben wir gerade im gegenwärtigen Islamismus die besonders radikale Aufspaltung des Vaterbildes. Alle Idealisierung scheint sich auf Allah zu konzentrieren, dessen Weltordnung und dessen klare Gebote zum scheinbar einzigen Garanten für das Überleben der Menschheit werden. Aller Hass richtet sich auf die Politiker des Westens, die unter Führung Amerikas einen erneuten Kreuzzug gegen den Islam und seine Werte unternehmen.

Freilich ist der Zuwachs an Populismus und Extremismus, eine zunehmende Hasspolitik (Brockhaus 2022) auch im Westen bedenklich. Die sich aus unterschiedlichsten ideologischen Motiven im Netz zusammenfindenden Verschwörungstheoretiker eint so etwas wie ein Misstrauen gegen die staatliche Autorität schlechthin. Krisen wie die Covid-Pandemie erweisen sich als „Komplott der Pharma-Industrie“ und korrupter politischer Mächte, die einmal mehr die Rechte kleiner Leute mit Füßen treten. Unschwer zeigt sich dahinter die Sehnsucht nach starken, kompromisslosen Führern, narzisstisch besetzte Vaterfiguren von unverbrauchter Stärke, die wieder für Ordnung und Sicherheit sorgen und einstige nationale Größe wiederherstellen gegen den „zersetzenden“ Einfluss von Fremdem und Andersartigem. Sollten sich Donald Trump und der Trumpismus bei den nächsten Wahlen in den USA erneut durchsetzen, droht vielleicht der neue Weltkonflikt zwischen demokratischen Staaten und autoritären Regimen noch unberechenbarer zu werden.

Die Adoleszenz und die Affinität zum Radikalen

Eine weitere, vielleicht die entscheidende Weichenstellung für extreme Persönlichkeitsentwicklungen erfolgt in Adoleszenz und Spätadoleszenz. In keinem Lebensabschnitt ist der Mensch so empfänglich für ideale Visionen und gleichzeitig so verführbar durch radikale Doktrinen. In der Leidenschaftlichkeit der Stimmungen, der Ausschließlichkeit der Zu- und Abneigungen, im Bedürfnis nach einer eigenen, kohärenten Identität durchleben Adoleszente all die kindlichen Konflikte um Vertrauen, Autonomie, Misstrauen, Scham und Schuld aufs Neue. Das Sich-Hineinträumen in ideale Welten, das innige Verschmelzen mit Idolen, die leidenschaftliche Empörung über Missstände und unaufrichtige Autoritäten bedeutet einerseits eine Stütze für den labilen jugendlichen Narzissmus, schweißt *peer groups* zusammen und vermag andererseits die Identitätskrise zu verschärfen.

Gerade bei abgelehnten, vielfach verletzten, chancenlosen Jugendlichen bringt die Identifizierung mit radikalen Parolen und kompromisslosen Anführern – heute in ungeahnter Weise hochgeputscht durch den Zusammenschluss in den sozialen Medien – künstlich Ordnung in die zersplitterte Identität, „verplombt“ gleichsam eigene Misserfolge und Schwächen. So ordnet der dumpfe Fanatismus jugendlicher Rechtsradikaler das Selbst auf borderline-artigem Niveau neu. So bringt für manch entwurzelte arabische Jugendliche der radikale Islam Orientierung in bedrängende Identitäts- und Intimitätskonflikte, eröffnet verschworene Gemeinschaftskontakte, verwandelt Unterlegenheits-

gefühle gegenüber dem Westen in eine Attitüde wütender moralischer Superiorität. Andererseits hat das Kompromisslose und Unverbogene adoleszenter und spätadoleszenter Begeisterungsfähigkeit – gerade in gesellschaftlichen Umbruchsituationen – etwas Belebendes, Vorwärtstreibendes. Wird die lebensnotwendige Kritik an gesellschaftlichen Missständen von konservativen Kräften zu sehr stigmatisiert, läßt sich der Generationenkonflikt auf beiden Seiten mit Enttäuschung, Projektion und Wut auf. Die Geschichte der sich in einen Menschheitsbefreiungswahn verrennenden deutschen RAF, der italienischen Roten Brigaden oder der *Japanese Red Army* zeigt, wie auch ursprünglich emanzipatorische, ökologische oder pazifistische Ideale bei kleinen Extremgruppen in einen zunehmend amokläuferischen Gruppenfanatismus abzugleiten vermögen (vgl. Aust 1998; Koenen 2003).

Das gegenteilige Phänomen, die Ausnutzung jugendlicher Begeisterungsfähigkeit durch totalitäre Institutionen und Größenwahnsinnige Führer, ist eines der tragischsten Aspekte unseres Themas. Gewiss, ein Großteil der Verblendung stellt das Resultat von Zwang, Propaganda und brutaler Gehirnwäsche dar. Andererseits ist es immer wieder auch der Wunsch Adoleszenter, in etwas Höherem aufzugehen, von einer scheinbar charismatischen Instanz herausgehoben und „erwählt“ zu werden, der in verbrecherischer Weise benutzt wird. Wenn heute junge Menschen sich zeitweise in abstrusen Ideologien verrennen, mitunter alle Zelte hinter sich abbrechen, sich Jugendsekten anschließen verbergen sich dahinter vielleicht nicht nur Pathologien und traumatische Erfahrungen, sondern in verkappter Weise auch geheime Wünsche nach Gemeinschaftlichkeit, Bedeutsamkeit, Glaube und Sinn, auf die postmodernen Gesellschaften keine ausreichenden Antworten mehr zu haben scheinen.

Freilich bleibt die Adoleszenz nach wie vor eine Zeit der Krise. Und immer wieder stehen wir in unserer beraterischen und therapeutischen Arbeit vor der Frage, was an Stimmungsschwankungen, oppositionellem Verhalten, Misstrauen und radikalen Ansichten Teil gesunden Widerstandes, Teil verständlicher Autonomie-Behauptung ist und wann bedenkliche Entwicklungen drohen. Dennoch sollten wir gegenüber Schlagwörtern wie die „Generation Dschihad“ oder die sich abzeichnende neue „Klima-RAF“ Vorsicht walten lassen. Unter normalen Umständen ist es immer nur eine kleine Minderzahl, die sich von fanatischen Ideologien dauerhaft radikalisiert lässt. Und davon ist es wiederum nur ein ganz winziger Prozentsatz, der tatsächlich die Hemmschwelle zu Töten und Morden überschreitet.

Der Fanatismusdurchbruch und die fanatische Karriere

Was konkret aber bewirkt bei nur ganz Wenigen – in aller Regel erst im jungen Erwachsenenalter zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr – die echte fanatische Verhärtung, jenen unbegreiflichen persönlichen Richtungswechsel, jenes totale Absorbiertwerden eines Menschen von seinem radikalen Potential? Die unterschiedlichen psychiatrischen, tiefenpsychologischen oder familiendynamischen Erklärungsansätze heben immer wieder vier Punkte heraus:

1. Verletzungen, Traumata, ungelöste Konflikte der Kindheit, die wie eine Art „offene Rechnung“ in der Psyche schlummern und sich an aktuelle Identitätsprobleme der Spätadoleszenz und des jungen Erwachsenenalters anheften, diese verschärfen. Nicht selten erleben wir vor der fanatischen Karriere eine kriminelle Vorgeschichte. Nicht zu unterschätzen sind auch private Probleme, enttäuschte Liebesbeziehungen, zerbrochene Freundschaften, zerrüttete Familienverhältnisse, die in diffuse Zustände der Unausgeglichenheit und Wut münden.
2. In manchen Fällen das Aufwachsen in paranoiden Familiensystemen und sektiererischen Umgebungen, besondere, von Kindheit an prägende und zugleich die Lebensperspektive verengende „Delegationen“ seitens Eltern und Verwandten, die sich mehr und mehr zuspitzen, die Ehre Familie oder der beleidigten Volksgruppe wiederherzustellen oder – man denke an manch frühere RAF-Terroristen – der Auftrag, stellvertretend für die Eltern das faschistische Unrecht von einst zu rächen.
3. Aufwühlende Bilder und Schlüsselerlebnisse: für manch Radikale der 68er-Generation etwa die Bilder des durch Napalm verbrannten vietnamesischen Mädchens; für heutige labile Charaktere die mit allen technischen Feinessen und raffiniertester Suggestion arbeitenden Propaganda-Videos des Internet, die aufwühlen, den psychotischen Kern anrühren, paranoide Fantasien und Spaltungstendenzen verstärken
4. Nach wie vor am entscheidendsten: das Beeinflusstwerden durch scheinbar charismatische Vorbilder und das Aufsuchen radikaler Umfelder, die zunehmende ideologische Einengung, die Aufgabe eigenständigen Denkens durch indoktrinierende Gruppendiskussionen oder paramilitärische Schulungen.

Meist findet sich vor dem eigentlichen Fanatismusdurchbruch eine Prodromalphase, eine Zeit des Schwankens. Der unheimliche Plan ergreift Besitz über die Persönlichkeit, aber es gibt noch Gegenkräfte, noch Bindungen an das vertraute Milieu. Bisweilen vollzieht sich die Fanatisierung schleichend.

Irgendwann, z. B. beim ersten Mitansehen eines Mordes, beim ersten Schusswaffengebrauch, verwandeln sich Abenteuerlust und Revolutionsromantik in blutigen Ernst, merkt der Betreffende, dass er sich auf einen Weg ohne Umkehr begeben hat. In anderen Fällen erfolgt eine plötzliche Richtungsänderung. Das, was als kognitives Muster bereit liegt, ergreift von der Persönlichkeit Besitz. Man denke an Ulrike Meinhofs Flucht aus dem Dahlemer Institut, jener legendäre „Sprung in die Illegalität“, 1970 oft als die Geburtsstunde des bundesrepublikanischen Linksterrorismus bezeichnet (vgl. Prinz 2003). Andererseits kann das, was von Fanatikern als plötzliches Einbrechen einer Vision geschildert wird, Teil der Selbstmystifizierung sein. So ist das angebliche „Pasewalk-Erlebnis“ Adolf Hitlers, als Befreier des deutschen Volkes bestimmt zu sein, mittlerweile eindeutig als Führerlegende widerlegt.

Aus psychoanalytischer Sicht bedeutet der Fanatismusdurchbruch eine radikale Neuordnung der persönlichen Identität. Die extreme Überzeugung rückt in den Kern des Selbst, wird zum Dreh- und Angelpunkt eines veränderten Welterlebens. Bisher randständige, negative Anteile des Selbst, Intoleranz, Wut, Vulgarität, eine psychopathisch anmutende Gefühlskälte rücken ins Zentrum, machen den Anspruch tödlich-radikal. Das, was den Fanatiker noch aufhalten könnte, die Bindung an Familie, Freunde oder frühere Wertvorstellungen, wird oftmals abgebrochen, nicht selten Gegenstand von Verachtung. Die Libido fließt gleichsam von den Objekten ab und konzentriert sich auf die Überhöhung des eigenen Auftrags. In der eigenen Mission erfolgreich zu sein, wird zum Kern des Ich-Ideals, schwankend zu werden, zu versagen, zur fast alleinigen Kritik des Über-Ichs. Das Ich funktioniert als rastloser Erfüllungsgehilfe, ist aber zu kritischem Einspruch, zur Kurskorrektur nicht mehr in der Lage. Für seine Umgebung unfassbar hat der Betreffende sich auf einen Weg einsamer, heroischer Konsequenz begeben. Man könnte von einer abgründigen, einer pervertierten Generativität sprechen, die fanatische Menschen treibt. Sie wollen die Welt im Ganzen heilmachen, aber es ist die Unfähigkeit zur Einfühlung, zum Ertragen von Ambivalenz, zur konkreten, wenn auch bescheidenen Fürsorge. All dies sind – ohne in traditionelle Geschlechterstereotypen zurückfallen zu wollen – in aller Regel männliche Attitüden. Kommt es – in sehr viel selteneren Fällen – auch bei Frauen zum Fanatismusdurchbruch, können diese eine ähnliche Radikalität an den Tag legen wie Männer. Man denke an Gudrun Ensslin, Pfarrerstochter, gläubige Christin und Pazifistin, die sich zur „bösen Fee“ der RAF entwickelte. Oder an Magda Goebbels, die zur Giftmörderin ihrer sechs Kinder wurde, weil sie ihnen das Leben in einer „Welt ohne den Führer“ nicht zumuten wollte.

Immer wieder konnten fanatische Persönlichkeiten, die heute noch als Vorbilder, charismatische Persönlichkeiten, gar Heilige verehrt werden, sich durchsetzen und der Welt ihren Stempel aufdrücken. Oftmals schleift sich das Fanatische nach besonders spektakulär-destruktiven Manifestationen ab. Viele Terroristen sagten sich nach langjährigen Haftstrafen von ihren Ideologien los, betrachteten ihr gewalttätiges Agieren im Nachhinein – ähnlich wie heute manche IS-Heimkehrer – als quasi unwirkliche Phase ihres Lebens oder verfielen, wie der Ex-RAF-Terrorist Horst Mahler, in radikal gegenteilige ideologische Positionen. In der ausgeprägt malignen Entwicklung ist eine fanatische Persönlichkeitsveränderung ein „Sein zum Tode“. Savonarola, Robespierre, Hitler, Andreas Baader, Sayyid Qutb oder Osama bin Laden, sie alle überreizten ihren Anspruch derart, dass sie am Ende ihren eigenen Untergang provozierten. Teils bitter, teils heroisch rangen sie bis zum Schluss mit dem absolut „bösen Prinzip“, rächten sich unbewusst an einer Welt, die sich ihrer Vision als nicht würdig erwiesen hatte.

Nachwort

Kann man Fanatiker therapieren? Auf dem Höhepunkt ihres Agierens sicher: Nein! Wir können im Vorfeld arbeiten, bevor sich gefährdete Menschen irreversibel verhärten. Wir können im Nachhinein bei der Therapie der Umkehrer und Aussteiger arbeiten. Wir können in aufklärender, beratender und mahrender Funktion auf das öffentliche Bewusstsein Einfluss nehmen. Und unter Umständen können wir uns auch – vielleicht derzeit noch ein naiver Gedanke – bei Politikern und politischen Gremien mehr Gehör verschaffen, bevor es einmal mehr zu katastrophalen Fehleinschätzungen und Fehlentscheidungen kommt.

Der sich zuspitzende globale Konflikt zwischen demokratischen und autoritären Regimen, die weltweite Zunahme an Populismus, Autoritarismus und Fremdenfeindlichkeit, der wachsende Einfluss ultranationalistischer und neo-evangelikaler Bewegungen auch in demokratischen Gesellschaften ist besorgniserregend. Das Internet ist heute zu einem gewaltigen Brandbeschleuniger induzierten Fanatismus geworden. Für jede noch so abstruse Überzeugung gibt es „*follower*“, und welche destruktive Wirkung künstliche Intelligenz demnächst auf eskalierende Konflikte ausüben könnte, ist derzeit noch gar nicht auszudenken. Wird die Menschheit im Rahmen eines „*ethical turns*“ (Orange 2017) in der Lage sein, ihre Neigung zu Fanatismus und Gewalt, wenn nicht ganz auszumerzen, so doch in erträglicher Weise einzudäm-

men? Diese Frage scheint heute genauso schicksalsträchtig wie die Lösung der großen ökologischen und ökonomischen Probleme. Alles andere als auf weitere schwere Krisen gefasst zu sein, wäre blauäugig. Dennoch, das Unkomplizierte der weltweiten Kontaktsuche Heranwachsender, der unglaubliche Mut vor allem von Frauen im Widerstand gegen totalitäre Gottesstaaten, der unbeirrbar an die versöhnende Macht des Wortes glaubende Salman Rushdie – es gibt Anlässe zur Hoffnung.

Stärken wir den „Gott Logos“ und den „ewigen Eros“, die einigenden Kräfte der Vernunft und der allgemeinen Menschenliebe, die Sigmund Freud einst beschwor. Stärken wir demokratische Lebensformen und Werte! Stärken wir die humanisierende Kraft des Zweifels gegen alle Attitüden dogmatischer Rechtgläubigkeit! Kämpfen wir – auch mit allen wissenschaftlichen Mitteln – gegen das Menschheitsübel Fanatismus! Aber wer kann, wie Freud skeptisch anmerkte, „den Erfolg und den Ausgang voraussehen“ (1930, S. 506)?

Literatur

- Aust, S.* (1998), *Der Baader-Meinhof-Komplex*, München, Wilhelm-Goldmann
- Bohleber, W.* (1992), Nationalismus, Fremdenhass und Antisemitismus. Psychoanalytische Überlegungen, *Psyche Z Psychoanal* 46, S. 689-709
- Bohleber, W.* (2002), Kollektive Phantasmen, Destruktivität und Terrorismus, *Psyche Z Psychoanal* 56, S. 699 – 719
- Bolterauer, L.* (1989), *Die Macht der Begeisterung. Fanatismus und Enthusiasmus in tiefenpsychologischer Sicht*, Tübingen, edition discord
- Britton, R.* (1993) Fundamentalismus und Idolbildung, in: Gutwinski-Jeggel, J. und Rotmann, J. M. (Hg.), *Die klugen Sinne pflegend. Psychoanalytische und kulturkritische Beiträge*, Tübingen, Edition discord, S. 100 – 119
- Brockhaus, G.* (2022), Hasslust – Ansteckungsangst und Abwehr, *Psyche Z Psychoanal* 76, S. 599-631
- Conzen, P.* (2005), *Fanatismus. Psychoanalyse eines unheimlichen Phänomens*, Stuttgart, Kohlhammer
- Conzen, P.* (2008), Rache ist nie süß. Das Feuer der Scham als Wurzel menschlichen Extremismus und Fanatismus, *Psychosozial*, Heft 3, S. 135 – 147
- Durban, J.* (2022), Osmotisch-diffuse Ängste und „harte“ Ideologien, *Psyche Z Psychoanal* 76, S. 377-401
- Erikson, Erik H.* (1981), *Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel*, Frankfurt a.M., Suhrkamp
- Erikson, E. H.* (1982), *Lebensgeschichte und historischer Augenblick*, Frankfurt a.M., Suhrkamp
- Fest, Joachim* (1973), *Hitler. Eine Biografie*, Berlin, Propyläen Verlag

- Freud, S.* (1921), Massenpsychologie und Ich-Analyse, Gesammelt Werke Bd. 13, S. 71 – 161
- Freud, S.* (1930), Das Unbehagen in der Kultur, Gesammelte Werke Bd. 14, S. 419 – 506
- Grunberger, B.* (1976), Vom Narzissmus zum Objekt, Frankfurt a.M., Suhrkamp
- Hoffer, E.* (1965), Der Fanatiker, Reinbek, Rowohlt-TB- Verlag
- Hole, G.* (1995), Fanatismus. Der Drang zum Extrem und seine psychischen Wurzeln, Freiburg, Herder
- Kakar, S.* (1997), die Gewalt der Frommen. Zur Psychologie religiöser und ethnischer Konflikte, München, C. H. Beck
- Kernberg, O. F.* (1998), Wut und Hass. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen, Stuttgart, Klett Cotta
- Kernberg, O. F.* (2000) Ideologie, Konflikt und Führung, Stuttgart, Klett Cotta
- Klein, M.* (1962), Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse, Stuttgart, Klett
- Koenen, G.* (2003), Vesper, Ensslin, Baader. Urszenen des deutschen Terrorismus, Köln, Kiepenheuer & Witsch
- Kohut, H.* (1976), Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen, Frankfurt a.M., Suhrkamp
- Orange, D.* (2017), Climate crisis, psychoanalysis and radical ethics, London, New York, Rottlage
- Prinz, A.* (2003), Lieber wütend als traurig. Die Lebensgeschichte der Ulrike Marie Meinhof, Weinheim, Basel Berlin, Beltz
- Rudin, J.* (1973), Fanatismus. Eine psychologische Analyse, Freiburg, Walter Verlag
- Volkan, Vamik D.* (1999), Das Versagen der Diplomatie. Zur Psychoanalyse nationaler, ethnischer und religiöser Konflikte, Gießen, Psychosozial Verlag
- Winnicott, D. W.* (1971), Vom Spiel zur Kreativität, Stuttgart, Klett Cotta

Interessenkonflikt: Es besteht kein Interessenkonflikt.

Autor:

Dr. Peter Conzen

Burgblick 18, 53 177 Bonn

peter.conzen@t-online.de

Zum Autor: Peter Conzen ist Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut und war bis zum Eintreten in den Ruhestand 2021 langjähriger Leiter der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche des Caritasverbandes für die Stadt Bonn. Veröffentlichungen zum Werk Erik H. Eriksons, zur psychoanalytischen Entwicklungstheorie, zur Identitäts- und Fanatismusforschung. Letzte Veröffentlichungen: „Die bedrängte Seele. Identitätsprobleme in Zeiten der Verunsicherung“, Stuttgart 2017, Kohlhammer; „Erik H. Erikson – Grundpositionen seines Werkes“, 2. Auflage, Stuttgart 2020, Kohlhammer

Lob der Unsicherheit¹

Hermann Staats

Zusammenfassung

„Unsicherheit“ ist ein regelmäßiger Begleiter menschlicher Beziehungen und ärztlichen Handelns – und Unsicherheit ist auch ein Merkmal unserer Zeit. Ein Vermitteln von Sicherheit scheint hier die naheliegende Lösung, in ärztlichen und therapeutischen Kontakten ebenso wie bei der Diskussion gesellschaftlicher Konflikte.

Vortrag und Diskussion gehen der Frage nach, ob und wie mit Unsicherheiten auch anders umgegangen werden kann. Der Schwerpunkt liegt dann auf der Entwicklung interpersoneller Fähigkeiten zur Bewältigung von Unsicherheit. Für Kinder und Jugendliche werden Verbindungen zur Feinfühligkeit, zum Erkundungsverhalten, dem Zutrauen, zu Bindung, Mentalisieren und epistemischem Vertrauen untersucht. Warum und wem wird vertraut? Von wem übernehme ich, lerne ich etwas?

Ein klinischer Schwerpunkt liegt auf dem Umgehen mit Kindern und Eltern, die nicht leicht vertrauen und auch zu ihrem Arzt oder ihrer Ärztin nicht primär eine positive Übertragung aufbauen. Hier werden Ansätze der psychoanalytisch- interaktionellen Methode PiM und der mentalisierungsbasierten Therapie MBT dargestellt und mit Bezug auf das ärztlich-psychotherapeutische Gespräch und digitale Kommunikationsformen untersucht. Das Umgehen mit Unsicherheiten wird als zentrales Merkmal von Beziehungsfähigkeit beschrieben. Seine Bedeutung wird in digitalen Zeiten weiter zunehmen. Eine relative Sicherheit mit Zutrauen und Zuversicht ist mit einer gelingenden Regulation von Affekten und Beziehungen, Mentalisieren und Epistemisches Vertrauen verbunden.

Schlüsselwörter: Unsicherheit, Ambiguitätstoleranz, Angst, Epistemisches Vertrauen, Mentalisieren, Psychoanalytisch-interaktionelle Methode PIM

1) Vortrag zur Jahrestagung des BKJPP am 17.11.2022 in Kassel

Summary

“Uncertainty” is a regular companion of human relationships and medical practice – and uncertainty is also a characteristic of our time. Conveying certainty seems to be the obvious solution here, in medical and therapeutic contacts as well as in the discussion of social conflicts.

The lecture and discussion will explore the question of whether and how uncertainties can be dealt with differently. The focus will then be on the development of interpersonal skills for coping with uncertainty. For children and adolescents, links to sensitivity, exploratory behaviour, trust, attachment, mentalizing and epistemic trust will be examined. Why and who is trusted? From whom do I take over, do I learn something?

One clinical focus is on dealing with children and parents who do not trust easily and who do not primarily establish a positive transference with their doctor. Here, approaches of the psychoanalytical-interactional method PiM and mentalization-based therapy MBT are presented and examined with reference to the medical-psychotherapeutic conversation and digital forms of communication. Dealing with uncertainty is described as a central feature of relationship skills. Its importance will continue to increase in digital times. Relative security with trust and confidence is associated with the successful regulation of emotions and relationships, mentalization and epistemic trust.

Keywords: *Uncertainty, tolerance of ambiguity, anxiety, epistemic trust, mentalizing, psychoanalytical-interactional method PIM*

Einleitung

Bei der Vorbereitung des Vortrags „Lob der Unsicherheit“ wurde ich selbst zunehmend „unsicherer“: Ist der Titel auch eine Provokation für Menschen, die zur Zeit in starker Unsicherheit leben? Kann ich da als ein in zunächst hier einmal sehr sicherer Position lebender Mensch dazu „gut reden“?

Und wird es mir gelingen, genug Vertrautes, Sicheres zu bieten, da kenne ich Sie als Leser:innen ja gar nicht, damit Sie sich auf die Freude am Unvertrauten, Neuen, Herausfordernden, Unsicheren einlassen? Das ist eine gewisse Herausforderung für Sie und mich.

Lob der Unsicherheit

Der zentrale Konflikt, um den sich die Bindungstheorie entwickelt hat, kann bildlich als eine Art Wippe gedacht werden. Bindung und Exploration stehen sich gegenüber und bedingen einander – im Wechsel wird ein Verhalten aktiv und das andere tritt zurück.



Abb. 1: Bindung und Exploration

Das Wechselspiel von Bindung und Exploration, Exploration und Bindung kann an jedem Sandkasten im Park beobachtet werden: Ein Kind kommt mit Mutter oder Vater, bleibt noch einem Moment bei seiner Bindungsperson „in Sicherheit“, spielt dann und kehrt nach einer Weile zurück zur Mutter, um dort im „sicheren Hafen“ erneut „aufzutanken“ und dann wieder aufzubrechen.

Wenn wir bei diesem Bild bleiben, fällt möglicherweise auf, dass wir uns in dieser Theorie überwiegend mit *einem* Teil der Wippe beschäftigen – der Sicherheit der Bindung. Warum schauen wir so sehr auf Sicherheit?

Die theoretische Annahme ist die: Mit ausreichender Sicherheit folgt automatisch Explorationsverhalten. Darum reicht es aus, für Sicherheit zu sorgen.

Dann explorieren Kinder von sich aus – sie sind neugierig, wollen lernen. Und unter idealen Bedingungen ist das auch so: aus der Sicherheit folgt die Exploration. Lernen bedeutet, sich – möglichst sogar lustvoll – auf etwas (noch) unsicheres einlassen, etwas tun, das man noch nicht kann, wo man unsicher ist, ob und wie das gelingen wird. In diesem Modell ist die andere Seite der *Sicherheit* etwas *Gefährliches*: „Wenn dem Esel zu wohl ist, geht er aufs Eis“.

Werfen wir hier einen Blick auf die Betonung von Sicherheit (gegenüber Exploration) in unseren entwicklungspsychologischen Modellen. Die Betonung von Sicherheit, der Ruf nach ihr gilt, das ist mein Eindruck, auch im Gesundheitswesen, im Alltag und auch für die Politik.

Liegt das daran, dass wir in unsicheren Zeiten leben und Sicherheit besonders notwendig brauchen? Ein solcher Gedanke liegt zunächst nahe: „Wir leben in unsicheren Zeiten“ viele Vorträge beginnen so – aber stimmt das auch? Zu beobachten ist ein deutliches Erleben von Ungewissheit gegenüber zukünftigen Entwicklungen und damit verbunden ein starkes Bedürfnis nach Sicherheit und Gewissheit. Dieses Sicherheitsbedürfnis und die damit verbundenen Einschränkungen individueller Wahlmöglichkeiten werden zugleich auch als problematisch betrachtet: oft ungerichtet entladen sich Zorn und Empörung über Maßnahmen, die als notwendig für die Sicherheit, als moralisch gerechtfertigt und manchmal auch als „alternativlos“ vertreten werden.

