

# Inhalt

## *Editorial:*

30 Jahre *forum* ..... 2

Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie. Teil V: Verbal-thematische Verfahren.

*Franz Wienand* ..... 5

Kinder- und jugendpsychiatrische Notizen zu Hermann Hesse 1892  
bei Christoph Blumhardt in Bad Boll

*Markus Löble* ..... 25

## *Zur Diskussion gestellt:*

Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in  
Deutschland

*Gundolf Berg* ..... 49

Multidisziplinäre Zusammenarbeit in der Schematherapie  
für Adoleszente – Ein Einblick in die praktische Umsetzung

*Anja Bauer, Claudia Mehler-Wex und Ludwina Hamák* ..... 58

## *Rezension:*

Brüderl, Leokadia (2020): Positive und negative Schemata.

75 Therapiearten

*Franz Wienand* ..... 71

## *Kolumne*

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

*Christian K. D. Moik* ..... 76

## *Ausschreibung*

Forschungspreis 2021 der Fürst Donnersmarck-Stiftung ..... 79

Hinweise für Autor\*innen ..... 82

Anzeigen ..... 84

Media Daten ..... 95

Impressum ..... 96

## *Editorial*

### **30 Jahre *forum***

Mit der ersten Ausgabe im Jahre 1991 (damals noch als „Mitgliederrundbrief“) begründete Christian Moik das *forum*, dessen erste Ausgabe im 31. Jahrgang Sie in Händen halten. Wir werden diesem besonderen Jubiläum mit der nächsten Ausgabe einen Themenschwerpunkt widmen. Allerdings ist man mit 30 ja weniger rückwärts- als vorwärtsgerichtet, so dass unser heutiges Heft aus unserer Sicht die ganze Bandbreite des *forum*, wie es sich jetzt darstellt (indem es sich über die Jahre entwickelt hat) abbildet.

Sie finden einen geisteswissenschaftlich fundierten Artikel, die Darstellung eines psychotherapeutischen Klinikkonzeptes, einen Artikel zum praktischen Diagnostik-Handwerkszeug, eine Replik zu einem vorhergehenden berufspolitischen Artikel in der Rubrik „Zur Diskussion gestellt“, eine Rezension, einen Rückblick ...

30jährige sind idealtypisch so: voller Kraft, vielfältig, den Platz im Leben zum Teil gefunden, zum Teil noch suchend, die eigenen Interessen vertretend und sozial auf andere bezogen ... Wir freuen uns in unserem Redaktionsteam deshalb sehr darüber, dass Sie, wie man auch in dieser Ausgabe sieht, nicht nur Leser\*innen sondern auch Autor\*innen sind, denn ein Forum funktioniert durch das Zusammenkommen und das gemeinsame Gestalten, Diskutieren, manchmal Streiten, aber meistens konstruktiv nach Lösungen Suchen.

30jährige sind aber oft auch voller Zweifel, in einer „Quarterlife-Crisis“: „Wir haben unendlich viele Möglichkeiten, bekommen sie jeden Tag von irgendjemandem vorgelebt und hadern und überlegen und fühlen uns wahrscheinlich unfreier als unsere Großeltern kurz nach dem Krieg“, heißt es in dem 2011 erschienenen Buch „Ameisenknochen – ‚Was machst du gerade?‘ und andere knifflige Fragen der Generation Facebook“ von Alissa Jung und Richard Kropf (Gütersloher Verlagshaus), einem fiktiven Facebook-Dialog zwischen zwei jungen Erwachsenen.

Das ist jetzt aber auch schon wieder 10 Jahre her – und es stellt sich die Frage, ob diese Beschreibung überhaupt noch zutrifft, nicht zuletzt, da die Pandemie plötzlich Freiheitsgrade abgeschnitten, soziales Leben in vorher undenkbarer Art und Weise aus dem dreidimensionalen in den virtuellen Raum verschoben und Kunst und Kultur ebenso wie Ausbildungs- und Karriereoptionen radikal reduziert hat.

Der Sozialverband Deutschland vdk schrieb 2017 in seiner Mitgliedszeitschrift:

„Um die Mitte des 20. Jahrhunderts sank der mittlere Generationenabstand um einige Jahre, weil die Mehrzahl der Kinder von Müttern unter 25 Jahren geboren wurde, die dann kaum noch weitere Kinder hatten. Früher waren noch zahlreiche Kinder von Müttern über 30 oder auch 40 Jahren geboren worden. In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich dieser sinkende Trend in Deutschland erneut umgekehrt, und der Generationenabstand ist wieder etwas angewachsen. [...]

Anders als in der Biologie hat sich in der Soziologie eine Definition von Generationen durchgesetzt, die jeweils Alterskohorten von 15 aufeinander folgenden Jahren zusammenfasst. In einem solchen Zeitablauf ändern sich die technischen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Bedingungen derartig stark, dass dies nicht ohne Auswirkungen auf die in diesem Zeitraum lebenden Menschen bleibt. So waren die Voraussetzungen für die „Babyboomer“ (1955 bis 1969) andere als für die sogenannte „Generation X“ (1970 bis 1985). Die jüngste Generation ist die „Generation Z“, die gegenwärtig noch unter 15 Jahre alt ist.“

Wir erleben meiner Meinung nach gerade eine Generationenfusion, die aus der „Generation Z“ zusammen mit den nachfolgend Geborenen möglicherweise eine „Generation Pandemie“ zusammenschweißen (und damit den biologischen und soziologischen Generationenbegriff wieder zeitlich annähern) wird.

Neben einem rasenden Digitalisierungsdruck und krisenhaften Veränderungen unserer Innenstädte (um nur zwei Aspekte zu nennen) werden wohl neue Erlebnisweisen von Interaktion Raum greifen: Angst vor dem potentiell ansteckenden Anderen und gleichzeitige Sehnsucht nach tiefer, echter, persönlicher Begegnung und Körperkontakt-Gruppenerleben sind zum Beispiel zwei Aspekte, die mir dazu einfallen.

Wie werden sich in der nächsten Zeit die Störungsbilder in unseren Praxen und Einrichtungen verändern? Schon seit Langem sehen wir eine „Akutisierung“ der Klinikbehandlungen: Abnahme der Verweildauern und Zunahme von Aufnahmen zur Krisenintervention. Mobbing incl. Cybermobbing, Selbstverletzendes Verhalten und Schulvermeidung zeigen in meiner Praxis schon seit einigen Jahren eine deutliche Zunahme im Vergleich zu „altbekannten“ Störungen wie Anorexie, Zwang und Angst. Letztere, die Angststörungen, waren zu Beginn meiner Tätigkeit oft eher aus familiendynamischen Überlegungen heraus erklärbar, inzwischen scheinen sie oft extrafamiliär bedingt auf dem Boden von unklaren Zukunftsperspektiven, Schulproblemen oder in Gesellschaft sozialer Phobien aufzutreten. Wie wird da jetzt die Pandemieerfahrung auf die immer vorhandene „Shift“ der Störungsbilder einwirken? Werden soziale Phobien zu- oder abnehmen? Werden uns Sucht (insbesondere auch Mediensüchte) und Essstörungen mehr beschäftigen? Werden wir noch stärker als bislang mit Misshandlungen innerhalb der Familien und Traumafolgestörungen konfrontiert?

In diesem Heft wird unser Blick auf eine tiefgreifende Lebenskrise des 15 jährigen Hermann Hesse gelenkt. In dem Buch „Die Lebensalter in Hermann Hesses Dichtungen“ von Helmut Prang (1958) heißt es: „Bei kaum einem modernen Dichter spielen die verschiedenen Lebensalter eine solche beherrschende Rolle wie in den Werken Hermann Hesses.“ Mit 30 Jahren zog er sich für eine längere Zeit zurück in eine Form von Einsiedlerdasein und würde insofern unseren (allerdings im Gegensatz zu seinem innerlich für uns äußerlich) erzwungenen Rückzug sicher gut verstehen. Aus diesem Rückzug entwickelt er dann aber im Laufe der folgenden Jahre seine bekanntesten und tiefgründigsten Werke – ich wünsche unserem forum, das seinen 30. Geburtstag in einer historischen Krisenzeit begeht, für die nächsten 30 Jahre ausgehend von den Erkenntnissen aus den bewusst durchdrungenen Erlebnissen der Vergangenheit ähnliche kreative Kraft mit lebendiger Reaktion auf die Anforderungen der jeweiligen Gegenwart. Ich bin zuversichtlich, dass Ihre oft praktizierte Transformation von Leser\*in zu Autor\*in dies gewährleisten wird!

*Maik Herberhold*

PS: kurz vor Redaktionsschluss erreichte uns die traurige Nachricht, dass unser Kollege Prof. Dr. Michael Scholz verstorben ist. Wir werden in unserer nächsten Ausgabe einen ausführlichen Nachruf auf diesen wichtigen Protagonisten der Familientherapie in Ost und West unseres Landes veröffentlichen.

# Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

## Teil V: Verbal-thematische Verfahren

*Franz Wienand*

### Vorbemerkung

Der erste Teil dieser Serie (*forum 3/2018, S. 63-76*) behandelte die Geschichte, die Prinzipien und die theoretischen Grundlagen der projektiven Diagnostik. Der zweite Teil (*forum 1/2019, S. 2-24*) bot einen Überblick über die Vielfalt und das Potential projektiver Verfahren. Teil III (*forum 3/2019, S. 7-24*) befasste sich mit der Integration in die Routinediagnostik, Teil IV mit den projektiven Zeichentests (*forum 3/2020, S. 22-47*).

Quellenhinweis: Die Texte basieren auf *Wienand (2016, 2019): Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart.*

Der vorliegende Beitrag behandelt in Form einer Übersicht die folgenden ausgewählten Verfahren: Wunschprobe, Satzergänzungstests, Düss-Fabeltest, Picture-Frustration-Test, Thematischer Apperzeptionstest und Schweinchen-Schwarzfuß-Test. Er ersetzt nicht die Lektüre der Originalliteratur oder des Testmanuals.

### Einführung

Verbal-thematische Verfahren bestehen ganz allgemein darin, dass der Proband in sprachlicher Form auf die Vorgabe von unbestimmtem Reizmaterial reagiert. Das Reizmaterial kann in der Anregung bestehen, sich etwas vorzustellen (Wunschprobe), in Satzanfängen (Satzergänzungstests) bzw. Geschichten, die weiter erzählt oder -gespielt werden sollen, oder in Bildern wie beim PF-Test oder dem TAT. Die Interpretation beruht auf der Annahme, dass die Äußerungen der Probanden assoziativ auf Bedürfnisse, Motive und Konflikte hinweisen, die sie im direkten Gespräch nicht unbedingt äußern

möchten oder könnten, etwa aus Scham, Rücksicht oder weil sie unbewusst sind. Ein neuer Interpretationsansatz betrachtet die erzählten Geschichten als *Narrativ*, als „konstruierte“ Erzählung, die auf der subjektiven Bedeutung und Bewertung von Ereignissen (und nicht auf irgendeiner objektiven Wahrheit oder dem Unbewussten) beruht und so die eigenen Erfahrungen strukturiert und ihnen einen Sinn und eine Kohärenz verleiht.

### **Die Wunschprobe von Wilde (1950) und das 10-Wünsche-Phantasiespiel von Klosinski (1988)**

Die Wunschprobe besteht darin, dass der Patient gefragt wird, was er sich wünschen würde, wenn er drei oder zehn Wünsche frei hätte. Sie stellt eine Erweiterung der Exploration dar, aber mit der wesentlichen Akzentverschiebung von der Problematik weg zu positiven Fantasien der Bedürfniswelt und den Ressourcen.

Die *Durchführung* ist denkbar einfach: Für Kinder lautet die Instruktion: „*Stell dir vor, ein Zauberer (eine Zauberfee) kommt und gibt dir drei Wünsche. Du darfst dir wünschen, was du dir vorstellen kannst. Was würdest du dir wünschen? Es sollte aber nichts sein, was man kaufen kann.*“ Für Jugendliche wird die Instruktion altersgerecht abgeändert. Wenn es um familiäre Konflikte geht, die aber nicht erwähnt werden, können folgende Zusatzfragen gestellt werden: „*Jetzt darfst du dennoch von jedem in deiner Familie etwas wünschen, was du möchtest. Was würdest du dir von deiner Mutter wünschen, was von deinem Vater, was von den Geschwistern?*“

Die Antworten werden in der genannten Reihenfolge wörtlich protokolliert.

Klosinski legt den Patienten ein vorbereitetes Blatt Papier mit einer Nummerierung von 1-10 vor und bittet sie, zehn Wünsche oder wünschenswerte Veränderungen schriftlich zu notieren.

#### *Auswertung und Interpretation:*

Die Antworten geben einen Einblick in aktuelle Problembereiche der Patienten und teilweise auch in ihre Bewältigungsmuster. Die Verschiebung in den Bereich der Fantasie erleichtert es eher gehemmten Patienten, Konflikte und Bedürfnisse auszusprechen. Allerdings findet sich nicht selten auch die Vermeidung von Konflikten oder das Abwehrmuster der altruistischen Abtretung, das darin besteht, dass jemand auf das Anmelden eigener Bedürfnisse

verzichtet und stattdessen für die Befriedigung der Bedürfnisse anderer sorgt. Bei der Wunschliste Klosinkis weisen Mehrfachnennungen auf die erlebte Bedeutung eines Problembereichs hin. Die weitere Exploration kann solche Hinweise dann gezielt vertiefen.

### **Satzergänzungstests**

Die Aufgabe besteht darin, angefangene Sätze möglichst spontan zu vervollständigen. Diese Technik gehört zur Assoziationspsychologie und ist in der klinischen und Entwicklungspsychologie, der Sozial-, der Markt- und Meinungsforschung verbreitet. Sie geht zurück auf die Veröffentlichung von Rotter et al. (1950). Es existieren die unterschiedlichsten Varianten, deren jeweilige Quelle nicht mehr festzustellen ist. Auch in den großen Testkatalogen findet sich keine Druckform.

Satzergänzungstests stellen differenzierte und strukturierte verbale Auslöse-reize für persönliche Assoziationen dar und beruhen auf der Annahme, dass, erleichtert durch die Aufforderung zur spontanen Antwort, eigene Themen und Probleme der Probanden in die Antworten einfließen. Die angesprochenen Konfliktbereiche, Belastungen und Probleme dienen zur Fokussierung und Vertiefung der Exploration sowie zur Gewinnung von weiteren Hypothesen.

#### *Durchführung:*

Der Testbogen mit den Satzanfängen wird mit dem Hinweis auf Vertraulichkeit der Antworten vorgelegt und Sätze sollen möglichst spontan schriftlich beendet werden, die Antworten jüngerer Kinder werden protokolliert.

#### *Auswertung und Interpretation:*

Es gibt keine normierte Auswertung. Die Antworten geben Hinweise darauf, wie ein junger Mensch seine Welt sieht, und werden inhaltlich ausgewertet. Besonders interessieren die Vermeidung von Konflikten; signifikante Einzelantworten, die auf zentrale Probleme hinweisen; und Mehrfachnennungen, die auf eine starke Belastung etwa durch die Schule verweisen. Nebenbei ergeben Satzergänzungstests eine Schriftprobe und damit Hinweise auf die Feinmotorik, Rechtschreibung, Sorgfalt und etwaige Zwangstendenzen.

Eine ausführliche Variante hat Rauchfleisch publiziert (2001, 74ff). Nachstehend die *Variante für Kinder*, die der Autor in seiner Praxis verwendet (Tab. 1):

1. Wenn ich groß bin	24. Ich hoffe,
2. Es stört mich, dass	25. Brüder
3. Die Schule ist	26. Schwestern
4. Andere Kinder	27. Ich spiele gern
5. Ich bin sehr traurig, wenn	28. Wenn nur
6. Der Vater	29. Die Mutter
7. Ich versuche	30. Es ist schön, wenn
8. Die Welt	31. In meinem Alter
9. Wenn nur meine Eltern	32. Meine Mutter glaubt,
10. Jungen sind	33. Die Lehrer sagen
11. Mädchen sind	34. Im Dunkeln
12. Ich träume in der Nacht	35. Wenn ich nur nicht
13. Verheiratet sein	36. Zu Hause
14. Meine Schulaufgaben	37. Mädchen sollten
15. Die Erwachsenen	38. Ich kann einfach nicht
16. Ich hasse	39. Wenn ich allein bin
17. Als ich noch kleiner war	40. Das Wichtigste ist für mich
18. Ich bin froh, dass	41. Ich erschrecke mich, wenn
19. Heimlich	42. Manchmal habe ich schon gedacht
20. Andere sagen vielleicht von mir,	43. Ich möchte wissen, ob
21. Manchmal	44. Ich bin froh, dass
22. Ich wollte	45. Angst habe ich am meisten
23. Wenn ich zu Hause bin	46. Wenn ich drei Jahre älter wäre,



Tab. 2 zeigt die Variante für Jugendliche:

<p>Lieber Patientin, lieber Patient,</p> <p>bei diesem Fragebogen kannst Du nichts falsch machen. Bitte lies dir die angefangenen Sätze durch und vervollständige sie bitte. Schreib einfach auf, was Dir spontan einfällt. Deine Antworten werden vertraulich behandelt.</p>	
<p>1. Ich finde es toll, wenn</p> <p>2. Ich habe Angst, dass</p> <p>3. Wenn ich älter bin</p> <p>4. Hoffentlich</p> <p>5. Ich finde es scheußlich</p> <p>6. Manchmal träume ich</p> <p>7. Es ist mir peinlich</p> <p>8. Am besten kann ich</p> <p>9. Die Lehrer</p> <p>10. Die meisten Jungen</p>	<p>11. Ich fühle mich am wohlsten</p> <p>12. Mich ärgert</p> <p>13. Meine Geschwister</p> <p>14. Die Schule</p> <p>15. Meine größte Sorge ist</p> <p>16. Die Erwachsenen</p> <p>17. Am glücklichsten wäre ich, wenn</p> <p>18. Meine Mutter möchte gerne, dass</p> <p>19. Mein Vater möchte gerne</p> <p>20. Diesen Fragebogen finde ich</p>

### Die Fabelmethode von Düss (1956)

Die Fabelmethode der Schweizer Psychoanalytikerin Louisa Düss besteht darin, dass Kinder im Alter von vier bis etwa zehn Jahren angefangene Geschichten zu Ende erzählen sollen. Die Fabelform einiger Geschichten soll es erleichtern, auch verpönte Inhalte zu äußern. Der Test beruht auf der Phasenlehre der klassischen psychoanalytischen Entwicklungstheorie und spricht orale, anale und ödipale Konflikte an. Die zehn Geschichten behandeln kindheitstypische Konfliktsituationen wie Geschwisterrivalität und Eifersucht, Bindung und Trennung, Autonomie, Angst, Aggression und Schuld.

#### *Durchführung:*

Die Geschichten liegen als Testheft vor. Der Untersucher informiert das Kind, dass er ihm jetzt als Phantasiespiel einige Geschichten vorlesen wird, die das Kind zu Ende erzählen darf, so wie es möchte. Das Vorlesen soll mit lebendiger Stimme erfolgen, ohne das Kind zu beeinflussen. Die Antworten werden wörtlich protokolliert. Bei sehr knappen Antworten wird nachgefragt.

Als Beispiele einige der Geschichten in sinngemäßer Abkürzung:

- *Fabel vom Vogel*: Ein Vogeljunges wird bei einem Sturm von Mutter und Vater getrennt, die auf verschiedenen Bäumen sitzen, und muss sich entscheiden, bei wem es Schutz sucht.
- *Fabel vom Hochzeitstag*: Während die Eltern ihren Hochzeitstag feiern, geht es dem Kind nicht gut. Warum wohl?
- *Fabel vom Lämmchen*: Ein kleines Lämmchen konkurriert mit dem größeren Lämmchen um die Milch der Schafmama, die nicht für beide reicht. Was macht das ältere?
- *Begräbnis*: Ein Begräbniszug zieht durch den Ort. Wer mag wohl gestorben sein?

*Auswertung und Interpretation:*

Die Geschichten werden inhaltlich im Hinblick auf angesprochene bzw. vermiedene Konfliktbereiche interpretiert. Auf Konflikte können zum Beispiel hastige und unerwartete Antworten, eine veränderte Stimmlage, ein Antwortversagen und Schweigen oder auch die Perseveration eines Themas in eine andere Geschichte hinweisen. Die Antworten werden miteinander verglichen und auf Muster wie Selbstbezogenheit, Trotz, Vermeidung oder andere Abwehrformen untersucht.

### **Der Picture Frustration Test (PFT) von Rosenzweig (1948)**

Der PFT zielt auf die Erfassung der Frustrationstoleranz, also die Reaktion auf Versagungs- und Belastungssituationen. Er beruht letztlich auf der Frustrations-Aggressions-Hypothese von Dollard et al. (1939) und untersucht die Art und die Richtung der durch eine Frustration ausgelösten Aggression. Er besteht aus einem Heft mit 24 zeitlosen comicartigen Zeichnungen, in denen ein Kind in irgendeiner Weise frustriert wird. Der Text einer Person steht in einer Sprechblase, und der Patient wird aufgefordert, möglichst spontan in die freie Sprechblase des frustrierten Kindes einzutragen, was er wohl an dessen Stelle antworten würde. Die Antworten werden signiert und mit Normwerten verglichen, der PFT ist also ein semiquantitatives projektives Verfahren.

Der PFT eignet sich für die Psychodiagnostik bei Kindern und jüngeren Jugendlichen mit expansiven Störungen, aber auch mit Ängsten, Hemmungen, geringem Selbstvertrauen und hoher Anpassungsbereitschaft. Die Kinderversion wurde für das Alter von 6-14 Jahren entwickelt, eignet sich aber auch

für ältere Jugendliche besser als die doch ziemlich antiquiert erscheinende Erwachsenenversion.

Die *Durchführung* ist als Einzel- oder Gruppentest möglich. Die Instruktion steht auf dem Deckblatt des Testbogens (Hogrefe). Älteren wird das Testheft vorgelegt, sie sollen die Texte laut vorlesen, weil Lesefehler den Sinn entstellen können, möglichst spontan antworten und die Antwort aufschreiben. Jüngeren Kindern wird vorgelesen, die Antworten werden wörtlich protokolliert.

Als Beispiel Item 21 aus dem PFT (Abb. 1, © John Wiley & Sons Ltd.):



#### *Auswertung und Interpretation:*

Die Signierung der Antworten erfolgt nach dem Reaktionstypus und der Richtung der Aggression in jeweils drei Kategorien, woraus sich ein Quadrat mit neun Feldern ergibt:

Der *Reaktionstypus* kann sich

- am Hindernis (obstacle-dominance) orientieren, das entweder betont, umgedeutet oder geleugnet wird;
- an der Person (ego-defense): andere oder die eigene Person sind schuld, die Verantwortung wird aggressiv geleugnet oder die Schuld auf die Umstände geschoben; oder
- an der Lösung (need-persistence), um die sich die Person selbst bemüht, die von anderen oder von der Zeit erwartet wird, so dass nur Geduld und sich Fügen nötig sind.

Die Richtung der Aggression weist entweder

- auf andere (extrapunitiv),
- auf die Person selbst (intrapunitiv) oder
- der Schuldfrage wird völlig ausgewichen (impunitiv), die Person für unschuldig erklärt oder die Situation als unvermeidbar hingestellt.

*Zusatzsignierungen* betreffen Über-Ich-Reaktionen, Antworttendenzen im Testverlauf, die Reihenfolge der drei häufigsten Faktoren und Standardantworten (group conformity rating) als Hinweis auf soziale Anpassung.

Der PFT erfasst lediglich die formalen Aspekte der Aggression, nicht jedoch deren Ausmaß. So kann ein Protokoll mit hasserfüllten oder völlig vulgären Ausdrücken zu völlig unauffälligem Signieren führen. Es ist daher für die Interpretation immer wichtig, neben der Signierung auch die Antworten inhaltlich (und nicht nur formal) zu betrachten.

#### *Gütekriterien:*

Nicht mehr ganz aktuelle Stanine-Normen stammen von Rauchfleisch (1979). Nach der Übersicht von Wittkowski (2011, 341ff) über Objektivität, Reliabilität und Validität des PFT ist der Test in der Kinderform gut in der Lage, zwischen verhaltensgestörten, psychisch und körperlich kranken Kindern einerseits und psychisch gesunden Kindern andererseits zu unterscheiden, kann aber kaum spezifische Verhaltensstörungen differenzieren. Bei der Validierung am realen Verhalten erwiesen sich Extrapunitivität und Impunitivität als die Variablen mit der besten Gültigkeit.

#### *Beurteilung:*

Mit der Erfassung der Frustrationstoleranz zielt der PFT auf eine relativ eng umrissene psychologische Thematik, die insbesondere für Kinder- und Jugendpsychiater ausgesprochen praxisrelevant ist. Die Kinderversion besteht auch aus der Darstellung überwiegend zeitloser Grundkonflikte. Die Gütekriterien dürfen als zufriedenstellend betrachtet werden. Der Test scheint allerdings eher aktuelle Verhaltenstendenzen als habituelle Verhaltensmuster zu erfassen. Die Handanweisung ist verwirrend und unübersichtlich, die Zuordnung zu den einzelnen Kategorien unscharf. Während die Durchführung etwa 10-15 Minuten erfordert, ist auch für sehr erfahrene Auswerter für die vollständige Auswertung ein Zeitaufwand von ca. 20 Minuten anzusetzen, der sich allerdings bei Beschränkung auf die zentralen Kategorien reduzieren lässt.

Es wäre sehr wünschenswert (und im Übrigen auch eine nicht unlösbare Aufgabe), den Rosenzweig Picture Frustration Test zu aktualisieren und an einer ausreichend großen Stichprobe neu zu normieren. Bedauernswerterweise spielen die projektiven Verfahren (im Gegensatz zur Praxis) an den Universitäten weder in der Lehre noch in der Forschung eine nennenswerte Rolle.

### **Der Thematische Apperzeptionstest (TAT) von Morgan & Murray (1935)**

Der Thematische Apperzeptionstest TAT ist ein projektives, verbal-thematisches Verfahren für Kinder ab dem Grundschulalter und für Erwachsene. Die Aufgabe besteht darin, zu vorgelegten Bildtafeln kohärente, möglichst dramatische Geschichten zu erzählen. Die insgesamt 31 Tafeln des TAT zeigen in unscharfer, mehrdeutiger Darstellung unterschiedliche Themen, zumeist Grundkonflikte, die im Laufe des Heranwachsens auftreten. Die Grundannahme des TAT besteht darin, dass der Proband sich mit Personen auf dem Bild identifiziert und in seine Erzählungen so lebensgeschichtliche Entwicklungsbedingungen, bewusste und unbewusste eigene Motivationen, Einstellungen, Konflikte und deren Bewältigungsmechanismen einfließen lässt. Die Geschichten werden im Hinblick auf sich wiederholende oder vermiedene Themen, dargestellte Konflikte und typische Verläufe analysiert. Eine einheitliche Auswertungsmethode existiert nicht, die Interpretation erfolgt heute vorwiegend nach psychoanalytischen Gesichtspunkten (Rauchfleisch 1989, 24 f).

