

## Inhalt

Strukturbezogene Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) mit Jugendlichen – eine Falldarstellung <i>Hans-Dietrich Gersdorf</i> . . . . .	2
Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Teil IV: Zeichnerische Gestaltungsverfahren <i>Franz Wienand</i> . . . . .	22
Aufsuchende ambulante Behandlung nachstationär (AaBens) und ihre Abgrenzung zu stationsäquivalenter Behandlung (StäB) <i>Rebecca Hillesheim &amp; Ingo Spitzok von Brisinski</i> . . . . .	48
<i>Kolumne</i> Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i> . . . . .	70
<i>Kolumne:</i> Suchtrelevante Aspekte bei der psychopharmakologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen <i>Klaus-Ulrich Oehler</i> . . . . .	74
Hinweise für Autoren . . . . .	84
Anzeigen . . . . .	86
Mediadaten . . . . .	95
Impressum . . . . .	96

# Strukturbezogene Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) mit Jugendlichen – eine Falldarstellung

*Hans-Dietrich Gersdorf*

Im modernen psychodynamisch-psychotherapeutischen Vorgehen lassen sich drei unterschiedliche Behandlungsstrategien unterscheiden, die je nach diagnostischer Beurteilung einzusetzen sind: Ein traumaspezifisches, ein strukturbezogenes und ein konfliktfokussiertes Vorgehen.

Mit der OPD-KJ-2 (Arbeitskreis OPD-KJ, 2020) liegt ein evidenzbasiertes Diagnostikum für Kinder und Jugendliche vor, mit dessen Hilfe sich ein *Trauma-, ein Struktur- bzw. ein Konfliktfokus* bestimmen lässt.

Die psychische Struktur eines Menschen beschreibt die Verfügbarkeit psychischer Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind (Rudolf 2004, S.58). Strukturelle Funktionen haben drei Zielrichtungen: Sie *differenzieren*, indem sie Ganzheit auf Unterschiedlichkeiten hin kognitiv untersuchen. Sie *integrieren*, indem sie Teilaspekte zu jeweils neuen Gesamtgefügen verknüpfen und dadurch Kohärenzen und Sinnstrukturen schaffen. Und sie *regulieren*, indem sie Systemgleichgewichte herstellen oder wiederherstellen. (Rudolf 2004, 14-15)

Die OPD-KJ-2 unterscheidet auf der Strukturachse vier unterschiedliche Dimensionen: *Steuerung, Identität, Interpersonalität und Bindung*. Zudem differenziert sie in den jeweiligen Dimensionen eine gute (Ressourcen), eine eingeschränkte (neurotisches Niveau), eine geringe Integration (Borderline-Niveau) und schließlich Desintegration.

Vergleicht man nun das Konzept der OPD mit dem Mentalisierungskonzept, stellt man große Übereinstimmungen fest. Unter *Mentalisierung* versteht man die Fähigkeit, dem eigenen und dem Verhalten anderer einen Sinn zuzuschreiben, indem mentale Zustände (Emotionen, Wünsche, Überzeugungen und Gedanken) unterstellt werden, die dem Verhalten zugrunde liegen (Fonagy et al. 2004).

Demnach beschreibt die *psychische Struktur* eines Menschen ganz allgemein seine Beziehungsfähigkeit, d.h. ob er über die psychischen Werkzeuge verfügt, um Beziehungen überhaupt eingehen zu können. Anders ausgedrückt, ob er eine ausreichende Mentalisierungsfähigkeit hat. Bei Menschen mit Störungen aus dem Autistischen Formenkreis ist diese Fähigkeit nicht oder nur sehr eingeschränkt vorhanden. Dem gegenüber beschreibt die *Konfliktachse*, welche Form der Beziehungen ein Patient eingeht, d.h. es geht um die Frage seiner Beziehungsgestaltung. Dabei wird deutlich, dass es sich bei der Unterscheidung von Beziehungsfähigkeit und Beziehungsgestaltung nicht um Kategorien handelt, die entweder oder bestehen, sondern dass es sich hierbei um einen fließenden Übergang handelt. D.h., je mehr Struktur (Beziehungsfähigkeit) vorhanden ist, desto umschriebener zeigen sich Konflikte (Beziehungsgestaltung) (Koch und Resch, 2017).