Die Welt ist komplex und unüberschaubar geworden – so viele Informationen, die schwer einzuordnen sind, sich widersprechen, nur noch von Experten beurteilt werden können: Etwa: Was hilft der Umwelt tatsächlich? Wie sind politische Entscheidungen zu verstehen? Was macht dick? Wie behandle ich Angst oder Depression? Was hilft wem wann? Will ich noch eine Flugreise machen?

Gesellschaftlich stehen wir vor neuen Herausforderungen in der Globalisierung und Digitalisierung – und sehen den Versuch, die damit verbundenen Unsicherheiten wieder auf eindeutige, scheinbar klare Haltungen zu reduzieren und Ungewissheit auszuschließen. So gibt es ein Bedürfnis nach Reduktion von Unsicherheit und nach Führung und Leitung. Das schlägt sich nieder in einer Polarisierung und Personalisierung von Positionen. Das vereinfacht. Es wird ein Teil der „Identität, der Zugehörigkeit zu einer Gruppe“ – nicht etwas, das ich immer wieder neu überlegen und abhängig vom Kontext neu entscheiden muss.

Es erscheint zunächst paradox, Ungewissheit und Unsicherheit demgegenüber auch als etwas Gutes zu begrüßen? Wofür könnte das gut sein?

Unsicherheit als Anreiz für Entwicklungen und als Bedingung von Freiheit

Unsicherheit betrachte ich als einen Anreiz für Entwicklungen – es ist nicht sicher, wie es weitergeht. Unsicherheit ist so betrachtet, eine Voraussetzung für das Erleben von Freiheit; sie ist auch eine Voraussetzung für ein sich Einfühlen in andere Menschen. Wir wissen nicht, was sie denken und für das Gelingen von Beziehungen, andere sind anders, wir lassen uns in Beziehungen auf etwas Neues ein, wagen etwas.

Zu viel Sicherheit ist hier eine Einschränkung. Wenn ich mir des anderen (zu) sicher bin, über ihn verfüge – innerlich oder äußerlich – dann verliere ich ihn und letztlich auch mich als ein eigenständiges, interessantes Subjekt. Ein offenes Akzeptieren und Aushalten von Unsicherheit durch Autoritätspersonen – wie etwa von Ärztinnen und Ärzte, die ein „ich weiss es nicht“ gut vermitteln – kann dabei durchaus Vertrauen fördern.

Zugleich ist zu bedenken: zu viel Unsicherheit behindert Neugier und Explorationsverhalten. Es „kommt also drauf an“- zunächst auf die Frage des Ausmaßes an Unsicherheit. Wieviel Unsicherheit trauen wir uns zu? Wie zurecht sind wir? Da ist die typische wissenschaftliche Antwort ein „es kommt darauf an“. Wissen verstärkt Unsicherheit. Deshalb schneiden Wissenschaftler oft schlecht ab in Talkshows. Die wissenschaftliche Antwort „es hängt davon ab – kein ja oder nein“ vermittelt keine Sicherheit. Das kann verärgern. In England hieß es zu den antizipierten Folgen des Brexit damals: „*we are fed up with experts!*“ – wir haben die Nase voll von Experten!

Vor diesem Hintergrund sind Fähigkeiten und Ressourcen zum Umgehen mit Ungewissheit und Unsicherheit zentral. Wir brauchen sie zum Aufrechterhalten von Beziehungen, unserer seelischen und körperlichen Gesundheit und unseres Selbstgefühls. Wie also können wir Unsicherheit begrüßen, erkunden, Neues entdecken und uns daran entwickeln?

Wenden wir uns dieser „**gefährlicheren**“ Seite zu, und schauen wir uns das Unsichere an, die zweite Seite der Wippe: **Exploration!** Exploration geschieht mit Unsicherheit, manchmal mit Herzklopfen, mit Angst.

Was hilft bei Angst und Unsicherheit?

- Kompetenz/Lernen
(auch als inneres Konzept: „Mastery“)
- Beziehungen/Bindung und Unterstützung
(auch verinnerlichte Beziehungen/Repräsentanzen)
- Zuversicht, Zutrauen, Glaube
(Sinnggebung, Spiritualität)

Exposition!

mod. nach Benecke & Staats, 2021

Abb. 2: Angst und Unsicherheit

Und wenn wir explorieren wollen, dann müssen wir uns dieser Angst aussetzen – uns exponieren. Zu viel Sicherheit (d.h. zu wenig Exposition) reduziert also unsere Fähigkeit, mit Angst umzugehen, uns auf Neues einzulassen: Das ist ein entwicklungspsychologischer, ein klinischer und auch ein gesellschaftlicher Befund.

Ein Experiment dazu ist für unsere Fragestellung von besonderem Interesse. Aus der Arbeitsgruppe von Bob Emde stammen die Untersuchungen zum „Social Referencing“, der Orientierung am Gesichtsausdruck einer Bindungsperson beim Bewältigen von Unsicherheit (Sorce et al, 1985), Emde entwickelte einem Tisch, dessen Platte teils aus Holz und teils aus Plexiglas bestand. Einjährige Kinder standen vor der Aufgabe über den Tisch zu Ihrer Mutter zu krabbeln und mussten dabei den Übergang von Holzuntergrund zu Plexiglas überwinden, ein visual cliff“. Beim Übergang vom Holz zum Glas – dem plötzlichen Blick in die Tiefe – stoppten die Kinder zunächst und suchten das Gesicht ihrer Mutter. Sie entscheiden anhand der wahrgenommenen Reaktion, ob sie ihre Exploration fortsetzen, oder (etwa als zu gefährlich) abbrechen. Ermutigte die Mutter mit ihrem Ausdruck, krabbelten die Kinder weiter und schlossen ihre Mutter in die Arme. Vermittelte das Gesicht der Mutter Angst, blieben die einjährigen Kinder an der Schwelle sitzen und verharrten dort.

Voraussetzung für Exploration sind Orientierung und Ermutigung, *Zutrauen*: dann kann etwas Neues erprobt werden. Der Bezug auf andere, nämlich *Social Referencing* ist auch für Erwachsene ein wichtiger Aspekt des Umgehens mit Angst: Angst steckt an.

Was hilft gegen Angst? Etwas wiederholt tun, lernen und Kompetenzen entwickeln, so wie „Berge besteigen“. Sich jemand suchen, mit dem eine Herausforderung gemeinsam durchsteht – einen Bergführer. Und der Glaube an die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns, Zuversicht, ein „das ist mir wichtig, auch wenn es anstrengt“. Gemeinsam ist diesen Faktoren: Exposition ist notwendig, um mit Angst kompetent umgehen zu lernen. Das gilt auch für Unsicherheit – auch hier kann und darf man üben:

Mit etwas Übung entsteht in der Regel eine *Lust* an der Unsicherheit, am Erkunden, am selbst machen – so, wie es die Lust an der Angst gibt, die Angstlust oder *Thrill*. Kaum etwas ist so beglückend, wie etwas Altes in sich zu verändern, Neues zu lernen, ein Überspringen der Angst. Dopamin und Oxytocin werden hier ausgeschüttet. Es ist vielleicht interessant, dass „Zuversicht“ vor allem in der jüdischen Tradition ein wichtiger Begriff ist – das Vertrauen auf jemanden, auf Gott, oft verbunden mit der Vorstellung des Warten-könnens. Wenn wir, wie in der evangelisch-christlichen Tradition, fest an etwas glauben, dann sind wir schon mehr auf der „sicheren Seite“.

Dieses Vertrauen auf jemanden, statt des Glaubens an etwas; das „guter Hoffnung sein“, statt an technisch sichernde Verfahren zu glauben, das braucht Zeit. Zuversicht braucht Zeit und Gelassenheit. Mit Kindern ist das oft nicht leicht. Trotz tritt oft bei Fragen des „selber machens“ auf, dafür ist oft wenig Zeit; Möglichkeiten des selbständigen Erkundens sind eingeschränkt, wenn die Zeit der Eltern knapp ist.

Wie entstehen Zuversicht und Zutrauen entwicklungspsychologisch?

Erinnerungen, Erfahrungen sind bestimmend im Umgang mit unseren Bezugspersonen. Schauen wir uns die Entstehung solcher Erinnerungen und Erfahrungen zur Regulation von Emotionen einmal an.

Affektregulation durch kongruente und markierte Spiegelung

Was reduziert den negativen Affekt?

- Kontingenzentdeckung durch den Säugling
- „Containment“ durch die Bezugsperson
- Zunehmender repräsentationaler Zugriff auf den Affekt und das Selbst (Grundlage der Affekt- und Selbstregulation)

Abb. 3: Affektregulation

Eine gelingende Affektregulation ist eng verbunden mit elterlicher Feinfühligkeit und mit der Entwicklung eines sicheren Bindungsstils. Wir erleben das auch im Erwachsenenalter noch. Das ist die weitgehend vertraute Sicht auf die Bindungstheorie.

Die weitere Entwicklung dieser Theorie kann hier nur sehr kurz und orientierend dargestellt werden (ausführlicher und eingebettet z. B. in Staats (2021): Psychoanalytische Entwicklungspsychologie. Bd. 1, Schwangerschaft, Geburt und Kindheit). Als ein übergreifendes Konzept psychotherapeutischen Handelns ist „Mentalisieren“ beschrieben – die Fähigkeit, sich selbst aus der Perspektive von außen und andere aus deren Perspektive zu verstehen. Die Fähigkeit, auch in emotional belastenden Situationen „mentalisieren“ zu können, trägt dazu bei, Konflikte besser zu bewältigen. Sie ist ein gemeinsames Prinzip vieler wirksamer Psychotherapieverfahren. Allerdings fanden sich auch Menschen, die gut mentalisieren können und die dennoch schwer psychisch erkrankt waren oder blieben.

Als drittes, aktuelles Paradigma der Bindungsforschung etabliert sich daher in der Entwicklungspsychologie und der Pädagogik das Konzept des Epistemischen Vertrauens. Epistemisches Vertrauen ist eine Errungenschaft von frühen sicheren Beziehungserfahrungen, die es Menschen ermöglicht, besonders viel und besonders gut zu lernen. Es ist die – nicht selbstverständliche – Bereitschaft, Informationen von anderen zu vertrauen und diese als für sich bedeutungsvoll wertzuschätzen.

Epistemisches Vertrauen

Evolutionsbiologische Sicht:
Weitergabe sozialen Wissens –
epistemisches Vertrauen und
epistemische Vigilanz (S. 291)



Theorie der natürlichen Pädagogik: Reduktion epistemischer Vigilanz
ermöglicht effektiven Wissenstransfer

(Fonagy und Campbell, 2017)

„viele, wenn nicht alle Arten von Psychopathologie könnten
durch Störungen des epistemischen Vertrauens und einer
dadurch bedingten Störung des sozialen Lernens bedingt sein“

(Fonagy et al 2014, Übersetzung H. S.)

Abb. 4: Epistemisches Vertrauen

Epistemisches Vertrauen ist ein wichtiger Aspekt sozialen Lernens. Untersuchungen zeigen, wie stark Beziehungsaspekte Lernerfolge beeinflussen. Wichtig sind dabei sogenannte „ostentative Signale“, die Kontakt vor dem Vermitteln einer Information herstellen. Der Reichtum unseres kulturellen Wissens wird auf der Grundlage epistemischen Vertrauens in andere weitergegeben. Das meiste, was wir wissen, kennen wir nicht aus eigener Anschauung. Wir glauben diesen Informationen, weil wir sie von vertrauenswürdigen Anderen gehört haben und annehmen, dass diese anderen Menschen (in der Regel) ihre Informationen wohlwollend, bezogen und für unsere Perspektive gestaltet mitteilen. Fonagy und andere sprechen davon, dass das biologisch vorgegebene Bindungssystem für die Transmission kulturellen Wissen „gekapert“ worden sei. Nur so habe sich die komplexe menschliche Kultur entwickeln können. Viele, wenn nicht alle Formen von Psychopathologie ließen sich auf Störungen des epistemischen Vertrauens, des Lernens in Beziehungen zurückführen (Fonagy & Allison, 2014). Wissensvermittlung wird hier über ein Markieren kommunikativer Absichten beim Handeln und ein damit einhergehendes Mobilisieren der lernenden Haltung beschrieben. Bei Kindern trägt die Entwicklung epistemischen Vertrauens dazu bei, dass sich ein introspektiv wahrnehmbares subjektives Selbst herausbildet.

Mit dem Konzept des Epistemischen Vertrauens finden sich Verbindungen zu Freuds frühem Konzept der „unanstößigen Übertragung“ und zu anderen Forschungsrichtungen, von denen hier zwei genannt sein sollen. Blaffer-Hrdy (2009, dt. 2010) beschreibt aus anthropologischer Sicht, dass sich menschliche Kultur dadurch habe entwickeln können, dass mehrere Frauen sich die Versorgung eines Neugeborenen teilen; sie spricht von „Allomüttern“. Kinder lernen dadurch früh, sich auf unterschiedliche Informationen zu verlassen, sie entwickeln im epistemischen Vertrauen ein zuversichtliches Umgehen mit Unsicherheit (ausführlicher zu Anwendungen bindungstheoretischer Überlegungen in der Praxis von Pädagogik und Beratung in Staats (2020): Feinfühlig arbeiten mit Kindern).

Wenn unser Bindungssystem für die Weitergabe von kulturellem Wissen „gekapert“ worden ist, sind wir auf Kooperation mit anderen Menschen angewiesen, die wir als sichere Informationsquellen erkennen. Wem glauben wir etwas? Wie reduzieren wir hier Unsicherheit?

„Sichere Quellen“ erkennen Menschen an bestimmten Merkmalen, die als Auslöser von epistemischem Vertrauen wirken, sogenannte „ostensive“ oder „ostentative“ Signale wie Präsenz, ein zugewandter Blick, das Ansprechen mit Namen, sichtbar geteilte Aufmerksamkeit und Wahrnehmung. Dieses Muster wird auch therapeutisch genutzt. Patienten „glauben“ ihren Therapeut:innen nicht aufgrund der intellektuellen Überzeugungskraft von Deutungen oder Modellen, sondern, weil sie ihnen glauben wollen, sie in eine Reihe mit anderen Personen stellen, denen sie vertraut haben – und dabei gute Erfahrungen gemacht haben.

Diese schon von Freud als „Übertragung“ beschriebene Bereitschaft kann aber auch fehlen. Es gibt Patientinnen und Patienten, die keine positive Übertragungen aufbauen, zumindest nicht zu Beginn einer Psychotherapie. Kinder, bei denen das nicht der Fall ist, zeigen häufig unsichere Bindungen, wenig Mentalisieren und ein eingeschränktes epistemisches Vertrauen. Sie stellen besondere Herausforderungen im Umgehen mit Unsicherheit. Unter solchen Bedingungen kann das Wissen helfen, wie sich *Epistemisches Vertrauen* in andere und in sich selbst angesichts der Unsicherheiten im Leben entwickelt.

In dem folgenden Fallbeispiel wird dargestellt, wie für diese Kinder und ihre Familien eine entwicklungsfördernde Haltung eingenommen werden kann. „Nicht Wissen“ und sich markiert als Beziehungspartner:in sichtbar zu machen, ist hier hilfreich. Für Menschen, die mit Kindern und Jugendlichen ar-

beiten, ist diese Positionierung als Therapeut:in nicht so neu, für Erwachsenentherapeut:innen dagegen schon häufiger.

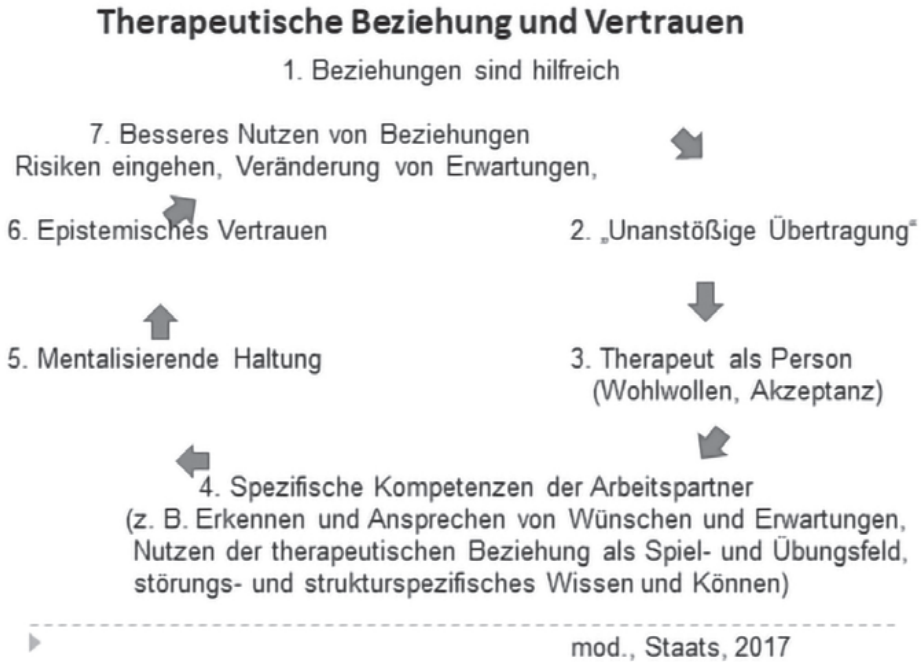


Abb. 5: Therapeutische Beziehung und Vertrauen (aus Staats, 2017: Die therapeutische Beziehung. Spielarten und verwandte Konzepte).

Fallbeispiel – Kleinkind-Eltern Psychotherapie mit Oskar (Säuglings-Kleinkind-Eltern Therapie SKEPT (z. B. Cierpka u. Windaus, Hrsg, 2007))

Oskar, ein zweijähriger Junge, wird von seinen Eltern vorgestellt, weil er „in der Kita beißt“. Mit Strafen sei er von seinem Verhalten nicht abzubringen. Er sei kräftig, in seiner Gruppe ist er der Größte, werfe sich auf andere Kinder und beiße diese so, dass sie blaue Flecke davontrügen. In der Kindertagesstätte und auch von seiner Mutter wird Oskars Verhalten als „böse“ interpretiert. Andere Eltern drohten damit, ihre Kinder abzumelden, wenn Oskar nicht aus der Gruppe geht, oder das Verhalten auf andere Weise unterbunden wird. Der Druck, der auf der Familie lastet, ist bei der Anmeldung im Familienzentrum deutlich spürbar

In das Erstgespräch mit der Familie geht der Therapeut mit der Frage, ob Oskars Verhalten etwas liebe- oder lustvolles haben könnte, der Suche nach

Kontakt und Beziehung dient, oder welche anderen Funktionen zu beobachten sein werden. Dort weist mich die Mutter als erstes auf Oskars Blick hin. Der sei „aggressiv“, beschreibt sie, sie ziehe sich dann von ihm zurück. Sie steht nicht so deutlich auf der Seite ihres Kindes wie der Vater, der sagt: „Oskar ist nicht böse. Wenn ich mit ihm im Garten bin, ist er prima!“ Die Parteinahme für Oskar wird von der Mutter kritisiert: Sie weist direkt auf die eingeschränkte Zuständigkeit des Vaters hin: „Er ist nicht der biologische Vater.“

Im Gespräch spielt Oskar zunächst unauffällig, nimmt Kontakt auf mit seiner Mutter, vorsichtig auch mit mir als Therapeut. Seine Mutter hat ihre Arbeitsstelle gewechselt; sie möchte ihre neue Arbeit auf alle Fälle behalten und ist auf einen Kindergarten angewiesen – vor allem seitdem der Stiefvater eine weit entfernte Stelle angetreten hat und nicht mehr täglich zu Hause ist. Der Vater arbeitet im Schichtdienst in einer Firma, in der umstrukturiert und entlassen wird. Der Druck auf alle Beteiligten ist deutlich spürbar. Die Eltern müssen funktionieren, denke ich, da ist wenig Raum, den Druck wahrzunehmen, der auf allen Beteiligten und auch auf Oskar lastet.

Die Eltern setzen auf Einsicht bei ihrem Kind. Der (soziale) Vater berichtet, er habe Oliver beim Fernsehen „auch mal spontan gebissen, damit Oskar merkt, wie das ist, und dass das wehtut!“ Hier wird eine altersunangemessene Fähigkeit der Steuerung über Einsicht bei einem zweijährigen Kind vorausgesetzt – eine Überforderung, wie sie auch in den Reaktionen im Kindergarten deutlich wird. Daher geht es im ersten Gespräch zunächst um eine Entlastung der Familie. Geschaut wird, welche Möglichkeiten für eine Sicht auf das Beißen denkbar sind, und wie die Eltern reagieren können. Ein Einnehmen der Perspektive des Kindes wird geübt. Damit können kindlicher Signale besser verstanden werden. Die Wichtigkeit von Zeiten gemeinsamen Spielens wird betont. Und der Kita kann gesagt werden, dass etwas geschieht, die Mutter sich um die Behandlung ihres Sohnes kümmert.

In gewisser Weise führt der Therapeut hier unaufdringlich vor, was die Eltern mit Oskar machen könnten – Belastungen anerkennen und sich ihm aufmerksam zuwenden. Der nächste Termin wird in der darauffolgenden Woche vereinbart. Die Eltern bekommen als Aufgabe noch eine bindungsfördernde Intervention zum Üben mit – WWW „Watch, Wait and Wonder“ (Cohen et al 2006). Eine viertel Stunde am Tag sollen sie mit Oskar „nichts tun“ – stattdessen aber aufmerksam sein, abwarten, was Oskar initiiert und stauen, was passiert. Das ist eine offenerere, „unsichere“ Situation als viele Eltern im Umgehen mit ihren Kindern gewohnt sind. Für manche Eltern ist dies keine leichte Aufgabe. Sie sind es gewohnt (haben es oft in früher Krippen-

betreuung erfahren), dass Betreuung von Kindern „pädagogisch“ geschieht. Es gibt kein gutes alternatives Modell dazu, wie „Freude aneinander“ erlebt werden kann, ohne etwas vom anderen zu wollen. Wenn Eltern überwiegend wie Pädagog:innen mit ihren Kindern umgehen, haben sie oft ein Modell der Förderung im Sinn. Im Verlauf der Behandlung kamen neue Aspekte in die Beziehung zwischen Eltern und Kind – in „Sich-auf-Unsicheres-Einlassen“. Die Beziehung wird wechselseitig erlebt. Manche Eltern sagen „Ich lerne mein Kind jetzt erst richtig kennen.“

Schon im zweiten Gespräch hat sich das Beißen gebessert und tritt als Problem in den Hintergrund. Statt des Beißens spricht die Mutter weitere Schwierigkeiten an: die Unruhe und der „Trotz“ von Oskar. Er „horcht“ nicht, tut nicht, was ihm gesagt wird, trotz. Die Mutter fühlt sich hilflos, ohne Möglichkeit der Einflussnahme auf Oskar und schreibt ihm eine Verantwortung für sein Verhalten wie einem Erwachsenen zu. Es wird selbstverständlich davon ausgegangen, dass Oskar sein Verhalten steuern kann und dazu auch keine Unterstützung braucht – wieder eine Wiederholung dessen, was die Eltern an ihren Arbeitsplätzen erleben. Ein entwicklungspsychologisches Anerkennen des Trotzens als eines ersten Schrittes des Ausprobierens von eigenen Regeln und Normen, des Verinnerlichens der Steuerung von Verhalten fehlt. Die Anstrengung der Anpassung – an die Situation im Kindergarten und an die veränderte Familiensituation mit dem Verlust des regelmäßigen Kontakts zu Oskars Vater – wird nicht gesehen. Oskar soll diese Anpassung – wie die Eltern – selbstverständlich leisten, ja noch mehr: diese Anforderung wird gar nicht als Anforderung gesehen.

Im dritten Gespräch beginnt Oskar, freier im Raum „herumzutoben“. Vater und Mutter bemühen sich um eine Begrenzung dieser Aktivität. Vor allem dem Vater ist das Verhalten von Oliver „peinlich“. Er kümmert sich, versucht, Oliver zu beschäftigen und abzulenken. Sein Sohn sei – noch – ein „Rohdiamant“, der „geschliffen“ werden müsse, am besten schon als Kind beim Militär – „erst in die Grundausbildung und dann zu den Kampfschwimmern!“.

Und der Vater erzählt vom Anpassungsdruck an der Arbeit. In seiner Firma werden alle Stellen neu evaluiert. „Fremde Leute, die keine Ahnung haben, kommen und beurteilen uns; davon hängt dann nachher das Gehalt ab.“ Der Vater schildert seinen Protest gegen diesen Anpassungsdruck. Olivers „Trotz“ bekommt hier eine andere Seite, mit der die Eltern sich identifizieren können: Anpassung ist nicht selbstverständlich, Trotz hat auch etwas Wertvolles. In der Beratung wird gelacht, auch über die Ohnmacht des Erziehens von Kin-

dern: „Man kann sich Mühe geben, so viel man will – die Kinder machen einem doch alles nach!“.

Hier setzt eine Fähigkeit zum Mentalisieren ein, die dabei hilft, eigene Erfahrungen nicht mehr ohne Reflektion an die eigenen Kinder weiterzugeben. Über einen Zeitraum von 5 Monaten fanden 7 Gespräche statt. Interaktionen zwischen Oliver und seinen Eltern wurden beobachtet und Olivers Erleben in diesen Interaktionen für die Eltern beschrieben, um ein feinfühleres Verstehen zu fördern.

In der 4. Sitzung zum Beispiel erkundet Oliver aktiv und fantasievoll. Er haut mit einem „Hammer“, arbeitet mit dem „Pinsel“: Der Vater interveniert: „Das ist kein Hammer!“; das ist kein „Pinsel!“. Die Eltern gehen auf das spielerische Überwinden eines „als-ob-Modus“ nicht ein. Sie erleben Oliver als provokativ und fördern damit – tragischerweise – genau ein solches provokatives, eine Antwort erzwingendes Verhalten. Wir sprechen über das Umgehen mit der Fantasie des Kindes und die Strenge der Eltern. Oliver wird zunehmend heftiger in seinem Spiel. Dann wirft Oliver Klötzchen durch den Raum. Sein Vater sagt: „Er rastet aus“ und hält ihn dann fest, wie im Schwitzkasten. Er kitzelt ihn dabei, und es entsteht eine Mischung aus Gewalt, Lust, Ablenkung, ärgerlichen Affekten und Scherz. Macht wird ausgeübt. Der Berater denkt an die Aussagen: „Er ist ein Rohdiamant, der geschliffen werden muss“. „Mit 5 Jahren zum Militär, erst zur Armee, dann zu den Kampfschwimmern“. Und der Vater demonstriert einen Griff, mit dem er Oliver „im Griff“ behalten kann und kitzelt ihn dabei: „er will das so, dann ist Ruhe“. Lange macht er das so, wie im Polizeigriff – und der Berater fragt sich verzweifelt, was passiert beim Rauslassen? Er muss ihn doch wieder rauslassen? Er formuliert – für sich und wie für Oliver sprechend – „Mir ist das jetzt zu viel.“

Der Therapeut fragt, wie die Eltern mit ihrem Umgang in solchen Situationen zufrieden sind. Und der Vater antwortet: „na, ja... Ich weiß nicht, das ist alles selbstverständlich so. Ich habe das so gelernt als Kind; ich hatte keinen Vater, bin von Onkeln erzogen worden. Ich war auch unruhig, viel Stress. Die Onkel haben mich dann dazu angehalten, z. B. im Entengang um den Tisch zu laufen, wenn etwas nicht gut geklappt hat. Ob das so richtig war? Die waren auch Spinner, die das für ihre eigenen Muskeln so gemacht haben. Aber – ich bin ja auch stark geworden dabei...“.