#### *Theoretische Grundlagen:*

Der TAT wurde ursprünglich als Explorationshilfe zur Lebenslaufanalyse entwickelt und beruht auf der Grundannahme, dass die Testperson sich mit einer der dargestellten Figuren (dem "hero") identifiziert und ihre Assoziationen auf die Gestalt des Helden projiziert. Die Verkleidung in eine fiktive Geschichte soll die Zensur abmildern. Die Geschichten spiegeln sowohl die Bedürfnisse, Wünsche und Konflikte („needs“) des Erzählers wie auch Erwartungen, Zwänge und Einschränkungen, also den Druck („press“), dem er ausgesetzt ist. Die durch das angedeutete Motiv angeregten Assoziationen aktivieren danach implizite (im semantischen Gedächtnis gespeicherte, vor- bzw. unbewusste und eng an Emotionen gebundene) Thematiken von aktueller bzw. lebensgeschichtlicher Bedeutung. Wittkowski (2011, 305) stellt zusammenfassend fest, dass am Zustandekommen einer TAT-Geschichte drei Determinanten beteiligt sind: 1. die Tafel mit ihrem spezifischen Aufforderungscharakter, 2. die Testsituation, bestimmt von der Testatmosphäre und

der Übertragungsbeziehung zwischen Proband und Testleiter, und 3. die innere Welt des Probanden mit seiner Geschichte, seinen aktuellen Konflikten, Motiven und Einstellungen. Das theoretische Konzept des *Narrativs* kann dazu beitragen, die Gefahr von Fehlinterpretationen zu verringern: Danach spiegelt eine TAT-Geschichte die Art und Weise wider, wie der Proband seine Geschichte, sich selbst und seine Konflikte gemäß seiner subjektiven Bedeutung neu „konstruiert“. Die Interpretation fragt da nicht nach der „Wahrheit“, sondern im Sinne einer „pragmatischen Validierung“ (Wittkowski 2011, a.a.O.) danach, welche neuen Bedeutungen, welches neue Verständnis und welcher Sinn sich in den Geschichten finden lassen und was daraus für Diagnostik, die Therapie und die Prognose abgeleitet werden kann.

#### *Testmaterial:*

Der TAT besteht aus insgesamt 31 Bildtafeln aus festem Karton mit 30 schwarz-weißen Abbildungen und einer leeren Tafel. Alle Darstellungen sind unscharf und mehrdeutig und lassen so einen weiten Spielraum für die Deutung. Die Tafeln 1-10 zeigen eher realistische Alltagssituationen, die Tafeln 11-20 mehr fantastische Themen. Die grafische Darstellung entspricht dem Stil ihrer Zeit und mutet heute antiquiert an, was die Entfaltung der Fantasie jedoch eher noch zu fördern scheint. Die Tafeln sind auf der Rückseite nummeriert und gekennzeichnet nach Altersgruppen und Geschlecht (G oder B für Mädchen oder Jungen und F bzw. M für Erwachsene) sodass sich entsprechende Serien zusammenstellen lassen.

Die dargestellten *Inhalte* betreffen Themen wie zum Beispiel Leistungsdruck, Ehrgeiz, Entspannung, Aggression, Angst, Neid und Eifersucht, Trotz, Streit, Identität, Beziehung zu den Eltern, Bindung, Depression, Einsamkeit, Krankheit und Tod.

Als Vorlagen für die im gleichen Stil gehaltenen Grafiken wurden Kunstwerke (wie das Gemälde „Drachen in einer Felsenschlucht“ von Arnold Böcklin für die Tafel 11), Postkarten oder auch Fotos aus Zeitungen verwendet. So beruht die Tafel 1 (ein Junge sitzt nachdenklich vor einer Geige) auf einer kaum veränderten Aufnahme von dem etwa 12-13jährigen Yehudi Menuhin, als ihm Henri Goldman, ein New Yorker Bankier und Kunstsammler, 1929 die Stradivari-Geige „Prinz Khevenhüller“ zum Geschenk machte (Jahnke 1999, 314ff).

#### *Durchführung:*

Für die Diagnostik von Kindern (ab dem Grundschulalter) und Jugendlichen sollte eine Auswahl von etwa 10-12 Tafeln je nach Alter, Geschlecht und

Fragestellung getroffen werden, die innerhalb einer Sitzung hintereinander vorgelegt werden. Aus der gewählten Reihenfolge ergibt sich eine steigende Dramatik. Als letzte Tafel wird die Blanktafel 16 vorgelegt.

Die *Instruktion* verweist darauf, dass es sich um eine Art Fantasienspiel handelt, bei dem es keine richtigen oder falschen Antworten gibt. Wörtlich könnte sie in etwa folgendermaßen lauten:

*„Ich zeige dir jetzt eine Reihe von Bildern und bitte dich, mir zu jedem Bild eine möglichst spannende Geschichte zu erzählen, wie es zu der Situation kam, was die Leute auf dem Bild denken und machen und wie es weitergehen wird. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, erzähle einfach, was dir dazu einfällt. Wenn du mit deiner Geschichte fertig bist, dreh die Tafel bitte um und lege sie zur Seite.“*

Die Instruktion zur Tafel 16 lautet sinngemäß:

*„Die letzte Tafel ist leer. Da darfst du dir etwas eigenes ausdenken, ein Bild oder eine Geschichte, ganz egal, was immer dir einfällt, und das erzählst du mir dann.“*

Die Haltung des Untersuchers ist freundlich, zugewandt, aber neutral und zurückhaltend, ohne Kommentare. Wenn die Bilder nur beschrieben werden, ist es sinnvoll, nachzuhaken:

„Du beschreibst das, was man sehen kann, aber was meinst du: was ist mit den Leuten los, was denken die, wie geht's denen, und wie geht die Geschichte wohl weiter?“

Bei schweigenden Kindern gilt es herauszufinden, ob es sich um eine Hemmung, eine Bequemlichkeitshaltung oder um einen stillen Protest gegen die Prozedur handelt, das anzusprechen und gegebenenfalls Angst zu mildern und zu ermutigen. Lässt sich das Schweigen nicht überwinden, wird das akzeptiert und der Test beendet. Eine Zeitbegrenzung gibt es nicht, die Testautoren gingen von 5 Minuten pro Tafel aus, allerdings kann es bei assoziativ ausufernden Erzählungen sinnvoll sein, zu bitten, eine *kurze* Geschichte zu erzählen.

Die Erzählungen werden wörtlich entweder durch Mitschreiben oder eine Audioaufnahme *protokolliert*.

Die *Verhaltensbeobachtung* während des Tests bezieht sich auf das allgemeine Verhalten und die emotionale Gestimmtheit des Kindes, seine Ansprechbarkeit und emotionale Empfänglichkeit, sprachliche Auffälligkeiten, auf Logik und Kohärenz der Geschichten, assoziative Lockerung oder Zerfahrenheit



bzw. Perseverationen und Stereotypien und auf die Übertragungs-Gegenübertragungssituation.

Ein *Nachgespräch* hatten die Testautoren für jede Tafel empfohlen, ggf. in einer zweiten Sitzung, um die auftauchenden Konflikte lebensgeschichtlich zu verorten oder weitere Assoziationen zu gewinnen. Rauchfleisch (1989, 19) hält dies nur bei signifikanten Geschichten für erforderlich, die er dann wie Traumerzählungen behandelt, um weiteren Aufschluss über die Psychodynamik zu gewinnen. Ich frage nur nach im Sinne eines vertiefenden Interviews bei Geschichten mit sehr ungewöhnlichen oder sehr banalen Inhalten bzw. bei unerwarteten Reaktionen eines Patienten wie langem Zögern oder Schweigen.

#### *Auswertung und Interpretation:*

Die ursprüngliche *Auswertung nach Murray* erfolgte in fünf Schritten:

1. Ermittlung des „Helden“ der Geschichte, mit dem sich der Erzähler identifiziert und auf den er Selbstanteile projiziert.
2. Ermittlung der Motive, Bedürfnisse, Gefühle, Absichten und Aktivitäten („needs“) des Helden.
3. Feststellung der aus der Umgebung auf den Helden einwirkenden Kräfte, Anforderungen und Zwänge („press“) wie emotionale Ansprüche, Leistungsanforderungen, Mangel an Unterstützung, Krankheit, Aggression und Dominanz oder Hilfsbedürftigkeit.
4. Untersuchung der Wechselbeziehung von needs und press und des resultierenden Ergebnisses („outcome“): Auf welche Weise verfolgt der Held seine Ziele, bleibt er hartnäckig oder gibt er bei Widerständen rasch auf? Was nimmt er dafür in Kauf? Wie setzt er sich mit den Zwängen auseinander? Ist er Täter oder Opfer? Wie geht er mit Schuld um, wie sind seine Einfühlung, seine soziale Kompetenz, sein Machtstreben, sein Selbstvertrauen?
5. Bestimmung des Themas der Geschichte: Für jede Geschichte wird festgestellt, welche Bedürfnisse und Motive in welchem Ausmaß auftreten und auf welche Zwänge und Einschränkungen sie treffen. Ebenfalls wesentlich sind Konstellationen, die häufiger auftreten, irgendwie ungewöhnlich sind oder bei einer speziellen diagnostischen Frage weiterhelfen könnten (wie z. B. systematisches Nichterkennen oder Fehlinterpretieren sozialer und mimischer Signale bei Autismusverdacht). In der Zusammenschau aller Geschichten (Längsschnittanalyse nach Re-



vers) ergeben sich dann thematische Wiederholungen, Muster der Bewältigung oder des Versagens, Belastungen oder Hoffnungen, Hinweise auf vorherrschende Motivationslagen und ichstrukturelle Besonderheiten. Diese werden in Beziehung gesetzt zur Lebensgeschichte des Patienten und tragen zu einem besseren Verständnis bei.

Anfängern in der Verwendung des TAT ist zumindest in der Einarbeitungszeit die systematische Anwendung dieser Analyseschritte dringend zu empfehlen. Die Grundzüge von Murrays Auswertung liegen den meisten späteren Auswertungssystemen zu Grunde (Übersichten bei Revers 1973, 153 ff. und Wittkowski 2011, 308 ff.).

Die *psychoanalytische Auswertungsmethode nach Rauchfleisch* (1989) zieht über die formale Struktur der Geschichte hinaus die zugrunde liegende und teilweise unbewusste Dynamik heran, um sogenannte „psychodynamische Foki“ zu formulieren. Ein Fokus beschreibt in möglichst prägnanter Form den Kernkonflikt des Patienten unter Berücksichtigung von Impuls und Abwehr. Unter zusätzlicher Beachtung der *Übertragungs- und Gegenübertragungssituation* (Wie geht der Patient mit dem Untersucher um? Was löst er in ihm aus?) ergibt sich ein Gesamtfokus für das ganze TAT-Protokoll. Erfasst werden danach die wirkenden *Impulse* (Triebwünsche, Gewissensängste, Gier, Neid, narzisstische Bedürftigkeit etc.); die *Abwehrmechanismen*, die zur Reduktion von Angst eingesetzt werden, wie z. B. Regression, Verleugnung, Projektion, Omnipotenzfantasien und Spaltung; und die *Ichfunktionen* (Denken, Realitätsbezug, Wahrnehmung, Kreativität, Einfühlung, Flexibilität etc.).

Die Interpretation einer Geschichte erfolgt analog zur Trauminterpretation sowohl auf der *Objektstufe* (die auftretenden Personen und Situationen werden als Bestandteil der realen Welt des Erzählers aufgefasst) wie auf der *Subjektstufe*, auf der alle Personen einer Geschichte als Repräsentanten von Persönlichkeitsanteilen des Erzählers verstanden werden, der unter dieser Perspektive auf der Bühne TAT sein inneres Drama spielt.

Die Entscheidung für eine der dargestellten Auswertungsmethoden dürfte bestimmt werden von der theoretischen Einstellung, dem Kontext (KJPP-Praxis, Beratungsstelle oder probatorische Sitzungen in der KJP) und der zur Verfügung stehenden Zeit. Mit zunehmender Übung lassen sich die Auswertungsschritte auch verkürzen und zusammenfassen.

In meiner Praxis gehört der TAT zur *Routinediagnostik* und wird in modifizierter Form mit 10-12 Tafeln durchgeführt und der Instruktion, *eine kurze*

und spannende Geschichte zu erzählen. Die *Auswertung* erfolgt, modifiziert nach Revers (1973), in Form einer kursorischen Durchsicht mit Markierung wesentlicher Aspekte:

Erfasst werden das *Thema oder Problem* einer Geschichte, der Umgang mit dem Anmutungsgehalt, Kreativität und Ideenreichtum, auftretende Motive, Entwicklung Angemessenheit der Geschichte, Ausblendung, Vermeidung oder Umdeutung.

*Situation und Kontext*: Welche Hinweise auf die familiäre oder soziale Situation des Helden gibt seine Geschichte? Wie sind seine Bindungen? Mit welchen Einschränkungen hat er es zu tun und wie geht er damit um? Wie fühlt er sich von seiner Umgebung verstanden und wie kann er sich in andere einfühlen? Welche Grundstimmung herrscht in der Geschichte vor?

*Verlauf*: Wie gerät der Held in welche Situationen, wie versucht er sie zu lösen und was erreicht er bei seinen Bemühungen?

*Die Längsschnittanalyse* erfasst mehrfach auftauchende Thematiken als Hinweise auf typische Muster und einzeln auftauchende prägnante, überraschende oder dem Tafelinhalt widersprechende Inhalte.

*Die Interpretation* berücksichtigt zusätzlich Bindungs- und Beziehungsaspekte auch im Umgang mit dem Untersucher, entwicklungspsychologische Gesichtspunkte und Hinweise auf besondere Ressourcen.

*Ein Beispiel* für diese Form der Auswertung und Interpretation des vollständigen TAT-Protokolls eines zwölfjährigen Mädchens findet sich bei Wienand (2019, 196ff).

*Gütekriterien*:

In zahllosen Versuchen ist es nicht gelungen, den Murray-TAT im Hinblick auf die klassischen psychometrischen Gütekriterien zu überprüfen. Bessere Ergebnisse fanden sich für TAT-Modifikationen, die klar umrissene Verhaltensbereiche wie Aggression, Leistungsmotivation oder Machtstreben erfassen (Einzelheiten bei Wittkowski 2011, 325ff).

Die *Objektivität* ist für Bildmaterial und Instruktion standardisiert, die Interpretation jedoch ausgesprochen subjektiv und von der Erfahrung und Orientierung des Auswerterers abhängig.

*Reliabilität*: Es gibt keine Parallelförmigkeit, die Retest-Reliabilitäten sind sehr unterschiedlich, umso mehr, je länger der Zeitraum bis zur Wiederholung und je mehrdeutiger die Tafel ist. Der TAT wird offenbar mehr von aktuellen

Verfassung, gegenwärtigen Konflikten des Patienten und der Beziehung zum Untersucher als von überdauernden Persönlichkeitsmerkmale bestimmt.

*Validität (Übereinstimmung mit dem zu untersuchenden Merkmal):* Die Übereinstimmung zwischen TAT- und Fragebogenverfahren sind durchweg niedrig, die Übereinstimmung mit anderen Methoden, die implizite Motive messen, wie etwa der Gitter-Technik, jedoch durchweg hoch (Schmalt & Sokolowski 2000). Danach erlaubt der TAT auch durchaus die Vorhersage von Leistungs- und Ausdauerverhalten, Anspruchsniveau, Zielsetzungen und beruflichem Erfolg.

#### *Beurteilung:*

Versteht man die Erzählungen zu den TAT-Geschichten als *Narrative*, also als subjektive Konstruktionen, in die der Auslösereiz der Bildtafel, implizit gespeicherte Erinnerungen, habituelle Muster des Erlebens und Verhaltens, aktuelle Konflikte, situative Einflüsse und die jeweilige Übertragungsbeziehung um Untersucher einfließen, so werden sie einer subjektiv-heuristischen Interpretation zugänglich. Die Tafeln haben auch für Kinder ab dem Grundschulalter einen hohen Aufforderungswert, stellen Grundkonflikte dar und sprechen Themen aus den Bereichen Entwicklung, Bindung und Beziehung, Selbstbild, Leistung, Angst und Aggression an. Die Mehrdeutigkeit des Materials und die antiquierte grafische Form erlauben eine assoziative Lockerung und ermöglichen den Ausdruck auch unbewusster Inhalte. Trotz des relativ hohen Aufwandes gehört der TAT zu den in der Praxis weit verbreiteten projektiven Verfahren und erlaubt ein tieferes Verständnis der Psychodynamik, des Entwicklungsstandes und der Beziehungsdynamik von Patienten und Klienten. Wie bei jedem projektiven Verfahren müssen die Interpretationen mit den Ergebnissen anderer diagnostischer Methoden und der Lebensgeschichte verglichen und so validiert (bzw. falsifiziert) oder modifiziert werden.

### **Der Kinder-Apperzeptions-Test (CAT) von Bellak & Bellak (1949)**

Der Childrens Apperception Test CAT wurde unmittelbar aus dem Murray-TAT für Kinder im Alter von drei bis etwa zehn Jahren entwickelt und beruht auf der Annahme, dass Kinder in diesem Alter sich leichter mit Tieren als mit erwachsenen Personen identifizieren. Er besteht aus zehn Schwarzweißtafeln mit Tierdarstellungen und zielt darauf ab, die Einstellungen des Kindes zu seinen wichtigsten Beziehungspersonen, zu den Geschwistern, zu den Antriebsbereichen Essen, Sauberkeit und den Phantasien über die Sexualität des Elternpaares, zu Angst, Einsamkeit und Aggression zugänglich zu machen.

Die Autoren bezeichnen den CAT als eine projektive bzw. apperzeptive »Methode zur Persönlichkeitsuntersuchung durch Erforschung der dynamischen Bedeutungshaltigkeit der individuellen Unterschiede bei der Wahrnehmung von festgelegten Reizdarbietungen« (Bellak & Bellak 1956, 3, Hervorhebung im Original). Der CAT ist der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Deutschlands am häufigsten verwendete verbal-thematische Test und steht noch vor dem TAT an vierter Stelle aller in der Praxis verwendeten projektiven Verfahren (Bölte et al. 2000, 157). Die dargestellten Konfliktbereiche entstammen der klassischen psychoanalytischen Triebtheorie und Phasenlehre. Die thematische Valenz der Bildtafeln umfasst orale Bedürfnisbefriedigung (Tafel 1, 4, 8); anale Themen wie Sauberkeit, Konkurrenz, Aggression und Schuld (Tafel 2, 3, 7, 10); Geschwisterrivalität (Tafel 1, 4); ödipale Konflikte (Tafel 3, 5, 6); und Angst (Tafel 5, 9). Die Bildtafeln sind also mehrdeutig interpretierbar und sprechen auch weitere Konfliktbereiche an wie Bindung und Autonomie.

Durchführung und Auswertung entsprechen in den Grundzügen dem TAT und müssen daher nicht weiter besprochen werden, eine ausführlichere Darstellung findet sich bei Wienand (2019, 202ff). Die Instruktion erfolgt in altersgerechter Sprache, die Durchführungszeit ist mit etwa 15 Minuten deutlich kürzer. Die Interpretation erfordert gute Kenntnisse der psychodynamischen Entwicklung von Kindern und sollte wie bei anderen projektiven Verfahren nur im Gesamtkontext aller erhobenen Befunde erfolgen.

In Beratungsstellen, kinderpsychologischen und kinderpsychiatrischen Praxen kann der CAT zusätzlich zu anderen, spielerischen Diagnosemethoden wichtige, auf direktem Wege nicht zugängliche Einsichten in die Psychodynamik bei jüngeren Kindern im Vorschul- und Grundschulalter liefern.

### **Der Schweinchen-Schwarzfuß-Test (SFT) von Corman (1977)**

Der SFT ist ein projektives Verfahren für Kinder von etwa vier Jahren bis zum Ende der Grundschulzeit, das darauf abzielt, verdrängte oder verpönte Triebregungen und die dagegen gerichtete Abwehr *getrennt* zu erfassen. Er besteht aus 16 Bildkarten, die die Abenteuer des kleinen Schweinchens Schwarzfuß in verschiedenen Situationen zeigen. Schwarzfuß unterscheidet sich von seinen Geschwistern durch einen schwarzen Fleck am Hinterlauf (seiner „Pfote“), den auch seine Mutter trägt, und stellt das zentrale Identifikationsangebot für die Kinder dar. Im Gegensatz zum TAT und CAT werden die Identifikationen des Kindes jedoch nicht erschlossen, sondern direkt er-

fragt. Wechselnde Identifikationen der befragten Kinder sprechen nach dem Autor für ein flexibles, anpassungsfähiges Ich (Corman 1995, 21).

*Theoretische Grundlage* ist die Projektionshypothese, nach der ein entsprechendes Reizangebot, erleichtert durch die Einkleidung in Symbolform, die projektive Darstellung sowohl von Triebwünschen wie auch der dagegen gerichteten Abwehrtendenzen ermöglicht.

Die dargestellten *Themen* beziehen sich auf die psychoanalytische Entwicklungslehre und deren zentrale Grundkonflikte zwischen einem dem Es entstammendem Triebwunsch und dessen Kontrolle oder Abwehr durch das Ich. Auf eine orale Thematik zielen fünf Tafeln, zwei Tafeln betreffen anale, fünf sexuelle Themen, acht handeln von Aggressivität und Angst, sechs von Geschwisterrivalität und zwei Tafeln stellen Abhängigkeits-Autonomiekonflikte dar. Sehr häufig taucht das Thema Schuld als Reaktion auf Aggression, Gier, Eifersucht und Autonomiebestrebungen auf. Eine Zusatzkarte, die *Feenkarte*, dient der abschließenden Wunschprobe.

*Die Durchführung* erfolgt in einer entspannten, spielerischen Atmosphäre in zwei Durchgängen, nach Möglichkeit innerhalb einer Sitzung. Im ersten Durchgang sucht sich das Kind die Bildtafeln aus, die es möchte, und erzählt dazu eine Geschichte. Im zweiten Durchgang werden alle Bildtafeln nach Bevorzugung und Ablehnung sortiert und die Gründe dafür besprochen. Das *Material* besteht in der Testmappe mit den Bildtafeln sowie zwei Tischen zum Auslegen der Karten und in der benötigten Aufnahmetechnik (Audio oder Video).

*Durchführung Test 1:* Zunächst wird das Kind anhand der Titelkarte gefragt, mit welchem von seiner Familie das Kind die beteiligten Tiere identifiziert. Dann wählt es diejenigen Bilder aus, zu denen es eine Geschichte erzählen möchte. Es kann dabei selbst entscheiden, ob es eine zusammenhängende Geschichte erzählt oder die Bilder einzelnen behandelt. Aus der Geschichte sollte deutlich werden, wie es zu der dargestellten Situation kam, was die beteiligten Tiere machen und denken und wie sie am Schluss ausgeht.

*Durchführung Test 2:* Das Kind sortiert alle Bilder danach, ob sie ihm gefallen oder nicht. Von den beliebten Bildern sucht es danach das Bild aus, das ihm am besten gefällt, und erklärt warum. Zusätzlich wird es gefragt, wer auf dem Bild es selbst sein möchte und ob es noch etwas verändern will. Mit den nicht beliebten Bildern wird genauso verfahren.

*Zusammenfassende Fragen* sollen die Gefühle des Kindes den verschiedenen Figuren gegenüber klären, etwa wer der Glücklichste oder Unglücklichste in der Familie ist, wen es am liebsten und am wenigsten mag und wer es selbst gerne sein oder auf keinen Fall sein möchte.

Anhand der *Feenkarte* darf nun SF drei Wünsche äußern, die das Kind erraten soll.

Einige Zeit nach der Durchführung des Tests wird das Kind gebeten, *sich einen Traum auszudenken, den SF gehabt hat*, und diesen in einer Art Comic aufzuzeichnen. Damit soll die projektive Identifizierung noch einmal erleichtert und die Abwehr weiter gemildert werden.

#### *Auswertung und Interpretation:*

Der SF-Test wird in Analogie zur Traumdeutung qualitativ und konfliktdynamisch ausgewertet. Daher wird besonderer Wert auf ausgelassene, unterdrückte oder verzerrte Themen einer Tafel gelegt. Die erste Durchsicht, die *filmische Analyse* (Corman 1995, 104), fasst für jedes Bild die zentrale Thematik, die Identifikationen, die dargestellten Tendenzen und die Abwehrreaktionen zusammen. Im zweiten Schritt werden die zensierten und abgewehrten Tendenzen genauer analysiert und im dritten Schritt die sich daraus ergebenden erkennbaren Konfliktmuster identifiziert.

Die abschließende Deutung erfasst auffallende Reaktionen (*affektiver Widerhall*) des Kindes und außergewöhnliche Antworten (*Regel der außergewöhnlichen Tendenzen*), die *stärkste Abwehr* (wie Verleugnung, Hemmung, Verschiebung, Rationalisierung und Isolierung) sowie *die dominierenden Identifikationen*.

So lassen sich Triebkräfte und deren Kontrollversuche, Konflikte und Anpassungsmuster erkennen. In einem zirkulären dialektischen Prozess werden die Erkenntnisse aus dem SF mit anderen Testergebnissen, der Anamnese und der Symptomatik in Beziehung gesetzt und führen so zu konkreteren Hypothesen, die im weiteren Verlauf von Diagnostik und Behandlung überprüft werden.

#### *Gütekriterien:*

Normen liegen lediglich aus der ursprünglichen Stichprobe von 200 Patienten Cormans aus den 1950er/1960er Jahren vor. Testmaterial und Instruktion sind standardisiert, der Testverlauf liegt jedoch in Händen des Kindes, es handelt sich um ein überwiegend subjektives Verfahren. Systematische Untersuchungen der Reliabilität (der Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Aus-



werten oder bei Testwiederholung) sind nicht bekannt. Die Validierung (Untersuchung der Gültigkeit) erfolgt im Vergleich der Testbefunde mit anderen Ergebnissen der Diagnostik.

### *Beurteilung:*

Die Originalität des SF-Tests besteht in dem Anspruch, Triebkräfte (Motive und Bedürfnisse) und die dagegen gerichtete Ich-Abwehr (Bewältigungsversuche, Anpassungsreaktionen und Konfliktlösungen) bei Kindern im Vor- und Grundschulalter getrennt zu erfassen. Material und Durchführung sind kindgerecht und haben einen hohen Aufforderungscharakter. Die dargestellten Konflikte sprechen die wichtigsten kindlichen Problembereiche an, insbesondere beim Vorliegen familiärer Konflikte. In Bezug auf Durchführung und Auswertung gehört er zu den aufwendigen projektiven Verfahren und eignet sich besonders für die Eingangsdiagnostik einer Kinderpsychotherapie oder die Durchführung im Rahmen einer Einrichtung.