Jugendliche, die in die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis kommen, sind meiner Erfahrung nach größtenteils weder klar dem neurotischen (eingeschränkte Integration) noch dem Borderline-Niveau (geringe Integration) zuzuordnen. Vielmehr befinden sich viele in einem Grenzbereich zwischen diesen beiden Kategorien, d. h. bei ihnen liegen häufig ausgeprägte strukturelle Defizite neben umschriebenen neurotischen Konflikten vor. Dieses erfordert ein modifiziertes, ein eher strukturbezogenes psychodynamisches therapeutisches Vorgehen, was sich sehr gut, insbesondere bei Jugendlichen, mit der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) umsetzen lässt.

Die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) ist eine psychodynamische (tiefenpsychologisch fundierte) Psychotherapie, bei der in besonderer Weise Imaginationen genutzt werden, um unbewusste Motivationen, Phantasien, Konflikte und Abwehrmechanismen, Übertragungsbeziehung und Widerstände zu veranschaulichen und ihre Bearbeitung sowohl auf der Symbolebene als auch im Gespräch zu fördern (Kottje-Birnbacher, 2001). Dabei schlägt der Therapeut der Patientin, abgestimmt auf den therapeutischen Prozess und zur Bearbeitung des jeweiligen Themas geeignete, dialogisch begleitete Imaginationen von etwa 20 Minuten Dauer vor, die von einer kurzen Entspannungsinstruktion und daran anschließend von einem zur Thematik passenden Vorstellungsmotiv eingeleitet werden.

Im Folgenden möchte ich anhand einer Falldarstellung das konkrete Vorgehen einer strukturbezogenen psychodynamischen Psychotherapie mit der KIP bei Adoleszenten vorstellen.

## Vorstellungssituation und Symptomatik

Anna (Name geändert) stellte sich eigenständig, ohne Begleitung ihrer Eltern, vor. Sie kam auf Anraten eines mit mir befreundeten Psychoanalytikers, bei dem sie gerade eine Therapie begonnen hatte, zur psychiatrischen Abklärung und gegebenenfalls auch medikamentösen Begleitbehandlung. Nach der psychiatrischen Abklärung empfahl ich die Fortsetzung der Therapie bei dem Kollegen. Wenige Wochen später meldete sich Anna erneut in der Praxis und schilderte, dass sie die Therapie bei dem Psychoanalytiker beendet habe und nun eine Therapie bei mir wolle. Da der vorgenannte Psychoanalytiker und ich befreundet sind und uns oft gegenseitig Patienten schicken, war dieser Therapiewechsel kein Problem.

Anna war 17 Jahre alt, als sie sich erstmals im Mai 2017 bei mir vorstellte. Die etwas jünger wirkende, vom Äußeren her hübsche und gepflegte junge Frau imponierte im Erstkontakt unsicher und belastet. Affektiv war sie wenig schwingungsfähig, wirkte angespannt und gehemmt. In der Gegenübertragung löste sie bei mir väterliche Gefühle der Hilfe und Unterstützung aus.