Beide Eltern schildern – ein Jahr nach Ende der Beratung – unterschiedliche Aspekte als hilfreich. Die Mutter betont eine Änderung ihres Verhaltens: sie stimmt sich besser ein auf ihr Kind: „Wir sind auf einem guten Weg. Ich

singe mit ihm.“ Der Stiefvater sieht wenig Veränderung in seinem Umgang mit seinem Sohn, schildert aber Veränderungen der Repräsentanz seines Sohnes: „Ich finde mein Militärisches schwer abzustellen, versuche einen anderen Weg, suche noch. Wir sind uns da zu ähnlich – eigenartig!“ Hier ist eine Veränderung hin in Richtung auf mehr Mentalisierung und Triangulierung deutlich. Der „funktionalisierende“ Modus ist zurückgetreten.

Psychoanalytisch-interaktionelle Methode: Vorgehen

- Nicht wissen: Interesse
(„Wie sind Sie mit Ihrer Lösung des Konflikts zufrieden?“)
- Aufmerksamkeit für verhaltensbestimmende Regeln und Normen
(„Wenn Ihr Kind so guckt, ist es böse und Sie gehen weg“)
- Fördern von „Ich – Funktionen“: Beziehungen lernen
(Feinfühligkeit – sich einstimmen im Singen)
- „Antwortende“ Interventionen statt Deutungen
(„das ist mir zu viel jetzt“: von der Dyade zur Triade mit Stiefvater)

Abb. 6: Das Vorgehen in der Psychoanalytisch-interaktionellen Methode PiM

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode PiM“

Am Fallbeispiel können eine Reihe von Vorgehensweisen im therapeutischen Umgehen mit Unsicherheit verdeutlicht werden. Sie gehören zum Konzept der psychoanalytisch-interaktionellen Methode PiM, einer Methode der Beratung und Behandlung für Patienten mit strukturellen Störungen und Schwierigkeiten beim Triangulieren/Mentalisieren, für die Beratung von Menschen mit vorübergehenden Einschränkungen dieser Fähigkeit (z. B. in Paarkonflikten, Krisen) und für Eltern in dyadischen Beziehungsmustern mit kleinen Kindern. Die PiM bietet qua Konzept eine elterlich-entwicklungsfördernde Beziehung mit ritualisiertem Verhalten an (Heigl-Evers und Heigl 1988, 1994, Streeck & Leichsenring 2009, Staats, Bolm, Dally 2014). Berghaus (2005) hat auf die Ähnlichkeiten von PiM und dem „*Mentalization Based Treatment*“ MBT hingewiesen. Beide sind entwicklungspsychologisch begründete psychoanalytisch orientierte Verfahren, die zunächst für die Ar-

beit mit strukturell gestörten Patienten (Borderline Störungen) entwickelt wurden. Eine Darstellung, die MBT und PiM gerecht wird, kann im Rahmen dieses Beitrags nicht geleistet werden. Einige Aspekte der PiM sind für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen besonders hilfreich:

- die Aufmerksamkeit für die Regulation interpersonelle Beziehungen;
- dazu achten Berater und Therapeuten auf die das interpersonelle Verhalten bestimmenden Regeln und Normen;
- sie teilen eigene Reaktionen in dosierter Form „selektiv-authentisch“ mit und
- geben Informationen (sie „antworten“);
- „Ich-Funktionen“, zum Beispiel eine differenzierte Wahrnehmung von Affekten oder die Antizipation der Auswirkungen des eigenen Verhaltens auf andere werden gefördert und
- die Subjektivität des einzelnen und die Andersartigkeit, „Alterität“ anderer Menschen und des Beraters/Therapeuten wird betont, um Toleranz gegenüber Verschiedenheit zu ermöglichen

Für die PiM charakteristischen Interventionen brauchen als Hintergrund eine aktive Haltung des Therapeuten. Er zeigt seine Präsenz und sein Interesse und macht deutlich, dass er sich um eine Verständigung bemüht. Dazu gehören *Fragen*, die Klienten dazu anregen, über sich selbst – „von außen“ nachzudenken. In dem oben beschriebenen Beispiel wird eine solche Frage im Anschluss an die – zunächst ohne affektive Beteiligung und kritische Reflektion geschilderte – Beschreibung einer unglücklichen Interaktion zwischen Eltern und Kind gestellt: „Wie sind Sie mit Ihrer Lösung des Konflikts zufrieden?“ Der Therapeut weiß es nicht – er weiß es auch nicht gleich „besser“. Er legt seine Aufmerksamkeit auf das Erleben seiner Klienten. Mit dem deutlichen Zeigen von Offenheit/Unsicherheit regt er bei diesen Erkundungsverhalten an.

In dem oben geschilderten Beispiel achtet der Therapeut auch auf die das *Verhalten bestimmenden Regeln und Normen* und spricht sie an: „Wenn ihr Kind so guckt, ist es böse und Sie gehen weg“. Ein Benennen solcher impliziten Verhaltensweisen als Normen öffnet einen Weg zu Veränderungen. Jetzt kann man in der Beratung über die verhaltensbestimmenden Normen nachdenken. Normen können so bleiben – sie können aber auch anders gestaltet werden.

Der Therapeut greift *Ich-Funktionen* auf, die zum Regulieren von Beziehungen beitragen – etwa die Fähigkeit, sich auf einen anderen „einzustimmen“. Mutter und Kind üben dies in einem neuen gemeinsamen Interesse, dem Singen. Immer wieder wird die Interaktion, das interpersonelle „zwischen“ zwei Personen beachtet und angesprochen. Die Arbeit mit beiden Eltern erleichtert dabei den Wechsel zwischen dem aktiven Teilnehmen und dem Beobachten – wieder etwas, das die Fähigkeit zum Triangulieren fördert.

Ein aus der Perspektive des Therapeuten *antwortendes*, seine Sicht markiert zeigendes „Das ist mir jetzt zu viel!“ eröffnet einen reflektierenden Umgang in der Interaktion mit Oliver, in der über das Erleben des gewaltsamen Kitzelns gesprochen wird. Die zunächst ohne deutliche Affekte vorgetragenen Überlegungen der Mutter zu Olivers Verhalten verändern sich, als sie ihre eigene Anpassung an die Anforderungen der Arbeitssituation erlebt. Mit dem Ansprechen der eigenen Hilflosigkeit kann diese reflektiert werden – so dass sich wieder Handlungsmöglichkeiten entwickeln: „Wenn ich mir vorstelle, was Sie da leisten – ich hätte da nicht viel Raum für die Wünsche eines kleinen Kindes. Vielleicht würde ich denken, der muss funktionieren, so wie ich das auch muss“.

Vielleicht ist deutlich geworden, warum ein „Nicht-schon-Wissen“, eine Toleranz für Unsicherheit, verbunden mit Zuversicht und Zutrauen für die Entwicklung von Kindern therapeutisch günstig sein können. Die Psychoanalytikerin Fränkel-Brunswick hat hierfür den Begriff der **Ambiguitätstoleranz** geprägt und damit für einen guten Umgang mit Unsicherheit in Pädagogik und Therapien geworben, hörenswert dazu der Podcast „Rätsel des Unbewussten“ von Cécile Lötz und Jakob Müller 2022, Folge 68 zu Ambiguitätstoleranz und dem Umgehen mit Unsicherheit als eine vergessene Tugend. Ambiguitätstoleranz wird hier nicht nur mit ihrer individuellen, sondern auch mit ihrer gesellschaftlichen Relevanz beschrieben. Die Fähigkeit des Umgehens mit Unsicherheit; das Ertragen von Unsicherheit und Nichtwissen ist eine zentrale Bildungsaufgabe.

Vom Lob der Unsicherheit

Ein Akzeptieren von Unsicherheit ist vor diesem Hintergrund eine Voraussetzung für feinfühliges Handeln. Damaris Badock (2008) hat in einer Bachelorarbeit zu den Auswirkungen eines Studiums der Frühpädagogik feinfühliges pädagogisches Handeln in Interaktionen mit Kindern untersucht. Sie verglich die Feinfühligkeit von Studierenden des Studiengangs *Bildung und Erziehung*

in der Kindheit an einer Fachhochschule mit der von Erzieherinnen in Ausbildung an einer Fachschule. Sie geht in ihrer Arbeit der Frage nach: Hat ein umfangreicheres Studium der kindlichen Entwicklung und der Bedeutung von Feinfühligkeit und Einfühlungsvermögen Auswirkungen auf die praktische Arbeit der Studierenden?

Untersucht wurden zunächst die Selbstbeurteilungen der Probandinnen. Hier beurteilten sich die Studierenden an der Fachhochschule als deutlich *weniger* feinfühlig als dies die Fachschülerinnen für sich taten. Umgekehrt war das Ergebnis der Beurteilung einer experimentellen Prüfungssituation von Feinfühligkeit durch Beobachter. In diesem Test zeigten sich die Studierenden feinfühlicher als die Fachschülerinnen.

Wie sind diese widersprüchlichen Ergebnisse zu erklären? Zunehmendes Wissen über Feinfühligkeit scheint also zunächst selbstkritischer zu machen: Die Studierenden wissen oder haben ein Gespür für das, was sie nicht wissen oder was ihnen nicht gut gelingt. Das ist eine wichtige Grundlage für Feingefühl in Interaktionen: nicht schon zu wissen, wie der andere denkt und fühlt oder wie etwas »richtig« ist, sondern »unsicher« sein zu können und dies zu ertragen. Eine Qualität liegt darin, Ambiguität überhaupt zu erkennen – und sie halten zu können. Zu viel Sicherheit ist hier eine Einschränkung.

Ein Akzeptieren von Unsicherheit wird damit auch zu einer Voraussetzung für Entwicklungen in langfristig angelegten Partnerschaften. „Erkundungsverhalten“ wird aufrechterhalten. „Bringen Sie ihre Landkarte zu ihrem Partner auf den neuesten Stand – bleiben Sie neugierig und erkunden Sie einander“ ist eine paartherapeutische Empfehlung. Die Reparatur von Missverständnissen, klinisch *rupture and repair* fördert dann das Zutrauen in sich selbst, den oder die andere(n) und die Partnerschaft. Es fördert Bindung, gemeinsam etwas durchzustehen – ein wichtiges Merkmal der Erlebnispädagogik.

Ambiguitätstoleranz ist eine komplexe Funktion des Ich – sie kann durch äußere Umstände, wie etwa die Dynamik einer Gruppe, eingeschränkt oder außer Kraft gesetzt werden. Die Suche nach Sicherheit bedeutet auch: Keine Fehler zu machen, das ist aber eine Allmachtsphantasie, die Entwicklung lähmen kann. Keine Fehler machen zu dürfen, heißt auch: nichts Neues lernen. Alles ist dann fest und sicher vorhersehbar. Oft ist die Suche nach Sicherheit verbunden mit einem Verleugnen der Beschränktheit und Endlichkeit des Lebens. Unsicherheit dagegen ist existentiell. Sie ermöglicht Wahl – und damit Freiheit.

Ziele einer lebenslangen Entwicklung könnten sein: Sicherheit weniger im Außen zu finden, sondern im zuversichtlichen Erkunden von Unsicherheit. Dann ist nicht die Sicherheit Ziel der Entwicklung, sondern ein befriedigender Umgang mit den Unsicherheiten des Lebens.

Literatur / Quellen

- Badock, D.* (2008): Feinfühligkeit als ein Kompetenzmerkmal von Erzieherinnen, Fachschülerinnen sowie Studierenden im BABEK-Studiengang. Bachelorarbeit an der FHP.
- Benecke C., Staats H.* (2016): Psychoanalyse der Angststörungen. Modelle und Therapien. Kohlhammer, Stuttgart.
- Berghaus, A.* (2005): Psychoanalytisch-interaktionelle Methode, Affektspiegelung und Mentalisierung. Gruppenpsychother Gruppensdynamik 41, 193-218
- Blaffer-Hrdy, S.* (2010): Mütter und andere. BV Berlin Verlag, Berlin.
- Cierpka, M., Windaus, E.* (Hrsg, 2007): Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind- Eltern – Psychotherapie. Brandes & Apsel, Ff.a.M.
- Cohen, Nancy & Lojkasek, Mirek & Muir, Elisabeth.* (2006): WATCH, WAIT, AND WONDER: An Infant-led Approach to Infant-parent Psychotherapy. The Signal. 14.
- Fonagy, P. & Campbell, C.* (2017): Böses Blut – ein Rückblick. Bindung und Psychoanalyse. Psyche Z Psychoanal 71, 275-305
- Fonagy, P. & Allison, E.* (2014): The role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. Psychotherap 51,372-380.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F.* (1988): Zum Prinzip „Antwort“ in der psychoanalytischen Therapie. In: R. Klußmann et al (Hg): Aktuelle Themen der Psychoanalyse, Springer, Heidelberg.
- Heigl-Evers, A. u. Heigl, F.* (1994): Das Göttinger Modell der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. Gruppenpsychother. Gruppensdynamik. 30, 1-29.
- Staats, H.* (2017): Die therapeutische Beziehung. Spielarten und verwandte Konzepte. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Staats H.* (2020): Feinfühlig arbeiten mit Kindern. Psychoanalytische Konzepte für die Praxis in Kita und Grundschule. 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Staats, H.* (2021): Psychoanalytische Entwicklungspsychologie. Bd. 1, Schwangerschaft, Geburt und Kindheit. Kohlhammer, Stuttgart.
- Staats, H., Bolm., Th., Dally, A.* (Hg., 2014): Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse. Ein Lehr- und Lernbuch. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Streeck, U. & Leichsenring, F.* (2009): Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Autor

Staats, Hermann, Prof. Dr. med., geb. 1957, Arzt für Psychosomatische Medizin, Psychoanalytiker, Paar- und Familientherapeut, Säuglings-Kinder Eltern-Psychotherapeut, Gruppenanalytiker, war Sigmund-Freud-Professor für psychoanalytisch orientierte Entwicklungspsychologie und Leiter der Familienzentrums an der FH Potsdam. Er arbeitet jetzt als Lehrtherapeut und Supervisor und in freier Praxis. Wissenschaftliche Interessen sind entwicklungspsychologische Konzepte und deren Umsetzung in Therapien und Beratungen. Er ist Mitherausgeber der Zeitschriften „Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse“ und des „Forums der Psychoanalyse“.

Kontakt

Prof. Dr. Herrmann Staats
Calsowstraße 49
37085 Göttingen
hermann.staats@gmail.com

Interessenkonflikt

Keine Interessenkonflikte

Therapie der Akathisie bei Kindern und Jugendlichen

Ingo Spitzcok von Brisinski

Zusammenfassung: Akathisie ist gekennzeichnet durch eine erhebliche innere Unruhe mit Zwang zur Bewegung. Akathisie kann bei Behandlung mit Neuroleptika, Antidepressiva, Atomoxetin, Kalziumkanalblockern, Antiemetika, Antivertiginosa und Sedativa, die in der Anästhesie verwendet werden, sowie bei Einnahme von Kokain, Methamphetamin, MDMA, Liquid Ecstasy, Catha edulis (Abessinischer Tee oder Cathinonen (NPS, Badesalze, Legal Highs, Research Chemicals) auftreten. Die Bing-Sicard-Akathisie tritt im Zusammenhang mit Morbus Parkinson, Atrophie multipler Systeme, postencephalitischem Parkinsonismus und kortikobasaler Gangliondegeneration auf. In seltenen Fällen kann Akathisie auch Folge einer Hirnverletzung sein. In der Literatur gibt es Hinweise dafür, dass Akathisie zu selten diagnostiziert wird und dadurch notwendige Behandlung nicht erfolgt. Für welche Neuroleptika ein geringeres Akathisie-Risiko besteht, ist bezüglich Minderjähriger nicht ausreichend gesichert. Sind Dosisverminderung oder Wechsel des Neuroleptikums nicht möglich oder nicht erfolgreich, ist zusätzliche Einnahme eines Mittels gegen Akathisie indiziert. Die Wirksamkeit von Propranolol ist am besten belegt und dieses Medikament ist zumindest in anderer Indikation auch für Minderjährige zugelassen. Anticholinergika sind bei Akathisie im Gegensatz zu anderen EPS oft nicht erfolgreich. Für die Wirksamkeit von 5-HT_{2A}-Antagonisten bei Akathisie besteht weniger Evidenz und die Zulassung für Minderjährige in anderen Indikationen besteht nur teilweise. Da eine Therapie der Akathisie meist längerfristig erfolgen muss, sind Benzodiazepine oder Vitamin B₆ aufgrund hohen Risikos schwerer Nebenwirkungen in der Regel nicht sinnvoll. Derzeit reicht die Evidenz bezüglich Amantadin, Apomorphin, Zolmitriptan Clonidin, Gabapentin und Pregabalin zur Therapie der Akathisie nicht aus, um Empfehlungen zu geben. Zur Kombination

von Beta-Blockern, 5-HT_{2A}-Antagonisten, Benzodiazepinen, Vitamin B₆ und/oder anderen Medikamenten bei Kindern und Jugendlichen liegt keine ausreichende Datenlage vor. Zu welchem Zeitpunkt es sinnvoll ist, die Therapie der Akathisie zu beenden bzw. auszuschleichen, ist nicht ausreichend untersucht. War der Einsatz eines zusätzlichen Medikaments gegen Akathisie erforderlich, ist das Ausschleichen dieses Medikaments wahrscheinlich erst dann sinnvoll, wenn auch das Akathisie-auslösende Medikament bzgl. der Grunderkrankung reduziert wird.

Schlüsselwörter: extrapyramidal, EPS, affektiv, Sitzunruhe, Bewegungszwang, ADHS, Antipsychotika, SSRI

Treatment of akathisia in children and adolescents

Summary: Akathisia is characterized by considerable inner restlessness with a compulsion to move. Akathisia can occur with treatment with neuroleptics, antidepressants, atomoxetine, calcium channel blockers, antiemetics, antiveriginosa and sedatives used in anesthesia, as well as with ingestion of cocaine, methamphetamine, MDMA, liquid ecstasy, catha edulis (Abyssinian tea or cathinones (NPS, bath salts, legal highs, research chemicals)). Bing-Sicard akathisia occurs in connection with Parkinson's disease, atrophy of multiple systems, post-encephalitic parkinsonism and corticobasal ganglion degeneration. In rare cases, akathisia can also be the result of brain injury. There are indications in the literature that akathisia is diagnosed too rarely and therefore the necessary treatment is not provided. It is not sufficiently clear for which neuroleptics there is a lower risk of akathisia in minors. If it is not possible or not successful to reduce the dose or change the neuroleptic drug, additional use of a drug for akathisia is indicated. The efficacy of propranolol is best proven and this drug is also approved for minors, at least for other indications. In contrast to other EPS, anticholinergics are often unsuccessful in akathisia. There is less evidence for the efficacy of 5-HT_{2A} antagonists in akathisia and approval for minors in other indications is only partial. As treatment of akathisia usually has to be long-term, benzodiazepines or vitamin B₆ are generally not useful due to the high risk of severe side effects. There is currently insufficient evidence to make recommendations regarding amantadine, apomorphine, zolmitriptan, clonidine, gabapentin and pregabalin for the treatment of akathisia. There is insufficient data available on the combination of beta-blockers, 5-HT_{2A} antagonists, benzodiazepines, vitamin B₆ and/or other medications in children and adolescents. It has not been sufficiently investigated when it makes sense to discontinue or taper off treatment for akathisia. If the use of an additional medication for akathisia was necessary, it

is probably only sensible to discontinue this medication when the medication causing akathisia is also reduced with regard to the underlying disease.

Keywords: extrapyramidal, EPS, affective, restless sitting, compulsive movement, ADHD, antipsychotics, ssri

Akathisie (griech. Unfähigkeit zu sitzen) ist gekennzeichnet durch erhebliche innere Unruhe mit Zwang zur Bewegung, die durch Umherlaufen gemildert wird. Typischerweise verspürt die betroffene Person ein quälendes Gefühl des Unbehagens oder eine innere Unruhe, die in der Regel die unteren Extremitäten betrifft. Das Gefühl innerer Unruhe kann von Missempfindungen und brennenden Schmerzen, meist im Bereich der Beine, begleitet sein. Oft treten sich wiederholende Bewegungen auf. Die Patient*innen rutschen auf dem Stuhl hin und her, schlagen die Beine übereinander, stehen auf, setzen sich wieder und führen wippende Bewegungen aus, die Füße werden überkreuzt, losgelassen, schwingen hin und her oder wechseln von einem Fuß zum anderen. Für Beobachtende kann dies wie ständiges Zappeln erscheinen. Es kann zu tageszeitlichen Schwankungen in der Ausprägung kommen (Poyurovsky & Weizman 2020). Die Symptome können Monate oder auch Jahre anhalten (Patel & Marwaha 2023).

Akathisie kann motorische, affektive und kognitive Komponenten umfassen und muss von anderen psychischen und motorischen Unruhezuständen differentialdiagnostisch abgegrenzt werden (Dech & Northoff 1997).

Mit den motorischen Erscheinungen können auch Vokalisationen wie Stöhnen, Ächzen und Brummen auftreten (Thümler 2002) und/oder aggressives Verhalten (Kane et al. 2009).

Gemeinsames Auftreten mit anderen extrapyramidal motorischen Symptomen (EPS bzw. EPMS) wie Parkinsonoid und/oder tardiver Dyskinesie kommt vor (Poyurovsky & Weizman 2020). Obwohl geringe Neigung zu EPS ein entscheidendes Merkmal von Neuroleptika der zweiten Generation ist, scheint dies für Akathisie nicht ganz zuzutreffen (Poyurovsky & Weizman 2020).

Frühzeitige Erkennung und rasche Besserung einer akuten Akathisie sind wichtig, da andernfalls schwerwiegende Folgen eintreten können. Die mit Akathisie einhergehende psychische Belastung ist häufig Grund mangelnder Compliance (Poyurovsky & Weizman 2020). Laut AWMF-S3-Leitlinie ‚Schizophrenie‘ (2019) ist Akathisie mit erhöhtem Risiko für Suizidalität assoziiert. Dies konnte zwar in einem neueren systematischen Review nicht

bestätigt werden (Kalniunas et al. 2021), Entwarnung kann dennoch nicht gegeben werden (Hasan & Leucht 2022). Es gibt zudem überzeugende Belege, dass Akathisie mit schlechtem Ansprechen auf die Behandlung und einer Verschlimmerung der Psychose verbunden ist sowie ein Vorläufer von Spätdyskinesien sein kann. Akathisie ist auch ein Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten (Poyurovsky & Weizman 2020).

Es gibt Hinweise in der Literatur, dass Akathisie unterdiagnostiziert ist (Hirose 2003). Ursachen können sowohl die Symptomatik der Patient*in (geringer Ausprägungsgrad der Akathisie, Fehlen sichtbarer motorischer Unruhe, Schwierigkeiten der Patient*in beim Beschreiben des eigenen psychischen Zustands, keine klare Kommunikation innerer Unruhe, Unruhe in anderen Körperteilen als den Beinen, atypische Äußerungen bzgl. innerer Unruhe, andere auffällige psychische Symptome, Fehlen anderer extrapyramidaler Zeichen) als auch Kenntnisstand der Ärzt*in bzgl. Akathisie (Überbetonung der Notwendigkeit objektiv beobachtbarer Unruhe, Nichtberücksichtigung der Akathisie bei neuroleptischer Therapie, unvollständige Durchführung der Akathisie-Therapie in unklaren Fällen, rigoroses Festhalten an diagnostischen Forschungskriterien) sein. Dabei können sowohl Symptome, die übersehen werden, obwohl sie die diagnostischen Kriterien erfüllen, als auch Zustände, die die diagnostischen Kriterien nicht erfüllen, aber dennoch von einer Akathisie-Therapie profitieren können, dazu führen, dass wirksame Behandlungsoptionen verpasst werden.

Zum Erkennen der Akathisie ist gezielte Exploration wesentlich, da Patient*innen ihr subjektives Leiden oft nicht äußern und es viele Fälle ohne oder mit nur leichten objektiven Zeichen wie Umherlaufen, Wippen oder Tippeln gibt (AWMF-S3-Leitlinie ‚Schizophrenie‘ 2019).

Klassifikation

Typ	Charakteristika/klinische Zeichen
Akute Akathisie	<ul style="list-style-type: none"> • Dauer \leq 6 Monate • entwickelt sich bald nach Beginn der neuroleptischen Medikation oder als Folge von <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosissteigerung ○ Wechsel des Neuroleptikums ○ Einnahme eines zusätzlichen Neuroleptikums ○ Absetzen eines Anticholinergikums • ausgeprägte Dysphorie • Bewusstsein für Unruhe • komplexe und halbzielgerichtete motorische Unruhe
Chronische Akathisie	<ul style="list-style-type: none"> • Persistiert $>$ 6 Monate nach der letzten Dosiserhöhung • das subjektive Unruhe-Gefühl kann weniger ausgeprägt sein • gering ausgeprägte Dysphorie • Bewusstsein für Unruhe • Glieder- und orofaziale Dyskinesien sind häufig
Pseudoakathisie	<ul style="list-style-type: none"> • motorische Manifestationen ohne subjektive Komponente • möglicherweise Spätstadium der chronischen Akathisie • keine Dysphorie • kein Bewusstsein für Unruhe • motorische Unruhe mit stereotyper Bewegung • große Überschneidung mit Glieder- und orofazialen Dyskinesien
Tardive Akathisie	<ul style="list-style-type: none"> • verzögerter Beginn (in der Regel 3 Monate) • nicht im Zusammenhang mit kürzlich erfolgter Änderung des Medikaments oder der Dosis • signifikant mit Spätdyskinesien assoziiert
Entzugs- oder Rebound-Akathisie	<ul style="list-style-type: none"> • im Zusammenhang mit Neuroleptika-Wechsel • Beginn in der Regel innerhalb von 6 Wochen nach Absetzen oder Verringerung der Dosis • anticholinerge Absetzreaktion

Tabelle 1: Klassifikation der Akathisien (aus Kane et al. 2009, vom Autor überarbeitet und ergänzt)

Differentialdiagnosen

Akathisie wird in den AWMF-Leitlinien ‚Schizophrenie‘, ‚Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen‘, ‚Störungen des Sozialverhaltens‘, ‚Diagnostik und Therapie von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter‘, ‚Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Teil 2: Therapie‘, ‚Unipolare Depression‘, ‚Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen‘, ‚Notfallpsychiatrie‘, ‚Medikamentöse Therapie der neurogenen Dysfunktion des unteren Harntraktes (NLUTD)‘, ‚Restless Legs Syndrom‘, ‚Chorea/Morbus Huntington‘, und ‚Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS)‘ erwähnt, meist als mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW), auch als Frühwarnzeichen eines zentralen Serotonin-Syndroms oder orthostatischer Hypotonie.