### **Literatur:**

- Bölte, S., Adam-Schwebe, S., Englert, E., Schmeck, K. & Poustka, F.* (2000) Zur Praxis der psychologischen Testdiagnostik in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 18, 151-161
- Corman, L.* (1995) Der Schwarzfuß-Test. Grundlagen, Durchführung, Deutung und Auswertung. Übersetzt aus dem Französischen von Renate Krieger (3. Aufl.). München: Reinhardt
- Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H. & Sears, R.R.* (1939) Frustration and Aggression. New Haven, CT: Yale University Press
- Düss, L.* (1956) Fabelmethode und Untersuchungen über den Widerstand in der Kinderanalyse. Biel: Institut für Psycho-Hygiene
- Jahnke, J.* (1999) Eine wahre TAT-Geschichte. In: Lück, E., Miller, R. (Hrsg.) *Illustrierte Geschichte der Psychologie*. Weinheim: Beltz, 314-316
- Klosinski, G.* (1988) Das »10-Wünsche-Phantasiespiel«. Gedanken und Erfahrungen zum »projektiven Fragen« am Beginn des therapeutischen Dialoges mit Kindern und Jugendlichen. *Acta paedopsychiatrica* 51, 164-171
- Morgan, C.D. & Murray, H.A.* (1935) A Method for Investigating Fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurological Psychiatry* 34, 289-306
- Murray, H.A.* (1943) *Thematic Apperception Test: Manual*. Cambridge MA: Harvard University Press
- Rauchfleisch, U.* (1979) *Handbuch zum Rosenzweig Picture-Frustration Test (PFT)*. Band 1 und 2. Manual zur Durchführung des PFT und Neueichung der Testformen für Kinder und Erwachsene. Bern: Huber

- Rauchfleisch, U.* (1989) Der Thematische Apperzeptionstest (TAT) in Diagnostik und Therapie. Eine psychoanalytische Interpretationsmethode. Stuttgart: Enke
- Rauchfleisch, U.* (2001) Kinderpsychologische Tests. Ein Kompendium für Kinderärzte (3., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme
- Revers, W.J.* (1958) Der Thematische Apperzeptionstest (TAT) (3., erw. Aufl. 1973.). Bern: Huber
- Rosenzweig, S., Fleming, E.E. & Rosenzweig, L.* (1948) The Children's Form of the Rosenzweig Picture-Frustration Study. *Journal of Psychology* 26, 41-191.
- Rotter, J.B., Lah, M.I. & Rafferty, J.E.* (1950) The Rotter Incomplete Sentences Blank RISB. Manual (2. Aufl. 1992). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Schmalt, H.-D. & Sokolowski, K.* (2000) Zum gegenwärtigen Stand der Motivdiagnostik. *Diagnostica*, 46, 115-123 [Elektronische Ressource]. URL:[http://www.bildung.-unisiegen.de/mitarbeiter/sokolowski/publikationen/stand\\_motivdiagnostik\\_2000.pdf](http://www.bildung.-unisiegen.de/mitarbeiter/sokolowski/publikationen/stand_motivdiagnostik_2000.pdf).
- Wienand, F.* (2016) Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer (2. Aufl. 2019)
- Wilde, K.* (1950) Die Wunschprobe. *Psychologische Rundschau* 1, 213-224
- Wittkowski, J.* (2011) Projektive Verfahren. In: L. Hornke, M. Amelang & M. Kersting (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie. Persönlichkeitsdiagnostik.* (Bd. 4). S. 299-410. Göttingen: Hogrefe.

**Autor:**

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand  
71034 Böblingen  
Wilhelmstraße 24  
Email: [info@praxis-wienand.de](mailto:info@praxis-wienand.de)  
Website: [www.praxis-wienand.de](http://www.praxis-wienand.de)



# Kinder- und jugendpsychiatrische Notizen zu Hermann Hesse 1892 bei Christoph Blumhardt in Bad Boll

*Markus Löble*

*[Editorische Anmerkung: die Erstveröffentlichung dieses Textes erfolgte im Hermann-Hesse-Jahrbuch, Band 11 (2019) der Internationalen Hermann-Hesse-Gesellschaft, Calw. Die Rechte liegen beim Autor.]*

## Einleitung

Hermann Hesse, knapp 15-jähriger Schüler im württembergisch-evangelischen Klosterseminar Maulbronn, entfernt sich im März 1892 für gut 24 Stunden unerlaubt aus dem Seminar, das er seit September 1891 besucht. Er wird daraufhin von dort relegiert, alle entstandenen Kosten werden den Eltern in Rechnung gestellt. Johannes und Marie Hesse, geborene Gundert, geben ihren Sohn in das christliche Kurzentrum Christoph Blumhardts in Bad Boll. Dort verliebt er sich in eine 22-jährige junge Frau. Diese weist ihn ab.<sup>1</sup> Hermann Hesse kauft sich von geliehenem Geld eine Pistole und kündigt in einem Brief seinen Suizid an. Daraufhin wird er psychiatrisiert. Von dieser Episode in Hermann Hesses und Christoph Blumhardts Leben und von Parallelen zu heute handeln diese Notizen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP).

## Die Episode von 1892

Die Suizidankündigung Hermanns erschreckt die Eltern Hesse zutiefst. Wie sollten sie diese bewerten? Man sprach schon seit Maulbronn immer wieder

---

1 Schriftstellerisch verarbeitete Hermann Hesse diese Episode in seiner ganz wunderbar zu lesenden Novelle *Heumond* von 1905, in Hermann Hesse, *Sämtliche Werke*, hrsg. v. Volker Michels, Suhrkamp, Frankfurt/M. 2001-2007. Band 6, S. 363-399 – Im Folgenden zitiert als *SW* mit Bandangabe und Seitenzahl.

von psychischer Krankheit.<sup>2</sup> Man hatte aber auch Zweifel: Vielleicht wäre die Psychiatrie „der beste Weg, unser nervenkrankes Kind, geisteskrank zu machen“ (KuJ1, 206). Damit sind wir zeitlos mittendrin in damaliger wie heutiger Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erschreckte Eltern, mit den Nerven am Ende, zutiefst verunsichert, nicht mehr wissend, was richtig und falsch ist. Darf man „der Psychiatrie“ vertrauen? Oder lieber doch erstmal Heilpraktikern und Homöopathie? Man liest so viel und hört so manches, „der sagt dees ond diä sagt sell“, im Internet steht alles Mögliche, die Verwandtschaft redet auch mit drein, mein Gott, was haben wir bloß falsch gemacht? Den Eltern Hesse ging es, wie es Eltern in solchen Situationen zu allen Zeiten ging und geht. Die ‚existentielle Angst ums Kind‘ ist extrem belastend, man sucht verzweifelt nach Hilfe und Orientierung. Marie Hesse schreibt in ihr Tagebuch: „Ich bin wie vernichtet, wund an Gemüt und Nerven, Tag und Nacht muß ich denken: Was treibt Hermann jetzt.“<sup>3</sup>

Eltern und Sohn Hesse waren durch die vorangegangenen Ereignisse in Maulbronn und die Relegation aus dem dortigen Seminar nervlich am Ende. Nicht zuletzt waren die Eskapaden des jungen Hermann, sein Ausreißen, das Scheitern dort und der sich später anschließende Aufenthalt bei Christoph Blumhardt in Bad Boll sehr teuer.

Was für eine Wohltat war wenige Wochen zuvor die Zusage Blumhardts aus Boll gewesen. Blumhardt tat damit erst einmal genau das Richtige:

*„... gerne bin ich bereit, ihren Sohn aufzunehmen und mit wärmster Teilnahme will ich mich seiner annehmen und sehen, wo der eigentliche Grund seiner Mißbildung liegt. Es kann eine Gestörtheit sein und ein tieferes Seelenleiden vorliegen, es kann aber auch bloß eine Verschränktheit<sup>4</sup> sein in Folge der Schulbildung. Nicht alle jungen Leute ertragen die heutige Art des Studierens und verlieren sich selbst. Es wird viel darauf ankommen, wie er's aufnimmt, daß er hieher kommt. Ich rate, ihm selbst zunächst den Gedanken hieher zu kommen, vorzu-*

2 Hermann Hesse. *Kindheit und Jugend in Briefen und Lebenszeugnissen*. Band 1: 1877-1895 (im Folgenden KuJ1) und Band 2: 1895-1900 (im Folgenden KuJ2). Ausgewählt und herausgegeben von Ninon Hesse. Fortgesetzt und erweitert von Gerhardt Kirchoff. 4. Auflage Suhrkamp, Frankfurt am Main (2016). S. 180/181 Prof. Paulus an (Vater) Johannes Hesse am 07.03.1892; S. 204-206: Aus dem Tagebuch (der Mutter) Marie Hesse, 04.-10.05.1892.

3 KuJ1, S. 207: Aus dem Tagebuch (der Mutter) Marie Hesse, 04.-10.05.1892.

4 Albrecht Esche (*Reich Gottes in Bad Boll. Religion, Kultur und Politik bei Johann Christoph Blumhardt und Christoph Blumhardt*, Evangelische Akademie Bad Boll, 4. erw. Auflage 2016, im Folgenden zitiert als Albrecht Esche) erkannte als schwäbischer *native speaker* im handschriftlichen Original „Verschrecktheit“, was wesentlich mehr Sinn macht und für Intuition, Einfühlungsvermögen und Erfahrung Blumhardts spricht. Persönliche Mitteilung am 31.05.2018.

*legen, daß sich in ihm selbst die Veränderung seiner Lebensstellung vorbereiten kann und es ihm nicht als eine Gewaltmaßregel erscheint. Vielleicht erkennt er selbst an, daß etwas Krankhaftes ihn umtreibt, daß er gerne etwas für seine Gesundheit tut. Aber schroffes Behandeln muß vermieden werden; denn nur langsam wird sein Geist sich zurechtfinden. Ich lass ihn bestens grüßen und es würde mich freuen, wenn er Vertrauen fassen könnte, bei mir Verständnis zu finden. Sollte es mir gelingen, ihn ein wenig für praktische Tätigkeit zu interessieren, so wäre viel gewonnen; denn Arbeit mit den Händen ist Speise für die Seele.“<sup>5</sup>*

Wir nennen das heute: Aufnahme als Setting-Wechsel, also erstmal raus von zuhause, gut vorbereitete und natürlich freiwillige Aufnahme. Transparenz für alle und von Anfang an. Befunderhebung und Basisdiagnostik, Beziehungsaufbau zum Patienten, Vertrauensbasis zu den Eltern schaffen, kurz, damals wie heute: „We’ll do our very best“, so Gott will.<sup>6</sup>

Das Ganze läuft auch gut und vielversprechend an. Erholung und Reha, Milieuwechsel und selbstbestimmte Freizeit<sup>7</sup> ist genau das, was der überarbeitete, seit Jahren unter extremem Leistungsdruck stehende, gut begabte Lateinschüler und Seminarist Hermann braucht. Schon 3 Jahre später und als Erwachsener schreibt H.H. von „glücklichen Wochen“<sup>8</sup> in Bad Boll, die leider zu schnell zu Ende gegangen seien.

Als Hermann wegen Liebeskummers seinen Suizid ankündigt, reagiert der berühmte und erfahrene Christoph Blumhardt äußerst dünnhäutig.<sup>9</sup> Des Kna-

5 KuJ1, S. 208, Christoph Blumhardt an (den Vater) Johannes Hesse am 5. Mai 1892.

6 Psalm 108:13, *In God we'll do our very best*; zu Deutsch in der Lutherbibel: *Mit Gott wollen wir Taten tun*.

7 KuJ1, S. 214 u. S. 216, H. H. am 04. u. 12.06.1892 aus Boll an seine Eltern. Er berichtet von gemeinsamem Singen und Tanz, Croquet, Kegeln, Billard, Spaziergängen und viel freier Zeit, aber auch von Kopfweh, Konzentrationsschwierigkeiten und vor allem beständiger Schlaflosigkeit.

8 KuJ1, S.467: H.H. an seinen Lehrer Dr. Ernst Kapff in Cannstatt, von 1913 bis zu seiner Pensionierung im Jahr 1930 Professor am Realgymnasium in Göppingen, im Brief vom 01.06.1895 aus Tübingen; „Als Knabe ein paar Wochen schönster und tollster Pubertätszeit erlebt“ (SW1, 665); „...Selige Wochen in Boll...“, KuJ1, S. 250 (H.H. an seine Eltern am 01.09.1892).

9 Eine der schönsten Anekdoten zum aufbrausenden Christoph Blumhardt, der vielleicht doch schnell in Rage geriet, berichtet H. H. 1950 an Blumhardts Tochter: „Einmal, als Ihr Vater in unsrem Haus in Calw war, belagert von Scharen von Ratsuchenden, und sich nach Tisch für eine Stunde hingelegt hatte, hat ihn mein Stiefbruder Theo (in seinem Zimmer) eingeschlossen, um abzuwarten, ob der Blumhardt wirklich zaubern und sich befreien könne. Aber Blumhardt wurde sehr wütend“, in Hermann Hesse, *Gesammelte Briefe. 4. Band 1949-1962*. In Zusammenarbeit mit Heiner Hesse und Ursula Michels, hrsg. von Volker Michels, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1982, S. 45. Man kann sich vorstellen, wie viel beim Besuch des großen Blumhardt von Befreiung durch Erweckung die Rede war.

ben Suiziddrohung, noch dazu mit einem Revolver, den er mit geliehenem Geld beim Verwalter des Blumhardtschen Anwesens, Theodor Brodersen, aus der mit den Blumhardts besonders eng verbundenen Familie der Gottliebin<sup>10</sup> gekauft hat,<sup>11</sup> versetzt den großzügigen, jedoch auch leicht aufbrausenden Mann in ganz unangemessenen Zorn. Suizidalität und die Drohung damit spielt, was Hermann Hesse nicht weiß, im Leben Christoph Blumhardts, in Bad Boll überhaupt, bereits eine große Rolle: Bei Dieter Insing finden wir dazu einiges: Suizidgefährdete Menschen wurden in Boll nicht aufgenommen. Auch depressiven Menschen sollte der einsame Boller Winter nicht zugemutet werden. Johann Christophs Blumhardts Bruder Gustav (Christophs Onkel also) litt unter Verfolgungswahn und hatte 1861 versucht, sich im Neckar zu ertränken. In Bad Boll beim Bruder unternahm er einen weiteren Suizidversuch. Verwalter Theodor Brodersen, von dem sich Hermann das Geld für die Pistole lieh, entriss Gustav Blumhardt gerade noch das Rasiermesser, mit dem sich dieser umbringen wollte. Schließlich vertraut ihn Familie Blumhardt Dr. Landerer in Göppingen an, später kommt er nach Winnenden. Blumhardts (d. Ä.) Briefe lassen erkennen, wie sehr es ihn belastete, suizidalen Menschen (und dem eigenen Bruder) nicht helfen zu können. Im See beim Kurhaus hatte sich bereits ein Holländer ertränkt, 1879 stürzt sich ein amerikanisches Mädchen vom dritten Stock des Kurhauses in die Tiefe und stirbt tags drauf.<sup>12</sup>

Wir sehen hier die Parallele zur modernen Psychiatrie, Psychosomatik und vor allem zur KJPP. Suizid, v. a. Klinikuizid ist das Damoklesschwert aller klinisch Tätigen und Suizidalität gleichzeitig ihr täglich Brot. Suizidalität ist Ausdruck höchster menschlicher Not und kann bei praktisch jeder psychischen Erkrankung und Störung auftreten, gleichzeitig ist die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen *conditio humana*, gehört also zum Menschsein dazu. Die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit sich umzubringen gehört deshalb zu den unumgänglichen und notwendigen Entwicklungsschritten einer jeden Jugendlichen und eines jeden

---

10 Gottliebin Dittus (1815-1872), Ziehtochter Johann Christoph Blumhardts. Von diesem in den 1840ern in Möttlingen/Württ. ‚wunderbar geheilt‘, was Joh. Chr. Blumhardts Ruf als Heiler in erweckungschristlichen Kreisen und darüber hinaus begründete. Sie zog 1852 mit den Blumhardts als Hauswirtschafterin mit nach Boll und heiratete dort 1855 den Blumhardtschen Verwalter Theodor Brodersen. Der Gastwirt Emil Brodersen in dessen „Restauration“ Hermann „als Gefangener, finster und verstört“ (KuJ1, S. 222), festgesetzt wurde, war Theodors Bruder und Mann von Christophs Blumhardts Schwester Maria. (Albrecht Esche S. 49).

11 KuJ1, S. 220: H.H. an Herrn Brodersen.

12 Dieter Insing, *Johann Christoph Blumhardt. Leben und Werk*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2002, S. 290/1. Im Folgenden zitiert als Dieter Insing. Suizidalität und nicht suizidale Selbstverletzung spielt in der Krankengeschichte Theodor Brodersens Frau, der Gottliebin, eine wichtige und leidvolle Rolle.

Jugendlichen, selbstverständlich auch den psychisch kranken, sich krisenhaft entwickelnden, auch lern- oder geistig behinderten Jugendlichen und Jugendlichen mit besonders schwierigen Entwicklungsbedingungen. Sie verkompliziert sich bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen oder ist durch Komplikation selbst von eigenem Krankheitswert. Wir haben also ein zeitlos auftretendes, hohe Professionalität erfordernendes psychisches Phänomen vor uns, mit dem der junge Hermann Hesse seine Umgebung in Bad Boll forderte.

Zwar schreibt Christoph Blumhardt, er nehme „es als Bubenstreich“<sup>13</sup>, gleichwohl wird es ihm als leichtfertige Undankbarkeit des kurzfristig aufgenommenen Zöglings erschienen sein. Ihm (und allen anderen) werden alle Schrecken und das unermessliche Leid eines (jugendlichen) Suizids vor Augen gestanden haben! Hinzu kommt die mögliche existentielle Bedrohung des Blumhardtschen Kur- und Seelsorgebetriebs<sup>14</sup> in Boll, sollte ruchbar werden, dass sich der Sohn der bekannten und angesehenen Missionarsfamilie Gundert-Hesse bei ihm, Blumhardt, in Bad Boll, suizidierte. Dies hätte unter Umständen katastrophale Auswirkungen auf das Seelsorge-Projekt Bad Boll gehabt. Erstens, weil der Ruf hätte beschädigt werden können, zweitens, weil es mit Medizinern und Behörden, auch der Kirche hätte Ärger geben können. Blumhardt wird von den zahlreichen Prozessen und Schwierigkeiten, die Pfarrer Kneipp in Bad Wörishofen von Seiten Dritter in dieser Zeit bereitet wurden, gehört haben.<sup>15</sup> Hermann Hesse sah sich also nicht nur der Angst seiner Eltern, sondern auch dem Zorn Blumhardts ausgesetzt. Mutter Hesse berichtet:

*... furchtbar scharf und streng sprach Blumhardt, der alle Krankheit vergessen zu haben schien und bloß von Bosheit und Teufeleien herunterdonnerte, daß einem Hören und Sehen verging. „Der Herr hat’s ihnen geheißten“, dachte ich und verstummte, als er und Brodersen [...] von schlechter Erziehung und ihren Früchten predigten.<sup>16</sup>*

---

13 KuJ1, S. 220 Christoph Blumhardt an die Mutter, Marie Hesse, am 20.06.1892.

14 1852 durch Johann Christoph Blumhardt im Kurhaus in Bad Boll gegründetes *Königlich Württembergisches Bad für die Oberen Stände*. Nach seinem Tod 1880 ging die Leitung an seinen Sohn Christoph Blumhardt über. 1920 schenkten dessen Erben das Kurhaus der Herrnhuter Gemeinde, die es 1999 an die Diakonie Stetten e.V. veräußerte. 2013 dann Übergang in das Christophsbad.

15 Christian Feldmann, *Sebastian Kneipp. Der fünfzehnte Nothelfer*. Verlag Pustet, München 2012.

16 KuJ1, S. 221/2: Aus dem Tagebuch der Familie Hesse-Isenberg am 21.06.1892.

Hier haben wir nun, menschlich verständlich, eine klassische Überreaktion vor uns. Der gepeinigten und übernächtigen, eilig herbeizitierten Mutter<sup>17</sup> wird schlechte Erziehung vorgeworfen und ‚was nicht alles mehr‘ prasselt auf Mutter und Sohn herunter. Man hätte sich in diesen Stunden höhere Professionalität, mehr menschliche Souveränität und vielleicht eine Prise Humor gewünscht. Humor, wohlverstanden nicht Ironie oder Sarkasmus, ist im Umgang mit Jugendlichen aber nur dann zu haben, wenn man einigermaßen unbeschwerten Zugang zur eigenen Jugendzeit hat. Dies aber ist für die vielfach in ihrer Jugend beschwerten Christoph Blumhardt, Eltern Hesse, Großvater Gundert und viele andere mehr, eher wenig der Fall.

Doch seien wir vorsichtig. Ein jeder, sei er noch so gut ausgebildet und erfahren mit sich (!) und in seinem Beruf, kommt ab und an in extremen Situationen an seine Grenzen. Wir alle erfahren das im Laufe unseres Berufslebens und wissen, was es für ein Glück ist, in solchen Situationen besonnene KollegInnen und Teams um uns herum zu haben.

Wie also weiter? Hermann muss oder soll so schnell wie möglich Bad Boll verlassen. Die Mutter am Ende, der Vater beruflich extrem eingespannt, selbst seit Jahren psychisch labil und immer wieder für Tage und Wochen psychosomatisch dekompensierend und seit langem mit Depressionen und permanenter Überforderung kämpfend.<sup>18</sup> Der Junge selbst hat bereits vor Wochen „seine große Abneigung gegen den Vater“<sup>19</sup> zu Protokoll gegeben. Christoph Blumhardt schlägt in dieser Situation vor, den Jungen „zum Landerer“<sup>20</sup> zu tun.

---

17 KuJ1, S. 222 (Mutter) Marie Hesse ebenda: „Es waren die qualvollsten Stunden meines Lebens, die ich bei ihm [H.H.] – Tag und Nacht – zubrachte.“

18 KuJ1, S. 21 beispielhaft (Großvater) Hermann Gundert an seinen Sohn Hermann am 29.07.1889 und S. 22 am 01.08.1889 an seine Schwester Emma: „Marie ist heute früh nach Bern abgereist, dem einsamen umgetriebenen Johannes zur Hilfe. Er (...) hat öfters Nervenstürme und Weinkrämpfe.“

19 Gunnar Decker, *Hesse. Der Wanderer und sein Schatten*. Biographie. Suhrkamp Insel, Berlin, tb 4458, 2013, S. 79 (im ärztlichen Gutachten des Dr. Zahn in Maulbronn). Im Folgenden zitiert als Gunnar Decker.

20 Der Arzt Dr. Heinrich Landerer und seine Frau Thekla Landerer, Schwester Gustav Werners, Reutlingen gründete das Klinikum Christophsbad im gleichen Jahr wie Johann Christoph Blumhardt (d.Ä.) seine Einrichtung in Boll im Jahre 1852 als *Private Heil- und Pflegeanstalt für Gemüths- und Geisteskranke*. Hermanns Fall wurde dem Sohn des Gründerpaares, Sanitätsrat Dr. Gustav Landerer, der die Leitung 1890 von seiner Mutter Thekla, die die Klinik nach dem Tode des Gründers 1877, 13 Jahre lang leitete, übernommen hatte, vorgelegt. Dass Gustav Landerer H.H. selbst sah, ist nicht belegt, man traf sich in Göppingen und besprach den Fall. Marie Landerer schildert (KuJ1, S.222), dass Oberamtsarzt Engelhorn tags drauf nach Boll gekommen sei, Hermann dort wohl gesehen und die gleiche Meinung wie Gustav Landerer vertreten habe. Oberamtsarzt Engelhorn bekleidete eine öffentliche ‚Amtsarztstellung‘ des Oberamtes Göppingen, war



An sich eine verständliche Reaktion. Aber sinnvoll für den Jungen? Viel ähnelt davon auch heutigen Vorgehensweisen und Ansinnen an die moderne KJPP. Was nicht sein darf und nicht sein kann, wenn sich alle überfordert und am Ende sehen, wenn das Handeln Jugendlicher den Erwachsenen vollkommen unverständlich und nicht mehr tragbar scheint, dann muss es wohl „psychisch krank“ sein. Mindestens aber sollte der oder die Jugendliche „in die Psychiatrie, in Sicherheit gebracht“ werden: „Wo soll er denn sonst hin?“ So auch heute oft das Ansinnen von Eltern und Institutionen (Jugendämter, Schulen), die mit Kindern und Jugendlichen befasst sind.

Sanitätsrat Dr. Gustav Landerer, Sohn des Gründers Heinrich Landerer im Göppinger Christophsbad jedoch rät ganz entschieden davon ab, Hermann Hesse zu psychiatrisieren. Das heißt, er weigert sich schlicht und so gut er eben kann, den Jungen bei sich im Klinikum Christophsbad aufzunehmen. Marie Hesse schreibt am 21.06.1892 in ihr Tagebuch:

*„Landerer war ganz entschieden dagegen, einen so jungen Knaben in eine Irrenanstalt zu tun und riet dringend, doch damit zu warten, bis es absolut keinen Ausweg mehr gebe. Als er hörte, wie’s gekommen, sah er den Fall sehr ernst an und glaubte, es sei von klein auf Unnormales da, und da sich alles so langsam gesteigert, fürchte er sehr, dass die Krankheit recht tief sitze.“<sup>21</sup>*

Der Arzt sieht in Hermann Hesse vor allem zuerst den Jugendlichen, der sich in einer schweren (Pubertäts-)Krise befindet. Gustav Landerer sah wohl auch den großen Kontrast zwischen diesem kaum 15-jährigen Jugendlichen, fast noch ein Kind, sehr erfolgreichem Landexamensabsolvent aus guter Familie und jetzt verkrachtem Maulbronner Gymnasiasten und seiner oft sehr schwer und chronisch kranken Klientel im Klinikum Christophsbad. Sehr wahrscheinlich sah er als erfahrener Psychiater natürlich die elterliche Angst, Erschöpfung und Hilflosigkeit, auch die jahrelange Vorgeschichte des als schon immer schwierig beschriebenen Jungen. Neben dem mitagierenden Aktionismus aller Beteiligten wird er auch die Empörung Blumhardts mitschwingen gespürt haben. Er sieht aber auch die Gefahren, die in der Aufnahme in seiner Einrichtung für den jungen Hermann liegen mochten, wie drohende Stigmatisierung, Traumatisierung, Isolierung und Einsamkeit, das Gefühl des Verstoßenseins, der Aussichts- und Hoffnungslosigkeit. In der klinischen Abwägung

---

also nicht im Christophsbad angestellt (Auskunft Dr. Stefan Lang, Kreisarchivar Göppingen am 04.06.2018).

21 KuJ1, S. 222: Aus dem Tagebuch der Familie Hesse-Isenberg am 21.06.1892.

im Sinne des Patienten, nichts anderes ist auch jedem modernen Psychiater heute aufgetragen, gibt er in diesem Fall den Wünschen der Angehörigen und Blumhardts nicht nach – und schafft sich damit keine Freunde! Für den Moment verneint er auch das Vorliegen einer akuten psychischen Erkrankung im engeren Sinne und fordert Zeit und Gelegenheit zur sorgfältigen ambulanten Indikationsstellung – wie man heute sagen würde.

Wir sehen hier ärztlich-psychiatrisches Denken, das elterliche Pädagogik und Blumhardtsche Familienpflege am Ende ihrer Möglichkeiten und die Not, die sich daraus ergibt, wohl sieht, dies alles jedoch von psychiatrischer Erkrankung und akut notwendiger psychiatrischer Intervention klar zu trennen vermochte!