Sie berichtete, dass ihre beste Freundin vor sieben Monaten, nach der Mittleren Reife, für ein halbes Jahr ins Ausland gegangen sei. Als sie nach deren Verabschiedung zu ihrem Freund ging, sei es mit ihm zu einem heftigen Streit gekommen. In dieser Situation und auch weiter anhaltend habe sie sich „plötzlich ganz anders gefühlt“. Sie habe nicht mehr gewusst, wer und wo sie sei, habe sich selber und andere nicht mehr erkennen können und sich wie im Film, wie als Außenstehende erlebt, „die nicht zu ihrem Körper gehört“. Auch ein Erkennen im Spiegel sei ihr nicht mehr möglich gewesen. Dieses Gefühl sei von starker Angst begleitet worden, die Kontrolle über sich zu verlieren. Ferner hätten sich Gedanken aufgezwungen, sich oder anderen etwas anzutun, zum Beispiel sich vom Hochhaus zu stürzen, Nagellack zu trinken oder anderen eine Flasche über den Kopf zu schlagen. Auch hätten sich allgemein ihre Ängste verstärkt, ihren Freund zu verlieren, er könne sich von ihr trennen, ihren Eltern könnte etwas zustoßen, und allgemein ihre Angst alleine zu sein.

## Vorgeschichte

Anna beschrieb, dass sie im Kleinkindalter wenig gegessen habe und sich oft habe übergeben müssen. In der Kindergartenzeit habe sie Ablösungsschwierigkeiten von der Mutter gezeigt, habe Angst gehabt alleine gelassen zu werden. Auch in dieser Zeit habe sie sich oft aus Angst übergeben müssen. Ferner sei ihr ein Übernachten bei den Großeltern oder allgemein außerhaus

aufgrund ihrer starken Angst nicht möglich gewesen, bis zu Beginn der Therapie habe sie noch im Bett der Eltern (neben ihrer Mutter; der Vater schlief in einem anderen Zimmer) geschlafen.

Sie sei mit 6 Jahren in die Grundschule gekommen und habe sich schnell in ihre Klasse integrieren können. Ab der 4. Klasse seien auf die Schule bezogene Ängste aufgetreten, verbunden mit einem Gefühl der Luftnot. Sie habe dann in die 5. Klasse Realschule gewechselt und in Folge aufgrund ihrer Ängste nicht an einer Klassenfahrt teilnehmen können. Dennoch habe sie sich gut in ihrer neuen Klassengemeinschaft integriert, schnell viele Freundinnen gewinnen können und gute schulische Leistungen gezeigt. In der 7. Klasse sei die Freundschaft zu ihrer besten Freundin entstanden und seit zwei Jahren habe sie auch einen festen Freund. Sie habe die Realschule mit der Mittleren Reife Juli 2016 abgeschlossen und besuche jetzt die 11. Klasse einer Fachoberschule.

## **Familie**

Ihre Mutter sei 42 Jahre alt, von Beruf Sozialversicherungsfachangestellte. Sie sei übertrieben ängstlich, habe Angst vor dem Autofahren, vor allem auf Autobahnen, vor dem Fliegen und vor Einbrechern. Ferner wirke sie oft gestresst, mache sich viele Sorgen und flippe bei jeder Kleinigkeit aus. Sie nehme ihre Mutter nicht so richtig ernst, da sie oft nicht erwachsen wirke.

Ihr Vater sei 43 Jahre alt, von Beruf Marketingmanager in einer größeren Firma. In seiner Vorgeschichte habe er Panikattacken gehabt. Wegen seines erhöhten Alkoholkonsums gebe es häufig Ehekonflikte.

Sie habe noch einen sechs Jahre jüngeren Bruder, der zu Hause häufig ein oppositionelles Verhalten zeige, bei dem ihre Mutter überfordert wirke. Die familiäre Atmosphäre sei immer von Angst geprägt gewesen.

**Initialer Tagtraum** (zu Beginn einer KIP und auch zur Diagnostik wird eine erste Imagination in der Regel mit dem Blumen- oder Baum-Motiv durchgeführt):

Sie sieht auf einer Wiese eine Margerite, als einzige Blume. Die Margerite trägt weiße feine Blütenblätter, in der Mitte einen gelben Punkt. Die Blüte steht auf einem feinen, kurzen Stängel, der keine Blätter hat. Die Blütenblätter fühlen sich weich und zerbrechlich an, sind leicht zu verletzen. Sie setzt sich mit dem Rücken zur Blume auf die Wiese, fühlt sich nicht gut. Sie wünscht sich ihre Freundin herbei, die auch mit einem Picknickkorb mit Wasser, Käse

und Kinderschokolade kommt. Das schlechte Gefühl nimmt jedoch nicht ab. Sie stellt sich dann vor, auf einem Fest in einem Park mit vielen Besuchern zu sein. Dort in der Nähe ihrer Freundin fühlt sich besser.