Akathisie tritt meist bei Behandlung mit Neuroleptika auf, aber auch mit Antidepressiva (Dech & Northoff 1997, Patel & Marwaha 2023), Atomoxetin, Kalziumkanalblockern, Antiemetika, Antivertiginosa und Sedativa, die in der Anästhesie verwendet werden, sowie bei Einnahme von Kokain, Methamphetamin, MDMA, Liquid Ecstasy (Patel & Marwaha 2023, Yazici & Percinel 2014, Thippaiah et al. 2021), Catha edulis (Abessinischer Tee; Kumsa et al. 2020) oder Cathinonen (NPS, Badesalze, Legal Highs, Research Chemicals; Albert et al. 2022). Die Bing-Sicard-Akathisie tritt im Zusammenhang mit Morbus Parkinson, Atrophie multipler Systeme, postencephalitischem Parkinsonismus und kortikobasaler Gangliondegeneration auf (Thippaiah et al. 2021). In seltenen Fällen kann Akathisie auch Folge einer Hirnverletzung sein (Wielenga-Boiten & Ribbers 2012).

Differentialdiagnostisch müssen u. a. agitierte Depression, Manie, posttraumatische Belastungsstörung, ADHS, Restless Legs Syndrom (Dech & Northoff 1997, Thippaiah et al. 2021, Patel & Marwaha 2023), Craving, Anorexia nervosa und Ticstörungen. abgegrenzt werden. Alkohol- und Opiatentzug können ängstliche, unruhige Zustände hervorrufen, die eine Akathisie imitieren. Dies gilt auch für Angstzustände durch Hyperthyreose, respiratorische Alkalose, Sepsis oder Meningitis. Das komplexe Zusammenspiel der beobachtbaren Bewegungsunruhe einerseits und des subjektiven Gefühls innerer Unruhe und Bedrängnis andererseits kann zu Schwierigkeiten führen bei der Abgrenzung der Akathisie von psychotischer psychomotorischer Unruhe, Angst, Substanzintoxikation bzw. Entzug sowie tardiver Dyskinesie (Poyurovsky & Weizman 2020) und weiteren Differentialdiagnosen. Nicht immer geht es um ein ‚Entweder ... oder‘, sondern manchmal auch um ein ‚sowohl

... als auch‘: Es kann zur Überlagerung zweier oder mehrerer Krankheitsbilder kommen.

Bei einem 6jährigen Patienten mit schwerer Zwangsstörung, die sich psychotherapeutisch nicht ausreichend bessern ließ, wurde eine Therapie mit Sertralin einschleichend begonnen. Unter 50 mg/d zeigte sich eine Verbesserung, die aber noch nicht ausreichte. Nach Erhöhung auf 75 mg/d entwickelten sich starke Unruhe und schwer ausgeprägtes aggressives Verhalten. Ob es sich hier um Akathisie, andere durch Sertralin induzierte UAW oder eine Verschlechterung der Symptomatik eines bisher nicht erkannten ADHS handelte, oder eine Kombination, ließ sich nicht mit ausreichender Sicherheit differenzieren. Nach Reduktion des Sertralins auf 50 mg/d bildeten sich die UAW prompt zurück. Die Umstellung auf Clomipramin führte zu guter Rückbildung der Zwangssymptomatik ohne UAW.

Die Häufigkeit des Auftretens von Akathisie hängt nicht nur vom Medikament, sondern auch von der behandelten Erkrankung ab: Bei bipolaren Psychosen tritt sie häufiger auf als bei schizophrenen und noch häufiger bei Major Depression (Kumsa et al. 2020). Zudem sind Kinder und Jugendliche anfälliger für EPS und Akathisie als Erwachsene (Poyurovsky & Weizman 2020).

Quantitative Erfassung der Symptomatik und des Behandlungserfolgs

Erkennen und Therapie der Akathisie (Messung der Ausprägung vor Therapiebeginn und während der Titration der Medikation) können durch Verwendung einer validierten Bewertungsskala verbessert werden. Die verbreitetste ist die ‚Barnes Akathisia Rating Scale‘ (BARS), die durch Fremdbeurteilende beobachtbare Anzeichen und in der Selbstbeurteilung empfundene Symptome misst und ein globales Bewertungselement enthält, bei dem eine Punktzahl von 2 oder mehr auf Akathisie hinweist. Zuverlässigkeit, Gültigkeit und klinische Nützlichkeit sind nachgewiesen (Barnes 2003).

Im Rahmen von Best Practice wird empfohlen, vor Beginn einer antipsychotischen Medikation und während der Titration systematisch Symptome von Akathisie anhand einer validierten Skala (z. B. BARS) zu bewerten.

Therapeutisches Procedere

Für die Behandlung der Akathisie gibt es zwei Hauptstrategien: Änderung des Medikamentschemas und/oder Verabreichung eines Mittels gegen Akathisie (Poyurovsky & Weizman 2020).

Verringerung der Dosierung oder Ausschleichen des Neuroleptikums

Kumsa et al. (2020) fanden bei einer Neuroleptika-Dosis entsprechend einem Chlorpromazin-Äquivalent von 200-600 mg/d (4-12 mg/d Risperidon, 10-30 mg/d Olanzapin, 150-450 mg/d Quetiapin, 120-360 mg/d Ziprasidon, 15-45 mg/d Aripiprazol; Woods 2003) oder höher signifikant häufiger Akathisie. In den Fachinformationen zu Abilify® (März 2022) wird bzgl. manischer Episoden bei Bipolar-I-Störung Jugendlicher ab 13 Jahren die Häufigkeit von Akathisie bei 10 mg Aripiprazol mit 12% angegeben und bei 30 mg mit 20%.

Akathisie tritt häufiger bei höheren Neuroleptika-Dosen auf. Daher sollte ein Ausschleichen des Neuroleptikums oder zumindest eine Dosisminderung in Erwägung gezogen werden.

Es kann allerdings dadurch eine Entzugsakathisie auftreten. Und auch bei niedrigeren Dosen kann Akathisie auftreten bzw. bestehen bleiben. Außerdem besteht die Gefahr einer Destabilisierung der Ursprungskrankheit (Psychose, Ticstörung, Aggressivität, etc.).

Die Kombination unterschiedlicher Neuroleptika ist mit erhöhtem Akathisie-Risiko verbunden und bringt oft auf Dauer bezüglich der Zielsymptome keine Vorteile gegenüber neuroleptischer Monotherapie (Pringsheim et al. 2018). Nicht nur die gleichzeitige Einnahme von 2 oder mehreren Neuroleptika, sondern auch die Kombination eines Neuroleptikums mit Valproat oder Carbamazepin führt zu erhöhtem Akathisie-Risiko (Kumsa et al. 2020).

Polypharmazie ist gegenüber Monotherapie mit deutlich erhöhtem Akathisie-Risiko verbunden (Poyurovsky & Weizman 2020).

Wechsel des Neuroleptikums

Sind Ausschleichen des Neuroleptikums oder Dosisminderung nicht möglich aufgrund eines nichtakzeptablen Rezidivrisikos der Grunderkrankung oder kommt es unter Dosisminderung nicht zu ausreichender Rückbildung der

Akathisie, muss erneut überprüft werden, ob es sich wirklich um eine Akathisie handelt oder nicht doch um Ausdruck einer anderen Störung (siehe o. g. Differentialdiagnosen sowie Klassifikation der Akathisien). Bleibt Akathisie als Diagnose bestehen, sollte der Wechsel auf ein Neuroleptikum mit geringerem Akathisie-Risiko in Betracht gezogen werden. Allerdings kann Akathisie prinzipiell unter jedem Neuroleptikum auftreten (Hasan & Leucht 2022), so dass die in Tabelle 2 und 3 vorgenommenen Rankings gegebenenfalls nicht zu ausreichendem Erfolg führen.

Amisulprid	+
Aripiprazol	++
Cariprazin	++
Clozapin	+
Flupentixol	+++
Fluphenazin	+++
Haloperidol	+++
Lurasidon	+ / +++
Melperon	0 / +
Olanzapin	+
Paliperidon	+
Perphenazin	++
Pipamperon	++
Quetiapin	+
Risperidon	+
Sertindol	+
Ziprasidon	+ / +++
Zuclopenthixol	+++

Tabelle 2: Akathisie als unerwünschte Wirkung von Antipsychotika bei Erwachsenen gemäß AWMF-Leitlinie Schizophrenie 2019. 0=nicht vorhanden, (+)=vereinzelt oder kein signifikanter Unterschied zu Plazebo, +=selten, ++=gelegentlich, +++=häufig, ?=keine ausreichende Datenlage zur Abschätzung der Häufigkeit

Aripiprazol	+++ / ++
Asenapin	++
Brexpiprazol	++
Cariprazin	+++ / ++
Chlorpromazin	++
Clozapin	- / +
Haloperidol	++++
Iloperidon	+
Lurasidon	++
Olanzapin	+
Paliperidon	++
Quetiapin	- / +
Risperidon	+++ / ++
Ziprasidon	++

Tabelle 3: Akathisie als unerwünschte Wirkung von Antipsychotika bei Erwachsenen gemäß Poyurovsky & Weizman 2020. ++++=hohes Potential Akathisie zu induzieren; +++=hohes bis moderates; ++=moderates; +=niedriges; -/+ =fragliches

In Tabelle 2 ist das Akathisie-Risiko unterschiedlicher Neuroleptika gemäß AWMF-S3-Leitlinie ‚Schizophrenie‘ von 2019 aufgeführt. Die Tabelle wurde basierend auf den CINP Schizophrenia Guidelines und der dortigen Referenzen sowie der vorherigen AWMF-Leitlinie ‚Schizophrenie‘ erstellt und im Expertenkonsens basierend auf Informationen aus Fachinformationen und neueren Meta-Analysen angepasst. Fehlende Daten wurden durch die Fachinformationen und anhand des Standardwerks für Psychopharmakologie in Deutschland ergänzt. Es handelt sich hier nicht um systematisch zusammengetragene quantitative Häufigkeitsabschätzungen, sondern um qualitativ abgeschätzte klinische Erfahrungswerte. Daher kommen Martino et al. (2018) in ihrem systematischen Review sowie Poyurovsky & Weizman (2020) in ihrer Zusammenstellung von zwischen 2008 und 2019 publizierten systematischen Reviews und Meta-Analysen (Tabelle 3) teils zu anderen Bewertungen. Beispielsweise wird in der AWMF-Leitlinie (2019) das Akathisie-Risiko von Risperidon niedriger eingeschätzt als von Aripiprazol, von Poyurovsky & Weizman (2020) nicht, im Review von Martino et al. (2018) hat Risperidon das höhere Risiko. Thippaiah et al. (2021) referieren als Prävalenz für Akathisie bei Aripiprazol 23-42%, Risperidon 7-50%, Olanzapin 3-16% und Quetapin 2-13%, also sehr große Spannbreiten, die nur begrenzt zur Auswahl bzgl. Akathisie-Risiko taugen. Pillinger et al. (2023) fanden in ihrem Umbrella Review mit Publikationen zu Volljährigen bis Ende Juni 2023, dass Partialagonisten (Aripiprazol, Brexpiprazol und Cariprazin), Lurasidon und Ziprasidon tendenziell ein erhöhtes Akathisierisiko aufweisen, allerdings weniger als ältere Substanzen wie Haloperidol, Flupentixol, Zuclophentixol, Fluphenazin und Pimozid.

Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen sind bei fast allen bisher hier genannten Analysen zu Akathisie-Risiken unterschiedlicher Neuroleptika nicht ausreichend berücksichtigt. So berichten etwa Gogtay et al. 2002 über 2 Fälle von Clozapin-induzierter Akathisie bei Minderjährigen und Forcen et al. 2017 über 4 Patient*innen mit Akathisie aus ihrer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz: 1 Patient*in mit 1 mg/d Risperidon, 1 Patient*in mit 0,75 mg/d Risperidon + 20 mg Amphetamin/Dextroamphetamin, 1 Patient*in mit Quetiapin 25 mg/d + Sertralin 50 mg/d sowie 1 Patient*in mit 36 mg/d retardiertem Methylphenidat + 20 mg/d Fluoxetin. Gerlach et al. (2016) referieren in ihrem Standardwerk zu Neuro-/Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter zum Akathisie-Risiko im Wesentlichen die Häufigkeitsangaben in den Fachinformationen der Hersteller, die oft nicht auf Minderjährige bezogen sind. Schaut man in aktuelle Fachinformationen der Hersteller (z. B.

zu Abilify® März 2022), findet man zu Aripiprazol bzgl. manischer Episoden bei Bipolar-I-Störung Jugendlicher ab 13 Jahren: „Die Häufigkeit und Art der Nebenwirkungen bei Jugendlichen mit Bipolar-I-Störung waren mit denen bei Erwachsenen vergleichbar mit Ausnahme folgender Reaktionen [...] Akathisie (16,0 %)“ und „Folgende Nebenwirkungen zeigten eine mögliche Dosisabhängigkeit: [...] Akathisie (die Häufigkeiten waren 10 mg, 12,1 %; 30 mg, 20,3 %; Placebo, 1,7 %)“. Zu Risperidon finden sich dagegen in den Fachinformationen überhaupt keine Angaben zur Häufigkeit von Akathisie bei Minderjährigen (z. B. Fachinformationen zu Risperdal® April 2022). Roessner et al. 2021 beziehen sich auf Publikationen zu Patient*innen mit Ticstörungen verschiedenen Alters (2-65 Jahre, < 18 Jahre, 6-18 Jahre) und kommen zu dem Ergebnis, dass Aripiprazol im Vergleich zu anderen Antipsychotika ein geringeres Risiko für Akathisie und andere EPS hat.

Bei einem Jugendlichen, der aufgrund einer schweren Ticstörung mit 10 mg/d Aripiprazol behandelt wurde, war es zunehmend zu inakzeptabel stark ausgeprägter Bewegungs- und innerer Unruhe gekommen. Bereits bei der Therapie einer vorbestehenden ADHS war es zuvor zu zahlreichen ungewöhnlichen und deutlich ausgeprägten UAW gekommen, die zu umfangreichen medikamentösen Umstellungen geführt und in Nichtbehandlung der ADHS gemündet hatten. Die medikamentöse Behandlung der gleichzeitig bestehenden schweren Ticstörung mit Tiaprid war jedoch über einen langen Zeitraum suffizient, führte allerdings retrospektiv betrachtet zu allmählicher Zunahme von Bewegungs- und innerer Unruhe.

Schließlich bat der Jugendliche aufgrund einer länger bestehenden Orgasmusstörung um Wechsel des Medikaments. Da er Risperidon bereits in der Vergangenheit eingenommen und nicht gut vertragen hatte, erfolgte ein Wechsel von Tiaprid auf Aripiprazol, worunter sich die Orgasmusstörung rasch zurückbildete und die Ticstörung sich nicht verschlechterte.

Im weiteren Verlauf war aufgrund wieder zunehmend schwerer ausgeprägter Tics eine Dosiserhöhung erforderlich, worunter sich die Ticstörung gut besserte. Die zunehmende Bewegungsunruhe war von der Familie als Rezidiv der ADHS-Symptomatik interpretiert worden. Ein intensives Gefühl des Unbehagens bzgl. der Bewegungsunruhe, ein Schwerpunkt im Bereich der unteren Extremitäten, der Wiederholungscharakter der Bewegungen und

die Missempfindungen im Bereich der Beine sowie das Empfinden der Familienangehörigen, dass Ausprägungsgrad der Symptomatik und Leidensdruck des Patienten im Vergleich zur früheren ADHS-Symptomatik ungewöhnlich stark ausgeprägt waren, wiesen zunehmend darauf hin, dass es sich um eine neuroleptika-induzierte Akathisie handelte, die sich unter Tiaprid allmählich entwickelt und unter Aripiprazol sukzessiv verstärkt hatte.

Die Reduktion des Aripiprazols von 10 mg/d auf 8 mg/d zeigte eine leichte Verbesserung der Akathisie, jedoch eine Verschlechterung der Ticstörung.

Der Wechsel auf Quetiapin führte ebenfalls zu einer Verbesserung der Akathisie, aber nicht zu einer ausreichenden Rückbildung der Tics.

Da für Propranolol Libido- und Potenzstörungen als UAW beschrieben sind, für Mirtazapin jedoch nicht, und der Patient diese Problematik als sehr wichtig ansah, erfolgte eine zusätzliche Behandlung mit sehr niedrig dosiertem Mirtazapin (7,5 mg/d). Dies führte nicht zur Verbesserung der Akathisie, jedoch zu deutlich vermehrter Aggressivität sowie deutlicher Verschlechterung der Stimmungslage mit inakzeptabel vermehrtem Weinen, so dass Mirtazapin abgesetzt werden musste. Mittels Propranolol ließ sich ein akzeptabler Kompromiss erzielen.

Insgesamt müssen die in Tabelle 2 und 3 referierten Vergleiche bezüglich Minderjähriger mit Vorsicht betrachtet werden. Das relative Risiko der verschiedenen Neuroleptika für Akathisie kann noch nicht als zuverlässig geklärt gelten.

Auch ist zu berücksichtigen, welche Neuroleptika für welche Diagnosen und welches Alter zugelassen sind. Bei Off-Label-Use muss die jeweils aktuelle weltweite Studienlage sowohl bezüglich Diagnose als auch des Patientenalters für die Auswahl beachtet werden.

Ob ein mehrfacher Wechsel des Neuroleptikums sinnvoll ist, um eine Rückbildung der Akathisie zu erreichen, gibt die aktuelle Datenlage nicht her.

Takeshima et al. (2018) berichten über eine 35jährige Patientin mit paranoider Schizophrenie, bei der nacheinander Aripiprazol 12 mg/d, Paliperidon 12 mg/d, Olanzapin 20 mg/d und Quetiapin

750 mg/d eingesetzt wurden. Biperiden verbesserte die Akathisie nicht. Nach Umstellung auf Clozapin verschwand die Akathisie vorübergehend, trat aber wieder auf nach Erhöhung auf 400 mg/d. Die psychotischen Symptome der Patientin wurden durch eine Kombination von Diazepam 15 mg/d und Clonazepam 1 mg/d sowie Erhöhung des Clozapins auf 425 mg/d gemildert, jedoch verschlechterte sich die Akathisie. Erst unter Gabapentin-Enacarbil 600 mg/d bildete sich die Akathisie vollständig zurück.

Zusätzliche Einnahme eines Medikaments gegen Akathisie

War der Wechsel auf ein Neuroleptikum mit geringerem Akathisie-Risiko nicht erfolgreich oder ist ein Wechsel nicht möglich, sollte die zusätzliche Einnahme eines Medikaments gegen Akathisie in Erwägung gezogen werden.

In der AWMF-S3-Leitlinie ‚Schizophrenie‘ (2019, S. 110) heißt es zurückhaltend „Folgende Therapieoptionen werden in der Literatur diskutiert“: 5-HT_{2A}-Rezeptorantagonisten (Mirtazapin, Mianserin, Trazodon, Cyproheptadin), β -Rezeptorenblocker mit zentraler Wirkkomponente (z.B. Propranolol), Vitamin B₆ (1200 mg/d), Benzodiazepine, niedrigdosierte Anticholinergika (Biperiden, Benzatropin, Trihexyphenidyl), Tetrabenazin (Cave: kann selbst Akathisie auslösen). Zwar würden Anticholinergika, Beta-Blocker und Benzodiazepine seit vielen Jahren häufig eingesetzt, die Evidenz sei jedoch gering. Hirjak et al. (2019) referieren in ihrem systematischen Review zur Behandlung Erwachsener immerhin 32 Publikationen zu Propranolol oder anderen β -Blockern, 11 zu Mirtazapin, 9 zu Clonidin, 9 Arbeiten/Fallberichte zu Mianserin, 6 Studien sowie ein Fallbeispiel zu Clonazepam, 4 Studien zu Ritanserin, 3 zu Biperiden, 2 zu Diazepam, 1 zu Trazodon und 1 zu Amitriptylin. Sie kommen zu der Einschätzung, dass antipsychotikainduzierte Akathisie durch Betablocker, Clonidin, Benzodiazepine, Mianserin, Mirtazapin oder Trazodon effektiv behandelt werden kann. Pringsheim et al. (2018) leiten aus ihrem systematischen Review konkrete Empfehlungen ab, die sich jedoch von denen der Autoren Poyurovsky & Weizman (2020) unterscheiden: Während Pringsheim et al. (2018) ebenso wie Thippaiah et al. (2021) Propranolol als Mittel der ersten Wahl aufführen, nennen Poyurovsky & Weizman (2020) Mirtazapin aufgrund des geringeren Risikos bedeutsamer UAW.

Anticholinergika – bei Akathisie oft nicht erfolgreich

Gerlach et al. (2016) referieren in ihrem Standardwerk zu Neuro-/Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter als Therapieempfehlungen zu Akathisie (S. 209): „Am üblichsten: Anticholinergika, z. B. Biperiden (Vorgehensweise wie bei Frühkinesien)“. Die Empfehlung von Anticholinergika bei Akathisie an erster Stelle entspricht jedoch nicht neueren Publikationen:

Kumsa et al. (2020) fanden bei Einnahme von Anticholinergika ein erhöhtes Akathisie-Risiko.

Biperiden wurde in 2 Studien (mit hohem Bias-Risiko) mit Placebo verglichen: In einer mit 15 Patient*innen und bis zu 18 mg/d oral über 4 Wochen führte Biperiden zu signifikantem Rückgang der Akathisie im Vergleich zu Placebo. In der anderen wurde bei 30 Personen 2,5 mg i.m. (bis zu 3x alle 2 Stunden) mit Placebo über 6 Stunden verglichen. Der Rückgang der Akathisie unterschied sich nicht. Eine Studie (mit hohem Bias-Risiko) verglich einmalige Injektion i.v. mit i.m. bei 23 Teilnehmenden. I.v. führte bei 17 Personen zu rascher Besserung für mindestens 4 Stunden. Zu den UAW gehörten Verwirrung, Schläfrigkeit, Schwindel, Herzklopfen und Mundtrockenheit.

Die Studienlage zu *Benzatropin* spricht eher gegen bedeutsame Wirksamkeit bei Akathisie, möglicherweise sind jedoch 6-8 mg/d über einen längeren Zeitraum wirksam (Pringsheim et al. 2018).

Aufgrund fragwürdiger Anti-Akathisie-Wirkung und hohen UAW-Risikos (insbesondere Gedächtnisstörungen, weitere kognitive Beeinträchtigungen, verschwommenes Sehen, Verstopfung, Harnverhalt) sind Anticholinergika gemäß Hasan & Leucht (2022) allenfalls Mittel der zweiten Wahl. Eine naturalistische Studie an 20 Patient*innen mit Akathisie, die mit Anticholinergika behandelt wurden, ergab, dass nur diejenigen mit gleichzeitig bestehendem Parkinsonoid eine Verbesserung der Akathisie durch Anticholinergika zeigten.

Anders als zur Therapie anderer EPS sollten Anticholinergika zur Behandlung von Akathisie aufgrund begrenzter Evidenz und des UAW-Risikos nicht routinemäßig eingesetzt werden (Pringsheim et al. 2018) bzw. allenfalls als Mittel der zweiten Wahl (Hasan & Leucht 2022).

Bestehen gleichzeitig parkinsonoide EPS, ist der Einsatz von Anticholinergika gegen Akathisie erfolgversprechender.

Beta-Blocker

Gerlach et al. (2016) referieren in ihrem Standardwerk zu Neuro-/Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter als Therapieempfehlungen zu Akathisie (S. 209): „Alternativ β -Rezeptorenblocker, z. B. Propranolol 20mg/Tag, bei Bedarf Erhöhung in Schritten von 20mg/Tag bis max. 100mg“. Laut Pringsheim et al. (2018) gibt es 4 Studien mit insgesamt 88 Teilnehmenden, die Propranolol mit anderen Arzneimitteln verglichen. Das Bias-Risiko war in 1 Studie gering, in 3 hoch. Die Dosis lag zwischen 40 und 120 mg/d, die Propranolol-Behandlungsdauer betrug nur 1 bis 7 Tage. Alle Studien berichteten über einen Nutzen von Propranolol, ebenso wie bei Metoprolol, Zolmitriptan und Cyproheptadin, mit Ausnahme von Benzatropin, das keine Verbesserung in der Fremdbewertung der Akathisie zeigte.

Propranolol: Es gibt 7 publizierte Studien mit insgesamt 194 Teilnehmenden zum Vergleich mit Placebo (Pringsheim et al. 2018, Thippaiah et al. 2021). Das Bias-Risiko war bei 2 Studien gering und bei 5 hoch. Die Dosis lag zwischen 20 und 120 mg/d, die Propranolol-Behandlungsdauer betrug nur 2 bis 12 Tage. 6 der 7 Studien berichteten über eine Verbesserung der Akathisie durch Propranolol im Vergleich zu Placebo. In der Studie mit negativem Ergebnis wurde nur 2 Tage mit Propranolol behandelt und in 2 der positiv verlaufenden Studien zeigte sich, dass die Placebo überlegene Wirkung erst nach 5 Tagen einsetzte. Eine Behandlung mit Propranolol sollte niedrigdosiert begonnen werden (z. B. 10 mg 2x täglich, bei höherer Dosierung gegebenenfalls Umstellung auf Retardpräparat) und schrittweise je nach klinischem Ansprechen und UAW titriert werden bis maximal 120 mg/d. Es wird eine Mindestbehandlungsdauer von 5 Tagen empfohlen zur Beurteilung der Wirksamkeit, es sei denn, es treten schon vorher inakzeptable UAW auf.

Für *Metoprolol* und *Nadolol* gibt es jeweils nur 1 Studie mit jeweils hohem Bias-Risiko und nur kleiner Proband*innen-Anzahl. Zwischen Metoprolol und Propranolol fand sich kein Unterschied, für *Nadolol* keine Überlegenheit gegenüber Placebo.

Die Datenlage zur Therapie der Akathisie bzgl. Minderjähriger ist zwar nicht ausreichend, bzgl. off-label use ist hinsichtlich des Alters jedoch bedeutsam, dass Propranolol bei Kindern und Jugendlichen zumindest bei Arrhythmien zugelassen ist.

Ist eine Medikation zur Therapie der Akathisie erforderlich, ist Propranolol Mittel der ersten Wahl unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen (Pringsheim et al. 2018, Thippaiah et al. 2021).

5-HT_{2A}-Antagonisten

Eine Meta-Analyse von 6 kontrollierten Studien mit insgesamt 249 Patient*innen zu 5HT_{2A}-Antagonisten (Ritanserin, Cyproheptadin, Mianserin, Mirtazapin und Trazodon) ergab eine 7mal höhere Wirksamkeit als Placebo. Bzgl. UAW und Abbrüchen gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Verum und Placebo (Pringsheim et al. 2018).