Im Übrigen: Vielleicht kannte Gustav Landerer auch seinen *Werther*<sup>22</sup> und wusste, wie es einem als 15-Jährigen gehen kann. Drei Jahre später schreibt H.H. selbst:

*„von jener bösen Zeit voll Zorn und Haß und Selbstmordgedanken will ich nimmer sprechen, [...] die tollste Sturm- und Drangzeit ist glücklich überstanden.“<sup>23</sup>*

Hermann Hesse jedenfalls setzte sich zeitlebens immer wieder und in allen Lebensphasen mit Suizidalität auseinander.<sup>24</sup>

Hermann Hesses Eltern verhielten sich wie viele Eltern, deren Kinder eine schwere Pubertätskrise durchleben. Fast verrückt vor Angst und Sorge suchen sie Halt aneinander und in den eigenen Lebenskonzepten. Sie müssen sich gleichzeitig der eigenen Biographie stellen, der wir als Eltern ja alle in unseren Kindern und ihren Entwicklungskrisen erneut begegnen. Hermanns Vater schreibt später an ihn:

*„Jetzt sind es gerade 30 Jahre, daß ich auch solche Stimmungen durchzumachen hatte, wie du jetzt...“<sup>25</sup>*

22 Johann Wolfgang von Goethe, *Die Leiden des jungen Werthers*. Erschienen erstmals 1774, rasch europaweit verbreitet und sehr bekannt. Ob und wie gut Gustav Landerer (und Christoph Blumhardt) den *Werther* kannten, konnte der Verfasser nicht herausfinden.

23 Ob dies (KuJ1, S. 468, H. H. Mitte Mai 1895 an Dr. E. Kapff, Cannstatt) gar eine Anspielung auf den 1774 erschienenen *Werther* als exemplarisches Buch der Sturm-und-Drang-Epoche gelten kann oder viel eher eine bereits ab Mitte des 19. Jahrhunderts alltagssprachliche Bezeichnung für die Zeit der jugendlichen Pubertät ist, mag offenbleiben.

24 Sehr bemerkenswert ist, dass H.H. im gleichen Brief schreibt, dass sich in „dieser Zeit“, also 1892/3 in Boll, Stetten, Calw, Basel und Cannstatt sein „dichterisches Ich ausgebildet“ hat. Recht hat er damit!

25 KuJ1, S. 342: (Vater) Johannes Hesse am 12.03.1893 an Hermann nach Cannstatt.



und berichtet dann, dass er mithilfe des Römerbriefs<sup>26</sup> und des eigenen Vaters aus der Krise gefunden habe.

Die Mutter lernt in harter Kindheit mit Trennungen und Abschieden früh, sich drein zu schicken und ihr Leben ganz dem Höheren, der christlichen Mission zu widmen. Durch den eigenen Vater grausam um die Jugendliebe gebracht,<sup>27</sup> vermählt sie sich erst spät, mit dreiundzwanzig Jahren, mit ihrem ersten Mann. Ihr Leben lang bleibt sie ihrem Vater treu verbunden (man könnte auch sagen, an ihn gebunden) und verleugnet in der Ablehnung des künstlerischen Werks ihres Sohnes eigene, ungelebte Wünsche. Sie hatte sich entschlossen, den Vorstellungen der sie umgebenden Welt zu entsprechen: „Eine Missionarsfrau sollte eifrige, gerne sich verleugnende Gehülfin (ihres Mannes) sein.“<sup>28</sup>

Der Vater, beruflich permanent an der Grenze und darüber hinaus belastet. Vergleichbar mit einem heutigen Mann im Management eines Autozulieferers, einer Bank, eines Krankenhauses, ein Pfarrer? Langjähriger Assistent des berühmten Schwiegervaters, angesehener Missionar und Herausgeber, umfassend gebildet, arbeitet, schreibt und lebt er mit eiserner Disziplin jahrein, jahraus, um Rechenschaft über sein Leben abzugeben – seiner Familie, seiner Missionsgesellschaft, später vor Gott. Gepeinigt von Überforderung und Aufopferung dekompenziert er regelmäßig mit Weinkrämpfen, Migräne, Depressionen. Er hat in manchem und oft Verständnis für den Sohn – und wenig Zeit.

*„Ich trage ja auch schwer am Leben wie du und empfinde die tiefe Kluft zwischen Ideal und Wirklichkeit beständig auf's schmerzlichs-te...“<sup>29</sup>*

Mal schreibt der Vater verständnisvoll, mal geraten ihm die Briefe zu Predigten. Kunststück, der Mann ist Pfarrer und Missionar. Den Sohn aber machen

---

26 Römer 6;14: „Denn die Sünde wird nicht herrschen über euch, weil ihr ja nicht unter dem Gesetz seid, sondern unter der Gnade“ (Lutherbibel, rev. 2017).

27 Gunnar Decker, S. 43/44. Großvater Hermann Gundert verschweigt 1858 der Tochter die förmliche briefliche Werbung eines jungen Engländers, die sie sehnsüchtig erwartet. Marie Hesse wartet und sehnt sich jahrelang vergeblich, nicht wissend, dass der Geliebte ebenso verzweifelt jahrelang auf Antwort wartet, die nicht kommt. Erst sieben Jahre später vermählt sie sich 1865 mit dem Missionar Charles Isenberg, ihrem ersten Mann. Dieser verstirbt bereits 5 Jahre später. Mit 28 Jahren ist sie nach 3 Geburten mit dem 4-jährigen Theodor und dem 1-jährigen Karl bereits Witwe und zieht aus Indien zurück zu ihren Eltern nach Calw.

28 Helen Liebendörfer, *Ja und Amen? Hermann Hesses Mutter Marie*, Verlag Friedrich Reinhardt, Basel, 2017.

29 KuJ1, S. 223: (Vater) Johannes Hesse an H.H. am 23.06.92.

elterliche Predigten rasend. Hermann versäumt es nicht, beiden Eltern ihr Leben um die Ohren zu hauen und zieht dabei alle Register. Die berühmten Zitate wie „Achtungsvoll H. Hesse Nihilist (haha!)“<sup>30</sup> bis hin zu jenem „Ihr seid Christen, und ich – nur ein Mensch“ sind bekannt geworden. Dieser eine Brief jedoch aus Stetten an die Eltern vom 11. September 1892<sup>31</sup> gerät ihm im Furor des Schreibens unversehens zum ersten rhetorischen Meisterwerk des zukünftigen Schriftstellers Hermann Hesse. Er ist ein bewegendes und exemplarisches Zeugnis des Erwachsenwerdens und der Befreiung aus den Fesseln der Kindheit, Jugend und Familie. Hier befreit sich ein, nun nicht mehr Kind, sondern junger Mann mithilfe eines sehr willensstarken, von den Eltern und Großeltern auf ihn gekommenen Ichs und zu Hilfe gerufener eigener Götter der Literatur (Schiller, Turgenjew<sup>32</sup>) aus der zu eng gewordenen Schlangenhaut der familiären Traditionen und der Familie selbst.

Der Rest der Häutung wird sich noch über Jahre hinziehen, mühsam, langwierig, unsicher, oft einsam und immer riskant. Der Durchbruch in die eigene erwachsene Existenz aber wird am 11. September 1892 in Stetten, in der „Heilanstalt für Schwachsinnige und Epileptische“<sup>33</sup> geschafft! Es lese bei Interesse jeder selbst nach (*KuJl* S. 257-266).

Hermann Hesse rang als Jugendlicher darum, durch seine Eltern als Individuum wahrgenommen und anerkannt zu werden. Ganz unabhängig von seinem Lebenswandel und Lebensweg. Er wollte Dichter „... oder gar nichts!“<sup>34</sup> werden und weigerte sich früh, wenn auch noch nicht aus reifem Entschluss, sondern eher aus jugendlicher Opposition und Überschwang heraus, anzuerkennen, dass der Sinn menschlichen Lebens im Befolgen christlicher Gebote bestehe. Diesem Wunsche Hermanns, dem im Übrigen originären Wunsch aller Kinder und Jugendlichen, als unverwechselbares und einmaliges In-

30 KuJl, S. 249: H.H. an die Eltern aus Stetten am 30.08.1892.

31 KuJl, S. 257-266: H.H. an die Eltern aus Stetten am 11.09.1892.

32 Iwan Turgenjews damals populärer Roman *Rauch* von 1867 wirkt wie H. Hesses innere romantische Blaupause der tragisch-süßen Romanze in Bad Boll keine 3 Monate zuvor, die zur verhängnisvollen Suizidankündigung dort führte. Blaupause zusammen mit Goethes *Werther*, der dann auch folgerichtig 1905 in *Heumond* auftaucht.

Bemerkenswert dazu die Hypothesen Gunnar Deckers (S. 78/79), dass H. H. nur in Verbindung mit Literatur erotische Liebe hätte wirklich erleben und leben können. Nachweis darüber, wann genau H.H. *Rauch* und *Werther* erstmals las, ließ sich allerdings nicht führen.

33 Heute: Diakonie Stetten e.V. in 71394 Kernen-Stetten im Remstal. 1864 als Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische und Schwachsinnige im Schloss Stetten gegründet. Von 1999 bis 2013 Träger der Rehaklinik in Bad Boll. 2013 dann Übergang der Rehaklinik Bad Boll (CA Dr. med. H. Tüchert) in das Christophsbad, das in Göppingen das Klinikum Christophsbad samt Geriatriischer Rehaklinik betreibt sowie in Stuttgart die Tagesklinik und Ambulanz MentaCare.

34 Hermann Hesse, *Kurzgefaßter Lebenslauf* (1921/1924), SW12, S. 46-63.

dividuum<sup>35</sup> gesehen und anerkannt zu werden, konnten weder Mutter noch Vater Hesse entsprechen. War es doch beider frühe Weichenstellung und Lebensentschluss, gerade eben diese Individuation für sich selbst zu negieren. Viele Jahre und viel Mühsal, Zweifel, Schmerz und, ja auch Verleugnung brauchte es auch für Christoph Blumhardt in Boll, sich vom übergroßen Vater Johann Christoph zu lösen und ein eigenes Leben aufzubauen.<sup>36</sup> Der später in Hesses Leben so wichtig werdende C.G. Jung beschreibt Individuation als

*„Prozeß, zum Einzelwesen zu werden, unsere innerste, letzte und unvergleichbare Einzigartigkeit zu verstehen und zum eigenen Selbst zu werden. Man könnte ‚Individuation‘ darum auch als ‚Verselbstung‘ oder als ‚Selbstverwirklichung‘ übersetzen.“<sup>37</sup>*

Ein großer Gegensatz zu dem, was im Hause Gundert-Hesse in Calw und im Hause Blumhardt in Boll gedacht und gelebt wurde. Da trifft ein Jugendlicher genau ins Schwarze elterlicher und großelterlicher Überzeugungen und Lebensform. Sicher, man war nicht ganz und gar frömmelnd und rückständig. Bei aller Selbstverleugnung und Aufopferung gab es im Umfeld der Basler Mission wesentlich weniger gebildete, weniger intellektuelle und viele um einiges engere und beschränktere Elternhäuser. Dennoch galt volle Anerkennung nur dem, der sich den Regeln der immer präsenten familiären und geistlichen Gemeinschaft und damit dem Höchsten beugte. Dies gilt auch für den Geist, Sinn und Erfolg des Blumhardtschen Hauses und ähnlicher Einrichtungen, wie den Palmenwald<sup>38</sup>, dem Hotel in Freudenstadt, in dem sich

35 J. H. Pestalozzi (1746-1827) und sein Denken, das in Kindern und Jugendlichen Individuen sieht, war bereits seit gut 80 Jahren in der Welt, wenn auch nicht unbedingt in der Welt der Familien Hesse und Blumhardt.

36 Vergleiche Hermann Ehmer, (*Väter und Söhne. Kontinuität oder Bruch bei den Blumhardts und anderen Schwabenvätern* aus: *Warten und Pressieren: 150 Jahre Blumhardt in Bad Boll*. Dokumentation der Tagung vom 30.05.-02.06.2001. Evangelische Akademie Bad Boll 2002) zu den Schwierigkeiten von gerade Pfarrerskindern, zu einem eigenen Leben zu finden. Das Sprichwort: „Pfarrers Kinder, Müllers Vieh, geraten selten oder nie“, kann heute nicht mehr als Klage über ärmliche Pfarrhäuser, sondern auf Hinweis auf besondere Schwierigkeiten von Pfarrerskindern, sich einen eigenen Lebensweg zu suchen, gedeutet werden. Siehe auch Dieter Ising, S. 322-324 und 326-339.

37 C.G. Jung, *Zwei Schriften über analytische Psychologie*. Gesammelte Werke, (Hrsg.: Marianne Niehus-Jung, Lena Hurwitz-Eisner, Franz Riklin) Band 7, *Die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewußten*, Zweiter Teil: *Die Individuation*. Rascher-Verlag Zürich und Stuttgart (1964), S. 191.

Vergleiche dazu auch den Begriff ‚Selbstverwirklichung‘ bei Abraham Maslow, 1943 und 1970.

38 Bekanntes Hotel in Freudenstadt, 1895 durch den christlichen Stuttgarter Unternehmer Paul Lechler gegründet. Dieser gründete u.a. auch das DIFÄM (Deutsches Institut für Ärztliche Mission (zusammen mit der Baseler Mission)), den Stuttgarter Hymnus-Chor (1882) und die Tübinger Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus (1916).

Hesses Eltern später gerne zur Erholung aufhielten. Muße und Entspannung, Kur und Rehabilitation sind nur dann zulässig und erlaubt, wenn sie durch Gottesdienst und christliche Gemeinschaft legitimiert und höherem Zweck geweiht werden. Niemals jedoch Ausruhen, Muße, Entspannung und „die Seele baumeln lassen“ um ihrer selbst und des einzelnen Individuums willen.

„Granademäßig henderher“, wie der Schwabe sagt, also „rückständig“ könnte man sagen – und es doch als elterliche Haltung nachvollziehen und akzeptieren. Nicht werten ist die Aufgabe. Niemals sind wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die besseren Eltern. Wir erziehen auch keine Eltern in Not und stellen uns in die Lebenswege von Eltern und Jugendlichen. Hilfe zur Selbsthilfe, Hilfe zur Selbstfindung und Achtung von Freiheit und Individualität von Eltern und Kindern sind integrale Bestandteile moderner KJPP.

Kommen wir auf Blumhardts Boll zurück. Das dortige Geschehen war durch gemeinsame Gottesdienste und Predigten, hinter der die individuelle Seelsorge sehr weit zurücktrat, geprägt. Deshalb kann auch von praktizierter Medizin oder wie immer gearteter Therapie oder gar Psychotherapie nicht die Rede sein. Dies nämlich setzt ein Wahrnehmen und die Anerkennung des Individuums und seiner individuellen Lebens- und Leidensgeschichte voraus. Bad Boll war zwar kein Therapeutikum, dennoch ein heilsamer Ort. Ein heilsamer Ort, an dem Erholung und Besinnung und individuelle Entwicklung möglich war. Um es mit Dorothee Sölle zu sagen: „Das Recht, ein Anderer zu werden“, Teshuva (hebräisch תשובה) zu üben.<sup>39</sup> Wir erinnern uns an den früheren Volksmund, der sagte: „Kommst du zum Landerer, wirst du ein anderer, wirst du kein anderer, bleibst du beim Landerer.“ Man kann dies heute so lesen: derjenige, der so frei sein darf und kann, sich zu verändern und sich zu entwickeln, kann gesunden. Die Bedingungen dafür zu schaffen, dass sich Kinder und Jugendliche in wohl verstandener Freiheit entwickeln können, ist vornehmste Aufgabe der KJPP. Vater und Sohn Blumhardt und ihren Familien und vielen anderen Menschen der Gemeinschaft dort gelang es, in Bad Boll genau solche heilsame Bedingungen zu schaffen.

Albrecht Esche, dem der Autor an dieser Stelle ausdrücklich dankt, bezeichnet das Bad Boll der Blumhardts gelegentlich als eine Art protestantisches Lourdes (Esche S. 39), sieht im Geiste Bolls der Blumhardts bereits Inhalte von Taizé, Dietrich Bonhoeffer und Dorothee Sölle anklingen und sieht Ver-

---

39 Dorothee Sölle, 1989 nach Renate Wind, *Dorothee Sölle – Rebellin und Mystikerin*. Herder, Freiburg im Breisgau 2012, S. 65. Die große Theologin und Dichterin verstarb 73-jährig im April 2003 während einer Tagung in der Evangelischen Akademie in Bad Boll.

bindungen zur benediktinischen Regel („Ora et Labora“ ähnlich „Warten und Pressieren“) und östlichen Philosophien (Esche S. 33).

Krankheit und Heilung aus theologischer Sicht der Blumhardts in Boll („Heilung ist Erweckung und Erweckung ist Heilung“ (Decker S. 76) und später auch modernerer christlich-theologischer Sicht, hat Albrecht Esche in seinem Buch (Esche S. 33-44) sehr nachvollziehbar herausgearbeitet. Therapeutisch-ärztlich gibt es jedoch kaum mehr als sehr weit entfernte Anklänge an Verständnis von psychosomatischen Zusammenhängen und ärztlicher, psychologischer und psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlung. Johann Christoph Blumhardt (der Ältere) selbst schreibt (durchaus gültig auch für die Überzeugungen seines Sohnes):

„Was aber nun, könnte man fragen, ist denn deine Behandlung? Antwort: Gar keine! Ich bin ein Seelsorger und nichts Weiteres“ (Esche S. 42)

Dem ist auch heute kaum etwas hinzu zu fügen.<sup>40</sup>

Die menschliche Größe und Begabungen Johann Christoph Blumhardts (des Älteren) und seines Sohnes Christoph Blumhardts bleiben ihnen dabei unbenommen. Beide überschritten, jeder auf seine Art, die Grenzen ihres geistigen Umfelds, der Institution Kirche, speziell der württembergischen Landeskirche und auch die Grenzen des Phänomens süddeutscher Pietismus in Gedanken und in der Tat.<sup>41</sup> Christoph Blumhardt fragt, ganz wie der Vater rhetorisch: „Ja, die Predigt kann herrlich sein – wenn aber nichts geschieht?“<sup>42</sup>

40 Bei Dieter Ising finden wir in der *Württembergischen Kirchengeschichte Online* (Ising, Dieter: Dittus, Gottliebin, in: *Württembergische Kirchengeschichte Online*, 2016 (<https://www.wkgo.de/cms/article/index/dittus-gottliebin>) den Literaturhinweis auf einen interessanten Artikel von Hans Jörg Weitbrecht, *Beitrag zu einer schwäbischen Stammespsychopathologie* in *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 162, 1938, S. 372. Weitbrecht (1909-1975) war zwischen 1937 und 1956 Oberarzt im Klinikum Christophsbad und setzt sich in diesem Artikel als Psychiater mit dem historischen „Fall der Gottliebin“ und ihrer Heilung durch Johann Christoph Blumhardt auseinander. Hier sollen Viktor von Weizsäckers Bemerkungen von 1926 ausreichen: „Diese Auflösung bedeutete einen Sieg Blumhardts über die Hysterie und einen Sieg der Gottliebin über Blumhardt“ und: „Blumhardt hatte den Abzug der Dämonen, die Gottliebin die Lebensgemeinschaft mit Blumhardt erreicht.“ aus Henrik Uwe Peters, *Übertragung – Gegenübertragung*, Fischer-tb, 2016, S. 14 ff. und Samuel Pfeifer, Hansjörg Bräumer, *Die zerrissene Seele, Borderline und Seelsorge*. SCM R. Brockhaus, 1997.

41 Albrecht Esche S. 32: Christoph Blumhardt: „Warten ist eine große Tat“ und Parallele zu Gustav Werners Votum: „Was nicht zur Tat wird, hat keinen Wert.“ Es schließt sich ein Kreis zu Heinrich und Gustav Landerer und zum modernen Klinikum Christophsbad (Motto: Wege finden, Wege gehen“), Albrecht Esche S. 173-177.

42 Dieter Ising, S. 356.

Hermann Hesse wurde nach der Ablehnung durch Gustav Landerer in Göppingen von Pfarrer Schall in Stetten im Remstal in dessen Einrichtung<sup>43</sup> für behinderte Menschen gegen seinen Willen interniert. Man fuhr nach dem Misserfolg „beim Landerer“ einfach ohne Ankündigung hin.<sup>44</sup> Die Parallele zu heute: Auch heute wird gelegentlich durch Eltern und andere massiv Druck auf die KJPP ausgeübt, Jugendliche aufzunehmen, deren Hauptprobleme im pädagogischen, familiären, schulischen oder gesellschaftlichen Bereich liegen. Nicht selten wird der Druck auf die KJPP bewusst durch unangekündigtes Kommen erhöht und werden dabei die Karten ‚Suizidalität‘ oder ‚Fremdgefährdung‘ gezogen.

Glücklicherweise erfolgte diese zwangsweise Internierung Hermanns in Stetten jedoch nur ‚an der langen Leine‘ mit leidlich freiwilliger Gartenarbeit und Zugang zur Bibliothek. Pfarrer Schall erkannte wohl im Verlauf von Aufnahme, Beurlaubung und Wiederaufnahme (ebenfalls gegen den Willen des Jungen), dass Eltern und Sohn, zusammenwohnend, in dieser Situation keine Chance gehabt hätten. Setting-Änderung also, wie bei der Aufnahme in Boll. Er sah: „Hermann ist scheint’s ein schalloses Ei.“<sup>45</sup>

Hermann und seine Eltern erkannten und nutzten ihre Chancen! Zahllose Briefe gehen hin und her. Voller Vorwürfe und Bemühungen umeinander, voller Zorn, Verzweiflung und Ärger, aber auch voller Liebe und Vertrauen. Hermann wehrt sich nach Kräften, das Küken bricht die Eierschale mit den größten greifbaren Meißeln,<sup>46</sup> auf und drängt ins Freie, tut, was es muss. Wir erinnern uns an den *Demian* (1919):

43 Heute: Diakonie Stetten e.V. in 71394 Kernen–Stetten im Remstal. 1864 als Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische und Schwachsinnige im Schloß Stetten gegründet. Von 1999 bis 2013 Träger der Rehaklinik in Bad Boll. 2013 dann Übergang der Rehaklinik Bad Boll (CA Dr. med. H. Tüchert) in das Christophsbad.

44 Blumhardt riet nach dem Tagebuch der Familie Hesse: „... zu Pfarrer Schall nach Stetten zu gehen, und zwar unangemeldet, mit Sack und Pack vor ihn hinstehen und bitten, daß er Hermann nimmt, sonst behalte er ihn keinesfalls“ (KuJ1, S. 222). Prompt erschien Mutter Hesse mit Sohn in Stetten. Vater Hesse war verhindert. Weitere Parallele zur modernen Situation der KJPP: Meist erscheinen erst oder überhaupt nur die Mütter mit den Kindern.

45 KuJ1, S. 238: Inspektor Pfarrer Schall an (Vater) Johannes Hesse aus Stetten am 30.07.1892. Um wie viel reifer geht er 7 Jahre später in *Lulu* (1899) in *Hermann Lauscher* (1896-99) mit der enttäuschten Liebe zur Nichte des Kronenwirts in Kirchheim unter Teck um. Ich danke Hartmut Schallenmüller, Kirchheim unter Teck für diesen Hinweis. Ähnlich wie gut 125 Jahre vor ihm Goethe seinen Liebesschmerz im *Werther* literarisch förmlich „einsargte“ und damit verarbeitete. Beide Erstlinge, *Hermann Lauscher* und *Werther*, erschienen erst einmal, für die jungen Autoren wohl ‚sicherheitshalber‘, unter Pseudonym.

46 Der Verfasser teilt die etwas pathetische Einschätzung, die Briefe H.H.’s aus Stetten zählten „zum Ungeheuerlichsten, was die Geschichte der Erziehung in Deutschland zu bieten hat“, nicht. Zitat Rolf Michaelis, *Hermann Hesse: Flucht und Wiederkehr* in *Frankfurter Allgemeine Zeitung* v.



„Der Vogel kämpft sich aus dem Ei. Das Ei ist die Welt. Wer geboren werden will, muss eine Welt zerstören.“<sup>47</sup>

Die Eltern sehen es entsetzt und voller Fragen, werden fast selbst irre dran und springen doch immer wieder über ihre inneren und äußeren Schatten. Sie geben Chance auf Chance, verhandeln, stellen Bedingungen, versuchen verzweifelt Kurs zu halten und die eigene Integrität zu wahren. Beide haben einen großen Haushalt, „Pfarrers halt“ und Berge von Arbeit und innerer Überzeugungen. Zweimal gehen des Zöglings Beurlaubungen nach Hause schief, aufgrund sozialer Überlastung und fehlender Anpassungsmöglichkeit auf Hermanns Seite, verzweifelt Kampf um Anerkennung von Regeln und Grenzen im eigenen Hause, auf Elternseite.<sup>48</sup>

Wir raten heute in solchen Fällen ebenfalls zu ambulanter oder stationärer Jugendhilfe. Menschheitswissen und damals wie heute in ähnlichen Krisen sinnvoll und auch für Hermann genutzt: Internate und Gastfamilien<sup>49</sup> in Verwandtschaft und sozialem Umfeld. Die Reise für den Jungen geht nach Basel und Cannstatt, zurück nach Calw, dann Tübingen.

Der Großvater mütterlicherseits, Hermann Gundert, war wohl im Umfeld Hermanns derjenige, dem es am leichtesten fiel, persönliche Souveränität zu zeigen. Das haben Großeltern zu allen Zeiten so an sich. „Ich habe gehört, Du habest ein Genie-Reisle gemacht“<sup>50</sup>, kommentiert er den Ausflug aus Maulbronn, der zur Relegation von dort führte. Schade, dass niemand, weder in Maulbronn noch in Calw, leider auch Christoph Blumhardt nicht in Boll, damals die Kraft hatte zu sagen: „Schwamm drüber, Kerle. Es isch jô nix passiert in dene ned mol 24 Schtond‘. Was isch denn eigentlich los? Wie goht’s dir, wie kô‘ mr dir helfe‘?“ Man hätte das *Genie-Reisle* in Maulbronn tiefer hängen können. Vielleicht hätte das geklappt.

---

28.2.1976, zitiert auf Vorsatzblatt KuJ1, Suhrkamp Taschenbuch 1002, 4. Auflage 2016. Hier mögen antipsychiatrische Ressentiments mitschwingen.

47 Lesenswert dazu Johannes Heiner, Poxdorf auf [www.lyrikrikke.de](http://www.lyrikrikke.de): *H.H. Weg nach innen. 2. Die Ich-Findung*. H.H. wird Pfarrer Schalls Metapher von ihm als „schalloses Ei“ noch im Ohr gehabt haben.

48 Um ungünstigen Auswirkungen allzu langer Klinikaufenthalte vorzubeugen und zu vermeiden und um therapeutisch Erarbeitetes möglichst früh und aussichtsreich in das gewohnte Umfeld nach Hause zu transferieren und dort einzuüben wird in moderner KJPP frühzeitig und wohl dosiert im Sinne therapeutischer Belastungsproben am Wochenende und an Feiertagen nach Hause „beurlaubt“.

49 JuMeGa® = Junge Menschen in Gastfamilien, siehe: [www.arkad-ev.de/jugendhilfe-jumega](http://www.arkad-ev.de/jugendhilfe-jumega), Ravensburg.