## Psychodynamik

Psychodynamisch ist die Symptomatik folgendermaßen zu verstehen: Die Beschreibung der Mutter durch die junge Frau lässt vermuten, dass auch die Mutter erhebliche strukturelle Beeinträchtigungen aufweist und deswegen in der frühkindlichen Entwicklung ihre Tochter nicht in der Lage war, sie ausreichend kongruent und markiert zu spiegeln und damit zu regulieren. Auch der Vater scheint in dieser Hinsicht keine Kompensation dargestellt zu haben. Klar abgegrenzte Selbst- und Objektrepräsentanzen konnten nicht herausgebildet werden, so dass keine sichere innere Basis und Bindungsrepräsentanzen entstehen konnten. Eigene Affekte konnten somit nicht ausreichend erlebt und reflektiert werden, sodass das Kind weiterhin auf Affektregulation durch andere angewiesen blieb (Taubner, 2015). Ihre ausgeprägten Trennungsängste und ihre Angst alleine gelassen zu werden, im Kindesalter und auch in der weiteren Entwicklung lassen sich so gut verstehen. Im Kindergarten, in der Grundschule und in der Realschule war es ihr immer wieder möglich, sich zu integrieren und Freundschaften zu knüpfen. Diese Fähigkeit weist darauf hin, dass sie gut in der Lage war und ist, haltgebende Beziehungen zu suchen und einzugehen. Dies führte zu einer gewissen Stabilisierung, die es ihr erlaubte, ohne größere psychische Probleme und Symptombildungen durch die Kindheit, Grund- und Realschulzeit zu kommen. Besonders stabilisierend waren ihre Freundschaften zu ihrer besten Freundin und ihrem Freund sowie die Integration in die Klassengemeinschaft der Realschule. Diese Beziehungen waren jedoch auf die reale Anwesenheit und Verfügbarkeit der Beziehungspersonen begrenzt (Nähe-Distanzkonflikt, passiver Modus). Innere Repräsentanzen dieser Beziehungen konnten sich aufgrund fehlender Selbstentwicklung infolge mangelnder Selbst-Objektdifferenzierung nicht herausbilden.

Mit dem Wechsel auf die Fachoberschule fielen diese drei Beziehungsanker auf einmal weg. Sie verlor ihre feste Klassengemeinschaft der Realschule, ihre Freundin reiste für ein halbes Jahr ins Ausland und ihr Freund äußerte den Wunsch, ein Auslandssemester zu machen. Mit dem Wegfall dieser drei ihr fragiles Selbst stabilisierenden Beziehungen kam es zur psychischen Dekompensation, die sich in Form eines ausgeprägten Selbstverlustes (Dissoziationen, Depersonalisation) zeigte. Dieser ging mit massiven Ängsten einher.

Andererseits wirkten unbewusst Zwangsgedanken diesem Kohärenzverlust entgegen. Für sie primär nicht fassbare heftige Affekte der Angst und Wut vor Selbstverlust und Objektverlust entluden sich in unkontrollierten destruktiven, gegen sich und andere gerichtete Zwangsgedanken (Äquivalenzmodus, vgl. Taubner 2015). Die mit den Zwangsgedanken einhergehenden Ängste konnten aber von ihr erlebt und auch beschrieben werden, was bei ihr zu einer gewissen Stabilisierung führte.

Stabilisierend zu Beginn der Therapie waren die Entscheidungen ihres Freundes, nicht ins Ausland zu gehen, ihre Integration in ihre neue Klasse und die neue therapeutische Beziehung in der Therapie.