Mirtazapin: Obwohl es in seltenen Fällen selbst eine Akathisie induzieren kann (Koller 2019), wird es zur Behandlung von Akathisie eingesetzt. U. a. gibt es 2 Placebo-kontrollierte Studien mit insgesamt 116 Proband*innen (1 mit geringem und 1 mit hohem Bias-Risiko) mit 15 mg/d und Beurteilung nach 5 oder 7 Tagen. Beide Studien zeigen signifikante Verbesserung auf der globalen BARS-Subskala unter Mirtazapin im Vergleich zu Placebo. In 1 Studie wurde auch eine signifikante Verbesserung auf der objektiven Subskala festgestellt, während die andere Studie nichtsignifikante allmähliche Verbesserungen in den objektiven, subjektiven und Stress-Subskalen zeigte. Die häufigste Mirtazapin-UAW war Sedierung. Obwohl Mirtazapin 15 mg/d allgemein gut vertragen wurde, führten gesteigerter Appetit, daraus resultierende Gewichtszunahme und/oder Tagesmüdigkeit bei einigen Patient*innen zum Absetzen von Mirtazapin (Pringsheim et al. 2018). Mirtazapin war ebenso wirksam wie Propranolol 40 mg 2x täglich und stärker als Placebo (43,3 %, 30 % bzw. 6,7 %). Mirtazapin und Propranolol hatten keine Wirkung auf gleichzeitig bestehende parkinsonoide Symptome. Eine retrospektive Chartanalyse zeigte, dass 7,5 mg/d Mirtazapin bei 12 Patient*innen über durchschnittlich 10 Tage zu schneller und klinisch signifikanter Verbesserung bei 41,6% der Risperidon- und 62,5% der Aripiprazol-induzierten Akathisien führte (Poyurovsky & Weizman 2020). Bzgl. off-label use bei Akathisie ist bedeutsam, dass Mirtazapin in keiner Indikation für Minderjährige zugelassen ist.

Mianserin: In 2 Studien mit geringem Bias-Risiko (15 mg/d über 5 Tage bei 90 insgesamt Personen) wurde eine signifikante Verbesserung im Vergleich zu Placebo festgestellt, allerdings nur bei 1 in der Fremdbeobachtung. Die

häufigste UAW war Sedierung. Mianserin ist in keiner Indikation für Minderjährige zugelassen.

Trazodon: In einer Placebo-kontrollierten Crossover-Studie mit 13 Patient*innen und geringem Bias-Risiko wurde 3 Tage mit Trazodon 100 mg/d oder Placebo behandelt. Trazodon war signifikant besser im Vergleich zu Placebo in allen BARS-Unterskalen. Trazodon ist in keiner Indikation für Minderjährige zugelassen.

Cyproheptadin: Es gibt 1 Studie mit Vergleich zu Propranolol bei 30 Erwachsenen, die 4 Tage mit Cyproheptadin 16 mg/d oder Propranolol 80 mg/d behandelt wurden. Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung der BARS-Gesamtpunktzahl ohne Gruppenunterschied. Cyproheptadin ist für symptomatische Behandlung der primär erworbenen Kälteurtikaria für Kinder ab 7 Jahren zugelassen.

Wenn Propranolol kontraindiziert oder unwirksam ist oder nicht vertragen wird, kommt Mirtazapin in Betracht (Pringsheim et al. 2018, Thippaiah et al. 2021).

Benzodiazepine

Gerlach et al. (2016) referieren in ihrem Standardwerk zu Neuro-/Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter als Therapieempfehlungen zu Akathisie (S. 209): „Alternativ Benzodiazepine“.

Clonazepam: Es gibt 2 Studien mit insgesamt 27 Teilnehmenden, einer Behandlungsdauer von 7 bis 14 Tagen, einer Dosis von 0,5 bis 2,5 mg/d und hohem Bias-Risiko, die Clonazepam mit Placebo verglichen. Beide Studien fanden eine signifikante Verbesserung im Vergleich zu Placebo und es wurden keine schwerwiegenden UAW berichtet. Ein Patient litt unter leichter Schläfrigkeit. Clonazepam ist ab dem Säuglingsalter als Zusatztherapie oder bei Nichtansprechen auf andere Arzneimittel zur Behandlung der meisten Formen der Epilepsie zugelassen.

Da eine Akathisie-Therapie meist längerfristig erfolgen muss, sind Benzodiazepine aufgrund des hohen Abhängigkeitsrisikos in der Regel nicht sinnvoll.

Vitamin B6

Es gibt 2 Studien mit geringem Bias-Risiko (Pringsheim et al. 2018): Lerner et al. 2004 verglichen 10 Patient*innen mit 2x600 mg/d Vitamin B6 über 5 Tage mit 10 Patient*innen, die Placebo erhielten. Vitamin B6 zeigte im Vergleich zu Placebo eine signifikante Verbesserung der subjektiven Wahrnehmung von Unruhe, subjektivem Stress und auf der globalen BARS-Subskala. Die objektive Subskala zeigte keinen signifikanten Unterschied, aber einen positiven Trend. Miodownik et al. (2006) verglichen 60 Patient*innen ebenfalls über 5 Tage und 1.200 mg/d Vitamin B6 mit Placebo, aber auch Mianserin 15 mg/d. Vitamin B6 und auch Mianserin zeigten im Vergleich zu Placebo eine signifikante Verbesserung der subjektiven Belastung und auf der globalen Subskala. Die objektive Subskala zeigte ebenso wie in der vorgenannten Studie keinen signifikanten Unterschied, aber einen Trend zur Symptomverbesserung. Eine Verringerung um mindestens 2 Punkte auf der globalen Unterskala der BARS wurde für Vitamin B6 (13/23) und Mianserin (13/20) und bei 1 Patient*in in der Placebo-Gruppe (1/17) festgestellt.

Bisherige Studien beschränken sich auf eine Kurzzeitbehandlung von 5 Tagen und eine Dosis von > 1 g/d. Orale Applikation von > 1 g/d Vitamin B6 über > 12 Monate kann jedoch eine schwere und fortschreitende sensorische Neuropathie verursachen. Da die Behandlung einer Akathisie in der Regel längerfristig erforderlich ist, erscheint die Therapie mit Vitamin B6 zurzeit nicht indiziert.

Andere Medikamente

Derzeit reicht die Evidenz zu Effizienz und Risiken von Amantadin, Apomorphin, Zolmitriptan Clonidin, Gabapentin und Pregabalin bei der Behandlung von Akathisie nicht aus, um klare Empfehlungen zu geben, auch wenn sich teils in den jeweils wenigen publizierten Studien Hinweise auf positive Wirkung zeigen (Pringsheim et al. 2018, Thippaiah et al. 2021).

Kombinationstherapien

Zur Kombination von Beta-Blockern, 5-HT_{2A}-Antagonisten, Benzodiazepinen, Vitamin B6 und/oder anderen Medikamenten zur Behandlung von Akathisie bei Kindern und Jugendlichen liegt keine ausreichende Datenlage vor.

Beendigung der Akathisie-Therapie

Zu welchem Zeitpunkt es sinnvoll ist, die Therapie der Akathisie bei Kindern und Jugendlichen zu beenden bzw. auszuschleichen, ist bisher nicht ausreichend untersucht.

Wurde eine ausreichende Rückbildung der Akathisie allein durch Dosisreduktion oder Wechsel des Neuroleptikums erreicht, richtet sich die weitere Behandlung primär an der Grunderkrankung aus. Allerdings kann es durch Verschlechterung der Grunderkrankung notwendig werden, die Neuroleptika-Dosis soweit zu erhöhen, dass erneut Akathisie auftritt.

War der Einsatz eines zusätzlichen, explizit gegen Akathisie wirksamen Medikaments erforderlich, ist das Ausschleichen dieses Medikaments in der Regel erst dann sinnvoll, wenn auch das Akathisie-auslösende Medikament bzgl. der Grunderkrankung reduziert werden kann, oder wenn nichtakzeptable UAW auftreten.

Literatur

- Albert N, Catthoor K, Morrens M. Akathisia after chronic usage of synthetic cathinones: A case study. *Front Psychiatry*. 2022 Dec 23;13:1046486. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1046486
- Barnes TR. The Barnes Akathisia Rating Scale revisited. *J Psychopharmacol*. 2003;17:365–70
- Dech H, Northoff G. Zur Symptomatologie der Akathisie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1997; 65(5): 232-236. DOI: 10.1055/s-2007-996326
- Forcen FE, Radwan K, Arauz A, Ali J, Syed S, Brown M, Yohanna D, Keenan K. Drug-Induced Akathisia in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017 Feb;27(1):102-103. doi: 10.1089/cap.2016.0032.
- Gerlach M, Mehler-Wex C, Walitza S, Warnke A, Wewetzer C (Hrsg.) *Neuro-/Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Therapie*. Springer, 3., akt. Aufl. 2016
- Gogtay N, Sporn A, Alfaro CL, Mulqueen A, Rapoport JL. Clozapine-induced akathisia in children with schizophrenia. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2002 Winter;12(4):347-9. doi: 10.1089/104454602762599899
- Hasan A, Leucht S. Erkennen und behandeln von Antipsychotika-Nebenwirkungen. In *Fo Neurologie*. 2022;24(7-8):43–55. doi: 10.1007/s15005-022-2424-z
- Hirjak D, Kubera KM, Bienentreu S, Thomann PA, Wolf RC. Antipsychotikaassoziierte motorische Symptome bei schizophrenen Psychosen – Teil 1: Dystonien, Akathisie und Parkinsonismus. *Nervenarzt*. 2019;90(1):1-11. doi: 10.1007/s00115-018-0582-5
- Hirose S. *The causes of underdiagnosing akathisia*. *Schizophrenia Bulletin* 29.3 (2003): 547-558

- Kalniunas A, Chakrabarti I, Mandalia R, Munjiza J, Pappa S.* The Relationship Between Antipsychotic-Induced Akathisia and Suicidal Behaviour: A Systematic Review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2021 Dec 3;17:3489-3497. doi: 10.2147/NDT.S337785
- Kane JM, Fleischhacker WW, Hansen L, Perlis R, Pikelov A 3rd, Assunção-Talbott S.* Akathisia: an updated review focusing on second-generation antipsychotics. *J Clin Psychiatry.* 2009 Apr 21;70(5):627-43. doi: 10.4088/JCP.08r04210
- Koller K.* Propranolol for mirtazapine-induced akathisia: Single case report. *Ment Health Clin.* 2019 Jan 4;9(1):61-63. doi: 10.9740/mhc.2019.01.061
- Kumsa A, Agenagnew L, Alemu B, Girma S.* Psychotropic medications induced parkinsonism and akathisia in people attending follow-up treatment at Jimma Medical Center, Psychiatry Clinic. *PLoS One.* 2020 Jul 2;15(7):e0235365. doi: 10.1371/journal.pone.0235365
- Lerner V, Bergman J, Statsenko N, Miodownik C.* Vitamin B6 treatment in acute neuroleptic-induced akathisia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry.* 2004 Nov;65(11):1550-4. doi: 10.4088/jcp.v65n1118
- Martino D, Karnik V, Osland S, Barnes TRE, Pringsheim TM.* Movement Disorders Associated With Antipsychotic Medication in People With Schizophrenia: An Overview of Cochrane Reviews and Meta-Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2018;63(11):730-739. doi:10.1177/0706743718777392
- Miodownik C, Lerner V, Statsenko N, Dwolatzky T, Nemets B, Berzak E, Bergman J.* Vitamin B6 versus mianserin and placebo in acute neuroleptic-induced akathisia: a randomized, double-blind, controlled study. *Clin Neuropharmacol.* 2006 Mar-Apr;29(2):68-72. doi: 10.1097/00002826-200603000-00002
- Patel J, Marwaha R.* Akathisia. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519543/>
- Pillinger T, Howes OD, Correll CU, Leucht S, Huhn M, Schneider-Thoma J, Gaughran F, Jauhar S, McGuire PK, Taylor DM, Young AH, McCutcheon RA.* Antidepressant and antipsychotic side-effects and personalised prescribing: a systematic review and digital tool development. *The Lancet Psychiatry* 2023, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00262-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00262-6)
- Poyurovsky M, Weizman A.* Treatment of Antipsychotic-Induced Akathisia: Role of Serotonin 5-HT_{2a} Receptor Antagonists. *Drugs* 80, 871–882 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40265-020-01312-0>
- Pringsheim T, Gardner D, Addington D, Martino D, Morgante F, Ricciardi L, Poole N, Remington G, Edwards M, Carson A, Barnes TRE.* The Assessment and Treatment of Antipsychotic-Induced Akathisia. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2018 63:11, 719-729
- Roessner V, Eichele H, Stern JS, Skov L, Rizzo R, Debes NM, Nagy P, Cavanna AE, Termine C, Ganos C, Münchau A, Szejko N, Cath D, Müller-Vahl KR, Verdellen C, Hartmann A, Rothenberger A, Hoekstra PJ, Plessen KJ.* European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0. Part III: pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022 Mar;31(3):425-441. doi: 10.1007/s00787-021-01899-z

- Takeshima M, Ishikawa H, Kikuchi Y, Kanbayashi T, Shimizu T.* Successful Management of Clozapine-induced Akathisia with Gabapentin Enacarbil: A Case Report. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2018 Aug 31;16(3):346-348. doi: 10.9758/cpn.2018.16.3.346
- Thippaiah SM, Fargason RE, Birur B.* Struggling to find Effective Pharmacologic Options for Akathisia? B-CALM! *Psychopharmacol Bull.* 2021 Jun 1;51(3):72-78. PMID: 34421146; PMCID: PMC8374932.
- Thümler R* (2002). Akathisie. In: *Morbus Parkinson.* Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-56392-8_12
- Wielenga-Boiten JE, Ribbers GM.* Akathisia--rare cause of psychomotor agitation in patients with traumatic brain injury: case report and review of literature. *J Rehabil Res Dev.* 2012;49(9):1349-54. doi: 10.1682/jrrd.2011.10.0202
- Woods SW.* Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry.* 2003 Jun;64(6):663-7. doi: 10.4088/jcp.v64n0607
- Yazici KU, Percinel I.* Atomoxetine-associated akathisia: a case report. *J Clin Psychopharmacol.* 2014 Dec;34(6):770-2. doi: 10.1097/JCP.0000000000000212

Interessenskonflikte:

Der Autor erklärt, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Fachbereichsarzt und Chefarzt
Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14
D-41749 Viersen
Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
<https://klinik-viersen.lvr.de>

Lilly, oder: Von der Ambivalenz (aus-)gehalten werden zu wollen / zu können

Die Klinik Haus Vogt in Titisee-Neustadt – ein beziehungsfokussiertes stationäres Behandlungskonzept mit Tradition.

Thomas Reichle

Zusammenfassung

Die Klinik Haus Vogt in Neustadt/Hochschwarzwald existiert seit 1975. Ihr offenes Behandlungskonzept wird anhand der Fallgeschichte einer 15jährigen Patientin vorgestellt. Beziehungsfokussierung, Interdisziplinarität und Teamorientierung sowie die Integration von psychodynamischen und symptomorientierten Behandlungselementen sind wichtige Bestimmungsmerkmale.

Schlüsselwörter

Klinik Haus Vogt, offenes Behandlungskonzept, Beziehungsfokussierung, Pädagogische Struktur- und Beziehungsarbeit, Behandlungsteam

Summary

The Haus Vogt Clinic in Neustadt/Upper Black Forest has been in existence since 1975. The open treatment concept is presented based on the case history of a 15-year-old patient. Relationship focus, interdisciplinarity and team orientation as well as the integration of psychodynamic and symptom-oriented treatment elements are important defining characteristics.

Keywords

Klinik Haus Vogt, open Treatment Concept, Relationship Focus, Pedagogical Structure and Relationship Work, Treatment Team

Lilly

Die 15jährige Lilly kam mit einer reaktiven Bindungsstörung, einer Anpassungsstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode zur stationären Behandlung nach Neustadt. Ihr Aufenthalt dauerte knapp 4 Monate.

Nach mehreren Umzügen litt sie unter dem Verlust des Antriebs, fühlte sich unglücklich, konnte schlecht einschlafen, hatte Alpträume und fühlte sich unwert und schuldig. Sie zog sich zurück, ihre Leistungen verschlechterten sich und sie ging nicht mehr zur Schule. Zuhause häuften sich Konflikte, auch weil Lilly offenbar angefangen hatte, einzelnen Lehrern oder Lehrerinnen nachzustellen. Den Adoptiveltern fielen an Lilly oberflächliche Wunden und Kratzer auf. Lilly bagatellierte sie zunächst, später berichtete sie, nicht mehr leben zu wollen und Angst zu haben, die Kontrolle über sich zu verlieren.

Sie hatte mit 13 Jahren die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität erhalten, war seit zwei Jahren in ambulanter Psychotherapie – 4 stationäre Kurzaufenthalte mit Kriseninterventionen hatte sie bereits hinter sich. Ein 5wöchiger Aufenthalt in einer Tagesklinik war wegen ihrer brüchigen Absprachefähigkeit vorzeitig beendet worden.

Lillys Adoptivvater ist ein gesundheitlich angeschlagener 50jähriger Lehrer, die Adoptivmutter ist eine 47 Jahre alte Ingenieurin. Lilly war von ihren Eltern im Alter von 15 Monaten aus Lateinamerika als „kleines, dünnes, sehr ernstes Wunschkind“ adoptiert worden, ihre ersten Lebensmonate habe sie unter widrigsten Umständen „überlebt“. Im Alter von zwei Monaten sei sie mit einem Gewicht von ca. 2000g völlig verwahrlost in einem Kinderheim abgegeben worden. Ihr Verhalten sei auffällig gewesen, sie habe Anzeichen für Deprivation gezeigt. Sie sei spät gelaufen und habe spät gesprochen, die mit 18 Monaten begonnene Trotzphase dauere laut Eltern eigentlich bis heute an. Wegen ihrer Gleichgewichtsprobleme habe sie früh begonnen zu reiten.

Als Lilly 9 Jahre alt war, sei ihre damals bereits 3jährige Adoptivschwester dazugekommen, gefolgt von viel Streit und starker Rivalität. Der Umzug der Familie, als Lilly 14 Jahre alt war, habe einen Schulwechsel von der Mädchenschule in eine Waldorfschule nötig gemacht.

Seit der Beginn der Pubertät habe Lilly sich vernachlässigt. In ihrem Zimmer habe sie Essen gehortet, sich kaum noch gewaschen und gekämmt. Wenn man mit ihr sprach, habe sie keine Blickkontakt mehr gehalten. Den Eltern fiel auch auf, dass Lilly offenbar nicht traurig war und nicht weinte, stattdessen sei sie häufig abrupt sehr wütend geworden.

Sie habe begonnen „Geschichten“ zu erzählen, z.B., dass sie von ihrem Onkel vergewaltigt worden sei. Auf Betreiben der verunsicherten und besorgten Eltern seien polizeiliche und medizinische Untersuchungen inklusive einer DNA-Untersuchung in die Wege geleitet worden. Lilly habe früher schon „einige Geschichten erfunden“, weshalb die Eltern nicht sicher waren, ob sie Lilly glauben sollten.

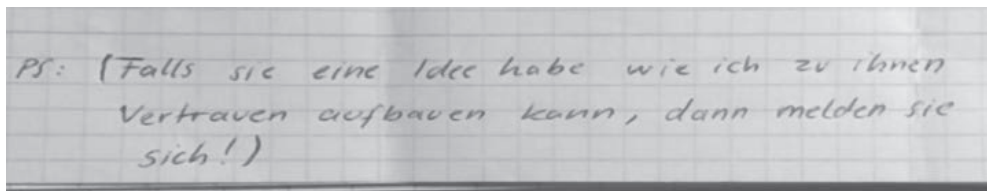
Vorstationäre Anbahnung

In einem vorstationären Indikationsgespräch wurden gemeinsam realistische Behandlungsziele definiert. Lilly wollte freiwillig mit einem eigenen Behandlungsauftrag in die Klinik kommen. Ein Behandlungsziel der Eltern war, dass sie Lilly helfen wollten, mit ihrer Adoption besser zurecht zu kommen. Alle wünschten sich weniger Streit zuhause, und Lilly wollte sich besser konzentrieren können. Lillys Mutter wünschte sich, dass Lilly lernt, nicht immer alles auf sich zu beziehen, dass sie weniger grübele und sich selbst kennen und mögen lernt. Der Vater wünschte sich, dass Lilly lernt, besser mit Menschen umzugehen und Gefühle anderer besser verstehen lernt und die eigenen Gefühle ausdrücken kann.

Aufnahme, Ankommen und Vertrauenssuche

Nach ihrer Aufnahme war Lilly unsicher, scheu und ängstlich, versteckte ihr Gesicht im Kapuzenpulli und vermied jeglichen Blickkontakt. Sie vertraue „Männern allgemein“ nicht und rede auch nicht mit ihnen. Auch mit „gewissen Pädagoginnen“ wolle sie nicht sprechen. Stattdessen schrieb sie viele „Briefe“ und Zettel oder deutete an, nicht mehr leben zu wollen oder sich etwas anzutun. Immer wieder kündigte sie an, die Behandlung wieder abbrechen, nicht ohne die Reaktion ihres Gegenübers genau zu taxieren.

Beispiel:



PS: (Falls sie eine Idee habe wie ich zu ihnen Vertrauen aufbauen kann, dann melden sie sich!)

In ihren Andeutungen war die Rede von einem „Messer im Bett“ oder von einer „giftigen Flüssigkeit“, die sie trinken könnte oder von einer möglichen Vergiftung mit Baldrian-Tabletten: „Der Countdown läuft, nur noch 75 Tage und dann bin ich erlöst“. Immer wieder fügte sie sich mit Glasscherben oder

einer Bastelschere oberflächliche Wunden zu, einerseits um ihre Anspannung zu regulieren, andererseits um die neuen Beziehungen bzw. Bezugspersonen zu prüfen. Dabei ging es um ihre unausgesprochenen Fragen: „Haltet Ihr mich aus?“ „Halte ich mich und mein Leben aus, habe ich das Recht zu leben?“ Sie reinszenierte ihre Lebensgeschichte: „Meine leibliche Mutter hat mich nicht gewollt, sie hat mich fast verhungern lassen und hat mich abgegeben“.

Pädagogische Struktur- und Beziehungsarbeit im Alltag

In der offenen, geschlechts- und altersheterogenen Stationsgruppe mit 10 Mitpatient:innen war Lilly mit ihrer Bezugspädagogin (Mentorin), ihrer Bezugslehrerin, einer Zimmer-Mitbewohnerin, vielen anderen Personen und der Tages- und Regelstruktur konfrontiert.



Die pädagogischen Bezugspersonen im Stationsteam sichern das bindungsstabile, entwicklungsfördernde Milieu, führen Übungsbehandlungen durch und leisten Beziehungsarbeit. Ihre Grundhaltungen: „Wir halten dich aus!“, „wir wollen mit dir arbeiten, aber es gibt Regeln!“ waren für Lilly anfangs kaum auszuhalten. Während der 3stündigen Handy-Zeit am frühen Abend versendete Lilly wiederholt Kurznachrichten mit suizidalen Inhalten und Sprachnachrichten an die Eltern oder Bekannte, sie bezog sogar Mitarbeitende und ehemalige Mitpatient:innen aus früheren Klinikaufenthalten in ihre „Notrufe“ ein, so dass diese sich besorgt in der Klinik meldeten.

Jeder Schichtwechsel war für Lilly ein „kleiner Abschied“. Wegen ihrer „Geschichten“ musste sie immer wieder bei klärenden Gesprächen begleitet und pädagogisch „gecoacht“ werden.

Die Reaktionen auf Regelverstöße und behandlungsfeindliches Verhalten wurden durch die pädagogischen Bezugspersonen vermittelt. Dabei galt stets, dass die zu erteilende Auflage nachvollziehbar, behandlungsförderlich und hilfreich sein muss und in Zusammenhang mit dem Fehlverhalten steht. Bei Lilly kamen zunächst immer wieder oberflächliche bis mittelschwere Selbstverletzungen (trotz einer vertraglichen Vereinbarung), Drohungen und anderes behandlungsfeindliches Verhalten vor.

In mehreren **Behandlungsgesprächen** lotete das Behandlungsteam (Lilly, Bezugspädagogin und Psychotherapeutin) mit der pädagogischen Leitung

immer wieder aus, wie die Behandlung jeweils fortgesetzt und wieder in ruhigeren Bahnen kommen konnte. Eine besondere Möglichkeit, Lillys Behandlung aufrechtzuerhalten, war das **Time Out**: sie fuhr für eine Nacht nach Hause und musste, bevor sie in die Klinik zurückkam, einen Fragenkatalog zur kritischen Situation beantworten, in dem es um eine differenzierte und reflektierte Betrachtung und konstruktive, gesündere Problemlösungen ging.

Aufnahme + 3,5 Wochen

Allmählich reagierte Lilly auf die beziehungsregulierenden und strukturellen Interventionen nicht mehr nur ablehnend, sondern ambivalent. In einem Rückgriff auf das erste vorstationäre Gespräch, in dem die Alltagsstruktur, Regeln und Grenzen Thema waren, meinte sie: „Herr Reichle war so streng zu mir. Das tat mir gut!“

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen pädagogischen Bezugspersonen und allen anderen Berufsgruppen (Ärzt:innen, Lehrer:innen, Psycho- und Fachtherapeut:innen) und deren Qualität (Supervision, Absprachen, Abgrenzung der Arbeitsbereiche und gute Kommunikation) war für Lilly von entscheidender Bedeutung.

Wie in jeder Behandlung erfolgte auch mit Lilly die Behandlungsplanung in mehreren **Bilanzgesprächen**. Sie fanden etwa alle drei Wochen statt und konnten bei Bedarf jederzeit von jedem Mitglied des Behandlungsteams initiiert werden.

Lilly musste in die **Wochenend-Belastungserprobungen** zur Familie nach Hause fahren. So ist der Transfer des Neuen gewährleistet, funktionale Problemlösungen werden gefördert und die Planung der nachklinischen Zukunft wird vorbereitet.

Lilly akzeptierte im Lauf ihrer Behandlung immer mehr Vorgaben, sie schrieb allmählich keine Briefe mehr, involvierte keine Mitpatient:innen mehr in ihre Themen (Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten) sondern äußerte Wünsche und sagte ihre Meinung.

Aufnahme + 4 Wochen

Die Teilnahme an der Tiergestützten Pädagogik übte auf Lilly einen sehr großen Reiz aus. Für sie war das ein "Highlight", sie machte motiviert mit, vermittelte ihre Vorkenntnisse auch an weniger motivierte und ängstliche Mitpatient:innen und erwies sich als kompetent im Umgang mit den Eseln, Ziegen und Lamas.



Im Kunstpädagogischen Atelier konnte sie ihre Unsicherheit und innere Zerrissenheit mit den verwirrenden Affekten sehr kreativ bildlich darstellen.

Behandlungsbereich Psychotherapie

Wie alle Patient:innen hatte Lilly 3 Einzeltermine à 30 Minuten pro Woche mit tiefenpsychologisch fundierter Einzelpsychotherapie. Hier war ihr geschützter Bereich, in dem sie ihre Probleme darstellen und die krankheitsverursachenden und -aufrechterhaltenden Konflikte gestalten konnte. Die Psychotherapeutin wurde – nach ausgiebigen Belastungsprüfungen – für Lilly zur emotional verfügbaren konstanten Bezugsperson. Dadurch wuchs Lillys innere Sicherheit und leistete kleinschrittige Entwicklungshilfe. Ihre anfängliche „Türklinken- und Notfallgespräche“ am Ende der Einzelgespräche, nachdem sie die gemeinsame Zeit über zornig geschwiegen hatte, wurden seltener. Immer mehr bediente sie sich sprachlicher Mittel zur Erforschung und Darstellung ihrer Konflikte und Widersprüche. Aber auch andere Gestaltungsmittel, wie Spiel oder Zeichnungen nahm Lilly in Anspruch. Ihre Innenwelt, voll mit Unsicherheit, Ängsten, Enttäuschung, Wut, Trauer und Ambivalenz, entfaltete sich. Lilly lernte ihre im therapeutischen Prozess erlebten Wünsche, Gefühle und Vorstellungen in einen Zusammenhang mit ihrer Biografie und ihrer „Symptomsprache“ zu bringen und Ursachen und Entstehungsbedingungen ihrer Erkrankung besser zu verstehen. Dadurch fiel ihr das Üben neuer Problemlösestrategien leichter.