50 Gunnar Decker S. 73 (H.H., *Kurzgefaßter Lebenslauf 1921/1924*). Im Gedenkblatt *Großväterliches* (SW12, 586) von 1952 berichtet H.H. als 75jähriger von dieser Reaktion des Großvaters.



Auch Christoph Blumhardt hätte den Pistolenkauf sehr viel niedriger hängen können, keine Frage. Vielleicht wäre dann alles anders, vielleicht besser gekommen. Vielleicht auch nicht, sieht man sich den unbedingt eskalierenden Verlauf des Sommers 1892 an.<sup>51</sup> Auch Großvater Hermann Gundert ist in einem langen Leben härter geworden, man merkt es seinen Briefen an.<sup>52</sup> Auch er hatte keine einfache Jugendzeit und erlebte als kaum 19-Jähriger am Tübinger Stift leidvoll Suizidalität und die Einsamkeit psychischer Erkrankung.<sup>53</sup>

Hermann wiederholt die Suiziddrohung durch einen zweiten Pistolenkauf in Cannstatt, gerade mal sieben Monate nach dem ersten in Boll.<sup>54</sup> Bereits im September hatte er schon wieder frech verbal mit einer Pistole herum gefuchelt. Er schreibt aus Stetten an den Vater:

*„Sehr geehrter Herr! Da Sie sich so auffällig opferwillig zeigen, darf ich Sie vielleicht um 7 Mark oder gleich um den Revolver bitten.“<sup>55</sup>*

Auf schwäbisch würde man sagen, dass „des Hermännle dortmols scho jenseitsmäßig Ombringerles dau hot“. In Bad Boll, kaum drei Monate früher, hatte er allerdings die heftige Überreaktion Christoph Blumhardts und Theodor Brodersens nicht richtig eingeschätzt.

So hatte Hermann 1892 also gleich zwei Mal Riesenpech. Zuerst die komplette Überreaktion des Lebensumfelds in Maulbronn auf das für den völlig überlasteten Jungen unvorhersehbare und nicht verhinderbare, geradezu besinnungslose *Genie-Reisle* im Sinne eines ausgelebten poriomänen<sup>56</sup> Fluchtimpulses. Weiter dann die zweite katastrophale Überreaktion in Bad Boll auf die, sagen wir, unbesonnen literarisch ausgelebte, spintisierende Inszenierung eines Jünglings, der die eigenen Gefühlsverirrungen und -wirrungen nicht anders, als dramatisch inszeniert, bewältigen zu können glaubt.<sup>57</sup>

51 „Kurz, mehr als vier Jahre lang ging alles unweigerlich schief, was man mit mir unternehmen wollte“, in H. H., *Kurzgefaßter Lebenslauf* (SW12, 49). Eine der psychologisch bemerkenswertesten Aussagen Hermann Hesses!

52 KuJ1, S. 90 u. S. 134 (Großvater) Hermann Gundert an seinen Sohn Hermann über H. H.) bereits am 16.03.1891 (H.H. noch in Göppingen) und am 02.11.1891 u. 14.03.1892 (S. 193) über ihn in Maulbronn.

53 1833 als 19-Jähriger im Tübinger Stift nach einer Reihe von Suiziden von Kommilitonen wochenlanges „Nervenfieber“, das ihn ans Bett fesselt. In dieser Zeit habe er sich bekehrt und zum Glauben seiner Väter gefunden (nach Gunnar Decker, S. 31).

54 KuJ1, S. 324, H.H. aus Cannstatt an seine Mutter am 20.01.1893.

55 KuJ1, S. 268, H.H. aus Stetten an den Vater, Johannes Hesse am 14.09.1892.

56 Siehe weiter unten im Text.

57 Sehr lesenswert das dazu ausformulierte ‚Heldenepos‘, der Brief an den Freund Otto Hartmann

Im wahrsten Sinn des Wortes glaubt Hermann, in Stetten nicht mehr romantisch liebender, sondern pubertär kämpfender Jüngling, ebenfalls „nur durch schweres Geschütz“ Wirkung bei seinen Eltern erzielen zu können. In Cannstatt dann im Januar 1893 bringt er beim zweiten Pistolenkauf dann alles zusammen und durcheinander. Es mischen sich pubertärer Zorn, weltanschauliche Desorientierung und allgemeiner Weltschmerz mit der Erinnerung an den romantischen Liebeskummer. „Dô kommt wirklich koinr me‘ mit!“<sup>58</sup>

Wirkung erzielen, wenn schon nicht die gewünschte, so doch überhaupt irgendeine Wirkung. Auch dies etwas, was Kinder und Jugendliche wahrscheinlich zu allen Zeiten und natürlich auch heute manchmal bis zum Äußersten betreiben: Wirkung bei den Eltern oder anderen Erwachsenen erzielen, um wahrgenommen zu werden. Was der oder die Jugendliche nicht besonders gut mitbekommt: Er oder sie kämpft oft mehr mit sich selbst als mit ihren oder seinen Eltern. Es sind die Chimärenkämpfe der Pubertät. Sicher, die Eltern sind rückständig und „unmöglich“. Sie sind aber auch nachgiebig, verzweifelt, liebend, immer wieder aufs Neue vertrauend und last but not least, sie bezahlen letztlich immer alle Rechnungen.<sup>59</sup> Und der Sohn oder die Tochter sind Gott sei Dank immer weniger Mittelpunkt ihres Lebens. Johannes und Marie Hesse waren ihrem Sohn, so gesehen, Pietismus hin oder her, ganz normale und damit ziemlich gute Eltern. Sie werden selbst zwischen den notwendigen pädagogischen Polen ‚Kurs halten und Richtung geben‘ und ‚Nachgeben und

---

am 18.01.1893 aus Cannstatt (KuJ2 S. 533-535): „Ich habe dem Tod ins Aug‘ gesehen und mich nicht gefürchtet“ und „...es würde mir Spaß machen, die ganze Welt verkrachen zu sehen...“ „Ha nô, ha nô“ (Hochdeutsch: „Jetzt mach mal halblang!“), ist der Schwabe zu kommentieren versucht.

Siehe dazu auch den Gedicht-Zyklus *Liebeslust und Liebesleid* in Hermann Hesse, SW1, S. 22-33. Dank an Albrecht Esche für die Hinweise auf die lyrische Untermauerung der These dieser Notizen, „der angekündigte Suizid sei ein Stück Selbstinszenierung gewesen, zwar eine biographisch verankerte, aber letztendlich literarisch fiktive Handlung“. (Zitat Albrecht Esche).

Nicht unähnlich der These Gunnar Deckers, Hesse habe die Herausforderungen von Erotik und Liebe in seinem Leben ganz generell und wohl lebenslang nur unter Zuhilfenahme von Literatur als Krücke (mehr oder weniger) bewältigen können. Gunnar Decker, S. 78/79.

- 58 Ein bisschen Scham mag dabei später mitspielen, wenn H.H., wie Albrecht Esche in *Gottes Reich in Bad Boll* (S. 150) schreibt, später außer in *Heumond*, nicht mehr auf die Ereignisse in Bad Boll usw. zurückkommt. Der (Suizid-)Inszenierung wegen, der anderen beschämenden und beklemmenden Umstände wegen? Wir können es nicht wissen. Wir wissen aber, dass viele ehemalige Patienten der KJPP, auch auf durchaus erfolgreiche (und freiwillige) Aufenthalte in der KJPP später nur wenig zurückkommen. Vielleicht werden Menschen überhaupt an ihre Zeiten des Erwachsenwerdens und der Initiationserlebnisse oft nicht mehr allzu gern erinnert oder machen diese öffentlich.
- 59 Immerhin wäre das nach den Desastern in Maulbronn und Boll nicht mehr wahrscheinliche Theologiestudium im Tübinger Stift, die für die Eltern bei weitem kostengünstigste akademische Ausbildung ihres Hermanns gewesen.

Akzeptieren des Anders-Sein des Kindes‘ hin und her geworfen und versuchen mit allen ihren Kräften, die dialektische Synthese daraus zu leben.<sup>60</sup>

Wir sehen in der Episode von 1892 in Christoph Blumhardts und Hermann Hesses Leben wichtige Parallelen zu moderner ambulanter und stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Setting- und Milieu-Wechsel ja, falls indiziert. Verlängerter Arm der Eltern nein. Auch nicht verlängerter Arm von Jugendämtern oder Schulen. Damit berühren wir die Frage nach der normativen Rolle der Psychiatrie. Selbstverständlich bewegen wir uns psychiatrisch innerhalb unserer ethischen Grenzen und moralischen Normen. Alle sind wir Kinder unserer Zeit und arbeiten heute in kollegialen Teams. Da standen ein Christoph Blumhardt in Boll und ein Gustav Landerer im Klinikum Christophsbad (auch Pfarrer Schall in Stetten) noch sehr viel einsamer da. Wir lassen unsere Patienten und ihre Familien nicht allein in der Hilf- und Orientierungslosigkeit psychischer Krisen und Störungen. Dabei müssen wir aber auch immer wieder erklären und das auch leben, dass moderne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP) die Kinderrechte achtet, Ideologien abhold ist und dass es durchaus passieren kann, dass Eltern falsch liegen, ja regelrecht „ver-rückt“ und ihre Kinder viel weniger verrückt sind, als es manchmal und manchem scheinen mag.

Wenn wir Glück haben und gut arbeiten, sind wir dann, freundlich-aufklärend, entzerrend und moderierend, allparteilich, nicht bewertend, nicht Schuld zuweisend, hilfreich behilflich und fördernd, hoffentlich nützlich tätig. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist für Kinder und Jugendliche ein Ort der Sicherheit und sich vergrößernder Freiheitsgrade, kein Ort des Gefangenseins und der Verengung. Manchmal sind Eltern, Schulen und Jugendämter, kurz ‚die Gesellschaft‘ dann mit unserem Erfolg, der größeren menschlichen Reife und größeren Autonomie im Denken und Handeln des und der heranwachsenden Jugendlichen nicht recht zufrieden...

In der Familie Hesse kommt es schließlich zur umfassenden und durchaus allseitigen Kompromissbildung. Hermann beginnt noch bei den Eltern in Calw eine Turmuhrmechaniker-Lehre. In dieser Zeit nutzt er mit großem Gewinn systematisch und autodidaktisch die Familien-Bibliotheken, macht sich daran, sein Handwerk zu erlernen. Er lernt: Wer liest, kann viele Leben leben.

---

60 Sehr schön in musikalischem, statt pädagogischem Zusammenhang zu Hermann Hesse bei Friedemann Treutlein, *Hermann Hesse und die Musik*, in *Hermann Hesse und Bad Boll. Die Krise als Chance*. Tagungsband (Hrsg. A. Esche) des gleichnamigen Sommerseminars (30.08. – 02.09.2001), Evangelische Akademie Bad Boll 2001, S. 135. Kundig zitiert werden *Der Kurgast* (1923) (SW11) und das Alterswerk *Das Glasperlenspiel* (1943) (SW5).

Schließlich landet er bekannterweise als Buchhändler-Lehrling bei Heckenhauer in Tübingen. Hier kann er, in räumlichem Abstand, innerlich immer noch sehr an die Eltern, vor allem die Mutter, gebunden, weitere überlebensnotwendige Schritte zur Ablösung von den Eltern und ihrer Welt tun. Bis zum Tod der Mutter 1902 bleibt Hermann Hesse, wie viele junge Erwachsene, innerlich noch einigermaßen abhängig und auf Lob und Zustimmung vor allem der Mutter angewiesen. Es fiel der Mutter, wir können sie vor dem Hintergrund ihrer eigenen Lebensgeschichte und Lebenswelt gut verstehen, sehr schwer und es gelang leider kaum, dem Sohne diese Anerkennung zu geben.<sup>61</sup> Wollen wir darüber richten, ob dies ihre Pflicht als Mutter gewesen wäre? Oder ob es vielmehr Sohnespflicht gewesen wäre, Mutter und Vater aus dieser Forderung zu entlassen?

Hermann Hesse durchlebte und durchlitt und alle anderen mit ihm, eine schwere krisenhafte Pubertät, er war nicht krank.<sup>62</sup> Nehmen wir beispielhaft die gelegentlich im Nachhinein gestellte Diagnose ADHS.<sup>63</sup> Von Geburt Hermanns als in zweiter Ehe fünftes Kind seiner Mutter bis zu seinem 13. Lebensjahr, zwischen Juli 1877 und Februar 1890, als er nach Göppingen in die Lateinschule kommt also, finden sich allein in den Briefen der Eltern (KuJ1, 7-41) mehr als 20 Berichte über Verhaltensauffälligkeiten des kleinen „Hermännle“. Vom 21.01.-05.06.1884, zwischen 6;6 bis 6;11 Jahren also, ist Hermann deshalb ‚vollstationär, bis auf sonntags‘ ganz im Knabenhaus<sup>64</sup> der Basler Mission untergebracht. Schauen wir uns die Familie in diesen Jahren an:<sup>65</sup> Marie Hesse bringt in Jahresabständen vier weitere Kinder zur Welt. Sohn Paul stirbt 5 Monate alt, Tochter Gertrud stirbt mit sieben Monaten. Hermanns Schwester Marulla kommt zur Welt, als Hermann 3;4 Jahre alt, sein Bruder Johannes als Hermann 5;0 Jahre alt ist. Weiter versterben Maries Bruder 1880 in Indien und ihre Mutter 1887 in Calw. Die Kinder überleben

---

61 KuJ2, S. 357: Marie Hesse übt herbe Kritik am ersten Gedichtband des Sohnes und beschwört ihn, nicht auf diesem eingeschlagenen Lebensweg weiter voran zu schreiten.

KuJ2, S. 204: Marie und Johannes Hesse an H. H. am 21. 09.1897 zu einer der ersten Veröffentlichungen: „enthält nichts, was ich zu würdigen in der Lage wäre“. (der Vater).

62 Auch Schilderungen von Schulkameraden über seltsames Verhalten Hermanns bereits seit September 1891 weisen viel eher auf Erschöpfung und Pubertätskrise hin, denn auf psychische Erkrankung. Hier besonders die Nachrichten des Bettnachbarn Otto Hartmann, des späteren Oberbürgermeisters von Göppingen (1919-1933 (durch die Nazis geschasst)), dem sich H.H. lebenslang verbunden fühlte. 1952 setzt er dem Freund mit *Herbstliche Erlebnisse* (SW12, 472-482 ein liebevolles Denkmal.

63 Siehe Detmar Roloff, *Hermann Hesse, ein beispielhafter Fall* in *Kinder- und Jugendarzt*, Jg. 33 2002, Nr. 5, S. 431-435 u. Nr. 6, S. 506-510.

64 KuJ1, S. 13: Aus dem Tagebuch der Marie Hesse im Herbst 1884.

65 KuJ1, S. 577-580: Chronik.

Ruhr und Masern, Marie selbst leidet an Nierensteinen. Hermanns Halbbrüder aus erster Ehe Maries, Theodor (\*1866) und Karl (\*1869) Isenberg geben immer wieder Anlass zur Sorge. Die Familie zieht ungeachtet der Schwangerschaften dreimal komplett um: von Calw nach Basel und zurück und innerhalb Calws. Das Ganze mit einem großen Haushalt, mit vielen Gästen und in ständigem Austausch mit der Großfamilie und der geistlichen Gemeinschaft der Missionsfamilien. Familiäre Privatsphäre und Ruhepausen werden wohl für alle, Eltern wie Kinder, rar gewesen sein. Hermanns Vater wird zum Herausgeber des weltweiten Missionsmagazins, später zum Assistent und Nachfolger des Schwiegervaters als Vorstand der Calwer Vereinsbuchhandlung. Der Preis: permanente väterliche Überarbeitung und Zeitnot.

Der Kliniker sagt hierzu: Es brauchte für ein sensibles, waches, emotional wie alle Kinder bedürftiges, aktives und willensstarkes Kind wie Hermann gewiss kein ADHS, um verstört zu reagieren und sich schwierig zu verhalten. Von den Aspekten, die gegen eine ADHS sprächen, nicht zu reden. Die vielfach postulierte Hochbegabung und eine „extreme“ Frühreife<sup>66</sup>, eine „moral insanity“<sup>67</sup> und primäre Verrücktheit,<sup>68</sup> und das Beschwerdebild Hermanns in Boll bei Blumhardt (Kopfweg, Konzentrationsschwierigkeiten, quälende Schlaflosigkeit),<sup>69</sup> 1893 ein Herzfehler<sup>70</sup> gar, wären heute wohl eine ‚Störung des Sozialverhaltens‘, eine ‚oppositionelle Störung‘, eine ‚depressive Entwicklung im Kindes- und Jugendalter‘ und ‚multiple Somatisierungsstörungen‘. Diagnosestellungen im Nachhinein für verstorbene Künstler oder andere historische Persönlichkeiten sind schon in der somatischen Medizin recht schwierig zu stellen. In der Psychiatrie und Psychosomatik aber, der KJPP gar, sind solche ‚historischen Diagnosestellungen‘ noch um ein Vielfaches spekulativer.

Das Interesse an Diagnosen steht bei Kinder- und Jugendpsychiatern und KJ-Therapeuten ohnehin oft nicht ganz so im Vordergrund. Sicher, man

---

66 Günter Bachmann, *Hermann Hesse in Cannstatt* auf [www.textuniversum.de](http://www.textuniversum.de), 2002, S. 34.

67 Von J.C. Prichard 1835 geprägte Bezeichnung für psychische Krankheit mit „einer krankhaften Verkehrung der natürlichen Gefühle, Affekthandlungen, Neigungen, Stimmungen, Gewohnheiten und natürlichen Strebungen, jedoch ohne erkennbare Störung von Intelligenz, Gedächtnis und Urteilsfähigkeit und insbesondere ohne krankhaften Sinnentzug und Halluzinationen“ (Prichard). Der Ausdruck wurde in seiner englischen Form oder seiner Eindeutschung „moralischer Schwachsinn“ im 19. Jahrhundert auch außerhalb der Medizin viel diskutiert. Nach Uwe-Henrik Peters, *Übertragung-Gegenübertragung*, S. Fischer, Frankfurt/M. 2016, Reprint aus Kindler, München, 1977, S. 26.

68 KuJ1, S. 227, (Großvater) Hermann Gundert an seinen Sohn Hermann am 27.06.1892

69 KuJ1, S. 217, H.H. an die Eltern aus Boll am 12.06.1892.

70 KuJ1, S. 339, (Großvater) Hermann Gundert an seinen Sohn Hermann Gundert am 27.02.1893.

braucht und will Erklärungen, dem Kind einen Namen geben, Eltern und Kind haben Anrecht auf eine saubere, fachgerechte und differenzierte medizinische und psychologische, auch pädagogische<sup>71</sup> Diagnostik, keine Frage. Auch der kollegiale Diskurs ist selbstverständlich wichtig. Im Vordergrund aber steht, dass die Einzigartigkeit des Einzelnen und die ‚historische‘ Einmaligkeit der Familie, um die es geht, angemessen erfasst und gesehen werden können.

Hermann Hesse war fraglos von Geburt an „ein Besonderer“. Seine Pubertät hat Eltern und Jungen „schiergar ombrocht“, um es auf Schwäbisch zu sagen. Liest man das Frühwerk, vom *Hermann Lauscher* bis zu *Siddhartha*, vom *Heumond* bis zu *Kurzgefaßter Lebenslauf*, so beeindruckt die Klarheit der Sprache und der Gedanken, die Reflexions- und Introspektionsfähigkeit des Schriftstellers und der Zugang zum eigenen Lebensweg von Kindheit über die Jugend bis ins junge Erwachsenenleben in Tübingen ab Oktober 1895. Darin gibt es viel Krisenhaftes und viele Mühsale des Kindes, des Jungen und des jungen Mannes Hermann Hesse, jedoch nur wenig „Krankhaftes“.

Hermann Hesse erkämpfte sich mit unbeugsamer Unbedingtheit und hoher Intelligenz, die ihm, genauso wie seinen Eltern und Großeltern, zu eigen war und durch gerade eben diese auf ihn gekommen sind, seinen Weg in ein von Eltern, Geschwistern und Großeltern durchaus verschiedenes Leben. Dies kostete ihn, seine Eltern und auch seine Lehrer und andere Erwachsene wie die Pfarrer Blumhardt in Boll und Schall in Stetten enorm viel Kraft. Nach dem in Göppingen bestandenen Landexamen (vorbereitet durch „den guten Rektor Bauer“)<sup>72</sup> beehrte Hermann Hesse in Maulbronn auf und brach gleichzeitig zusammen. Das „Genie-Reisle“ war wohl ein spontaner, unvorhergesehener Anfall von Poriomanie im Sinne eines ausgelebten, momentanen Fluchtimpulses, wie er als Überlastungsfolge bei Stress und Überarbeitung auch schon bei Kindern und Jugendlichen vorkommt. Poriomanie (griech.: πορεία = „Reise“), auch Dromomanie (griech.: δρόμος = Lauf) oder

---

71 Sehr wertvolle kollegiale und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin/ Psychologie und (Sonder-)Pädagogik. Zusammenarbeit findet heute in allen modernen KJPP mit den SBBZ-Silk = „Klinikschulen“, den Schulen für die Kinder also, die sich in (stationärer) KJPP-Diagnostik und KJPP-Behandlung befinden, statt. Der Träger der Klinikschule (Sonderschullektor Michael Schubert) an der KJPP im Klinikum Christophsbad ist die Bruderhaus Diakonie, Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg, Reutlingen. Sie wurde bereits ab 1837 durch Gustav Werner (1809-1887), den Bruder Thekla und Schwager Heinrich Landerers, gegründet. Auch hier schließt sich ein Kreis. Sanitätsrat Gustav Landerer wird wohl nach seinem Onkel benannt worden sein.

72 Ob sich Gustav Landerer (1845-1920) und Rektor Otto Bauer (Rektor der Lateinschule in Göppingen von 1876–1895) kannten und ob Gustav Landerer womöglich nach der Aufnahmeanfrage aus Boll und vor Hermanns Vorstellung bei Bauer fremdanamnistische Angaben zu Hermann einholte, wäre eine interessante Frage. Rektor Bauer schreibt seinem ehemaligen Schüler 1892 (KuJ1, S. 216) von Göppingen nach Boll einen beeindruckend liebevollen Brief!



Fugue (franz.: Flucht) ist eine Impulskontrollstörung, die ein zwanghaftes unvermitteltes Weglaufen ohne einsichtigen Grund, ohne „Sinn und Verstand“ und ohne fassbares Ziel beinhaltet. Sie zeigt meist alle Charakteristika einer dissoziativen Amnesie. Sie kommt sporadisch auch bei Kindern und Jugendlichen („runaways“) vor. Jean Marie Charcot beschrieb 1888 in seinen *Leçons du mardi* einen 37jährigen Briefträger, welcher drei Episoden von stundenlangem Herumwandern in Paris mit nahezu vollständiger Amnesie erlebte. Gefahr droht den Herumirrenden besonders durch den Verkehr, Unterkühlung oder Stürze. Meistens finden die Betroffenen nicht allein zurück (auch H.H. war unterkühlt und wurde erst durch den Feldjäger zurückgebracht) und können auch kaum etwas zu ihren Motiven sagen. Diese sind jedoch nicht einfach Fernweh oder Abenteuerlust, sondern sind mit Heimweh, Angst und Überlastung korreliert. Die Häufigkeit hat in den vergangenen 100 Jahren sehr nachgelassen. Es ist umstritten, ob es sich um ein Phänomen mit tatsächlichem u./o. ganz eigenem Krankheitswert handelt. Literatur und Weiteres unter ICD-10<sup>73</sup>: F 44.1 (Dissoziative Fugue) und DSM-V<sup>74</sup>: 300.13

Der überreizte und durch die Vorbereitungszeit auf das Landexamen maximal erschöpfte und gestresste<sup>75</sup> Jugendliche konnte einfach nicht mehr und hatte keine anderen ausreichenden Stressbewältigungsstrategien wie ‚abendliche Randalen und Verrücktspielen‘<sup>76</sup> zur Verfügung. Man könnte weiter trefflich über die Gründe, die Episode der dissoziativen Fugue (franz. „Flucht“) führen, spekulieren. Vielleicht wurde dem gestressten Zögling Hermann auch im Seminar Maulbronn erst richtig klar, worauf ‚das alles‘ ziemlich unweigerlich hinauslaufen würde: nämlich auf das ihm von den Eltern zugedachte Tübinger Theologie-Studium mit nachfolgendem Theologen-Dasein. Bei der Vorstellung allein, könnte es ihm innerlich sehr klamm und eng geworden

---

73 Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

74 DSM-V ist die Abkürzung für die fünfte Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Das DSM ist das dominierende psychiatrische Klassifikationssystem der USA und spielt dort eine zentrale Rolle bei der Definition psychischer Erkrankungen. Das DSM-V wird von der *American Psychiatric Society* herausgegeben.

75 Auch in den Sommerferien zwischen Landexamen in Göppingen und Aufnahme in Maulbronn steht der Junge unter Druck. Siehe KuJ1, S. 104 (Mutter Marie an ihre gerade 16 Jahre alt gewordene Tochter Adele, Hermanns zwei Jahre ältere Schwester also, über ihren „gern groß sprechenden und wenig leistenden“ Sohn Hermann am 19.08.1891.

76 Siehe die Berichte Otto Hartmanns an seinen Vater, KuJ1, S. 204, David Gundert an (Vater) Johannes Hesse am 03.05.1892 und S. 206: Tagebuch (Mutter) Marie Hesse 04.-10.05.1892 und S. 208: (Großvater) Hermann Gundert an seinen Sohn Hermann am 09.05.1892.



sein, eine offene und bewusste Verweigerung wiederum kam (noch) nicht in Frage. Eine innere Konfliktlage, die kaum bewusst, jedoch hoch relevant und quälend gewesen sein könnte. Für eine psychosomatische (Flucht-)Reaktion keine ganz ungewöhnliche Ausgangssituation...

Er kam jedenfalls in das Bad Boll Christoph Blumhardts, gerade nicht mehr Hort und Hochburg weltweiter süddeutscher Missionsbewegung und süddeutschen Pietismus<sup>77</sup>, sondern über deren gedankliche und geistliche Grenzen längst hinausgewachsenen Einrichtung. Johann Heinrich Pestalozzis Kindheitskonzept war seit gut 80 Jahren als Gedankengut in der Welt. Rousseaus *Émile* erschien bereits 120 Jahre vorher.<sup>77</sup> Die 1890er Jahre waren auch die große Blütezeit der leib- und sinnesfreundlichen Naturheilkunde des katholischen Pfarrers Sebastian Kneipp<sup>78</sup> in Bad Wörishofen, nur 3 Tagesreisen von Bad Boll entfernt.<sup>79</sup> Wie viel aus der großen weiten Welt in Calw und Boll, in Basel und Maulbronn, Cannstatt und Göppingen ankam und bekannt war, wissen wir nicht genau. Wir könnten den missionarischen, pietistischen Geist der Herkunftswelt Hermann Hesses und auch Christoph Blumhardts heute vielleicht mit „...provinziell und weltweit verbreitet“<sup>80</sup> zugleich beschreiben. Beide hatten den Mut, die geistigen Grenzen ihrer Herkunftswelt zu überschreiten, beide waren ihrer Zeit weit voraus und beide bezahlten dafür ihren Preis. Beide wurden Große in ihren Fächern. Literat der eine, christlicher Theologe und Politiker der andre (Esche S. 85/86).