### **Zusammenfassung der Diagnostik und diagnostische Einschätzung**

Anna zeigte dissoziative Symptome, v. a. Depersonalisationserleben, Zwangsgedanken und -impulse, sich selber oder anderen etwas anzutun, die Unfähigkeit alleine zu sein, sowie ausgeprägte Verlust-Ängste.

Auf Achse 1 ICD-10 diagnostizierte ich eine Dissoziative Störung, Zwangsgedanken und eine generalisierte Angststörung

Darüber hinaus führte ich eine OPD-KJ-2-Diagnostik in Form eines halbstandardisierten Interviews durch.

Demnach zeigte Anna erhebliche Beeinträchtigungen in allen Struktur-Modi: Steuerung, Identität, Interpersonalität, Bindung, wobei sie, wie es sehr oft bei Jugendlichen der Fall ist, weder eindeutig auf dem neurotischen, noch auf dem Borderline-Niveau einzuordnen war, sondern sich in einem Zwischen-Niveau (2,5), einem Grenzbereich befand.

Das entsprach auch dem, wie sich die junge Frau im alltäglichen Leben zeigte. So war sie prinzipiell beziehungsfähig, suchte aktiv nach haltgebenden sozialen Kontakten, war in der Lage, sich allgemein zu strukturieren, für sich zu sorgen und war leistungsfähig. Die Symbolisierungsfähigkeit und die Fähigkeit zur Introspektion waren stark eingeschränkt, jedoch prinzipiell vorhanden. Auf der anderen Seite zeigten sich erhebliche Einschränkungen vor allem in der Dimension Identität, in der Kohärenz ihres Selbst und im Selbst-erleben. Ihre Symptomatik war so ausgeprägt, dass sie Auswirkungen auf alle Lebensbereiche hatte.

Auf der Konfliktachse zeigte sich vor allem ein Nähe-Distanzkonflikt im passiven Modus.

## Therapieplanung

Ich plante ein vor allem strukturförderndes therapeutisches Vorgehen mit den Strukturfoki: Förderung der Selbst-Entwicklung, des Affekterlebens, der Affektdifferenzierung und Affekttoleranz. Mit den Zielen der Förderung der Identitätsentwicklung, Förderung der Unabhängigkeit von anderen Menschen und Förderung der Fähigkeit, alleine zu sein. Zu beachtende weitere therapeutische Themen waren ihre erhöhte Verletzlichkeit und ihre abgewehrte Aggression.

## Therapeutisches Vorgehen und Therapieverlauf

Am Fall Anna möchte ich exemplarisch mein therapeutisches Vorgehen bei jugendlichen Patienten mit ausgeprägten strukturellen Beeinträchtigungen beschreiben, d. h. bei Jugendlichen, die weder eindeutig auf dem Borderline-Niveau noch auf dem neurotischen Niveau einzuordnen sind.

Mein therapeutisches Vorgehen stützt sich vor allem auf das von Leuner (Begründer des Katathymen Bilderlebens, heute Katathym Imaginative Psychotherapie KIP) entwickelte, in die Imagination hineinführende, begleitend stützende, Affekte und Sinneswahrnehmung fördernde und anreichernde therapeutische Vorgehen.

Zusätzlich basiert mein Vorgehen auf drei weiteren Konzepten:

- einerseits auf dem Konzept der Psychotraumatherapie mit der KIP nach Steiner und Krippner (2006),
- der Strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf (2004)
- und der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie nach Allen, Fonagy und Bateman (2008).

Mein therapeutisches Vorgehen ist zu verstehen als eine Möglichkeit einer strukturbezogenen Katathym Imaginativen Psychotherapie bei Adoleszenten.