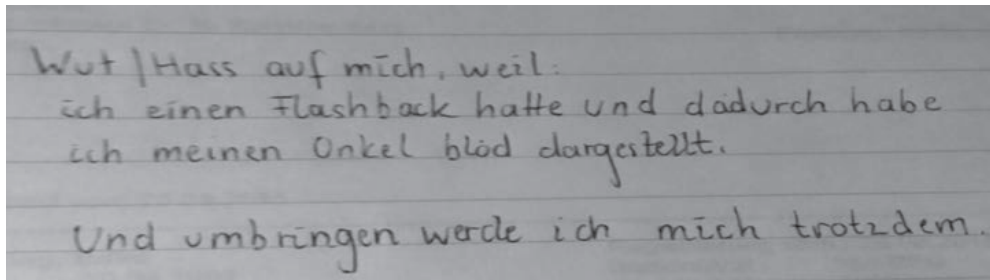
Dennoch war ihre brüchige Absprachefähigkeit, die sie bereits einmal einen Behandlungsplatz gekostet hatte, ein Problem. Auch außerhalb der regulären Dienstzeit waren gemeinsame Konferenzen zur Einschätzung der Suizidalität notwendig, wobei der instrumentelle Anteil in Lillys Aussagen immer deutlich spürbar war. Dennoch musste jede weitere Aussage ernstgenommen und neu bewertet werden.

Lilly besuchte Gruppentherapien wie das stationsgruppenübergreifende Soziale Kompetenztraining „Fit4Life“ und das Konflikt- und Aggressionstraining „Fit4Conflict“. Dazu nahm sie, zunächst unwillig, später motivierter, am DBT-A-Skills-Gruppentraining und an der Achtsamkeitsgruppe teil.

Aufnahme + 6 Wochen

Lilly verwandelte sich in den wöchentlichen konflikt- oder themenzentrierten Stationsgruppengesprächen von einer zunächst stillen, fast schüchternen Beobachterin zu einer aktiven und mutigen Mitbewohnerin und brachte eigene Meinungen ein.

Eltern-/Familienarbeit



In der Familie dominierten zunächst elterliche Verunsicherung, Verzweiflung und Hilflosigkeit angesichts von Lillys wiederholten Suiziddrohungen. (s.o.)

Die Eltern suchten eine angemessene Haltung, sie befanden sich im Zwiespalt zwischen „Wir nehmen Lilly ernst!“ und „Wir glauben nicht alles!“. In den Familiengesprächen galt es, ihre Überlastung und ihre Schuldgefühle wertschätzend nachzuvollziehen und



ihre Leistungen anzuerkennen. Erfreulicherweise verhinderten die elterlichen Schuldgefühle Lösungsansätze zur Entlastung nicht.

Behandlungsbereich Medizinisch-psychiatrische Grundversorgung

Für alle Patient:innen gibt es sowohl geplante Termine für die körperliche Untersuchung, Blutentnahmen sowie die Patient:innen- und Familien-Aufklärung und Überwachung von bestehenden psychopharmakologischen oder anderen Medikationen als auch allgemeine Sprechstunden. Spezifische Sprechstunden, z.B. für Patient:innen mit Essstörungen oder Enuresis und bei anderen Indikationen werden verordnet. Bei psychosomatischen Fragestellungen, auch in der Begleitung und Mitbehandlung von chronischen Erkrankungen (Diabetes, Epilepsie, Allergien und Asthma usw.) haben alle Betroffenen dort ihre medizinischen Ansprechpartner:innen.

Lilly wurde nach ihrer Aufnahme körperlich untersucht und wies keine körperlichen Krankheitszeichen auf. Sie kam zur Beurteilung und Versorgung ihrer Wunden und zur Beratung aufgrund ihrer hartnäckigen Ein- und Durchschlafstörungen in die Sprechstunde. Ihre zuständige Ärztin lernte sie dadurch gut kennen.



Mit Lilly, die sich während der Behandlung häufiger verletzt hat, wurde – unter Mitwirkung des Behandlungsteams und mit Information an die Eltern – ein „**Selbstschutzvertrag**“ abgeschlossen. Nach jeder Selbstverletzung musste die ärztliche Wundkontrolle so zeitnah wie möglich erfolgen. Lilly fertigte

eine standardisierte **Verhaltensanalyse** an. Diese hilft, das stattgefundenereignis für die Psychotherapie zugänglich zu machen und wird, nach Kenntnisnahme durch die anwesenden pädagogischen Bezugspersonen, an die zuständige Psychotherapeutin weitergeleitet. Mit sofortiger Wirkung wurde, je nach Gefährdung und Schwere der Verletzung eine individuelle Regelung der Bewegungsfreiheit vorgenommen. Bei Lilly bestand vorübergehend eine Bedarfsmedikation mit sedierenden, anxiolytischen oder schlafanstoßenden Präparaten (Promethazin, Melperon).

Aufnahme + 6 Wochen: Behandlungsbereich Fachtherapien



Auch in der **Motopädie- und Bewegungstherapie** erzielte Lilly im Aufbau von Vertrauen und Beziehungen Fortschritte. Die Diagnostik ergab Störungen der Körperkoordination, des Muskeltonus und eine geminderte Ausdauer. Erfolgserlebnisse förderten Lillys Motivation. Sie konfrontierte sich mit ihrer

Körperwahrnehmung und ließ sich auf Übungen zu ihrer Sensorik und Entspannung ein. Bewegung begünstigte emotionalen Ausgleich, Lillys Ausdauer und Aktivität verbesserten sich. Sie arbeitete auch gerne spielerisch mit Bewegungslandschaften, sie liebte das Ausagieren am Box-Sack, auf dem Trampolin und mit Bällen. Ihr Blickkontakt verbesserte sich, Entspannung fand sie mit Hilfe von Igelballmassagen, Sandsäckchen auf dem Körper und passivem Bewegt-Werden.



Die **Ergotherapie** half Lilly, Fertigkeiten zu entdecken oder neu zu lernen. Konzentration und Ausdauer und ihre Handlungsplanung besserten sich. Lilly begann, Projekte zu erarbeiten und Arbeitsschritte zu überdenken. Durch künstlerische bzw. handwerkliche Arbeit entspannte sie sich, begann Wünsche zu äußern

und Material zu sichten. Die Arbeits-Einheiten wurden länger, von 15 Minuten hielt sie später 30, dann 45 Minuten durch. Ihr selbständiges Handeln mit Blickkontakt beim Austausch wurde durch Anerkennung auch kleiner Erfolge gefördert, ihr Redebedürfnis nahm ab.

Behandlungsbereich Schule

Während ihres Klinikaufenthalts wurde Lilly, wie alle Patient:innen in der Klinikschule (SBBZ (SiLK)) beschult. Sie begann nach ihrer schwierigen Aufwärmphase, ihre Lücken aufgrund ihrer längeren Schulabstinenz zu füllen. Dabei ergaben sich schulische Beiträge zur Diagnostik, die später auch



für die Empfehlung für die nachklinische Beschulung oder Berufsausbildung relevant waren. Für ihre schulische Reintegration war der Kleingruppenunterricht mit maximal 7 Mitschüler:innen hilfreich. Häufig musste auf Lilly individuell eingegangen werden, Lernangebote mussten an ihren psychischen

Zustand angepasst und mit den anderen Behandlungsbereichen abgestimmt werden. Schließlich bereitete die Bezugslehrerin Lilly auch auf schulische und berufliche Vorhaben nach der Entlassung vor.

Aufnahme + 2 Monate, Nachstationäre Perspektivplanung

Aufgrund ihrer langen Vorgeschichte und Teilhabebeeinträchtigung gehörte Lilly zum Personenkreis der Eingliederungshilfe (§35a SGB VIII) und ist von seelischer Behinderung direkt bedroht. Entsprechend kam das Behandlungsteam zur Empfehlung einer vollstationären therapeutischen Jugendhilfemaßnahme, die ein tiergestütztes Angebot beinhalten sollte. Dies würde Lillys Prognose zusätzlich absichern. Nach einem längeren Vorbereitungs- und Entscheidungsprozess stimmten Lilly und ihre Eltern unserer Empfehlung zu. Sie erhielt sie noch während ihres stationären Aufenthaltes die Gelegenheit zur Besichtigung einer geeigneten Wohngruppe.

Aufnahme + 3 ½ Monate: Entlassung

Lillys Ablösung von den Bezugspersonen in der Klinik gestaltete sich – wie erwartet – schwierig und erstreckte sich über die Zeit ihres Aufenthalts hinaus. Je näher die Entlassung kam, desto häufiger zeigten sich ähnliche Verhaltensweisen wie am Anfang, diesmal allerdings in verminderter Intensität und Brisanz. Lilly wurde ansatzweise traurig, wobei klar war, dass dies ihre Vorerfahrungen und ängstigenden Erinnerungen aktivieren würde. Mit ihrer Psychotherapeutin gelang ihr schließlich ansatzweise die behutsame Lösung des therapeutischen Bündnisses als Muster und Vorbild für den gesünderen Umgang mit dem Lösen von Bindungen und Beziehungen.

Entlassung bis heute: Wie ging es für Lilly weiter?

Lilly begann ihre nächste Etappe in einer Jugendhilfe-Einrichtung, in der die Arbeit mit Tieren den Alltag mitbestimmte. Sie hatte neue Aufgaben: Stallarbeit, Kühe melken, in der dort integrierten Schule absolvierte sie ihren Hauptschulabschluss und trat mit ihren Eltern eine Reise nach Südamerika an, auch, um ihre leibliche Mutter kennenzulernen.

Nach einigen schwierigeren Phasen lebt sie nun in einer anderen Einrichtung mit interner Beschulung und der Möglichkeit zur Ausbildung zur Pferdewirtin und hielt, zunächst höherfrequent, später mit größeren Abständen den Kontakt zu einzelnen früheren Bezugspersonen und ließ diese an ihrem weiteren Schicksal teilhaben.



Kurzer Steckbrief der Klinik Haus Vogt

Gegründet 1975 vom Kinder- und Jugendpsychiater Sebastian Drömann als Fachkrankenhaus und Psychotherapieklinik für Kinder und Jugendliche, existiert die Klinik fast 50 Jahre mit einem offenen, pragmatischen, beziehungsorientierten und interdisziplinären Behandlungskonzept auf systemisch-psychodynamischer Grundlage. Ihren Namen bezieht sie vom Hirnforscher-Ehepaar Cécile und Oskar Vogt, die in den Räumlichkeiten bis 1959 ein Hirnforschungsinstitut betrieben. In der jugendpsychiatrischen und -psychosomatischen Versorgung spielt die Klinik Haus Vogt eine besondere Rolle. Als Fachkrankenhaus hat sie traditionell ein offenes Konzept, nimmt nur elektiv auf. Sie verfügt über 40 Behandlungsplätze auf 4 alters- und geschlechtsgemischten Stationen für große Kinder und Jugendliche von 13-18 Jahren. Die mittlere Verweildauer beträgt etwa 65 Tage, pro Jahr werden etwa 220 Patient:innen aufgenommen. Nicht aufgenommen werden können Patient:innen ohne Absprachefähigkeit und mit substanzabhängigen Suchterkrankungen

Konzeptuelle Wurzeln sind die analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie und Psychagogik mit alltagsbezogener Milieu-Therapie. Mittlerweile wurde das Konzept ergänzt um systemische, verhaltenstherapeutische, freizeit- und kunstpädagogische Elemente und Fachtherapien (Ergo- und

Bewegungstherapie). Den Leitlinien entsprechend erfolgt ggf. eine psychopharmakologische Behandlung. Über allem steht die starke Beziehungsorientierung, alle Patient:innen arbeiten in ihrem konstanten Behandlungsteam, das sich regelmäßig trifft und die Behandlung gemeinsam plant, evaluiert und steuert. Alle 3-4 Wochen finden Familiengespräche statt. Die Bindungen und Kontakte zum familiären Bezugsumfeld werden durch wöchentliche Wochenendheimfahrten (Belastungserprobungen) gefördert.

Autor

Dr. med. Dipl. Psych. Thomas Reichle
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Chefarzt Klinik Haus Vogt
Dennenbergstraße 5
79822 Titisee-Neustadt

Interessenskonflikt

Es besteht kein Interessenskonflikt

*Rezension***Anja Röhl: Das Elend der Verschickungskinder
Kindererholungsheime als Orte der Gewalt***Christian K. D. Moik*

*„Auch der Zorn über das Unrecht
Macht die Stimme heiser...“*

An die Nachgeborenen - Bertolt Brecht

Das Buch von Anja Röhl ist programmatisch und engagiert. Sie will nicht das Schicksal von Verschickungskindern schildern, sondern deren Elend. Dies hat Einfluß auf die von ihr immer wieder geforderte wissenschaftliche Aufarbeitung dieses düsteren, da bisher wenig beleuchteten Kapitels westdeutscher Geschichte. Westdeutsche deshalb, weil in dem Buch nur die Kinderverschickung in der alten BRD behandelt wird, nicht Vergleichbares in der DDR.

Einleitend berichtet Anja Röhl von sich selbst, dass sie 1961 und 1963, also mit ca. 6 und 8 Jahren „von der Krankenkasse verschickt“ worden sei. Im Kinderheim habe man ihr einmal mit Pflaster den Mund zu geklebt, da sie geschwätzt habe. Auch sei sie von einer der „Tanten“ ins Gesicht geschlagen worden.

Laut Wikipedia ist Frau Röhl als Kind mehrfach zur Kur verschickt gewesen, u. a. nach Wyk auf Föhr und Bad Rothenfelde. 1961 hatten sich ihre Eltern, Klaus Rainer und Brunhilde Röhl scheiden lassen, und sie lebte danach überwiegend bei ihrer Mutter.

Erst 2003 seien ihr diese Erlebnisse wieder bewußt geworden und sie habe zunehmend andere Betroffene gefunden, die Ähnliches und Schlimmeres erlebt hätten. Nach einer Veröffentlichung in einer Zeitung und im Internet habe sie mehr als 250 Zuschriften erhalten und sich dieses Themas wissenschaftlich angenommen. Nach einem von Betroffenen organisierten Kongress sei die „Initiative Verschickungskinder“ gegründet worden. Dieses Buch basiert u. a. auf den Angaben in 6.387 vollständig und 10.450 unvollständig ausge-

füllten, standardisierten Fragebögen, deren inhaltlich-qualitative Auswertung noch aussteht.

Insgesamt könne man zwischen 1960 und 1990, in diesem Zeitraum liegt der Schwerpunkt der Betrachtung, von 8 bis 12 Millionen Verschickungen ausgehen. Berücksichtigt man, dass ca. 1/3 der Kinder zweimal in Kur war, ca. 11 % dreimal und öfter, kann man von knapp 5 bis 7,5 Millionen verschickter Kinder ausgehen.

Verschickungen waren Kur- und Erholungsaufenthalte für zumeist 6 Wochen, teils auch deutlich länger, von Kindern ab dem Säuglingsalter, überwiegend jedoch im Kindergarten- und Grundschulalter. Die Verschickung erfolgte auf ärztliche Empfehlung, zumeist wegen gesundheitlicher Probleme wie Unter-, später auch Übergewicht, Allergien, insbesondere allergische Lungenerkrankungen und häufiges Kranksein. Kostenträger waren die Krankenkassen und andere Sozialversicherungsträger. Die Rolle der Sorgeberechtigten, die letztendlich zu entscheiden hatten, wird als eher gering dargestellt. Als eigenes Motiv der Sorgeberechtigten, insbesondere der Mütter, wird vor allem eigene Entlastung vermutet.

Das vorliegende Buch ist neben Vor- und Schlussbemerkung in 6 unterschiedlich umfangreiche Kapitel gegliedert:

1. Verschickungskinder finden sich (8 S.)

Nach den ersten Veröffentlichungen gab es nahezu eine Flut von Mitteilungen, die überwiegend in ganz ähnlicher Form von „Angst, der Qual des Aufessenmüssens, fürchterlichste Mehl- und Specksuppen, stundenlanges Sitzen vor dem vollen Teller, gewalttätiges Esseneinfüttern mit dem Zwang, Erbrochenes wieder aufzuessen, Verbote, auf die Toilette zu gehen, bis zum Einnässen mit anschließender Bestrafung, Wegsperrern in Gitterbetten, Waschräume, Besenkammern und Keller, Schläge ins Gesicht, Prügel mit Holzstöcken, Lächerlichmachen vor der Gruppe, Demütigungen, brüllendes Ausschimpfen, lieblose, gefährvolle Behandlung durch die „Tanten“ und Kurärzte.

Positive Erinnerungen sind selten.

In den Unterkapiteln „Erste Schritte zur Aufarbeitung“ und „Erste Indizien“ klingt bereits eine Grundströmung dieses Buches an, die Vermutung einer Kontinuität zwischen dem Elend der Verschickungskinder und der von der NS-Zeit geprägten Pädagogik und Lebenseinstellung.

Diese stand im Gegensatz dazu, dass es mit der Reformpädagogik seit Ende des 19. Jahrhunderts und mit der sich zunehmend entfaltenden Entwicklungs-

psychologie Erkenntnisse und Bemühungen gab, Kindern in ihren Entwicklungsmöglichkeiten gerecht zu werden. Allerdings wissen wir inzwischen, dass auch die Reformpädagogik nicht gegen Verbrechen an Kindern und Jugendlichen gefeit war.

2. Ein Blick in die Literatur –

Kinderverschickung – bisher kein Forschungsgegenstand (8 S.)

Es wird dargestellt, dass sich in der pädagogischen, sonderpädagogischen und psychologischen Literatur bisher keine Arbeiten zu dem Themenkreis „Verschickungskinder“ finden, lediglich einige in populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen. Gleichzeitig wird ein erster historischer Überblick über „Klimatherapie“ gegeben.

Ein Unterkapitel ist der „medizinischen Pädagogik in der pädiatrischen Fachliteratur in den 1950er und 1960er Jahren“ gewidmet.

Genannt werden zunächst die Bände von *Sepp Folberth*, Kinderarzt in Lörach, „*Kinderheime, Kinderheilstätten*“.

Es folgen 2 „Bestseller von Nazi-Ärztinnen“ *Hannah Uflackers* „*Mutter und Kind*“ und *Johanna Haarers* „*Die Mutter und ihr erstes Kinde*“, das in ähnlicher Weise bereits 1934 erschienen war. Erst an späterer Stelle wird die Vorlesungssammlung von Albert Czerny „*Der Arzt als Erzieher des Kindes*“ erwähnt, die erstmals 1908 erschien.

3. „Verschickung“ – Versuch einer kritischen Annäherung (11 S.)

Unter „Verschickung“ wurden in den 1950 bis 1970er Jahren nicht nur die Kuren für erholungsbedürftige Großstadtkinder verstanden, sondern auch medizinische Kuren in TBC-Heilstätten. Dieser Begriff wurde schon seit den 1930 Jahren benutzt, verlor sich später mit dem Aufkommen der Mutter-Kind, heute Eltern-Kind-Kuren.

Nach den Kinderlandverschickungen in den Kriegsjahren zum Schutz vor den Bombenangriffen erfolgten solche Verschickungen nach Kriegsende vor allem für unterernährte Kinder.

In dem Kapitel werden erste, umfassende Zahlen für die Zahl der Kinderheime und Heimplätze und deren Belegungen, gegliedert nach Bundesländern, geliefert. Nach dem 1. Jugendbericht des Dt. Bundestages von 1965 gab es bundesweit 839 Einrichtungen mit insgesamt 56.608 Plätzen. Nach der Auswertung des Buches von Sepp Folberth müßten es eigentlich 1.143 Einrichtungen gewesen sein.

Ein Unterkapitel beschäftigt sich mit „Diagnostik im Sinne des Geschäftsmodells“. Gut die Hälfte der Kinderheime sei in privater Trägerschaft gewesen. Da diese Heime selbstverständlich auch Wirtschaftsbetriebe waren, die die Heime zu unterhalten, die Kosten der Unterbringung aufzubringen und die Angestellten zu bezahlen hatten und da die Orte, in denen diese Kurheime lagen, selbstverständlich auch von den Kurheimen profitierten, wird vermutet, dass vor allem die Profitorientierung entscheidend für die Indikationsstellungen gewesen sei. Neben der Annahme einer NS-Kontinuität ist die Kapitalismuskritik ein 2. starker Hypothesenstrang, der sich durch das Buch von Anja Röhl zieht.

Im 3. Unterkapitel „Bedingungen des Aufenthalts“ wird der Ablauf der Kuraufenthalte beschrieben, beginnend mit dem Abschied von den Eltern am Bahnhof, die einsame Fahrt in die Kurorte, der lieblose Empfang und die Trostlosigkeit des dortigen Aufenthalts.

4. Kindererholungsheime (148 S.)

In diesem umfangreichsten Kapitel werden zum einen eingehend verschiedene Kinderheime samt ihres Ambientes an der Nordsee (Norderney, Föhr, Borkum), in der Mittelgebirgsregion der BRD (Bad Salzdetfurth, Bad Rothenfelde, Bad Sachsa) und im Süden Deutschlands (Berchtesgaden, Scheidegg) beschrieben.

Wichtiger und voll erschreckender Trostlosigkeit und Grausamkeit sind die zahlreichen Berichte Betroffener, die überwiegend im Kleinkindalter verschickt worden waren, die Einsamkeit und Härte der Kuraufenthalte, abgeschnitten von ihren Bezugspersonen und ohne Hoffnung auf Hilfe bis auf den ersehnten Entlassungstag. Dies wird in fast monotoner und gerade deshalb erschreckender Ähnlichkeit erinnert.

Aus den berichteten Erinnerungen entsteht ein Bild schwärzester Pädagogik, als hätten sich alle Sadistinnen der BRD,- die Betreuenden waren ganz überwiegend Frauen -, in diesen Kinderkurheimen versammelt.

Die Formen der Mißhandlungen sind bereits im 1. Kapitel kurz skizziert. Die Fülle schlimmster Erinnerungen macht fassungslos, auch wenn es einige, wenige positive Erinnerungen gibt und wenn angenommen werden kann, das manches auch eine Frage der Bewertung ist, etwa der Geschmack bestimmter Essen, die jemanden angewidert haben, anderen ersehnt waren, etwas Grießbrei mit Rosinen, Zucker und Zimt. Und während einerseits über „ewig lange

Spaziergänge“ geklagt wird, wird an anderer Stelle moniert, dass die Kinder „fast nur im Haus“ waren.

Die Erinnerung eines 1984 achtjährigen Jungen, dass „eine Windpockenepidemie unter den Kindern den Ärzten und Betreuerinnen reichlich Gelegenheit gab, an jungen nackten Körpern herumzufummeln, um angeblich notwendige bräunliche Behandlungspaste auf die Windpocken aufzutragen“, scheint stark von subjektiver Wahrnehmung geprägt. Aber vielleicht ist die Skepsis des Rezensenten auch vergleichbar mit der früheren Skepsis der Eltern, wenn die Kinder Zuhause berichteten.

In jedem Fall kann der Autorin nur beigespflichtet werden: Es bedarf dringend der Aufdeckung und Klärung!

5. Erste empirische Zahlen (12 S.)

Die Autorin berichtet über die Auswertung von 6.387 vollständig und 10.450 unvollständig ausgefüllte Fragebögen, die bis zum 11.02.2022 vorlagen. Sie umfaßten vor allem die Geburtsjahrgänge 1949 bis 1969 mit einem Schwerpunkt in den Verschickungsjahren 1954 bis 1973. 82 % hätten einen ausführlichen Bericht geschrieben.

Von den jeweils drei schlimmsten traumatischen Erlebnissen wurden zu 60 % der Essenszwang, zu 56 % das Heimweh und zu 38 % die Bestrafungen genannt, außerdem seelische Kälte, ständige Angst, Zwang, Erbrochenes wieder zu essen, Bestrafung und Beschämung bei Bettnässen, kontrollierte Toilettenzeiten mit dem Verbot, während der Bettruhe zur Toilette zu gehen, stehen im Dunkeln auf kalten Fliesen, eingesperrt werden, riesige Schlafsäle mit 12 und mehr Betten, der Inhalt von Paketen wurde an alle verteilt, ein- und ausgehende Post zensiert.

Nach positiven und schönen Erlebnissen scheint nicht gefragt worden zu sein. Leider ist es dem Rezensenten nicht gelungen, die Originalfragebogen im Internet einzusehen.

90 % der Auskunftgebenden teilten mit, dass die Kuraufenthalte zu Veränderungen in ihrer Persönlichkeit und/oder im Verhältnis zu den Eltern geführt hätten.

Zur familiären Situation zur Zeit der Verschickung gaben 40 % an, aus einer eher harmonischen Familie gekommen zu seien, 37 % aus einer eher problematischen Ausgangslage, 10% aus Scheidungsfamilien. Bemerkenswert ist, dass 61 % angeben, dass die emotionale Feinfühligkeit nach der Verschickung

ckung zugenommen habe, bei 67 % das Einfühlungsvermögen und gar bei 88 % die Empfindlichkeit gegen Ungerechtigkeit.

Im Unterkapitel „Bestrafung für unwillkürliche Vorgängen“ wird noch einmal dargestellt, dass selbst auf weitgehend autonome Körperfunktionen wie Erbrechen, Einnässen und Weinen mit Drohungen und Strafen reagiert wurde.

Im Weiteren findet sich eine statistische Darstellung der Anzahl der Heimplätze nach Bundesländern, der durchschnittlichen Heimgrößen und der Anzahl der Heimträger.

Von den 1.143 erfassten Heimen waren über 1/3 (407) in privater Trägerschaft, 76 in der von Städten und Landkreisen, die meisten übrigen in der von Wohlfahrtsverbänden.

Hinsichtlich der Verhaltensweisen werden keine relevanten Unterschiede je nach Trägerschaft angegeben. Vielmehr werden in den Berichten auch aus den kirchlich orientierten Einrichtungen die Nonnen und Diakonissen überwiegend als hart, schrecklich und teils sadistisch geschildert.

6. Ursachensuche (91 S.)

Es werden 9 Ursachenstränge identifiziert

1) Biographische Prägung durch den Nationalsozialismus

Mit dem Begriff „Hitlerkinder“ erfaßt die Autorin sehr umfassend all jene, die zwischen 1926 und 1945 in Deutschland geboren wurden und so einen Teil ihrer Sozialisation in der Zeit des Nationalsozialismus zwischen 1933 und 1945 erlebt hätten.

Sie postuliert, dass die meisten der Heimleiterinnen und Heimbetreuerinnen durch die NS-Ideologie geprägt gewesen sein, und sie entweder dadurch Härte in der Erziehung als Norm ansahen oder sogar durch eine Art Nachinszenierung die eigenen Schuldgefühle kompensierten. Dies wird mit zahlreichen Beispielen beschrieben, die jedoch überwiegend aus dem Bereich männlichen Erlebens stammen. Anja Röhl vermutet jedoch an, dass die Erziehung der Mädchen in der NS-Zeit ähnlich barbarisch gewesen sei.