Alle Menschen jedenfalls, von denen hier die Rede ist, waren liebevolle und freundliche Menschen, die ihr Bestes gaben und taten und das war ganz gewiss nicht das Schlechteste. In schwieriger Situation mit geringen Spielräumen tat Christoph Blumhardt als Sohn seines Vaters und seiner Zeit, großzügiger und großzügiger Mann, nicht nur in jenem Sommer 1892 sein Bestes. Man denke an die vielen Zeugnisse, auch Hermann Hesses, darüber, wie wohl

---

77 J. H. Pestalozzis Hauptwerke erschienen zwischen 1780 und 1800. Friedrich Fröbels Hauptwerke erschienen zwischen 1826 und 1850. Beider großen Pädagogen Werke und Denken waren früh europaweit bekannt. Rousseaus *Émile ou De l'éducation (Émile oder über die Erziehung)* war bereits 120 Jahre vorher im Jahre 1792 erschienen.

78 Pfarrer Sebastian Kneipp hielt regelrechte patientenzentrierte Visiten ab und verordnete seine Anwendungen auf den Einzelnen und sein individuelles Leiden bezogen. Dies im Sinne moderner medizinischer Therapie nach dem hippokratischen Motto: „Es ist wichtiger, zu wissen, welcher Mensch eine Erkrankung hat, als zu wissen, welche Erkrankung ein Mensch hat.“ (Hippokrates von Kos, um 400 v.d.Z.).

79 Hierzu findet sich ein interessanter Anriss einer vergleichenden Diskussion zwischen dem Bad Boll der Blumhardts und dem Bad Wörishofen Sebastian Kneipps bei Albrecht Esche S. 81 ff.

80 Jürgen Wertheimer, *Weltsprache Literatur: Die Globalisierung der Wörter*: Konkursbuch-Verlag Claudia Gehrecke, Tübingen, 2018, S. 302. Mit der Trias „verhockt, provinziell und weltweit verbreitet“ wird Hesses literarisches Werk etwas hart charakterisiert.

sich viele Menschen in Bad Boll bei Blumhardt gefühlt haben und wie gut ihnen dies tat. Mit Fug und Recht mag er als großer Theologe bezeichnet werden, der, wie sein Vater schon, geistes- und kulturgeschichtlich wertvolle Beiträge leistete und Politiker und Theologen späterer Generationen sehr positiv beeinflusste.

Was den süddeutschen Pietismus und seine Pädagogik angeht, so mahnen die schwäbischen Lehrer-Freunde Milde an: „Der allergrösche Teil der pädagogischen Welt au‘ außerhalb (des Pietismus) ischd au ned grad, weder dômolts noch die nexschde hondert Jahr, mit’m Pestalozzi ond dem Fröbel<sup>81</sup> onderm Arm romgloffä.“<sup>82</sup>

Und Hermann Hesse und Christoph Blumhardt? Beide wurden als Erwachsene und schließlich alte Menschen ihren Eltern viel, viel ähnlicher als sie sich dies in jenem Sommer 1892 „beim Blumhardt in Bad Boll“ haben träumen lassen. Da ging es ihnen wie schon ihren Eltern – und wie uns allen, oder?

### **Autor:**

Dr. med. Markus Löble

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP) im Klinikum Christophsbad, Göppingen.

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie Arzt für Naturheilkunde, Suchtmedizin, systemische Familientherapie (DGSF).

Faurndauer Strasse 6-28,  
73035 Göppingen

---

81 Friedrich Fröbel (1782-1852), deutscher Reformpädagoge, Begründer der Spielpädagogik und Erfinder des Kindergartens (1840).

82 Die Kaiserzeit brauchte noch keine mitdenkenden Demokraten wie später die Weimarer Republik, in der dann, wenn auch nur für wenige Jahre vor der NS-Herrschaft, Pädagogik vom Kinde aus gedacht, gelebt und weiter entwickelt werden konnte.

*Zur Diskussion gestellt***Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Deutschland***Gundolf Berg***Status Quo: Versorgungsdaten aus der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung****Fachärzt\*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Die Zahl der berufstätigen Ärzt\*innen in Deutschland ist seit der deutschen Wiedervereinigung im Jahre 1990 von 237.750 auf 402.119 im Jahre 2019 angestiegen (Bundesärztekammer, Ärztestatistik, 2020). Davon sind 2537, also 0,63% der Ärzt\*innen als Fachärzt\*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie<sup>1</sup> berufstätig. 0,63% der Ärzteschaft, das hört sich sehr bescheiden an, und dennoch ist es eine Erfolgsgeschichte. Es gibt den Facharzttitel für Kinder und Jugendpsychiatrie seit 1968, zunächst nur in Kliniken, ab den 1980er Jahren dann auch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. 1995 waren 749 Kinder- und Jugendpsychiater\*innen berufstätig gegenüber 273.880 berufstätigen Ärzt\*innen insgesamt (Bundesärztekammer, Ärztliche Versorgung in Deutschland, 2020). Dies entspricht einem Anteil von 0,27%. Seit 1995 hat sich der relative Anteil der Kinder- und Jugendpsychiater\*innen also mehr als verdoppelt.

Ende 2019 waren 1181 Kinder- und Jugendpsychiater\*innen zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen (Tenckhoff & Kurch-Bek, 2020). Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer weist 1236 ambulant tätige Kinder- und Jugendpsychiater\*innen aus, davon 1023 als Niedergelassene, und 213 als angestellte Fachärzt\*innen. 1146 Fachärzt\*innen arbeiteten im stationären Sektor, davon 14 gleichzeitig in einer Praxis und 68 Kinder-

1 Im Folgenden wird für die unterschiedlichen Facharzttitel subsummierend der Begriff „Kinder- und Jugendpsychiater“ verwendet.

und Jugendpsychiater\*innen waren in Behörden bzw. Körperschaften tätig (Bundesärztekammer, Ärztestatistik, 2020).

### Aktuelle Versorgungszahlen

2019 wurden in der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgungsebene insgesamt über 10 Millionen F-Diagnosen vergeben (10.142.312 F-Diagnosen) (Tenckhoff & Kurch-Bek, 2020). Dabei kann ein Kind mehrere Diagnosen haben, es könnte auch mehrfach gezählt werden, wenn es parallel in mehreren Praxen mit einer F-Diagnose in Behandlung war. Die Diagnosen sind bei Konsultationen von Kinder- und Jugendärzt\*innen, Hausärzt\*innen, Kinder- und Jugendpsychiater\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen gestellt worden.

Bei Kinder- und Jugendpsychiater\*innen wurden 2019 insgesamt 827.991 Behandlungsfälle registriert, es wurden 382.205 Kinder und Jugendliche behandelt. Rein rechnerisch bedeutet dies, dass jede Patient\*in durchschnittlich etwas mehr als zwei Quartalen (2,17 Quartale) in kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Behandlung war.

### Inhomogene Versorgungssituation

Die Verteilung der Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland ist inhomogen. Unterschiede gibt es dabei nicht nur zwischen städtischen und ländlichen Regionen mit häufig besserer Versorgung städtischer Regionen. Es gibt auch deutliche Unterschiede zwischen den KV-Regionen. In Abbildung 1 wird ein rechnerisch ermittelter „Versorgungsquotient“ dargestellt, der die Zahl der Behandlungsfälle des Jahres 2019 auf die Zahl der 0-18jährigen bezieht. Die Gruppe der 0-18jährigen wurde abweichend von der in der vertragsärztlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung üblichen Altersgrenze von 21 Jahren gewählt, weil für diese Gruppe auf Daten des statistischen Bundesamts zurückgegriffen werden konnte.

Bundesland	Einw (Mio)	0-18 in %	Einw. bis 18J (Mio)	BHF 2019	Vers.-quotient
Sachsen	4,07	15,5	0,631	13.529	21,45
Sachsen-Anhalt	2,19	14,4	0,315	7.195	22,82
Hessen	6,29	16,7	1,050	26.688	25,41
Saarland	0,99	14,7	0,146	4.368	30,01

Bundesland	Einw (Mio)	0-18 in %	Einw. bis 18J (Mio)	BHF 2019	Vers.-quotient
Bad.-Württemb.	11,1	16,8	1,865	60.590	32,49
Rheinland-Pfalz	4,09	16,1	0,658	23.671	35,95
Meckl.-Vorp.	1,6	15,0	0,240	12.294	51,23
Brandenburg	2,52	15,5	0,391	20.259	51,87
Thüringen	2,13	16,3	0,347	19.932	57,41
Bayern	13,12	16,4	2,152	143.727	66,80
Niedersachsen	7,99	15,7*	1,254	105.544	84,14
Westfalen-Lippe	8,26	15,7*	1,297	97.245	74,99
Bremen	0,62	16,1	0,100	8.812	88,28
Schleswig-Holstein	2,9	15,3	0,444	34.081	76,81
Nordrhein	9,69	15,7	1,521	142.080	93,39
Hamburg	1,85	16,6	0,307	44.394	144,56
Berlin	3,67	16,3	0,598	63.582	106,29
<b>Gesamt</b>	<b>83,08</b>	<b>15,4</b>	<b>12,79432</b>	<b>827.991</b>	<b>64,72</b>

Abbildung 1: Behandlungsfälle bezogen auf die Bevölkerung.

Der Versorgungsquotient wird berechnet aus: BHF / Einwohner bis 18J x 1000

\* Zahlen beziehen sich auf Nordrhein-Westfalen als Ganzes. Für Nordrhein und Westfalen-Lippe wurde ein gleich großer Anteil der Personengruppe bis 18 Jahre angenommen.

Es fällt auf, dass der Versorgungsquotient zwischen Sachsen und Berlin um den Faktor 5 differiert. Die Gründe für diese enormen Unterschiede sind vielfältig. Neben bevölkerungsbezogenen Faktoren spielt die Angebotsstruktur eine zentrale Rolle. So lange die Nachfrage noch deutlich höher als das Angebot ist, werden weitere Angebote einen erkennbaren Einfluss auf die Leistungsmenge haben. Daneben spielen aber auch Unterschiede in der ökonomischen Ausgestaltung der bestehenden Budgetierungsregelungen in der jeweiligen KV eine Rolle. Honorarverteilungsmaßstäbe haben immer auch leistungs- und damit versorgungssteuernde Wirkungen und Nebenwirkungen.

In der Gruppe der Regionen mit einem hohen Quotienten, also mit einer relativ hohen Anzahl von Behandlungsfällen pro Einwohner befinden sich die Stadt-

staaten Berlin, Hamburg und Bremen. Auch Nordrhein ist in dieser Gruppe. Nordrhein weist trotz dort auch vorhandener ländlicher Regionen eine insgesamt dichte, urbane Struktur auf. Der hohe Versorgungsquotient in Schleswig-Holstein ist jedoch nicht mit urbanen Strukturen zu erklären. Diesbezüglich wäre Schleswig-Holstein z.B. eher mit Rheinland-Pfalz zu vergleichen. Die errechneten Versorgungsquotienten zwischen beiden Ländern differieren dennoch um mehr als den Faktor 2. Es gibt also nicht nur relevante Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen, sondern auch zwischen den einzelnen Bundesländern bzw. KV-Bereichen zeigen die Versorgungsdaten erhebliche Unterschiede.

Auch die Anzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikbetten und Institutsambulanzen ist sehr inhomogen. Die Bettenmesszahlen in den Ländern schwankten 2015 zwischen 3,16/10.000 Einwohnern unter 18 Jahren in Bayern und 10,61/10.000 Einwohnern unter 18 Jahren in Sachsen-Anhalt. Im Bundesdurchschnitt lag die Zahl bei 4,61/10.000. (Fegert, 2018). In den östlichen Bundesländern liegen die Zahlen durchweg höher als im Westen, aber auch innerhalb dieser Gruppierungen gibt es Unterschiede, die darauf hinweisen, dass es nicht einfache Unterscheidungsmuster zwischen Stadt und Land gibt und auch nicht zwischen Ost und West.

Für die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher kann dies nur bedeuten, dass man Lösungen finden muss, welche in der Lage sind, die offenbar sehr unterschiedlichen Strukturen adäquat zu berücksichtigen. Sinnvoll erscheinen deutschlandweite Rahmenbedingungen, die den Freiraum lassen, sie passgenau auf regionale Gegebenheiten anzupassen. Sie müssen das in Art. 72 GG benannte Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse verfolgen, insofern braucht es bundeseinheitliche Rahmenvorgaben.

### **Weiterentwicklung der Versorgung**

Die Zahl der berufstätigen Kinder- und Jugendpsychiater\*innen und -psychotherapeut\*innen ist, wie gezeigt wurde in den letzten Jahren enorm gewachsen und dennoch ist auch weiterhin keineswegs von einer Vollversorgungssituation auszugehen. Auch in den rechnerisch gut versorgten Regionen gibt es Wartezeiten. Diese stellen gerade für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche eine besondere Belastung dar. Es ist nicht zu erwarten, dass die Zahl der berufstätigen Kinder- und Jugendpsychiater\*innen und -psychotherapeut\*innen in den nächsten Jahren weiter so ansteigen wird, wie in den letzten beiden Jahrzehnten. Weitere Berufsgruppen sind in der Versorgung der Kinder und Jugendlichen beteiligt, man könnte über Substitution nach-

denken. Diese Berufsgruppen werden aber auf Grund anderer Qualifikationen nicht die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiater\*innen übernehmen können. Die grundlegende medizinische Ausbildung mit psychiatrischer und psychotherapeutischer Kompetenz ermöglicht eine konsequente Orientierung an den bio-psycho-sozialen Modellen in der Krankheitsentstehung in der Therapie. Vernetztes, integratives psycho-somatisch-soziales Denken spielt in der Facharztweiterbildung zur Kinder- und Jugendpsychiater\*in und -psychotherapeut\*in eine zentrale Rolle, die in dieser Form ein Alleinstellungsmerkmal der Fachgruppe darstellt.

Es braucht für die Weiterentwicklung der Versorgung Modelle, die die vorhandenen Ressourcen so nutzbar werden lassen, dass sie möglichst vielen Betroffenen zur Verfügung stehen. Optimale Allokation wird zu einem entscheidenden Wirkfaktor für eine erfolgreiche Versorgungsplanung und -steuerung. Dieser Gedanke führt rasch zu zwei Lösungsansätzen: 1. zur Notwendigkeit bestmöglicher Kooperation und Koordination in der Versorgung und 2. der Forderung nach einer sinnvollen und von den Beteiligten akzeptierten Arbeitsteilung. Ausgehend von den zur Verfügung stehenden Angeboten sollten über eine intensive Förderung von Kooperation und Koordination Anreize zur besseren Zusammenarbeit und Arbeitsteilung geschaffen werden.

Die Schwerpunkte und spezielle Expertise der Einzelnen, seien es Personen oder auch Organisationen könnten wesentlich zielgenauer zur Verfügung gestellt werden und die Ressourcen insgesamt effektiver nutzbar werden, wenn der Wert von Kooperation und Koordination in der Diagnostik und Behandlung auch entsprechend gefördert würde. Bislang wird meist davon ausgegangen, dass die Kooperation auch ohne Anreize und ohne Vergütung des Aufwands intrinsisch motiviert erfolgte und sich spontan entwickelte. In einer Arbeitsumwelt mit hohem Versorgungs- und Zeitdruck für die Beteiligten ist dies aber kaum zu erwarten, jedenfalls nicht die Entwicklung sich verstetigender Strukturen.

Für die Patienten hätte eine optimierte Kooperation und Koordination in der Versorgung den Vorteil, dass die Qualität der Behandlung auf Grund der besonderen Expertise der jeweiligen Ärzt\*in / Therapeut\*in für das, was er im Behandlungsprozess gerade tut, bestmöglich sichergestellt würde. Die Rate an suboptimal laufenden Behandlungen wegen schlechter Allokation könnte reduziert werden, Wartezeiten für ein spezifisches Angebot für den einzelnen Patienten könnten deutlich verkürzt werden, wenn die Zuordnung verbessert würde.



Man könnte differenzierte Behandlungsangebote in Netzwerken organisiert, gemeinsam besser in die Fläche bringen. Auch telemedizinische Möglichkeiten könnten dabei helfen. Gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung unstrittig. Dezentrale, regional vernetzte Strukturen können dies am besten umsetzen.

Herberhold schlägt im Forum 4/2020 (Herberhold, 2020) ein Modell einer Kooperationskonferenz vor. Ein wichtiger Gedanke dabei ist es für ihn, das Kind bzw. den Jugendlichen in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen und wegzukommen von der bisherigen Orientierung an Leistungsanbietern, Sektoren oder - über das SGB-V hinausgehend, an den Regelungskreisen der verschiedenen Sozialgesetzbücher. Ein zweiter Punkt Herberholds ist eine konsequent umzusetzende Partizipation der Beteiligten. In seinem Modell bestimmen „Patient\*innen und die Familie einen Case-Manager ihres Vertrauens“. Dieser berät, ausgestattet mit dem erforderlichen Wissen um die Strukturen und Fragestellungen zu wichtigen Behandlungsschritten und -maßnahmen. Er koordiniert diese in einem Hilfe-System, das in Deutschland bereits sehr differenziert ausgebaut, für die Nutzer aber kaum hinreichend durchschaubar ist. Es ist noch viel zu oft vom Zufall abhängig, wo eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme stattfindet, mit allen Konsequenzen für den weiteren Verlauf. Auch wenn die Versorgungssituation im weltweiten Vergleich in Deutschland sehr gut ist: Es geht besser und es gibt auch Verbesserungsbedarf.

Ein weiterer wichtiger Punkt in Herberholds Vorschlag ist die Prozessorientierung. Die Lebensspanne, in der sich unsere Patienten befinden ist zentral geprägt von Entwicklung. Was heute noch wichtig war, mag morgen schon ganz anders aussehen. Schwierige Situationen lösen sich durch Entwicklungsfortschritte auf, andere entstehen, therapeutische Maßnahmen sind stets entwicklungs-(stand)bezogen zu planen und durchzuführen. Insofern braucht es permanente Anpassungsmöglichkeiten in Bezug auf die angebotenen Hilfen für die Betroffenen.

Der Case-Manager muss gut in der Lage sein, das Krankheitsbild, vorhandene Ressourcen und die Behandlungserfordernisse einschätzen zu können. Die Verantwortung für das Case Management muss deshalb in der Hand eines approbierten Arztes oder Psychotherapeuten liegen. Selbstverständlich können administrative Aufgaben dabei delegiert werden, die Federführung aber nicht. Der Case Manager soll dabei behilflich sein, eine partizipativ entwickelte und auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise in einem differenzierten Be-

handlungsumfeld zu etablieren und zu steuern. Das erfordert umfassendes Wissen, das ein hohes Qualifikationsniveau voraussetzt.

Notwendig ist auch eine gute Kenntnis der in der Region vorhandenen Angebotsressourcen. Wir erleben in der ambulanten fachärztlichen Praxis tagtäglich, dass wir die (zunächst am Bedarf des Patienten orientierte) Indikation für eine Behandlungsmaßnahme den vorhandenen Angeboten anpassen müssen: Was nützt der Vorschlag einer elektiven stationären Behandlung oder auch einer ambulanten Richtlinien-therapie, wenn diese aus unterschiedlichsten Gründen faktisch nicht umsetzbar werden oder die Empfehlung einer medikamentösen Behandlung, die im Familiensystem nicht akzeptiert werden kann.

In einem Netzwerk regional kooperierender Leistungserbringer ab einer bestimmten Größe würde es möglich, auch managementunterstützende Strukturen aufzubauen und gemeinsames Wissen strukturiert für alle Beteiligten zugänglich werden zu lassen. Denkbar werden sowohl Netzwerkkoordinatoren wie auch gemeinsam betriebene IT-Systeme.

Lösungen aus einer Hand, seien sie aus ambulant fachärztlicher, aus psychotherapeutischer oder aus stationärer könnten dies nicht annähernd so umsetzen, wie es gemeinsam geht. Es wird kaum gelingen, die mögliche und erforderliche flächendeckende und differenzierte Angebotsstruktur aufzubauen, indem man sie in einem Sektor oder bei einer Gruppe von Leistungserbringern weiter auf- und ausbaut. Selbst, wenn die finanziellen Mittel dafür bereitstünden, es fehlte jeder einzelnen Organisation an den hochqualifizierten Fachkräften, die es dann umsetzen könnten. Es geht aber, wenn es gelingt, die vorhandenen Fachkräfte über ihre jeweilige Praxis- oder Klinikstruktur hinausgehend zusammenzubringen. Dafür braucht es aber stärkere Anreize als bislang.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gibt es eine lange Tradition der multiprofessionellen Kooperation, schon die Ursprünge unseres Fachs sind multiprofessionell, seit Jahrzehnten gibt es die Sozialpsychiatrievereinbarung als ein Modell multiprofessioneller Zusammenarbeit. Wir sind es gewohnt, bio-psycho-sozial zu denken und multiprofessionell vernetzt zu arbeiten. Wir können dies auch organisations- und sektorübergreifend, benötigen dafür aber gesetzliche Rahmenbedingungen, einen klaren politischen Willen und eine ausreichende Finanzierung.

## Aktuelle Entwicklungen

Der Gesetzgeber fordert in § 92 Abs.6b SGB-V, dass „der Gemeinsame Bundesausschuss [...] bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie [...] Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ beschließt (BMJV, 2021). Im Dezember 2020 wurde eine erste Fassung der Richtlinie ins Stellungsverfahren durch die dafür beim GBA zugelassenen Organisationen gegeben. Bislang betrifft die Richtlinie nur Erwachsene.

Eine solche Richtlinie stellt eine große Chance dar, die Versorgungsangebote im Sinne einer berufsgruppenübergreifenden und auch sektorübergreifenden Kooperation weiter zu entwickeln. Sie birgt aber auch die Gefahr, dass sich im Verfahren des Aushandelns einzelne Beteiligte zu sehr durchsetzen und am Ende eine Richtlinie entsteht, die die Gedanken der Partizipation, der Prozessorientierung und der Kooperation nur sehr wenig vorankommen lässt oder gar konterkariert. Es wird hierbei, wie überhaupt darauf ankommen, dass wir uns als Spezialisten nicht durch die Konkurrenz um unsere (durchaus berechtigten) Partikularinteressen gegenseitig schwächen und am Ende wenig erreichen. Trotz der aktuell breiten Aufmerksamkeit für die psychische Situation von Kindern und Jugendlichen müssen wir politische Entscheider wie auch Kostenträger überzeugen, um neue Wege in der Versorgung etablieren und verstetigen zu können. Dies gelingt am besten gemeinsam.

## Literatur:

*BMJV (Hrsg.).* (2021). (B. f. Justiz, Produzent) Abgerufen am 22. 02 2021 von Gesetze im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_5/\\_\\_\\_92.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/___92.html)

*Bundesärztekammer.* (21. 11 2020). Ärztestatistik. Abgerufen am 21. 11 2020 von Ärztestatistik zum 31.12.2019: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf)

*Bundesärztekammer.* (21. 11 2020). Ärztliche Versorgung in Deutschland. Abgerufen am 21. 11 2020 von [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/1996Kurz.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/1996Kurz.pdf)

*Fegert, J.* (11. 04 2018). (A. P. Kranke, Hrsg.) Abgerufen am 22. 02 2021 von [www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de): [https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Fegert\\_11\\_04\\_2018.pdf](https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Fegert_11_04_2018.pdf)

*Herberhold, M.* (2020). Koordinierte und strukturierte Versorgung von komplex psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Band 4/2020, S. 28-34.

*Tenckhoff, B., & Kurch-Bek, D.* (09. 09 2020). Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Persönliche Mitteilung

### **Autor**

Dr. med. Dipl.-Kfm. (FH) Gundolf Berg  
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
Rhabanusstraße 3  
55118 Mainz

## **Multidisziplinäre Zusammenarbeit in der Schematherapie für Adoleszente – Ein Einblick in die praktische Umsetzung**

*Anja Bauer, Claudia Mehler-Wex  
und Ludwina Hamák*

Mit dem nachstehenden Beitrag aus der Hemera-Klinik Bad Kissingen beginnt das „Forum“ eine neue Reihe, in der Abteilungen, Tageskliniken und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und -psychotherapie Gelegenheit erhalten, ihr spezifisches Behandlungskonzept der Fachöffentlichkeit vorzustellen.

Spezifische Konzepte können sich zum Beispiel auf Grundhaltungen wie Psychodynamik, systemische Therapie, VT, Schematherapie, bindungsorientiertes Arbeiten, hypnotherapeutische Kurzzeitkonzepte, biologische Psychiatrie usw. beziehen. Aber auch die Darstellungen störungsspezifischer Behandlungsansätze ohne direkten Bezug zu einer „Grundausrichtung“ der Klinik (z.B. ein besonderes Angebot zur Behandlung von Mutter/Eltern und Kindern, Depression, Angst, Zwangserkrankungen, Behinderte, psychosomatische Störungen wie Anorexia nervosa) sind willkommen.

Wir sind andererseits auch offen für Beiträge, die ein für die Klinikidentität basales Grundverständnis darstellen: Eine im Klinikteam geteilte Art, zu denken und zu handeln, das in den einzelnen Bereichen jeweils unterschiedlich umgesetzt wird, aber sich wie ein roter Faden durch alle Bereiche zieht und dem Team eine gemeinsame Sprache liefert.

*Wir laden daher in Frage kommende Einrichtungen ein, uns ihre Texte einzureichen.*

Die Beiträge werden in loser Folge nach ihrem Eingang veröffentlicht, können einen Umfang von drei bis 30 Seiten haben und sollten eine kurze Darstellung der Einrichtung und des Grundkonzepts, die Art und Weise der Umsetzung in die klinische Arbeit und die damit gemachten Erfahrung beinhalten.

Ein schöner Abschluss wäre die exemplarische Darstellung anhand eines Fallberichtes. Der Aufbau der Beiträge liegt bei den Autoren, Hinweise zur Textgestaltung finden sich in jedem Heft.

Verantwortlicher Redakteur für diese Reihe ist **Franz Wienand**, Böblingen, [www.praxis-wienand.de](http://www.praxis-wienand.de)

Rückfragen und Texte senden Sie bitte an [info@praxis-wienand.de](mailto:info@praxis-wienand.de).

## Schematherapie – Was ist das?

Das Konzept der Schematherapie setzt sich mit Grundbedürfnissen als Basis des Selbsterlebens, deren teils chronischer Frustration sowie der Ausbildung von Schemata und Bewältigungsstilen auseinander. Ein *Schema* kann man als „Konglomerat aus Erinnerungen, Kognitionen, Emotionen und Körperreaktionen“ verstehen (Übersicht vgl. Loose et al., 2013). Der Begründer der Schematherapie Young definiert den Begriff *Modus* als jene - adaptiven wie maladaptiven- Schemata oder Schemaoperationen, die bei einem Menschen in einem konkreten Augenblick aktiv sind (Young et al, 2005, S.75).