Ich habe sie in vier Phasen eingeteilt:

*Phase I: Schaffung einer sicheren inneren Basis und Entwicklung und Stärkung der inneren affektiven Welt*

Die erste Phase der Therapie hat zwei Schwerpunkte. Einerseits geht es im therapeutischem Prozess darum, dass die Patientin mit Hilfe der begleiteten Imaginationen ein beständiges inneres (imaginatives) Bild entwickelt, das angereichert ist mit positiven Affekten, dem Gefühl der Sicherheit, des Sichwohl-fühlens, Sich-geborgen-fühlens und des gut versorgt und behütet zu sein. D.h., dass es der Patientin gelingt, sich mit Hilfe von Imaginationen in



einen Zustand der psychischen Stabilität und Sicherheit zu begeben, indem er/sie sich in der Therapie oder auch für sich alleine ihren Sicheren Ort oder Wohlfühlort imaginiert. In ähnlicher Weise geht es darum, dass sie imaginativ am sicheren Ort, affektiv positiv besetzte innere Begleiter und Helfer kreiert (positive Introjekte).

Wie bei so vielen Patienten mit strukturellen Einschränkungen fiel es Anna nicht leicht, einen für sie sicheren imaginativen *Wohlfühlort* zu finden. Sie imaginierte bei dieser Motivvorgabe ein tiefes Tal, das von einem dunklen, bedrohlichen Wald begrenzt war. In diesem befanden sich eingezäunt Schafe. Sie nahm ein kleines Lamm zu sich, streichelte und fütterte es (Abb. 1).



Abbildung 1: Wohlfühlort

Deutlich wird, dass, neben dem beschützenden Tal und den beschützten (eingezäunten) Schafen, in dieser Imagination vor allem das Bedrohliche imponiert, was sich eindrucksvoll in Form des dunklen Waldes zeigt. Die Schafe könnten (subjektstufig) die innere Hilflosigkeit, das Wehrlose symbolisieren. Anna war es aber angeleitet möglich, sich des Schwächsten, eines Lamms, anzunehmen, es zu beruhigen und emotional aufzufüttern.

In einem weiteren Tagtraum mit der Motivvorgabe, sich an einem sicheren Ort eine gute Gestalt vorzustellen, imaginierte sie sich in ihrem Wohnzimmer zu Hause. Als gute Gestalt erschien ein pinkfarbener 'Wuschel', der nur mit großen Augen und ohne Mund ausgestattet war, sodass er nicht sprechen konnte (Abb. 2).