2) Prägung durch NS-Schwesterschaft und Pflegeberufe

Da die meisten der Betreuerinnen in den Kindererholungsheimen und -heilstätten aus pflegerischen Berufen stammten, seien diese durch die NS-Schwesterschaft geprägt gewesen, selbst wenn sie, wie z. B. die Diakonissen, sich partiell selbstständig erhalten konnten. Auch deren Geist und Praxis sei vom

Nationalsozialismus mit der Ideologie unterschiedlich wertiger Menschen beeinflusst gewesen. Ab 1934 waren die großen Schwesterngemeinschaften,- die Berufsgemeinschaft weltlicher, städtischer und privater Pflegerinnen, die Diakonie-Schwesternschaft mit sieben evang. Schwesternschaften, die Katholische Schwesternschaft, die Rot-Kreuz-Schwesternschaft und die Schwesterngemeinschaft der nationalsozialistischen Volkswohlfahrt -, in der Reichsfachschaft als zentraler Krankenpflegeorganisation der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) zusammengeschlossen. Man war bemüht, die christlich tradierte Nächstenliebe durch eine NS-Ideologie zu ersetzen.

Überdies seien in den Kriegsjahren viele ehemalige Heime und Kliniken in Lazarette umgewandelt worden.

Etliche der Pflegerinnen und Krankenschwestern seien auch direkt oder indirekt in die Verbrechen der T4-Tötungsaktionen und außerhalb praktizierter Euthanasie und die über 300.000 Sterilisierungen von als erbminderwertig angesehener Menschen einbezogen gewesen.

Neben dem engeren Thema der Verschickungen finden sich in diesem Kapitel wie auch in folgenden erschütternde Beispiele entmenslichter, ideologisch verblendeter Grausamkeit.

3) Strafbende Pädagogik

In diesem Ursachenstrang untersucht die Autorin speziell die strafende Pädagogik, die von Ärzten propagiert worden sei.

Als führend im 19. Jahrhundert nennt sie den Orthopäden Moritz Schreiber, der nicht nur mechanische Apparate zur Korrektur von Fehlhaltungen sondern auch zur Verhinderung der Masturbation erfunden und vertrieben habe. Er habe Härte gegen die Kinder vom Säuglingsalter an empfohlen und sei Vorbild für viele Ärzte seiner Zeit gewesen. Immerhin verdanken wir seiner Propagierung naturnahen Lebens auch die „Schreibergärten“ zumindest in der Namensgebung. Mit ihm habe eine „unselige Epoche ärztlicher Einmischung in die Erziehung“ begonnen.

Albert Czerny, Johanna Haarer und Hannah Uflacker wurden schon genannt. Als weiterer Vertreter schwarzer Pädagogik und ärztlicher Anmaßung wird Heinrich Hoffmann mit seinem „Struwwelpeter“ aufgeführt. Ein relativ aktueller Beleg strafender, ärztlich geleiteter Pädagogik wird mit dem Film „Elternschule“ aus der psychosomatischen Abteilung der Kinder- und Jugendklinik in Gelsenkirchen aufgeführt, in dem Eltern dazu angeleitet würden, „den Willen des Kindes zu brechen“.

In diesem Unterkapitel werden mehrfach Strafkataloge aufgeführt, die einen das Gruseln lehren können.

Erst im 6. Ursachenstrang, aber durchaus hierher gehörend, wird auf S. 262 Immanuel Kant mit „seinem schwarzpädagogischen Grundsatzwerk *Über Pädagogik*“ zitiert: „*Denn je mehr auf diese Weise sein Körper gestärkt und abgehärtet wird, um so sicherer ist er vor den verderblichen Folgen der Verzärtelung.*“

4) Totale Institution

Die Kindererholungsheime seien „Totale Institutionen“ i. S. von Erving Goffman gewesen. Das habe sich in der Alltäglichkeit, rigider Überwachung, gesellschaftlicher Isolation, Demütigungen, Aufnahme ritualen und Identitätsveränderung gezeigt. Dies führe zu primären Anpassungsleistungen mit Kolonisierung und Konversion und anschließend zu sekundärer Anpassung mit Rebellion, dann Regression und Rückzug bis zum Hospitalismus.

Die Täterinnen in den Kindererholungsheimen wären schon während ihrer Sozialisation im NS-Staat von Totalen Institutionen geprägt gewesen. Dies habe auch für katholische Nonnen und evangelischen Diakonissinnen mit ihren Ordensregeln gegolten.

Als zusätzliche Belastungen in diesen Heimen werden noch „Erfolgsdruck, Finanzdruck und fehlende Fachkräfte“ benannt.

5) NS-Geschichte der Kinderheilkunde

Obwohl die NS-Prägung des betreuenden und ärztlichen Personals schon ausführlich dargestellt wurde, wird den ärztlichen Täterinnen und Tätern noch ein eigenes Kapitel gewidmet, das für sich allein sowohl erschreckend als auch wissenschaftlich ist, wobei das erst später etablierte Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie hier subsumiert ist.

Die Pädiatrie habe sich Mitte des 19. Jahrhunderts aus der Inneren Medizin heraus entwickelt und lange um Anerkennung gerungen. Mit Eduard Henoeh, Otto Heubner und Albert Czerny werden wichtige Persönlichkeiten skizziert.

Mit dem Nationalsozialismus sei eine Verschiebung der ärztlichen Grundeinstellung, weg vom Körper des einzelnen Menschen, hin zum „Volkskörper“ erfolgt, begleitet von einer immer rigideren eugenischen Wertung. Ab 1936 seien mindestens 300.000 Menschen sterilisiert worden, zumeist noch im Kindesalter ab 11 Jahren. Viele von ihnen wurden später im Rahmen der T4-Aktionen ermordet.

Hauptgutachter der T4-Aktion im „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erforschung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ waren Prof. Dr. med. Werner Julius Eduard Catel (1894-1981), nach dem Krieg Leiter der Kinderheilanstalt Mammolshöhe und ab 1954 Professor an der Universität Kiel, Prof. Dr. med. Hans Heinze (1895-1983), 1946 von einem sowjetischen Militärgericht verurteilt wegen „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ und bis 1952 in Haft, bis 1954 Assistent in der Landesheilanstalt Münster-Mariental und von 1954 bis 1964 Leiter der Jugendpsychiatrischen Klinik am Landeskrankenhaus Wunsdorf, Dr. med. Ernst Albert Max Wentzler (1891-1973), nach dem Krieg praktizierte er als Kinderarzt in Hann. Münden.

Hans Heinze hat bereits 1924 in Leipzig unter Paul Schröder die dortige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik mit aufgebaut. Und so gehört er mit Prof. Dr. med. Werner Villinger (1887 bis 1961),- dieser war beteiligt an zahlreichen Zwangssterilisationen in den Bodenschwingschen Anstalten Bethel, ab 1940 Ordinarius für Psychiatrie und Nervenheilkunde an der Universität Breslau, Herausgeber der „Zeitschrift für Kinderforschung“, nach dem Krieg ab 1946 Ordinarius und Direktor der Universitätsnervenklinik in Marburg -, zu den Gründungsvätern der Kinder- und Jugendpsychiatrie, auf die wir nicht stolz sein, die wir aber auch nicht verleugnen können.

Zu den schamvollen Kapitel der Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören auch die „Kinderfachabteilungen als Experimentierstationen“ über die ebenfalls in diesem Buch berichtet wird. Dort wurden zur späteren Ermordung bestimmte Kinder zuvor gefährlichen, schmerzvollen und oft tödlich endenden medizinischen Experimenten unterworfen. Es waren die oben genannten 3 Hauptgutachter und 40 weitere Gutachter der T-Aktionen, die dort teils selbst, teils mittelbar Menschenexperimente durchführten.

Diese „Kinderfachabteilungen“ werden mit ihren Namen und den verantwortlichen ärztlichen Leiterinnen und Leitern detailliert aufgeführt. Eine erschreckende Liste, die man studieren und erinnern sollte!

6) Balneologie sowie Klimaheilkunde und –therapie

In diesem Unterkapitel geht es vor allem um die Förderung der körperlichen Widerstandsfähigkeit. In einer Zeit, in der es kaum wirksame Heilmittel gab, war dies von besonders hoher Bedeutung. Und so fand die Autorin für 1780 bis 1820 insgesamt 160 deutschsprachige Bücher, die sich der körperlichen Erziehung widmen. Die Begriffe „Leibesübungen“ und „Leibeserziehung“ wurden damals geprägt. Im Zusammenhang mit dem Begriff „Abhärtung“ wird auch Immanuel Kant zitiert (s. o.).

Im Einzelnen dargestellt werden der „Deutsche Heilbäderverband“, „Die Bioklimatische Klimaforschungsanstalt in Wyk“, die „Vereinigung für Klimaheilkunde“ und das heutige „Bündnis für Kinderkuren und Rehabilitation“.

7) Medizinische Forschung

Verschickungskinder erinnern sich an Medikamentengaben, die in Tees oder Essen gegeben oder als Zäpfchen und auch Spritzen verabreicht wurden. Ein Kurarzt habe bei der Eingangsuntersuchung die Kinder in drei Kategorien eingeteilt, denen anschließend unterschiedlich stark sedierende Tees gegeben worden seien.

Der Leiter der Kinderheilstätte Bad Dürkheim, Dr. Hans Kleinschmidt, habe empfohlen, heimwehkranken Kindern zu Beginn Tranquilizer zu geben. Später müßte jedoch „strenge Liebe“ das Heimweh lindern.

Es seien auch Medikamentenversuche durchgeführt worden. Die Autorin verbindet dies mit einer abwertenden Einstellung gegenüber den Kurkindern, die selbst in der ortsansässigen Bevölkerung bestanden habe. Und sie stellt eine Kontinuität zu den Menschenversuchen in der NS-Zeit her. Dies beschreibt sie am Beispiel des Pädiaters und Pulmonologen Georg Hensel, bei dessen Versuchen Kinder zu Tode gekommen oder als unbrauchbar zu Tode gespritzt worden seien.

Eingehender werden auch die Zwillingstudien von Kurt Gottschaldt im Seehospiz Norderney dargestellt, die er schon 1937 begonnen habe. Dabei seien zwar im Wesentlichen die Kinder beobachtet und nicht mit Medikamenten behandelt worden. Man habe sie jedoch unter Vorspiegelung einer notwendigen Erholung zunächst im Rahmen der Kinderlandverschickung, später zu Erholungskuren gezielt als Probanden ausgesucht. An der Auswahl hätte u. a. auch eine Beamtin des Gesundheitsamtes Stuttgart mitgewirkt.

Hans Kleinschmidt habe die Rahmenbedingungen zur Medikamentenerprobung bei Kurkindern wegen der weitgehenden Standardisierungen als nahezu ideal beschrieben.

Im letzten Unterkapitel werden mehrere in Kinderkurheimen durchgeführte Medikamentenerprobungen einschließlich möglicher Risiken dargestellt.

8) Ökonomie und Rendite

Aus einer Akte vom „Friesenhof“ auf Borkum geht für 1966 ein Tagessatz von 12 bis 14 DM hervor. Dies rechnet die Autorin für 839 Heime mit 56.000 Plätzen bei ganzjähriger Belegung auf 225 Mio. Jahresumsatz hoch.

In einer Akte vom Stadtjugendamt Essen wird für 1992 ein Tagessatz von 106 DM angegeben. Dies führt dann schon zu einem Milliardenumsatz.

Durch Einsparungen beim Personal, der Essensqualität und Überbelegungen in den Sommermonaten hätten sich Gewinne von 50 % ergeben. Letztes wird jedoch nicht belegt. Lediglich führt die Autorin an mehreren Stellen im Buch das Beispiel der Betreiberin des Friesenhofes auf Borkum an, dass diese den finanziellen Ausfall, den sie in ihrem Heim hatte, weil wegen der zugefrorenen Nordsee die Kinder nicht gebracht werden konnte, gegenüber dem Entsendepartner „Bahnversicherung“ eingeklagt habe. Dabei ging es jedoch nicht um die Frage des Kindeswohl sondern um die Rechtsfrage, wer von den Vertragspartnern den durch den witterungsbedingten Ausfall entstandenen Schaden zu tragen hätte Dies ist nicht unbedingt eine moralische Frage.

Auch die Bahn als wichtiger Transporteur der Verschickungskinder wird hinsichtlich der Finanzen beleuchtet. Die Autorin berechnet, dass die Bahn allein 1977 für den Transport von 518.000 Kurkindern mit 13,2 Mio. DM bezuschußt worden sei. Das sind 24,48 DM pro Kind. Bedenkt man, dass viele der Kinder durch die halbe oder ganze BRD transportiert wurden, weil man Kinder aus dem Norden gern in den Süden und die aus dem Süden in den Norden schickte, relativiert sich diese Summe, erst recht, wenn diese für Hin- und Rückfahrt galt, was aus dem Text nicht ersichtlich ist. Damit war kein großer Gewinn zu machen.

9) Sadismus

Viele der Verschickungskinder hätten die Demütigungen und Gewalt der „Tanten“ als „Sadismus“ bezeichnet, ihr Lachen, ihr Grinsen, die Art, wie sie Freude zeigten.

Mit diesem Begriff ist wohl der „Charakter- oder Alltagssadismus“ gemeint, eher nicht der „Sexualsadismus“ i. S. der ICD11.

Zumindest bei den evangelischen Diakonissen-Ordensschwestern und bei der katholischen Schwesternschaft vermutet Anja Röhl, dass diese infolge ihres Eheverzichts durch die Impulsunterdrückung zu sadistischem Verhalten neigen könnten. Einschränkend fügt sie an, dass sich bisher Sadismus in den Erholungsheimen nur aus Erinnerungen rückschließen und sich in der institutionellen Struktur aufweisen lasse.

Resümee:

In der **Schlußbemerkung** spricht sich die Autorin für eine empathische Pädagogik aus. Einer solchen Forderung kann niemand widersprechen.

Doch was heißt das für dieses Buch:

Ist Anja Röhl empathisch mit den Verschickungskindern und dem Kind, das sie selbst war, oder instrumentalisiert sie diese trotz oder gerade wegen ihrer Parteinahme?

Der Titel müßte eigentlich heißen „Das Elend der Verschickungskinder und des Nationalsozialismus“. Ein weiterer Argumentationsstrang ist die Kapitalismuskritik. Unterschwellig kommen auch die Frauen nicht gut weg, was vielleicht bei einem frauendominierten Tätigkeitsfeld nicht so ungewöhnlich ist. Doch auch in den Erinnerungen der ehemaligen Verschickungskinder scheint das Mitgefühl, der Glaube an das Kind und die gerechte Empörung bei den Vätern ausgeprägter gewesen zu sein als bei den Müttern.

Da viele Berichte und Schilderungen in dem Buch mit Jahresangaben versehen sind, hat sich der Rezensent oft gefragt: „Wie war die Zeit damals? Was hast du damals gemacht? Wieso hast Du, so wie scheinbar die meisten anderen, nichts von diesem millionenfachen Leid gemerkt?“

Von der Autorin hat er erfahren, dass er als Jahrgang 1944 zu den „Hitler-Kindern“ gehört. Bisher hatte er sich nie so gesehen, wenn auch als Kriegs- und Flüchtlingskind, allerdings ohne eigene Erinnerungen an diese Zeit. Der Vorname „Christian“ spricht auch nicht unbedingt für ein „Geschenk an den Führer“. In der frühen Nachkriegszeit erlebte er in der SBZ/DDR einen strengen Antifaschismus, zumindest offiziell. Selbst Briefmarken mit Hakenkreuz durften eine Weile nicht gesammelt werden.

Von seinen Altersgenossen kennt er nur einen 5 Jahre älteren Cousin, der als Kind „verschickt“ wurde. Diesen hatte es mit seiner Familie durch die Vertreibung aus Schlesien zunächst nach Westfalen verschlagen. Wegen Unterernährung kam er 1948 mit 8 Jahren in Kur und zwar beim „Evangelischen Hilfswerk Westfalen, Sozialwerk Stukenbrock“. Untergebracht waren die Kinder ausgerechnet im ehemaligen „Stalag 326 (VI K)“, einem „Kriegsgefangenen-Mannschafts-Stammlager“, im dem bis 1945 vor allem russische später auch französische, polnische und serbische Kriegsgefangene, untergebracht waren, von denen 15.000 bis 70.000 durch Mangelernährung und Zwangsarbeit zu Tode gekommen sind. Nach 1945 diente es zunächst Amerikaner und Engländern als „Internierungslager Eselheide“ für ca. 9.000 deutsche

Kriegsgefangene und inhaftierte NSDAP-Funktionäre, ab 1948 als „Sozialwerk Stukenbrock“ für die Unterbringung von Heimatvertriebenen und als Kinderkurheim. Auch das war bezeichnend für die Not der damaligen Zeit. Wegen der riesigen Kriegszerstörungen wurde alles genutzt, was verfügbar war. Seit 1970 befindet sich auf dem Gelände ein Polizeiausbildungsinstitut, und es gibt die „Gedenkstätte Schloß Holte-Stukenbrock“.

Die Eltern meines Cousins hatten ihn reichlich mit adressierten und frankierten Briefutensilien versorgt. In einer Briefkarte fragte er brüderlich besorgt seine 2 Jahre ältere Schwester: „*Habt Ihr in der Schule auch trocken Speise bekommen?*“. Trockenmilch, Trockenei u. a. lang haltende Lebensmittel kamen vor allem mit Care-Paketen aus den USA und waren bei der Berlinblockade wesentlich in der Versorgung der Bevölkerung. Der Rezensent erinnert sich noch, dass es das süßliche Milchpulver gern genascht hat, sofern es durch Pakete „aus dem Westen“ so etwas überhaupt gab.

Weshalb Anja Röhl mit ihren Recherchen und Berichten erst in der Zeit nach 1950 beginnt, wird nicht begründet. Vielleicht liegt es an ihrem eigenen Alter, vielleicht aber auch daran, dass vor 1950 das Elend in Deutschland so allgemein war, dass Einzelelend nur schwer darstellbar wäre.

1968 war die Behandlung von Einnässen und nicht dessen Bestrafung durchaus schon Standard. Zu der Zeit hat der Rezensent auf der „Pestalozzi-Station“ in Köln, einer kinderpsychiatrischen Einrichtung, noch ehe es diese Fachgebiet formell gab, als Nachtwache gejobbt. Zu seinen Aufgaben gehört es, die Bettnässer nachts zu wecken und zur Toilette zu bringen. Ob diese das als Hilfe angesehen haben oder doch als Strafe, bleibt dahingestellt.

Als der Tagessatz 1966 in einen Kinderkurheim 12 bis 14 DM betrug, begann er gerade sein Studium in Köln und lebte damals von ca. 300 DM pro Monat. Das reichte, wenn man sich mit einem Mansardenzimmer ohne eigenen Sanitärbereich begnügte. Verglichen damit scheint der auf S. 288 angegebene Kostensatz von ca. 360 bis 420 DM pro Monat nicht für eine immense Gewinnspanne zu sprechen, selbst wenn sparsam gewirtschaftet wurde.

Schlafsäle mit 12 Betten und mehr werden als „riesig“ beschrieben. 1969 gab es im alten Allgemeinen Krankenhaus in Wien (AKH), das 1794 vom Kaiser Leopold I. gegründet worden war, in der Inneren noch Krankensäle mit 25 Betten, und dabei waren diese schon einmal unterteilt worden.

Die Mannschaftsräume des Grundwehrdienstes 1964 hatten 8 Betten.

Nach der Tätigkeit in Kinderkliniken und stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie war der Rezensent ab Ende 1985 in eigener Praxis als Kinderarzt und Kinder- und Jugendpsychiater tätig. In dieser Eigenschaft hat er wahrscheinlich Kurempfehlungen ausgesprochen und entsprechende Berichte erhalten. Negative Rückmeldungen sind ihm nicht erinnerlich. Lediglich eine evangelische Pfarrersfamilie berichtete durchaus erfreut, dass sie seit der Kur ihres Sohnes in einem katholischen Kurheim bei den eigenen Mahlzeiten wieder beten würden. Das habe dem Sohn in der Kur so gefallen, dass sie es in ihr tägliches Familienleben übernommen hätten.

Negative Rückmeldungen kamen jedoch später mehrfach von gestreßten Müttern nach Mutter-Kind-Kuren, in denen man sie zur Förderung der Selbstwirksamkeit weitgehend mit ihren Kindern allein gelassen habe.

Die Lektüre des Buches war ein mühevolleres Unterfangen. Zum einen, wegen des Schreckens der Berichte. Zum anderen, da auch immer wiederkehrender Horror irgendwann verblaßt, wie wir es schon lange und ganz aktuell mit den Kriegs- und Katastrophenszenarien dieser Welt erleben.

Im Hintergrund stand beständig die Frage: „Warum hast Du, warum haben die meisten nichts bemerkt?“ Und die eigentlich noch wichtigere Frage: „Gibt es derzeit Schreckliches was unseren Kindern passiert, was wir jetzt nicht bemerken und das dann vielleicht 40 Jahre später aufgeheilt und aufgearbeitet wird?“ Wie könnte es gelingen, jetziges Leid bereits jetzt zu erkennen, möglichst zu verhindern oder zumindest zu beenden?

Was ist mit unseren heutigen Kinderbetreuungseinrichtungen, die uns so heil vorkommen, wie vor Jahrzehnten die Kindererholungsheime? Auch da hören wir ständig von Überlastung, Mangel an qualifiziertem Personal, Überbelegung bez. fehlenden Kapazitäten. Reichen die Kontrollen? Gibt es hinreichende Begleitforschung? Oder könnte es sein, dass in einigen Jahrzehnten Betroffene anklagen, dass sie als Tagesstättenkinder ab dem Säuglingsalter den Familien entfremdet und einer institutionellen Erziehung zugeführt worden seien, nur damit genügend weibliche Arbeitskräfte der kapitalistischen Wirtschaft für unterbezahlte Tätigkeiten zur Verfügung stehen und die Kinder deutsch-demokratisch indoktriniert werden? Das klingt jetzt wie eine Verschwörungstheorie. Wie aber hätten die Thesen von Anja Röhl in ihrem ersten Verschickungsjahr geklungen?

Unzureichend wird geklärt, warum die Betroffenen Jahrzehnte geschwiegen haben. Anja Röhl nennt ein Schweigegebot, das direkt oder indirekt von den

„Tanten“ ausgesprochen worden sei. Es werden auch Beispiele genannt, dass Eltern den Kindern nicht geglaubt oder die Schilderungen für übertrieben gehalten hätten. Und wenn Eltern sich beschwert hätten, sei diesen Beschwerden nicht hinreichend nachgegangen worden. Doch erklärt dies das jahrzehntelange Schweigen - und vor allem: Wie ist es heute?!

Forschungsbedarf für die Zeit der Verschickungskinder wird durchgehend angemahnt. Ob allerdings die favorisierte „Bürgerforschung“ die notwendigen Erkenntnisse bringen wird, erscheint dem Rezensenten fraglich. Welche Qualifikationen, Kompetenzen und Strukturen gibt es neben der eigenen Betroffenheit und dem Engagement? Auf welcher Grundlage werden die Archive geöffnet und die mutmaßlichen Täterinnen, so sie noch leben, angehört? Eine Nachfrage bei der eigenen Krankenkasse ergab als Antwort, dass es zum einen keine entsprechenden Unterlagen aus dem fraglichen Zeitraum gäbe. Und wenn es diese gäbe, könnten diese aus Datenschutzgründen nicht ausgehändigt werden.

Da wartet ein steiniger Acker!

Ungeklärt auch die Möglichkeiten zur Entschädigung, Wiedergutmachung, Sühne und Aussöhnung. Untaten kann man nicht ungeschehen und wiedergutmachen. Traumafolgen können bereits jetzt zu Lasten der Krankenkassen behandelt, allerdings nicht wiedergutmacht werden.

Auf Seite 16 findet sich der Vorschlag für ein bundesweites Kur- und Erholungsheim, das nach den Vorstellungen der Betroffenen errichtet werden soll und in dem jeder im Jahr für 6 Wochen einen von der Krankenkasse bezahlten Kuraufenthalt nach eigenen Maßstäben *genießen* soll.

Lässt man die Kosten außeracht, so gäbe es nach den jetzigen Zahlen 5 bis 7,5 Mio. Anspruchsberechtigte. Selbst wenn davon nur 10% das Angebot in Anspruch nehmen würden und trotz der Selbstbestimmung eine Ganzjahresbelegung möglich wäre, käme man auf notwendige ca. 59.000 bis 88.000 Kurplätze, eine Zahl, die die der früheren Kinderkurplätze erreicht bzw. übersteigt. Ein gigantisches, mit Verlaub, utopisches Vorhaben.

Finanzielle Entschädigungen sind, bis auf konkrete Einzelfälle, kaum vorstellbar. Den einzelnen früheren Betreibern wird eine Leistungspflicht nur bei konkretem Schuldnachweis auferlegt werden können. Zahlreiche private Betreiber wird es rechtlich gar nicht mehr geben. Ein Entschädigungsfond wäre von der Allgemeinheit zu tragen, gleichgültig ob dies die Krankenkassen, die staatlichen Betreiber oder staatliche Entsendeinstitutionen wären. Dies würde

dazu führen, dass die ehemaligen Verschickungskinder über Kassenbeiträge oder Steuern einen Teil ihrer Entschädigung selbst tragen würden. Und mit welcher Begründung würde die übrige Bevölkerung zu dieser Entschädigung herangezogen. Weil sie als Eltern, LehrerInnen, ErzieherInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen nichts gemerkt haben?

Aus Sicht des Rezensenten bedarf es neben der Forschung echter Versöhnung, die auch die Traumatisierten Frieden finden läßt, so wie dies in einigen Ländern nach jahrelangen erbitterten und tödlichen Kämpfen versucht wird, weil man erkennen muß, dass es rückblickende Gerechtigkeit nicht geben kann.

Vor allem aber, und dies liegt dem Rezensenten auf der Seele und am Herzen: Laßt uns wachsam sein für neues Leid, das vielleicht jetzt unbemerkt von uns geschieht!

Anja Röhl:
**Das Elend der Verschickungskinder –
Kindererholungsheime als Orte der Gewalt**

Psychosozial-Verlag, Buchreihe: Sachbuch Psychosozial, 2. korrigierte Auflage, 2022, 305 Seiten, Broschur, 29,90 €, Bestell-Nr.: 3119

ISBN 978-3-8379-3119-8 (Print), 978-3-8379-7782-0 (E-Book-PDF)

Christian K. D. Moik



Rezension

Wilhelm Rotthaus: „Wir können und müssen uns neu erfinden“

Alexander Trost

Wilhelm Rotthaus, Forum-LeserInnen bestens bekannt als langjähriger Leiter der Viersener Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie als vielfacher Autor engagierter systemisch-kinder- und jugendpsychiatrischer Bücher, legt hier sein erstes, nicht fach-medizinisches, sondern gesellschaftspolitisches, dabei nicht minder systemisches Werk, vor.

„Wir können und müssen uns neu erfinden“ bezeichnet der Autor als Weckruf, als Aufruf zur Umkehr in einer multiplen Krise von Selbstverständnis und Wirtschaftssystem einer von dem Hyperindividualismus weniger Akteure zu Grunde gerichteten Welt. Den aktuellen pessimistischen Prognosen stellt Rotthaus eine Mentalitäts- und Kulturgeschichte der Menschheit gegenüber, die aufzeigen soll, dass es möglich ist, den Fokus von dem Individualismus westlicher Prägung hin zu einer gemeinsamen Perspektive von Solidarität, Gleichheit und Demokratie mit dem Ziel der Bewahrung der Schöpfung zu verlagern.