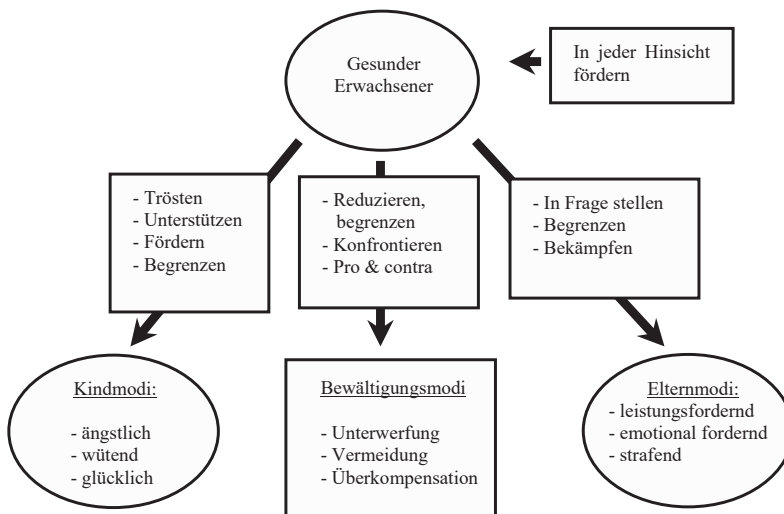


Abb. 1: Allgemeines Modusmodell © HEMERA Klinik

So werden im störungsübergreifenden Ansatz vier Modus-Kategorien unterschieden (vgl. Abb. 1): *Kindmodi* (zum Beispiel verbunden mit starken Gefühlen von Traurigkeit, Verlassenheit, Hilflosigkeit, Wut oder Impulsivität, aber auch der *Modus des glücklichen Kindes*), *dysfunktionale Elternmodi* (zum Beispiel selbstabwertend, leistungsfordernd, strafend), *dysfunktionale Bewältigungsmodi* (schemabestätigend durch Unterwerfung, schemavermeidend oder i.S. einer Überkompensation durch dem Schema entgegengesetztes Verhalten) und der *Modus des gesunden Erwachsenen* (als Repräsentant adäquater Emotionen sowie funktionalen Erlebens und Handelns) (Faßbinder et al., 2011). Grundlegend erarbeitet jeder Patient ein eigenes Modusmodell (Beispiel s. Abb. 2). Auf der Basis einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Beziehung werden dann in der Auseinandersetzung mit dem individuellen Modusmodell kognitive, behaviorale und emotionsorientierte Techniken verwendet (ibd.).

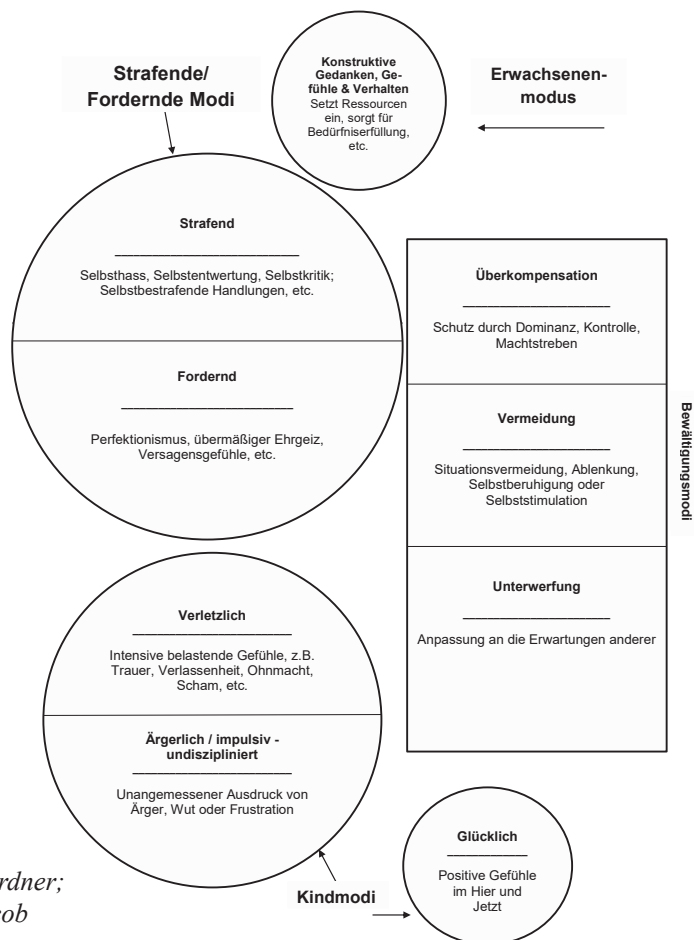


Abb. 2: Beispielhaftes Modusmodell Patientenordner; adaptiert von Zens & Jacob (2015)



## **Multiprofessionelle Schematherapie in der Klinik: Praktische Umsetzung**

Seit 2016 erfolgt die Integration der schemageleiteten Verhaltenstherapie in unserem Hause im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzeptes einer kinder- und jugendpsychiatrisch geprägten Adoleszentenpsychiatrie. Dazu wurde nicht nur ein Teil der Psychotherapeuten, sondern auch der Kreativtherapeuten und der für die Milieutherapie verantwortlichen Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes schematherapeutisch ausgebildet und zertifiziert. Die Schematherapie stellt ein Angebot neben anderen Psychotherapieverfahren dar und findet Diagnose-übergreifend Einsatz.

Die unterschiedlichen persönlichen und professionellen Sichtweisen der Berufsgruppen bieten dem Patienten Effekte der Ergänzung und Synergie und stellen gleichzeitig eine Übung und Realitätsüberprüfung hinsichtlich der Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur konstruktiven Lösung von Konflikten dar (Reiss et al., 2015). Um die praktische Anwendung der Schematherapie zu erleichtern, gibt es eine Art Nachschlagwerk / Arbeitsordner für die Patienten auf Station mit theoretischen Grundlagen und altersgerechten Erklärungen von schematherapeutischen Fachbegriffen sowie auch Vorlagen, die die Individualisierung und selbstständige Auseinandersetzung ermöglichen. Erste Ansprechpartner sind hierfür die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes. Eine Übersicht aller schematherapeutisch arbeitenden Mitglieder sämtlicher Berufsgruppen ermöglicht den Patienten auch im Schichtdienst ein gezieltes Ansprechen der speziell geschulten Mitarbeiter.

Um einerseits den multiprofessionellen Austausch zu fördern sowie andererseits konkrete Fallbesprechungen zu gewährleisten, finden engmaschige Zusammenkünfte der geschulten Mitarbeiter statt. Diese bieten darüber hinaus Raum, auch die neu installierten Prozesse zu reflektieren und weiter zu entwickeln.

## **Individuelle (Schema-)Psychotherapie**

Im Rahmen der *Einzeltherapie* lernt der Patient die Begriffe Schema und Modus kennen. In wöchentlichen Sitzungen setzt er sich mit seinen Mustern von Gedanken, Gefühlen, Verhalten und körperlichen Merkmalen unter Berücksichtigung biographischer Aspekte auseinander. Mit Hilfe einer „Modusskizze“ erhält der Patient leicht verständliche Einblicke in intrapsychische Prozesse, übt, Zusammenhänge zu erkennen und sich gegenseitig bedingende sowie aufrechterhaltende Abläufe zu identifizieren. Zur Anwendung kommt dabei

zum Beispiel die Technik eines Modusinterviews. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Erarbeitung der Bedürfnisse des verletzbaren Kindanteils, wie Bindung, Autonomie, Selbstwert, Freude/Lustgewinn, Konsistenz/Orientierung/Struktur, deren chronische Frustration zur Ausbildung dysfunktionaler Schemata und Bewältigungsmuster führen können (Loose et al., 2013). Dem schließt sich die genaue Betrachtung der bisher angewandten Strategien zur Bedürfnisbefriedigung an. Hintergrund ist hierbei Youngs Überlegung, dass die Bewältigungsstile der Erduldung, Vermeidung und Überkompensation aufrechterhaltend auf Schemata wirken und somit korrigierende Erfahrungen verhindern (Young et al, 2005). Der Patient wird angeleitet, den Modus des gesunden Erwachsenen zu stärken, indem er funktionale Bewältigungsstrategien zur Sicherung der Grundbedürfnisse einzusetzen lernt. Dies kann zum Beispiel durch Einsatz von Stühledialogen erreicht werden, die den inneren Dialog der Modi darstellen. Hierbei erhält der Patient Anleitung und teilweise konkrete Unterstützung, u.a. durch Coaching des gesunden Erwachsenenmodus. Aufgabe des Therapeuten ist dabei auch, durch begrenzte elterliche Fürsorge die Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse des Patienten mit Ziel des Aufbaus von Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Verinnerlichung positiver Elternanteile zu unterstützen.

### **Die Rolle des Pflege- und Erziehungsdienstes (PED)**

Die Alltagsnähe der PED-Mitarbeiter im Rahmen der jugendpsychiatrischen Milieuthérapie erleichtert den Aufbau und die Gestaltung tragfähiger Beziehungen, wovon besonders in ihrer Persönlichkeit zurückhaltende und unsichere Patienten deutlich profitieren (vgl. Roediger, 2018). Der tägliche Kontakt mit den Patienten und die zahlreichen Möglichkeiten zur Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung tragen außerdem maßgeblich zu einem umfassenden, diagnostischen Informationsgewinn bei. Durch das engmaschige Interaktionsangebot mit dem PED hat der Patient umgekehrt zahlreiche Übungs- und Reflexionsmöglichkeiten im Alltag – der Bezugsbetreuer fungiert in seiner Kenntnis über die therapeutischen Hintergründe als eine Art „Coach“ im Klinikalltag, was dem Patienten zunehmende Selbstständigkeit bezüglich Verhaltensanalysen und konstruktiver Emotionsregulation sowie die Erfahrung von Selbstwirksamkeit ermöglicht.

Durch intensiven Austausch und zeitnahe situationsbezogene Rückmeldungen seitens der Bezugsbetreuer erfolgt eine Anleitung zu Perspektivenwechseln und Überprüfung der Wahrnehmung. Dabei kann auf das in der Psychotherapie erstellte, individuelle Modusmodell zurückgegriffen werden. So können aktuelle Verhaltensweisen oder emotionale Reaktionen auf der Metaebene betrachtet und zugeordnet und alternative Prozesse angestoßen werden.

Diese sogenannten Reflexionsgespräche (Ablauf s. Tab. 1) können nach Bedarf bei spontanen Auslösern oder auch ereignisunabhängig / regelhaft vom fallführenden Therapeuten mit festgelegter Zielsetzung angeordnet stattfinden. Dabei nimmt der Mitarbeiter eine ermutigende und annehmende Haltung ein, um den Patienten zu Ausdruck und Verbalisation seines Befindens (im Tagesverlauf oder situationsbezogen) anzuregen, nutzt Techniken der Spiegelung und bietet bei Bedarf auch den Abgleich von Eigen- und Fremdwahrnehmung an. So wird der Lernprozess der Selbsteinschätzung angestoßen und der Weg für neue Strategien eröffnet. In der fortgeschrittenen Therapie können Reflexionsgespräche erfolgreiche Verhaltensänderungen reflektieren und verstärken.

In Krisengesprächen erleichtert die Schematherapie auf der Grundlage der individuellen Modusmodelle dem pädagogischen Personal die gezielte, therapeutisch stimmige Anleitung zu konstruktiver Haltung, Erarbeitung von Handlungsalternativen und für Übungen zum Sammeln korrigierender Erfahrungen.

*Tabelle 1: Beispielhafter Ablauf eines Reflexionsgesprächs*

1	Zusammenfassung des Tages bzw. einzelner Situationen
2	Benennen <ul style="list-style-type: none"> <li>• der beteiligten Modi</li> <li>• der Bedürfnisse der Kindanteile</li> <li>• von Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung / Situationsbewältigung</li> </ul>
3	Bei funktionaler Bewältigung Lob und Würdigung konstruktiver Ansätze. Bei dysfunktionaler Bewältigung ggf. Unterstützung zur Entscheidung und Umsetzung konstruktiver Alternativen.

## Gestalttherapie

Die langjährige Erfahrung der Gestalttherapie mit Stuhlarbeit als Dialogtechnik zur Integration verschiedener Anteile unter Einfluss von Erkenntnissen des Psychodramas (vgl. Perls, 2013) bringt ideale Voraussetzungen für die Integration in ein multidisziplinäres Behandlungskonzept mit. Im Rahmen der gestalttherapeutischen Herangehensweise übt der Patient unter Anleitung, Kontakt zu seinen inneren Anteilen aufzunehmen und diese darzustellen. Hierfür wird zum Beispiel Statuen-Arbeit für die Modusdarstellung genutzt. Anschließend fühlt der Patient den Empfindungen im Körper nach (z.B. Anspannung, Wärme, Kribbelgefühle). Die Aufgabe des Therapeuten liegt in der Unterstützung der Bewusstmachung dieser Sensationen und dem Ausprobieren verschiedener Ausprägungsgrade davon. So gelingt der Einbezug der körperlichen zur gesamten Wahrnehmung. Nach begleitetem Beenden der Ist-Sequenz, „Abschütteln“ des eingenommenen Modus, erfolgt das Aufsuchen eines neuen Platzes in räumlichem Abstand. Dort findet der Bau einer neuen Körperstatue statt mit dem Idealbild, konstruktive Ansätze und Intentionen des Modus zu erhalten und hilfreiche Alternativen zu dysfunktionalen bzw. schädigenden Funktionen zu entdecken. Die eigentliche therapeutische Arbeit nach der Zielfestlegung besteht darin, machbare kleine Schritte in der Körperarbeit darzustellen, ins Körpergedächtnis zu integrieren und in der Alltagsrealität einzusetzen.

## Arbeitstherapie

In der Arbeitstherapie tritt gehäuft der fordernde Elternmodus in den Vordergrund. Deshalb wählt der Therapeut die Aufgabenstellung so aus, um die Anforderungen an die jeweiligen Bedürfnisse und Lernziele anzupassen. Zum Beispiel kann die Herstellung eines Handschmeichlers aus Holz das bewusste Loslassen von fordernd-perfektionistischen Anteilen unterstützen. Auch andere Materialien wie Papier oder Pappe können zur Bearbeitung unterschiedlicher Modi eingesetzt werden. Durch vielfältige Material- und Werkstückangebote, kombiniert mit empathisch-direktiver bis hin zu reiner Modellrolle des Therapeuten, gelingt oft die Begleitung des Patienten aus Rückzug und Passivität in aktives Gestalten. Zudem dürfen und sollen die Patienten in der Arbeitstherapie eigene Erfahrungen sammeln, um mit vermeintlichen Fehlern und Misserfolgen konstruktiv umzugehen und den Modus des gesunden Erwachsenen gezielt als Moderator im inneren Dialog einzusetzen. Hierfür nimmt der Therapeut im Verlauf teilweise die Funktion eines Coaches für

den gesunden Erwachsenen ein. Erwünscht (und gefordert) ist der Transfer der Erfahrungen in Alltagssituationen. Dafür sind Beobachtungen und Rückmeldungen wiederum des PED hilfreich, die zum Beispiel beim Austausch in wöchentlichen Fallkonferenzen besprochen werden.

## **Musiktherapie**

Die Musiktherapie versteht es, Raum für den Ausdruck auf eine ganz eigene Art und Weise ohne Worte zu schaffen. So stellt der Patient die Modi durch Symbole, z.B. Instrumente dar und betrachtet Größenverhältnisse, Nähe- Distanz sowie räumliche Verteilung. Unter Anleitung lernt der Heranwachsende, innere Anteile zu erspüren, sinnlich wahrzunehmen und deren förderliche wie auch belastende Qualitäten kennenzulernen und auszudrücken. Neben dem musikalischen Ausdruck spontaner Freude im fröhlichen Kind-Modus erhält der Jugendliche explizit die Erlaubnis und Ermutigung, auch belastende und vermeintlich negative Gefühle in die Gestaltung einzubringen. Auch das Schreiben eigener Songs und Texte zum individuellen Ausdruck von Gedanken und Gefühlen kann genutzt werden. Durch das Ausprobieren verschiedener kleinschrittiger Veränderungen erhält der Patient die Möglichkeit, Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit zu erfahren. So kann zum Beispiel eine Decke zur Dämpfung der Wirkkraft des oft für den strafenden oder bedrohenden Modus eingesetzten Gongs dienen.

Die Grundlage einer vertrauensvollen, authentischen therapeutischen Beziehung unterstützt den Patienten in der Erfahrung, gehört und ernst genommen zu werden. Neben der Darstellung und Auseinandersetzung erfahren die jungen Menschen auch Möglichkeiten des gezielten Einsatzes von Musik oder Instrumenten zur positiven Beeinflussung von Stimmungszuständen, sowohl durch aktives Musizieren wie auch z.B. durch Erstellung einer Playlist für einzelne Modi. Fürsorgliche Anteile können durch Improvisation einer wohlthuend-stärkenden Klanggestaltung erlebbar gemacht werden – von rein instrumental bis hin zur Vertonung mit stimmlich-gesanglichen Mitteln. So können auch selbst erstellte persönliche Kraftsätze in Form von heilsamen Liedern verankert werden. Aufnahmetechniken ermöglichen den Einsatz auch außerhalb der Therapiezeit, was zur selbständigen Anwendung der erarbeiteten Strategien maßgeblich beitragen kann.

Eine zusätzliche Einladung zur Verankerung hilfreicher Sätze ergeht durch die Teilnahme am heilsamen Singen in der Gruppe. Hier werden einfache positive Texte Mantra-artig wiederholt und können ihre Wirkung sowohl bei

aktiv Singenden als auch Zuhörenden entfalten. Zusätzlich stärken gemeinsames Singen und Musizieren das Gefühl von Zugehörigkeit, Gemeinschaft und Verbundenheit, was gezielt zur Bedürfnisbefriedigung eingesetzt werden kann. Weitere berichtete Effekte des heilsamen Singens sind zum Beispiel Stressreduktion, aktive Induktion von Entspannung und Stärkung von Selbstbewusstsein.

Auch Familiendynamik kann einen Schwerpunkt in der schemageleiteten Musiktherapie bilden. So werden zum Beispiel die Beziehungen, Kommunikation und Interaktion in feinen Nuancen durch Auswahl entsprechender Instrumente, deren Einsatz, Lautstärke und Position im Raum näher betrachtet und bearbeitet.

## Kunsttherapie

Die Möglichkeiten schemageleiteter Kunsttherapie erstrecken sich über die explizite bildnerische Gestaltung der individuellen Modi und deren Zusammenspiel, Bilderstrecken zur Darstellung von Schemaaktivierungen, Modusinteraktionen bis hin zur komplexen Ausarbeitung von Bewältigungsideen. So fertigte eine junge Patientin jeweils eine Karte für ihre Modi an und nutzte diese zur Betrachtung des Zusammenspiels im inneren Dialog wie auch zur Erarbeitung von funktionaler Bewältigung (Abb. 3). Dies bietet auch die Möglichkeit, eigenen Handlungsspielraum zurückzuerobern und ggf. über kreative Lösungswege an der Entmachtung belastender Modi zu arbeiten

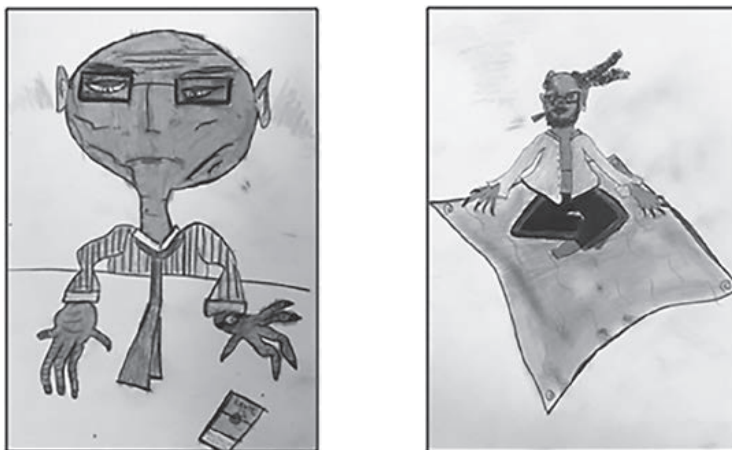


Abb. 3: Beispielhafte Transformation eines Fordernden Modus © HEMERA Klinik

Die Ermutigung zu einer solchen bildnerischen Ausgestaltung eröffnet Patienten Raum zum Ausdruck von inneren Prozessen und Erfahrungen, die sich teilweise (noch) dem sprachlichen Ausdruck entziehen. Der Therapeut unterstützt durch eine wertschätzende, aber auch wertneutrale Grundhaltung diese Auseinandersetzung.

Der Kunsttherapeut ist sowohl behilflich bei der „Übersetzung“ bildhafter Anteile und Inhalte in verbale Ausdrucksformen, als auch bei der Zuordnung zu inneren Kind-, Erwachsenen- und Bewältigungsmodi (Bsp. Abb. 4), aber auch in der Rekonfiguration von Beziehungen. Hierfür ermuntert der Therapeut zum Experimentieren mit Farbe und unterschiedlichem Material wie Pastellkreide, Öl, Acryl, Bunt- und Faserstiften, Bleistiften und Kreide.



Abb. 4: Darstellung eines Gesunden Erwachsenen-Modus © HEMERA Klinik

In Kunsttherapie-Gruppensitzungen unter Anleitung zu vorgegebenen wie auch selbstgewählten Themen üben die Heranwachsenden den Austausch unter Gleichaltrigen sowie das Vertreten wie auch Akzeptieren unterschiedlicher Meinungen und Interpretationen. Zudem profitieren sie von gegenseitigen Rückmeldungen, Input für bisher unbekannte oder unerprobte Umgangs- und Bewältigungsmöglichkeiten und den sicheren, stärkenden Raum der Gruppe als Grundlage für unterschiedliche Formen des Probehandelns. So stellte beispielsweise eine Schematherapiegruppe den Lebensraum individueller Patienten als einzelne Inseln dar, die miteinander durch Brücken verbunden über einen Zugang zu einer gemeinsamen Insel in der Bildmitte



verfügen (Abb. 5), als Sinnbild für sowohl Individualität als auch Gemeinschaft als gemeinsame Ressource.



Abb. 5: Inselbild aus der Schematherapiegruppe © HEMERA Klinik

### **Zusammenführung aller Bereiche in der Schematherapie-Gruppe**

Neben den bisher dargestellten Einzelbereichen wird in unserem Haus großer Wert auf die multiprofessionelle schematherapeutische Zusammenarbeit gelegt. Es entwickelte sich die Idee einer vernetzten interdisziplinären Kooperation zur Intensivierung der Therapie-Effekte für die Patienten in Form einer Schematherapie-Gruppe.

Grundlegend gelten auch in der schematherapeutischen Gruppenarbeit die instrumentellen Gruppenbedingungen (KOVA – Kohäsion/Offenheit/Vertrauen/Arbeitshaltung) (Marwitz, 2016). Vor allem zu Beginn der Gruppe wird viel Wert gelegt auf die Förderung der Kohäsion. Durch unser milieutherapeutisches Konzept sind in der Regel die Patienten bereits einander vertrauensvoll aufgeschlossen gegenüber. Auch Offenheit und eine produktive, pro-therapeutische Arbeitshaltung wird in sämtlichen therapeutischen Settings im Haus gefördert.

Die *schemageleitete Verhaltenstherapie in der Gruppe* findet im Rahmen eines aus sieben Modulen bestehenden, geschlossenen Konzeptes unter Leitung des Pflege- und Erziehungsdienstes (PED) statt. Hierfür haben wir inzwischen zwei Konzepte entwickelt. Die „Einsteigerversion“ fokussiert intensive Modusarbeit, während die „Fortgeschrittenenvariante“ die Begleitung von dysfunktionaler zu funktionaler Bewältigung in den Mittelpunkt stellt. Dabei wechseln sich theoretische Abschnitte, die gemeinsam von Psychologen, Ärzten und PED gestaltet werden, mit kreativtherapeutischen Sitzungen ab. Schwerpunkte der Module liegen in der intensiven Auseinandersetzung mit individuellen funktionalen und dysfunktionalen Modi, Erkennen von Schemaaktivierungen und insbesondere der Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus, zum Beispiel durch bewusste Ressourcenaktivierung. Zum Einsatz kommen dabei Angebote aus den bereits beschriebenen Fachrichtungen. Die Modularisierung soll einen möglichst flexiblen Austausch der einzelnen Sitzungen ermöglichen, um einen reibungslosen Ablauf auch im Stationsalltag zu gewährleisten, ausgehend von der bereits fruchtbaren schematherapeutischen Arbeit im Einzelsetting.

Abgerundet und vertieft wird das Angebot durch eine *wöchentliche Diary-Date-Gruppe* (oder auch *Tagebuchgruppe*) unter Leitung des pädagogischen Teams, in welcher zum Beispiel Schemaaktivierungen von den Patienten vorgestellt und in Zusammenarbeit mit Mitpatienten, PED und Kreativtherapeuten analysiert werden können. Die profunde Ausbildung der beteiligten pädagogischen und kreativtherapeutischen Mitarbeiter erleichtert eine konsistente professionelle Haltung. Ein Schwerpunkt liegt in der Arbeit an Wahrnehmung von Bedürfnissen und Möglichkeiten, diese zu befriedigen. Ziele sind, dysfunktionale Bewältigungsmodi zu erkennen, ggf. diesen auch für ihre bisherige Leistung zur Bedürfnisbefriedigung zu danken, einen Realitätscheck mit Abwägung der Vor- und Nachteile durchzuführen und die Erarbeitung hilfreicher Alternativmodi zumindest in Aussicht zu stellen.

## **Zusammenfassung**

Die Ausgestaltung der Schematherapie in multiprofessioneller, stationärer Zusammenarbeit erweist sich im Rahmen unserer Arbeit als nachhaltig erfolgreich. Durch intensiven und regelmäßigen Austausch kann für die Patienten eine umfassende therapeutische Unterstützung im stationären Alltag gelingen. Das Ineinandergreifen der einzelnen Therapiebereiche ermöglicht den Patienten, hochfrequent an den vorliegenden Schwierigkeiten zu ar-

beiten und nachhaltige Veränderungen zu erzielen. Durch die Repräsentanz schematherapeutischer Fachkompetenzen in verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Psychotherapeuten, Kreativtherapeuten, Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes) gelingt eine lebensnahe Ausgestaltung und der direkte Transfer der Theorie in den persönlichen Alltag. Gerade bei Adoleszenten erleben wir Schematherapie als eine praxisnahe, anschauliche und nachhaltig wirksame Methode.