Im ersten Kapitel zeichnet der Autor das Selbstbild und Weltbild des europäischen Menschen im Frühmittelalter nach, als einer Zeit, in der die Menschen in ihrer mittelalterlich-statischen Gesellschaft, durchdrungen von religiösen Vorstellungen, eingebunden in ein umfassendes Gemeinschaftserleben und mit dem Ziel der Nutzung individueller Fähigkeiten zur Realisierung der sozialen Vorherbestimmung des Menschen, eine Art epistemischer Geborgenheit in der damaligen Wirklichkeitskonstruktion erlebten.

Das zweite Kapitel „Der Umbruch und die Erfindung des Individuums zur Zeit des Hoch- und Spätmittelalters“ skizziert den im elften Jahrhundert einsetzenden tiefgreifenden Wandlungsprozess, in dem letztlich der Mensch – konsequenterweise als Individuum – zum Maß aller Dinge wurde, mit einem neuen Streben nach Selbsterkenntnis, nach individueller Selbstverantwor-

tung, nach Infragestellung überkommener Wahrheiten. Wie im ersten Kapitel beschreibt Rotthaus auch hier umfassende Charakteristika der Gesellschaft, einschließlich der Wissenschaft, Sprache, Rechtsprechung, Raumgestaltung und Kunst. So entsteht ein vielfältiges Bild der Lebensumstände, Denk- und Fühlweisen in den jeweiligen Perioden.

Jetzt durchleben wir wieder eine Zeit des radikalen Umbruchs, so Rotthaus im dritten Kapitel seines Büchleins „das Ende des Zeitalters des Individuums“. Die aktuellen Krisen in der Welt belegen, dass die Menschheit mit einem „weiter so“ ihre eigenen Lebensgrundlagen gründlich und nachhaltig gefährdet, sodass es notwendig ist, eine erneute „Neuerfindung“ von Selbst- und Weltbild vorzunehmen.

Mit dem vierten Kapitel „Aufbruch in eine unbekanntes Zukunft“, skizziert der Autor die Utopie des Menschen als Beziehungs-Geschöpf unter gleichartigen Geschöpfen. Er greift dabei auch auf Beiträge von Harald Welzer, Maja Göpel und des theoretischen Physikers Klaus Mecke zurück, und er hält die erneute Transformation des menschlichen Geistes für das Überleben unserer Spezies für möglich, so wie der radikale Wandel hin zum Individualismus im Spätmittelalter möglich geworden war.

Der Text mündet in ein fiktionales Interview mit einem Historiker, Prof. Fritz Tabari im Jahr 2252. Offensichtlich hat die Menschheit es bis zu diesem Zeitpunkt geschafft, die drohende Zerstörung des Planeten abzuwenden und eine substantielle Weiterentwicklung der individuellen Psychen und der gesamtgesellschaftlichen Vernunft zu erreichen.

Eine schöne Utopie, die von der Aussage des Buchtitels getragen wird. Rotthaus ist der Überzeugung, dass ein substanzieller Wandel notwendig, aber auch möglich ist. Die systemischen Kompetenzen des Perspektivwechsels und der Neukonstruktionen von Wirklichkeitsvorstellungen, von Notwendigkeiten sind dabei wichtige Schlüsselqualifikationen.

Das Buch ist spannend, liest sich leicht, dank einer beispielreichen und lebendigen Sprache. Es macht gleichzeitig nachdenklich und auch ein bisschen hoffnungsvoll, daher ist ihm eine große Verbreitung zu wünschen

Eine kleine Ergänzung aus der Perspektive eines Bindungswissenschaftlers: Wie schon im Neuen Testament ist es auch nach heutigen Erkenntnissen *das Kind*, bei und mit dem alles Neue beginnt. Wenn wir es schaffen, das Herzensanliegen der großen Mehrheit der Menschen, nämlich ihren Kindern eine gute Zukunft zu bereiten, schon durch geeignete Prävention zu Beginn der El-

ternschaft und bis weit ins Schulalter realisieren, dann werden wir viel mehr Menschen haben, die sich selbst angemessen regulieren können, Gier, Neid, Stolz und Egozentrismus einhegen können, Menschen die auf der Basis ihrer früh erworbenen Bindungssicherheit auf beiden Beinen stehen, sich der sächlichen und belebten Welt gleichermaßen forschend, liebe- und respektvoll zuzuwenden, und hoffentlich gefeit vor Extremismen jeglicher Art sind.

Wilhelm Rotthaus: „Wir können und müssen uns neu erfinden“

Carl Auer Verlag, Heidelberg, 2021, 189 Seiten, Kt., 19,95 €

ISBN: 978-3-8497-0410-0

Prof. Dr. med. Alexander Trost

Rezension

Heike Liebsch: Wochenkinder in der DDR – Gesellschaftliche Hintergründe und individuelle Lebensverläufe

Christian K. D. Moik

„Diese Auffassungen (gemeint sind die Forschungsergebnisse und Forderungen von Eva Schmidt-Kolmer) stehen im krassen Widerspruch zu den Notwendigkeiten, die sich aus der Berufstätigkeit der Frauen, insbesondere...für Frauen in leitenden Stellungen ergeben. Eine Frau, die eine verantwortliche Stellung im Staatsapparat oder in der Wirtschaft ausübt..., kann nicht von 4.00 bis 5.30 Uhr ständig nach der Uhr schauen, um ja nicht zu spät zu kommen, um ihr Kind in der Krippe abzuholen“ – Hilde Benjamin, Justizministerin d. DDR, 1962, zit. nach Plückhahn)

Mit diesem Zitat aus dem Buch „Die vergessenen Säuglingsheime“ von Felix Berth stellt der Rezensent bewusst eine Verbindung zu dem vorliegenden Buch „Wochenkinder in der DDR“ von Heike Liebsch her. Gleichzeitig öffnet sich die Perspektive zu heutigen Forderungen, Notwendigkeiten und Problemen.

Heike Liebsch, Jahrgang 1963, berichtet im Vorwort, dass sie selbst in der DDR in den ersten vier Lebensjahren in einer Wochenkrippe aufgewachsen sei und das lange Zeit für normal gehalten habe, so wie ihre Mutter auch. Nach ihrem Diplom-Studium in Philosophie in Dresden und Studien zur jüdischen Geschichte mit Schwerpunkt Sachsen studierte sie an der FH Fulda Sozialarbeit/Gemeindepsychiatrie. Ihre Masterarbeit behandelte „Das System der Wochenunterbringung von 0-6jährigen Kindern in der DDR unter Beachtung negativer und positiver Attributionen in erzählenden Biographien. Untersuchung am Fallbeispiel Dresden“.

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit, gemeinsame Arbeiten zum Thema mit Ute Stary bis 2020, dokumentiert in 61 strukturierten Interviews mit ehemaligen „Wochenkindern (Woki)“ und 30 Interviews mit Eltern, Betreuerinnen, und sonstigen Bezugspersonen, einige Fachartikel und themenbezogenen Medienberichte bilden die Grundlagen dieses Buches mit insgesamt 12 Kapiteln. Wer zeitsparend den Empfehlungen von Felix Berth und Hans-Magnus Enzensberger zum „archaischen Lesen“ folgt, beginnt mit dem Resümee, Kapitel 11, S. 241-255. Es lohnt, dann auch noch frühere Kapitel zu studieren.

Der Schreibstil ist davon geprägt, dass ab Beginn im Text zahlreiche Zitate aus den Interviews und sonstigen Beiträgen in kleiner Schrift eingefügt sind. Das macht dieses Buch lebendig, ist manchmal aber auch anstrengend. Insgesamt finden sich 616 Fußnoten, 268 Literaturhinweise und 5 Medienhinweise. Ein wahres „Who is who“, in dem weder Gerd und Renate Biermann („Psychohygiene in der Geburtshilfe“) noch Jan Josef Liefers („Soundtrack meiner Kindheit“ – sein Leben in der DDR) fehlen.

Einleitend wird erklärt, dass Wochenkrippen Ganztageseinrichtungen für Kinder von anfangs 6 Wochen bis 3 Jahren, Wochenheime solche für Kinder von 3 bis 6 Jahren waren. Diese wurden von „Wochenkindern (Woki)“ von Montag früh bis Samstag, später bis Freitag, gelegentlich aber auch über die Wochenenden besucht, um die Eltern, insbesondere die berufstätigen oder studierenden Mütter zu entlasten. Am Wochenende waren die Kinder in der Regel bei den Eltern. Das Alter bei Aufnahme richtete sich vor allem nach den gesetzlichen Bestimmungen für die Dauer des „Wochenurlaubs“, die Länge der Betreuungswoche nach den gesetzlichen Arbeitszeiten. Anfangs betrug der Wochenurlaub 6, später 12, ab 1976 für Erstgebärende 20 Wochen. Ab 1986 gab es 1 Babyjahr, ab dem 3. Kind 18 Monate „Babypause“. 1967 wurde die 5-Tage-Woche eingeführt. Das führte jedoch auch zu einer längeren Tagesarbeitszeit, was in den Tageskrippen zu notwendigen Umstellungen führte.

Für die Krippen war das Gesundheitsministerium, für die Kindergärten und -heime das Bildungsministerium zuständig mit Auswirkungen auf die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und deren tarifliche Bezahlung.

Sowohl mit den wirtschaftlichen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen als auch mit den zunehmenden Erfahrungen und Erkenntnissen über die Wirkung verschiedener Erziehungsformen auf die Entwicklung von Kindern änderten sich im Verlauf der 40 Jahre schrittweise auch die Strukturen und Arbeitsweisen der Einrichtungen.

U. a. hatten die Untersuchungen von Eva Schmidt-Kolmer deutliche Entwicklungsdefizite bei Krippen- und Heimkindern gezeigt, was zu einer Änderung der Betreuungs- und Dienstpläne führte.

Allerdings bestanden bis zuletzt stets ein Mangel an Fachkräften und eine chronische Überbelegung der Einrichtungen. Und obwohl es 1989 in der DDR 360.000 Betreuungsplätze in 7.700 Krippen und Heimen, von denen nur noch 1,6 % Wochenkrippenwaren, gab, warteten die Eltern von 30.000 Kleinkindern auf entsprechende Plätze.

Grundsätzlich waren die Probleme und auch die Bewertungen ähnlich, wie diese schon im Buch über die Säuglingsheime beschrieben werden. Von den ehemaligen „Wokis“, die zumindest die Krippenzeit nur aus Erzählungen kennen können, als auch von Eltern und in der Versorgung Tätigen wird diese Zeit und diese Versorgungsart teils positiv, teils sehr negativ bewertet, wobei in den Interviews die negativen Bewertungen überwiegen. Ein Teilnahme-Bias seitens derer mit negativer Einschätzung ist durchaus möglich. Exakte Vergleichsstudien fehlen, sind vielleicht auch nicht durchführbar. Allerdings scheinen die „Wokis“, anders als die Kinder in den Säuglingsheimen, überwiegend aus durchschnittlichen Familien zu stammen, deren wesentliches Problem in der Arbeits- und Studienzeit oder auch in langen Wegen zu den Arbeitsstätten lag.

Sowohl diejenigen, die Interesse an kindlicher und familiärer Entwicklung in der Vergangenheit, speziell in einem autoritär-sozialistischen System haben, als auch diejenigen, die heute kritisch die Entwicklung der diversen Familien- und Versorgungs-/Bildungssysteme und die derzeitigen Bemühungen um eine kind-, familien-, eltern- und sozialgerechte Entwicklung von Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern betrachten, finden Wissenswertes und Anregendes in diesem Buch.

Die Situationen sind nicht unmittelbar übertragbar, aber es ist doch bemerkenswert, wie vieles den heutigen Problemen und Fragen gleicht, besonders der beklagte Mangel in jeder Hinsicht und die Wechselbeziehung zwischen Betreuungsbedarf und Arbeitswelt.

Schon in der DDR wurde berechnet, wie groß der volkswirtschaftliche Nutzen am Ende ist, wenn man von der gewonnenen Arbeitskraft der berufstätigen Frauen die Leistung, die von Frauen in der institutionalisierten Kinderbetreuung erbracht werden, subtrahiert. Aber vielleicht geht es auch weniger um

volkswirtschaftlichen Mehrwert als um die Zunahme der Selbstbestimmung von Frauen mit Kinderwunsch.

Dass die Spezies Mensch unter den verschiedensten Bedingungen und daraus resultierenden Formen der Kinderversorgung überleben kann, hat sehr anschaulich und schön das Buch „Babys in den Kulturen der Welt“ gezeigt. Dazu erinnere ich mich an einen Kernsatz meines Lehranalytiker: „Die Natur ist gütig!“. Und ich ergänze: „Und geduldig!“

Vielleicht können wir aus der Vergangenheit nicht wirklich lernen, aber wir können uns zu eigenem Denken und Forschen anregen lassen. In diesem Sinne ist zu hoffen, dass dieses Buch ein Anstoß mehr dazu sein wird, die Auswirkungen unseres heutigen Umgangs mit unseren Kindern und Kindeskindern schon jetzt und nicht erst in ferner Zukunft zu erforschen und positiv zu gestalten.

Heike Liebsch: Wochenkinder in der DDR – Gesellschaftliche Hintergründe und individuelle Lebensverläufe

Psychozial-Verlag, Buchreihe: Forum Psychozial, Originalausgabe 2023, 290 Seiten, Broschur, 29,90 €, Bestell-Nr.: 3259

ISBN 978-3-8379-3259-1 (Print), 978-3-8379-6116-4 (E-Book-PDF)

Christian K. D. Moik

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

8 Jahre nach dem Erscheinen des ersten „Mitgliederrundbriefes“ ist das „Forum der Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ gewachsen und kräftiger geworden. Aus dem Format 21,0cm x14,5cm sind 25cm x17,5cm geworden, aus 70 Seiten wurden 90 Seiten. Das bisherige Butterblumengelb erstrahlt zu Sonnengelb. Sonst ist das Layout ähnlich geblieben. Lediglich wird der „Forum-Verlag“ jetzt auch auf dem Deckblatt ausgewiesen.

Aus Anlass der Jahrestagung des BKJPP 1999 findet sich auf der rückwärtigen Umschlagseite neben dem Programm der Jahrestagung auch eine eindrucksvolle Illustration zu der Ankündigung des Eröffnungsvortrages der Orientalistin Prof. Dr. Dr. Annemarie Schimmel „Die Träume des Kalifen“.

Nach den ständigen Rubriken „Brief des Vorsitzenden, EBM aktuell, BKJPP-regional“ und der Einladung zur Mitgliederversammlung und Jahrestagung 1999 folgen von

Fritz Poustka, Frankfurt, Gedanken zu „*Leitlinien im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie*“, gefolgt von einer „*Stellungnahme der Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland zur Behandlung hyperkinetischer Störungen im Kindesalter mit Methylphenidat (Ritalin®)*“.

Reinhard Schydlo berichtet, dass auf der Sitzung der U.E.M.S. am 24.10.1998 auch für die Sektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ als Arbeitsgruppe ein „European Board“ gegründet wurde mit Aribert Rothenberger als Vorsitzenden.

Wolfgang Busch referiert die „*Sitzung des Management Council der U.E.M.S. und das 40ste Jubiläum der U.E.M.S. vom 23.-25. Okt. 1998 in Brüssel*“.

In Buchbesprechungen stellen **Franz Wienand** die „*Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*“ vor, **Edelgard Kein** das „*Modellprojekt „Stop den Kopfschmerz“ von Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig und Dr. Heide Denecke in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse*“.

Eva Bergheim-Geyer, Bad Neuenahr, schildert eindrucksvoll, unterstützt durch ausdrucksstarke Bilder, die „*Therapie sexueller Störungen – Behandlung jugendlicher Täter und Opfer im stationären Setting*“.

Beate Ehlers, Marburg, stellt die „*Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*“ dar.

Hedwig Amorosa und **Michèle Noterdaeme**, München, erläutern die „*Früherkennung von Entwicklungsstörungen im Kindesalter*“.

Renate Schepker, Essen, referiert in einer Kurzfassung „*Jugendpsychiater als Sachverständige vor Gericht – Eine vergleichende Untersuchung*“.

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen, stellt „*Computerunterstützte Trainingsverfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*“ vor.

Der **Niedersächsische Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie** stellt „*Anforderungen an Diagnostik und Behandlung umschriebener Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten*“ mit einem „*Vorschlag zur Kostenregelung fachärztlicher Mitwirkung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII*“ zur Diskussion.

All diese Beiträge sind noch heute erhältlich und lesenswert!

Und manche erinnern an Sisyphos!

Auch die Gedichte, mit denen vor 15 Jahren die Leerstellen im „Forum“ und in den Herzen gefüllt wurden, sprechen noch heute zu uns. In dieser Zeit, die vielen besonders schwer und schwierig erscheint, darf daran erinnert werden, zumal dem Referenten durch seine Geburt am Ende des 2. Weltkrieges, Flucht und Vertreibung schon einige schwere Zeiten in Erinnerung sind.

Besonders eindrucksvoll: **Paul Celan** „Zähle die „Mandeln“ (*Zähle die Mandeln, Zähle, was bitter war und dich wach hielt...*) und von **Ingeborg Bachmann** „Lieder auf der Flucht – XIII“ (*Die Sonne wärmt nicht, stimmlos ist das Meer, Die Gräber, schneeverpackt, schnürt niemand auf...*)

Wer sich für Nachkriegsliteratur interessiert, der wird auch **Wolfgang Borchert** willkommen heißen „*Abendlied*“ (*Warum, ach sag, warum, geht nun*

die Sonne fort? ...). Wenn ich an seine Erzählung „Nachts schlafen die Ratten doch“ denke, läuft mir immer noch ein kalter Schauer über den Rücken. Oder war das schon Vorkriegsliteratur?


Anders gestimmt ist **Günter Grass** mit „An alle Gärtner“ (Warum wollt ihr mir verbieten Fleisch zu essen? Jetzt kommt Ihr mit Blumen, bereitet mir Astern zu, ...) und **Kurt Tucholsky** „Das Ideal“ (Ja, das möchtest: Eine Villa im Grünen mit großer Terrasse,...).

Bertolt Brecht möchte ich mich anschließen: „Lasst Euch nicht verführen...!“.

bleiben Sie neugierig und hoffnungsfroh, besonders auch jetzt!

Ihr Christian K. D. Moik

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V.
Jahrestagung 1999
 in Zusammenarbeit mit der
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der RWTH Aachen
 Schirmherrschaft
 Bundesministerin für Gesundheit
 Andrea Fischer, MdB



10. Juni 1999, 19.30 Uhr
 11. Juni 1999

„Die Träume des Kalifen“, Prof. Dr. Dr. Annemarie Schenkel
 ordentliche Mitgliederversammlung mit Vorstandswahl
 zentrale Weiter- und Fortbildungsseminare

Neuangeordnete in der interdisziplinär besetzten Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dr. D. Bernick, Angehörige in der
 Verhalten- und kognitiven Therapie bei Kindern und Jugendlichen, Dr. J. Bittner, Psychotherapeuten bei Kindern und Jugendlichen, Prof. Dr.
 J. Fricke, Diagnostik und Therapie von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen, Prof. Dr. B. Bittner, Therapeutische Probleme bei
 Zwangsstörungen, Prof. Dr. U. Esslinger, Aktuelle Probleme der Epileptologie, Dr. M. Mauser, Kooperation von Kinder- und
 Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe, Dr. med. Univ. Peter J. Bittner

Weiterbildungsseminare für nichtärztliche Mitarbeiter
 Fortbildung in der Praxis, Dr. H. Hoyer, G. Jansen, Fachwissen Fortbildungsgesellschaft bei Kleinkindern, Dr. Zacherl, Eltern
 Schwierigkeiten in der Praxis, A. J. Schwan, EBF in der Praxis, J. N.


12. Juni 1999
 „Kinder- und Jugendpsychotherapie“
 Tagungsprogramm: Kulturelle, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Prof. Dr. G. Lohmann, Möglichkeiten und Grenzen der
 schichtorientierten Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dr. Ingrid W. Kauer, Familienformen, Dr. W. Bittner, Indikatoren und
 Kontraindikationen psychodynamischer Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Prof. Dr. B. Bittner, Dialektik

Arbeitsgruppen
 Aktuelle Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dr. D. Bernick, Fortentwicklung bei Kindern und Jugendlichen, Prof. Dr. G. Lohmann,
 Prof. Dr. G. Lohmann, Kulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dr. D. Bernick, Verhaltenstherapeutische Arbeit und
 Tagungsgruppe zur Verhaltensreform, Dr. Ingrid W. Kauer, Fiktion und Therapie – eine stilistische Untersuchung“, Dr. W.
 Bittner, Literaturpsychologische Konzepte, Dr. Fricke, Prof. Dr. G. Lohmann, J. Fricke, Hoyer, Dr. J. Bittner, Spieltherapie – am Beispiel von
 Sandspieltherapie, Dr. A. von Grottel, Kognitiv-Training und kognit. Entspannungsverfahren, Dr. J. Bittner, Psychotherapie und
 Familienarbeit bei Kindern der Zuwandererfamilien, PD Dr. B. Schwan, Die Bedeutung psychodynamischer Verfahren in der Kinder-
 und Jugendpsychiatrie, Dr. G. Pinner, kulturelle Konzepte in der Gruppe, Dr. J. Kroll, Das Spiel, Mauer

12. Juni 1999, 19.30 Uhr
 Konzert im Kaiserdom zu Aachen

Information, Vorgespräch und Anmeldung:
 TIG Klaus-J. Heinen, Fischbacher 16, 31582 Nienburg, ☎ 0 50 21 - 91 13 04, Fax 0 50 21 - 91 13 05

Forum
 der Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und Psychotherapie



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

9. Jahrgang
 Heft 1-1999

Forum Verlag
 ISSN 0943-8831

Hinweise für Autor*innen

1. Das forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint 4 x pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen die Redaktionsleitung Dr. Annegret Brauer (brauer@bkjpp.de oder redaktion-forum@bkjpp.de)
2. Urheberrecht / Rechtseinräumung / Copyright:
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 entscheidet die Redaktion. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Herausgeber, den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP e.V.) über. Der/die Autor:in bestätigt und garantiert, dass er/sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an dem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.
Der/die Autor:in räumt – und zwar auch zur Verwertung seines/ihrer 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. Vor Publikation eines Beitrages überträgt der/die Autor:in dem Herausgeber das ausschließliche geographische und zeitlich unbeschränkte Recht der Speicherung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe.
3. Interessenkonflikte:
Die Autor:innen sind verpflichtet, alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen Interessenskonflikt sieht oder nicht.
4. Manuskriptgestaltung:
 - ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (per E-Mail oder USB-Stick) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor:innen: 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.
 - ✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von bis zu 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.

- ✓ Vollständige Anschrift der Autor:innen einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
 - ✓ Manuskriptlänge max. 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen, ca. 1500 pro Seite), 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. (je Seite ca. 2.500 Anschläge).
 - ✓ Die Zahl der Abbildungen ist nicht begrenzt. Farbabbildungen in Ausnahmefällen, bitte kennzeichnen.
 - ✓ Bitte Grafiken und Fotos stets als Originaldateien mailen. Im Manuskript bitte Platzhalter für Abbildungen kennzeichnen..
 - ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor:in und des Erscheinungsjahrs.
 - ✓ Folgende Zitierweise ist außerdem möglich: in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte, persönliche Mitteilungen.
 - ✓ 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: die Autor:innen (kein „et al.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen <https://de-academic.com/~dic.nsf/~dewiki/855488>), 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) nach den Zitierregeln der APA-Richtlinien, siehe <https://www.scribbr.de/zitieren/apa-generator/>.
 - ✓ Beispiele:
Cropp, C., Claaßen, B. (2021). Reliabilität und Validität des OPD-KJ-Konfliktfragebogens bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 49, 377-385
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
5. Die Autor:innen erhalten das Manuskript der endgültigen Fassung im PDF-Format und 3 Hefte als Belegexemplare.



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum

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

Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Name / Titel, Vorname: _____
 geb. am: _____ Fortbildungsnummer: _____
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie) ja: nein:
 Kinder- und Jugendmedizin: Psychiatrie und Psychotherapie: Neurologie: Psychotherapeutische/Psychosomatische
 Medizin: Nervenheilkunde: Andere: SPV-Praxis:

Jährliche Mitgliedsbeiträge ab 2016 (gem. der MV-Entscheidung 11/2013):

Niedergelassene mit eigener Kassenzulassung, MVZ-Inhaber	€ 500,00
Angestellte/verbeamtete Fachärzte (CA, OA, u.a. FÄ):	€ 120,00
Assistenzärzte, Fachärzte mit 50 % - Stelle	€ 60,00
Rentner	€ 0,00
Reduzierter Beitrag bei Einkommen unter € 50.000	€ 350,00 (auf Antrag mit Nachweis bis Dezember für Folgejahr)
Sonstige	Einzelfallprüfung

** in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Dienstanschrift: _____ Praxis: Klinik: Angestellt:
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
 Privatschrift ab: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ E-Mail: _____
 Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: Dienstanschrift Privatschrift Bundesland: _____
 Ich wünsche die Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter www.bkjpp.de

Funktion : Klinik Praxis Angestellt MVZ Facharzt Chefarzt Oberarzt
 Weiterbildungsassistent im ____WB-Jahr) Andere: _____
 ermächtigt zur Weiterbildung: ja nein
 Zust. Landesärztekammer: _____ Landes-KV: _____

Zahlungsweise:
 Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages**
 Ich bin damit einverstanden, dass meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per e-mail verschickt wird.
Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:
 Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut : _____
 IBAN: _____ BIC: _____
 Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Zur besseren Lesbarkeit von Personenbezeichnungen und personenbezogenen Wörtern wurde die männliche Form genutzt. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter.

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2024

forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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 1.450 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 20,- Euro, das Jahresabonnement kostet 60,- Euro, alles inklusive Versand.)

Kündigung Jahresabo bis 30. Juli 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. Bitte beachten Sie die Formate (Breite x Höhe) weiter unten. Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat. Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei.

Als Service für Mitglieder im BKJPP 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.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Umbach 4
55116 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

<p>1 ganze Seite</p>	<p>130 x 195 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 1.500,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 700,- Euro Mitglieder 300,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro</p> <p>auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt</p>	<p>halbe Seite</p>	<p>130 x 95 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 800,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 400,- Euro Mitglieder 220,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro</p>
<p>drittel Seite</p>	<p>130 x 62 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 500,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 240,- Euro Mitglieder 170,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro</p>	<p>Umschlag Innenseiten</p>	<p>Sonderseiten Umschlag</p> <p>170 x 240 mm, nur 4c Farbe</p> <p>Umschlag innen, U2+U3 2.500,- Euro</p> <p>Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.</p>

Termine 2024

Ausgabe forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2024	12. Dezember 2023	2. KW 2024
2-2024	15. März 2024	15. KW 2024
3-2024	14. Juni 2024	28. KW 2024
4-2024	16. September 2024	41. KW 2024
1-2025	13. Dezember 2024	2. KW 2025

* Änderungen vorbehalten

Impressum

**forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie**
**Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles
Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie 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. Annegret Brauer (V.i.S.d.P.), Dr. med. Maik Herberhold
Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,
Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand
Alle Beiträge bitte an: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Dr. med. Arnfried Heine (V.i.S.d.P.), Nicole Kauschmann-Loos, Mirjana Husakovic
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: *forum*/Weiße Seiten 4-mal jährlich

Mitgliederrundbrief/Gelbe Seiten 2-mal jährlich (März und September)

Der Bezug des *forums* ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Das „*forum* für 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.