## Literatur

- Faßbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G.* (2011) Therapietools Schematherapie. Weinheim: Beltz
- Loose, C., Graaf, P., Zarbock, G.* (2013) Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz
- Marwitz, M.* (2016) Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie – Grundlagen und Praxis. Göttingen: Hogrefe
- Perls, F.* (2013) Grundlagen der Gestalt-Therapie (14. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta
- Reiss, N., Farrell, J. M., Shaw, I. A.* (2015) Schematherapie erfolgreich anwenden. Paderborn: Junfermann
- Roediger E* (2018). Was ist Schematherapie. Eine Einführung in Grundlagen, Modell und Anwendung (3. Aufl.). Paderborn: Junfermann
- Roediger, E.* (2011). Praxis der Schematherapie. Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E.* (2005) Schematherapie – ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann
- Zens, C., Jacob, G.* (2015) Poster Schematherapie: Das Modusmodell auf einen Blick. Weinheim: Beltz

## Autoren:

Dr. Anja Bauer

Prof. Dr. Claudia Mehler-Wex

Psychologin M.Sc. Ludwina Hamák

HEMERA Klinik für Adoleszentenpsychiatrie

Schönbornstr. 16, 97688 Bad Kissingen

Ansprechpartnerin:

Prof. Dr. Claudia Mehler-Wex

T. 0971/6 99 00 31 01

mehler-wex@hemera.de

## *Rezension*

# **Positive und negative Schemata. 75 Therapiekarten**

*Franz Wienand*

Die *Schematherapie* gehört zur dritten Welle der Verhaltenstherapie und integriert Elemente der psychodynamischen Psychotherapien, der Gestalttherapie, der Objektbeziehungstheorien, der Hypnotherapie und der Transaktionsanalyse in ein strukturiertes System der Erkennung und Veränderung von im Lauf der bisherigen Beziehungserfahrungen erworbenen Erlebens- und Reaktionsmustern. In der Auseinandersetzung mit den zentralen Bedürfnissystemen Bindung, Autonomie, Identität, Anerkennung und Exploration machen Kinder im Laufe der Entwicklung Beziehungserfahrungen, die sich zu spezifischen Erwartungs- und Reaktionsmustern verdichten, mit denen sie regelmäßig auftauchende Konflikte zu bewältigen versuchen.

Die folgende Darstellung ist stark verkürzt: Ein *Schema* entsteht aufgrund wiederholter Erfahrungen mit wesentlichen Bezugspersonen in der frühen Kindheit und besteht aus zusammengehörigen Erinnerungen, Emotionen, Überzeugungen, Körperreaktionen und Verhaltensreaktionen, die in bestimmten Situationen aktiviert werden. Sind diese frühen Erfahrungen bedürfnisangemessen gewesen, entstehen positive, wurden sie frustriert, negative, Schemata. Ein Schema funktioniert wie ein Wahrnehmungsfilter, das das Erleben und dann auch die zugehörigen funktionalen oder dysfunktionalen Reaktionen bzw. Bewältigungsversuche strukturiert.

Ein *Modus* ist ein in einer bestimmten Situation auftretender vorübergehender Gesamtzustand, der aus einem (oder mehreren) aktivierten Schema(ta) und den zugehörigen Bewältigungsmustern besteht.

Beispiele für solche *dysfunktionalen Bewältigungsformen*, die auf maladaptiven (ichdystonen, dysfunktionalen) Schemata beruhen, finden sich bei unter-

schiedlichen Störungsbildern wie Angst, Depression und Persönlichkeitsstörungen: Unterwerfung bzw. sich Fügen, Vermeidung, Aggression oder Überkompensation. *Funktionale Bewältigungsmuster*, die zu adaptiven Schemata gehören können und Ressourcen darstellen, sind beispielsweise Perspektivenübernahme, Mentalisierung, Flexibilität, realistische Selbsteinschätzung und Frustrationstoleranz.

Die *Schematherapie* besteht nun im Wesentlichen darin, den Patienten ihre schematypischen Kognitionen bewusst zu machen, sich mit deren Entstehungsgeschichte auseinanderzusetzen (und dadurch z. B. Schuldgefühle zu reduzieren), die Sensibilität für aktivierte Schemata zu erhöhen und sie im Verlauf der Behandlung zu modifizieren. Diese *Veränderung* erfolgt in Form von Einsicht, kognitiver Distanzierung, Neubewertung und auch imaginativer Erarbeitung alternativer Reaktionen, die im weiteren Verlauf durch Übung gefestigt werden. Maladaptive Schemata werden dabei nicht gelöscht, sondern in ihrer das Erleben und Verhalten steuernden Kraft geschwächt und um funktionale Alternativen erweitert, die wiederum durch neue, positive Erfahrungen verstärkt werden.

Für die Arbeit mit dieser Methode auch mit Kindern und Jugendlichen gibt es eine Reihe *therapeutischer Materialien*, zu denen unter anderem Übersichten in Form von Postern und Sets von Therapiekarten gehören. Diese beziehen sich allerdings auf Modi, also auf aktuelle Zustände, und kaum auf die zugrunde liegenden Muster, die Schemata.

Leokadia Brüderl hat nun im Beltz Verlag ein Set von 75 Therapiekarten für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien vorgelegt, das diese Lücke schließen soll.

*Zur Person:* Fr. Dr. Leokadia Brüderl, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, ist seit 1999 in eigener Praxis in Sindelfingen niedergelassen. Sie ist seit 2000 Dozentin, Supervisor und Selbsterfahrungsleiterin für Verhaltenstherapie und seit 2011 auch für Schematherapie an mehreren VT-Instituten in Deutschland. 2011 hat sie das Institut für Schematherapie Stuttgart gegründet und bis 2014 geleitet. Seit 2016 ist sie Trainingsdirektorin für Schematherapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen am Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie e.V. in Bad Dürkheim. Ihre Publikationen befassen sich mit den Themen Bewältigungsforschung, entwicklungspsychologische Aspekte von Partner- und Elternschaft, Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Frauen, Krankheitsverarbeitung und Selbsterfahrung in der VT.

### *Zum Material:*

Das Set umfasst vier Module mit insgesamt 75 festen Kartons im handlichen Format 16 x 24 cm, die mit farbigen Fotos bedruckt sind und Szenen zu 18 negativen, maladaptiven und 18 positiven, adaptiven Schemata darstellen. Auf den Fotos sind Kinder abgebildet, was auch erwachsenen Patienten den Zugang zu eigenen biografischen Erfahrungen erleichtert. Positive und negative Schemata sind dabei einander komplementär gegenübergestellt und durch unterschiedliche farbliche Umrandung fünf zentralen *Bedürfnisdomänen* zugeordnet:

Zur Bedürfnisdomäne *Bindung* gehören die 5 Gegensatzpaare Verlassenheit/Instabilität versus Geborgenheit/Verlässlichkeit, Misstrauen/Missbrauch versus Vertrauen/Unterstützung, emotionale Entbehrung versus emotionale Zuwendung, Unzulänglichkeit/Scham versus Selbstwertgefühl/Stolz und soziale Isolation/Entfremdung versus soziale Integration.

Zu den Bedürfnisbereichen *Autonomie und Selbstwirksamkeit* gibt es die Gegensatzpaare Abhängigkeit/Inkompetenz versus Selbstvertrauen/Kompetenzerleben, Verletzbarkeit/Anfälligkeit versus Gesundheit/Sicherheit, Verstrickung/unentwickeltes Selbst versus Gesunde Grenzen/Entwickeltes Selbst und Erfolglosigkeit/Versagen versus Selbsteffizienz/Erfolg.

Den Bedürfnisbereichen *Identität und Konsistenzerleben* sind folgende Gegensatzpaare zugeordnet: Anspruchshaltung/Grandiosität versus Respekt für andere/Emphatische Rücksichtnahme und Selbstkontrollschwäche/Mangel an Selbstdisziplin versus gesunde Selbstkontrolle/Selbstdisziplin.

Drei Gegensatzpaare sind dem Bedürfnis nach *Selbstwerterhöhung und Anerkennung* zugeteilt: Unterordnung/Unterwerfung versus Durchsetzungskraft, Selbstaufopferung versus Selbstfürsorge und Suche nach Anerkennung versus Selbstbestimmung/Selbstsicherheit.

Die Themen der Karten zum *Explorationsbedürfnis* (Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit versus Bedürfnis nach Lust, Spiel, Spaß und Spontaneität) sind: Emotionale Gehemmtheit versus emotionale Offenheit/Spontaneität, Überhöhte Standards/unerbittliche Ansprüche versus Realistische Erwartungen, Pessimismus, Negatives Hervorheben versus Optimismus/Positives Hervorheben und Bestrafungsneigung versus Selbstmitgefühl/Vergebung.



### *Die Module:*

*Modul 1 – Einführung* enthält 15 Fotokarten zur Erklärung der Schematherapie, die eine komprimierte Darstellung der theoretischen Grundlagen bieten und zur Psychoedukation wie zur Einordnung von Interventionen im Therapieverlauf benutzt werden können.

*Modul 2 – Negative, maladaptive Schemata* besteht aus 37 Karten (eine Übersichtskarte und 18 Kartenpaaren), die das jeweilige Schema mit den zugrundeliegenden Beziehungserfahrungen und schematypischen Kognitionen und die resultierenden möglichen dysfunktionalen Bewältigungsbemühungen illustrieren.

Zum *Modul 3 – Positive, adaptive Schemata* gehören 19 Karten (eine Übersichtskarte und eine Karte zum jeweiligen Schema).

Die farbliche Zuordnung der einzelnen Schemakarten zu den jeweiligen Bedürfnisdomänen ermöglicht eine rasche Orientierung, welche Bedürfnisbereiche in der aktuellen interpersonellen Konfliktsituation besonders relevant bzw. aktiviert sind.

Das *Modul 4 – Erstellung individueller Modus-Skizzen* enthält vier Karten, die es erlauben, den individuellen Prozess der Aktivierung eines relevanten Schemas von den Auslösereizen über die emotionale Reaktion und die kognitive Bewertung bis zur Verhaltensreaktion Schritt für Schritt zu analysieren und strukturiert darzustellen. Auf der Rückseite ist Platz für patientenbezogene, detaillierte Notizen und Erläuterungen.

In einem ausführlichen *Begleitheft* erläutert die Autorin die vielfältigen *Anwendungsmöglichkeiten* der Schemakarten. Die dargestellten Szenen stellen Auslösereize für die Assoziationen der Patienten dar und ermöglichen einen intuitiven Zugang zum individuellen Muster des Erlebens und Verhaltens. Durch Sortieren und Gruppierungen der für sie relevanten Karten nehmen die Patienten aktiv am diagnostischen und therapeutischen Prozess teil. Ein wesentlicher Effekt dürfte auch in der Entlastung von Schuldgefühlen bestehen, indem die Patienten feststellen, dass andere ihre Erfahrungen und Reaktionen teilen. Die Karten können zur Psychoedukation verwendet werden, erlauben die Einordnung aktueller Erlebnisse in ein typisches Muster und die Erarbeitung von Handlungsalternativen, insbesondere mit den Karten zu den Ressourcen aktivierenden positiven Schemata.



*Fazit:* Das Kartenset *Positive und negative Schemata* ermöglicht nicht nur Schematherapeuten eine kreative, interaktive und ressourcenaktivierende Methode, um mit Kindern, Familien und Erwachsenen problematischen Mustern des Erlebens und Verhaltens auf die Spur zu kommen und im Laufe der Therapie positive Veränderungen herbeizuführen. Für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapeuten, in der Beratung und in der KJPP-Praxis stellen sie eine gewinnbringende Erweiterung des methodischen Repertoires dar. Im Rahmen der Katathym Imaginativen Psychotherapie können die Beispielkarten bei Patienten, die sich mit Imaginationen schwertun, die Hinführung zur Arbeit mit Imaginationen erleichtern.

**Brüderl, Leokadia (2020): Positive und negative Schemata.  
75 Therapiekarten: Weinheim, Beltz, € 49.99**

**Rezensent:**

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand  
71034 Böblingen  
Wilhelmstraße 24  
Email: [info@praxis-wienand.de](mailto:info@praxis-wienand.de)  
Website: [www.praxis-wienand.de](http://www.praxis-wienand.de)

## *Kolumne*

### **Forum-BKJPP vor 25 Jahren**

*Christian K. D. Moik*

Der Mitgliederrundbrief 1-1996, verfasst von Dr. Christa Schaff als Stellvertretende Vorsitzende, beginnt mit den Satz: „Wie mag Ihnen wohl zumute sein? Fühlen Sie sich .... verunsichert, verärgert, allein gelassen, oder kommen Sie zurecht?... Bitte teilen Sie sich mit! Die Zeiten sind stürmisch und unsicher. Ein Halt ist nicht in Sicht. So recht scheint keiner zu wissen, wie das in Seenot geratene Gesundheitssystem wieder auf Kurs gebracht werden kann....“

Die Rede ist nicht von einer Pandemie sondern vom EBM 96, der auch als drohende Katastrophe empfunden wurde.

Leider gab und gibt es viele Übel auf der Welt!

Im Weiteren berichten Frau Dr. Schaff und in den „Mitteilungen des Vorstandes“ Herr Moik von den Schwierigkeiten, die Identität unseres Fachgebietes als sowohl fachärztlich-kinder- und jugendpsychiatrisch als auch fachärztlich-psychotherapeutisch darzustellen und diesbezüglich einerseits mit den benachbarten ärztlichen und nichtärztlichen Fachgruppen zu kooperieren, andererseits jedoch deren Begehrlichkeiten gegenüber unseren spezifischen Leistungen abzuwehren. Um jede Abrechnungsposition musste gerungen werden. Besonders schwierig war es zu erreichen, dass wir innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie psychiatrisch, neurologisch **und** psychotherapeutisch tätig sein durften. Und eine weitere Problematik ergab sich durch die Trennung des hausärztlichen und des fachärztlichen Fachbereichs.

In den 90er Jahren hatte die Mehrzahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater einen Doppelfacharzt, neben Kinder- und Jugendpsychiatrie noch Kinderheilkunde oder Psychiatrie/Nervenheilkunde. Und viele waren auch in beiden Fachgebieten niedergelassen, so dass sie Kinder- und Jugendpsychiater fachärztlich, als Kinderärzte aber hausärztlich tätig waren. Da gab es viel Verwirrung in unseren Bundesstaat, wo jedes Bundesland/jede KV eine eigene Regelung traf. (Erinnert auch irgendwie an heute!)

Hilfreich dabei war eine immer stärkere Zusammenarbeit des BKJPP mit den Vorständen von DGKJP und BAG.

Und technisch hilfreich war dabei ein für uns innovatives Instrument, die **Telefonkonferenz**. Ja, auch das ist erst 25 Jahre her!

### **Und es gab noch mehr Erfreuliches!**

Die KV Schleswig-Holstein und alle Primärkassen in Schleswig-Holstein schlossen mit Wirkung ab 01.01.1996 eine „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“. Damit galt die SPV dort für alle GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen.

Unser Gründungs- und Ehrenvorsitzender, **Dr. Reinhard Schydlo**, erhielt just zu Nikolaus, am 6. Dezember 1995, das **Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland**.

Aus der Region berichtet die Landesgruppe Schleswig-Holstein, dass es für die inzwischen 20 niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater\*innen erhebliche Probleme in der Finanzierung der Praxen gab und dass die neue Weiterbildungsordnung noch nicht umgesetzt wurde. Positiv sei jedoch die Zusammenarbeit mit den drei kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken.

Im weiteren folgen Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde (DGGN), deren damaliger Präsident Prof. Dr. Gerhardt Nissen war, und der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie, außerdem die Wiedergabe des Grußwortes von Dr. Dietrich Thierfelder, Erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, an die Teilnehmer der Jahrestagung des BKJPP am 13./14.10. 1995 in Kühlungsborn.

Im Wissenschaftsteil reflektiert in subtiler Weise Dr. med. habil. Wolfram Kinze, Lübben, die Vergangenheit und Zukunft von „**Kinderneuropsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie**“. Er würdigt die Leistungen der „Kinder- und Jugendneuropsychiatrie“ und ihres Nestors, Prof. Dr. Göllnitz, der 1958 in Rostock den ersten Lehrstuhl für Kinderneuropsychiatrie in der damaligen DDR begründete.

Für die Zukunft betont er, dass es entscheidend sei, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die verschiedenen Facetten unseres Fachgebietes zu vereinen und mit den komplementären Berufsgruppen zu kooperieren.

Prof. em. Dr. med. habil. Gerhard Göllnitz stellt die „**gezielte rhythmisch-psychomotorische Musik- und Bewegungstherapie**“ vor, die seit 1950 in der

Rostocker Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters in die ergo- und psychotherapeutische Behandlung integriert wurde.

Dipl.-Psych. Claudia Trautmann und Dipl.-Reha-Päd. Petra Kaschner, Lübben, erläutern ein Konzept „**Heil- und sozialpädagogische Methoden**“ das in der stationären Betreuung von Vorschulkindern in der Landesklinik Lübben angewendet wurde.

Dr. med. Gertraude Tuchscheerer, Uchtspringe, stellt mit „**Spiel als Methode**“ ein 4-Phasen-Spiel- und Milieuthérapie-Konzept dar, das im Landeskrankenhaus Uchtspringe etabliert war. Darin werden u. a. Anregungen und Verfahren von PELZ, WERNER und MÜLLER, TAUSCH, AXLINE und VAN KREVELEN aufgegriffen.

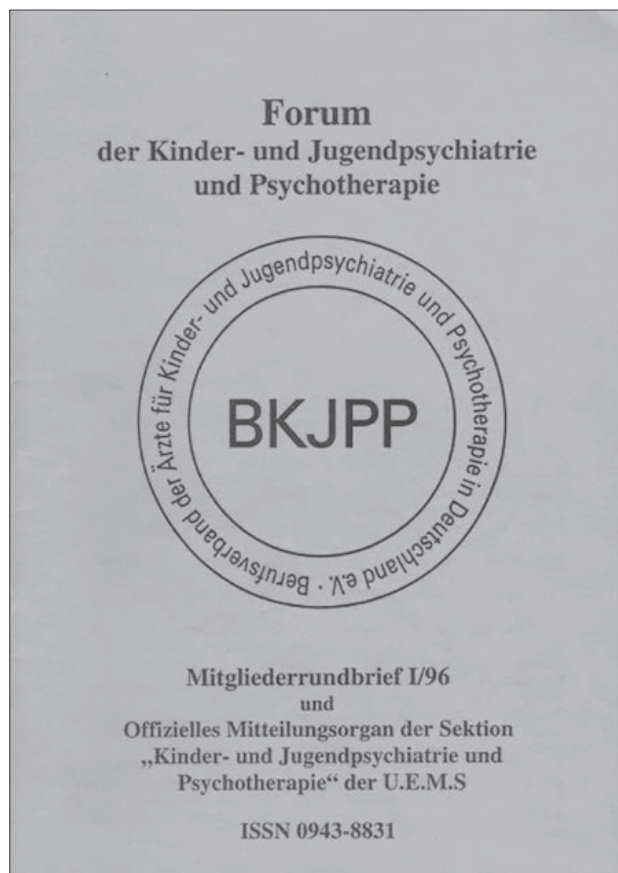
Dr. Ulrich Preuß, Bonn erläutert „**Die Anwendung des Geschichten-Erzähl-Tests projektiv (GETp) in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Therapie**“, die deutschsprachige Adaptation der Projective Storytelling Cards von CARUSU und PULCINI.

In dem Diskussionsbeitrag „**Gedanken zum Autogenen Training bei Kindern und Jugendlichen**“ ermuntert Dr. med. Ingrid Johannsen, Büdelsdorf, zum einen, dieses Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Aktivierung und Stärkung der Ressourcen von Kindern- und Jugendlichen einzusetzen, warnt aber zugleich vor dessen inflationärem Gebrauch im nicht-therapeutischen Bereich.

Was berufspolitisch im Frühsommer 1996 wichtig war und was alles im Forum II/1996 stand, das erfahren Sie im „forum 2-2021“.

**Blieben Sie neugierig!**

*Christian K. D. Moik*



## *Ausschreibung*

# **Forschungspreis 2021 der Fürst Donnersmarck-Stiftung**

Das Kuratorium der Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin, die sich mit der Rehabilitation von Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung befasst, vergibt im Rahmen der Stiftungssatzung einen

### **Forschungspreis zur Neurorehabilitation.**

Der Preis ist mit 30.000,- € dotiert. Er kann geteilt werden. Zusätzlich können bis zu fünf Belobigungen ausgesprochen werden, die mit je 3.000,- € ausgestattet sind.

Schädigungen des Nervensystems gehören zu den häufigsten Ursachen für erworbene Behinderungen – beispielsweise erleiden jährlich bundesweit rund 270.000 Menschen einen Schlaganfall. Viele Betroffene benötigen auch nach der Akutversorgung intensive Rehabilitation sowie zukunftsweisende Behandlungskonzepte. Die Fürst Donnersmarck-Stiftung lobt 2021 zum sechsten Mal den renommierten Forschungspreis aus, um die öffentliche sowie wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf die hohe gesellschaftliche Bedeutung der Rehabilitations- und Versorgungsforschung zu richten. Mit dem Preis fördert sie die Entwicklung wirkungsvoller Methoden und Therapien mit dem Schwerpunkt der neurologischen, nachklinischen Langzeitrehabilitation.

1916 errichtete Guido Graf Henckel Fürst von Donnersmarck die Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin als „größere Kur- und Heilanstalt“ für Kriegsverletzte, verbunden mit einer „Forschungsstätte für die wissenschaftliche Verarbeitung und therapeutische Verwertung der im jetzigen Kriege gesammelten ärztlichen Erfahrungen“. Heute widmet sich die Stiftung mit verschiedenen Angeboten der Rehabilitation und Förderung von körper- und mehrfachbehinderten Menschen. Gleichzeitig setzt sie sich zum Ziel, auch Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Rehabilitation zu unterstützen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf neurologischer Rehabilitation.

Ausgezeichnet werden soll eine aktuelle wissenschaftliche Forschungsarbeit im Bereich der neurologischen Rehabilitation von Menschen mit erworbener Schädigung des Nervensystems. Der Schwerpunkt der Arbeit soll auf nach-klinischer Langzeitrehabilitation liegen. Prämiert werden interdisziplinäre Rehabilitationskonzepte und -methoden sowie wissenschaftliche Wirksamkeits- und Effizienznachweise (Outcome-Forschung), wie sie in der Praxis, insbesondere von Rehabilitationsanbietern, Kostenträgern und politischen Institutionen, benötigt werden (sozialökonomische Effekte). Besonders berücksichtigt werden Arbeiten aus dem neueren Feld der Teilhabeforschung, die Menschen mit Behinderung selbst am Forschungsprozess direkt beteiligen.

Angenommen werden Examens- und Doktorarbeiten sowie Habilitationsschriften, veröffentlichte Projektberichte, Buchveröffentlichungen und Fachartikel in deutscher oder englischer Sprache, deren Abschluss nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.

Über die Vergabe des Preises entscheidet das Kuratorium der Stiftung auf der Grundlage des Vorschlages einer Jury, die sich aus mit Rehabilitation befassenen Wissenschaftlern aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaften zusammensetzt.

Arbeiten, die unter Verantwortung, Betreuung, Ko-Autorenschaft, Autorenschaft oder Mitarbeit eines Jurymitglieds entstanden sind, sind von der Teilnahme am Forschungspreis ausgeschlossen.

Die Bewerbung muss mit folgende Unterlagen als Datei im pdf-Format eingereicht werden:

1. Ihre zu jurierende wissenschaftliche Arbeit, ergänzt durch eine Zusammenfassung,
2. Begründung der Bewerbung im Hinblick auf die Ausschreibungsziele,
3. Lebenslauf mit wissenschaftlichem Werdegang.
4. Eine unterzeichnete Erklärung, dass Ihre Arbeit nicht unter Verantwortung, Betreuung, Ko-Autorenschaft, Autorenschaft oder Mitarbeit eines Jurymitglieds entstanden ist.

Der Rechtsweg gegen die Entscheidung des Kuratoriums ist ausgeschlossen.

Die Bewerbung muss bis zum 30.06.2021 an [forschungspreis@fdst.de](mailto:forschungspreis@fdst.de) eingesandt werden.

Rückfragen sind zu richten an:

Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin  
Dalandweg 19, D -12167 Berlin  
Tel: (030) 769 700 12, Fax: (030) 769 700 28  
E-Mail: forschungspreis@fdst.de

### **Jury:**

*Vorsitz:*

*Prof. Dr. med. Gereon Fink*

Direktor der Neurologischen Klinik, Klinikum der Universität zu Köln  
Direktor des Instituts für Neurowissenschaften und Medizin (INM3),  
Forschungszentrum Jülich  
*Kuratoriumsmitglied der Fürst Donnersmarck-Stiftung*

*Mitglieder:*

*Prof. Dr. rer. pol. Karl Wegscheider*

Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

*Prof. Dr. phil. Dr. med. Manfred Herrmann*

Zentrum für Kognitionswissenschaften,  
Direktor der Abteilung für Neuro-Psychologie und Verhaltensneurobiologie  
Universität Bremen

*Prof. Dr. med. Stefan Knecht*

Chefarzt der Klinik für Neurologie der St. Mauritius Therapieklinik Meer-  
busch Universitätsklinikum Düsseldorf

*Prof. Dr. phil. Markus Schäfers*

Professor für Rehabilitation und Teilhabe im Sozialraumbezug  
Hochschule Fulda

*Prof. Dr. rer. soc. Bettina Mohr-Pulvermüller*

Zentrum für Neuropsychologie und Intensive Sprachtherapie  
und Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (CBF) Charité -  
Universitätsmedizin Berlin



## Hinweise für Autor\*innen

1. Das Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Die Autor\*in bestätigt und garantiert, dass sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an ihrem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Die Autor\*in räumt - und zwar auch zur Verwertung ihres 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. Die Autor\*in räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

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

### 3. Manuskriptgestaltung:

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

# Informationen für Anzeigenkunden

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



## Media Daten 2021

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

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

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

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich. Beilagen ebenso bitte bei [didier@metadruck.de](mailto:didier@metadruck.de) anfragen.

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

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

Alle Preise zuzüglich 19% Mehrwertsteuer. Zusammen mit der Rechnung erhalten Sie ein Belegexemplar. Bei Anfrage werden Agenturrabatte von 10 % angeboten.

### Geschäftsstelle BKJPP e.V.

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

### Anzeigenverwaltung, Archiv

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

	<p><b>130 x 195 mm, einfarbig Graustufen</b></p> <p>Firmenanzeigen 1.400,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 650,- Euro Mitglieder 300,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro</p> <p>auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt</p>		<p><b>130 x 95 mm, einfarbig Graustufen</b></p> <p>Firmenanzeigen 750,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 370,- Euro Mitglieder 200,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro</p>
	<p><b>130 x 62 mm, einfarbig Graustufen</b></p> <p>Firmenanzeigen 500,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 220,- Euro Mitglieder 150,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro</p>		<p><b>Sonderseiten Umschlag</b></p> <p><b>170 x 240 mm, nur 4c Farbe</b></p> <p>Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro</p> <p><b>Achtung:</b> wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.</p>

### Termine 2021:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2021	15. März 2021	14. KW 2021
2-2021	15. Juni 2021	27. KW 2021
3-2021	15. September 2021	40. KW 2021
4-2021	10. Dezember 2021	1. KW 2022

\* Änderungen vorbehalten

## Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

### Herausgeber

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

### Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

*Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,*

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

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

E-Mail: [redaktion-forum@bkjpp.de](mailto:redaktion-forum@bkjpp.de)

### Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

*Daniela Thron-Kämmerer*

Alle Beiträge bitte an: [mail@bkjpp.de](mailto: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](mailto:didier@metadruck.de)

### Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

e-mail: [didier@metadruck.de](mailto:didier@metadruck.de), Tel.: 030 / 61 70 21 47

---

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

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

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

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

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

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

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