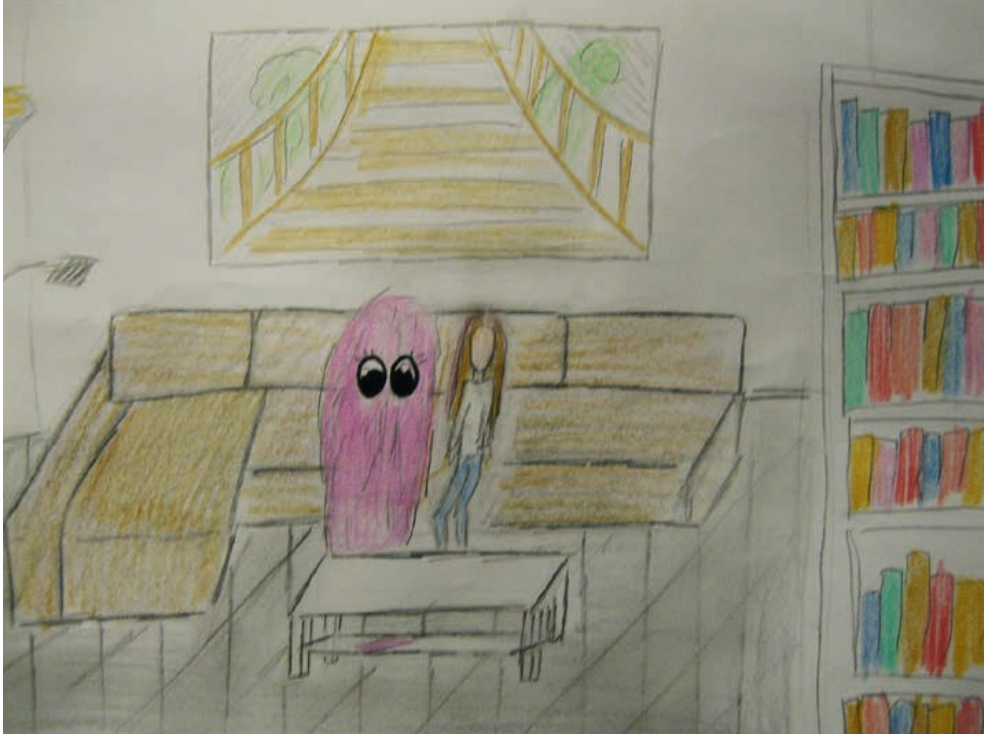


Abbildung 2: Eine gute Gestalt

In ihrem Bild zu dieser Imagination imponieren die weit aufgerissenen, ängstlichen Augen der guten Gestalt (Wuschel). Sie zeichnete sich als deutlich jünger wirkendes kleines Mädchen, ohne Gesicht. Jedoch empfand sie im Beisein des 'Wuschel' eine größere Sicherheit und erlebte das Anfühlen seines Fells, als weich und kuschelig.

Ihr (vermutlich mütterliches) Introjekt scheint wenig Halt und Sicherheit zu vermitteln. Hier könnte sich die ausgeprägte Unsicherheit und Ängstlichkeit der Mutter in der frühen Mutter-Kind-Beziehung ausdrücken. Eine affektive Beruhigung durch die Mutter scheint weniger durch sprachliche, markierte Affektspiegelung erfolgt zu sein, sondern beschränkte sich auf taktile Elemente, die unzureichend blieben. Somit konnten heftige Affekte bei dem klei-

nen Kind weder reguliert werden, noch auf Grund unzureichender markierter Spiegelung in ausreichendem Maße integriert werden. Dieses führte zu einer unzureichenden Selbstentwicklung, die sich eindrucksvoll im gemalten Selbstbild eines kleinen Mädchens ohne Gesicht zeigt.

*Der zweite Schwerpunkt in dieser Phase* besteht in der Erweiterung des affektiven Raumes während der Imaginationen, der Festigung der positiven Affekte, dem Anreichern des Wohlfühl-Ortes durch Hinzunahme aller Sinnesqualitäten, dem Hervorheben der Wichtigkeit des immer tieferen Erlebens der Affekte, des immer tieferen Eintauchens in die Affektwelt und das Zulassen auch neuer Affekte. Ferner geht es darum Affekte zu benennen, Narrative für sie zu schaffen, Affekte zu differenzieren und auf sie zu fokussieren. Über das differenziertere Wahrnehmen der eigenen Affekte, soll das Selbst zunehmend erfahren werden, um damit eine Selbststärkung und Selbstdifferenzierung zu erreichen.

Bei der Motivvorgabe *'tropischer Strand' mit guter und später hinzukommender 'wehrhafter Gestalt'* imaginierte Anna schon eine freundlichere Landschaft (Abb. 3).



Abbildung 3: Tropischer Strand

Sie erlebte sich zusammen mit ihrer hilfreichen Gestalt an einem hellen Strand mit feinem Sand am Meer mit klarem blauem Wasser. Ihr Strand war begrenzt von einer Mauer aus grauen Steinen und im Hintergrund war eine Stadt erkennbar. Als wehrhafte Gestalt erschien ihr ein 'Wuschel' mit schwarzer Lederjacke. Zum Schluss ließ sie sich mit ihren beiden 'Wuschel' an einem wärmenden Lagerfeuer nieder.

In dieser Imagination gelang es ihr erstmals, negative Affekte auszuklamern, sie hinter einer Mauer aus Steinen zu verbannen. Sie konnte sich dadurch mehr auf das affektiv Positive konzentrieren, es zulassen und erleben.

An dieser Stelle möchte ich zusammenfassend die spezielle *therapeutische Haltung und Technik der strukturbezogenen psychodynamischen Psychotherapie nach Rudolf* skizzieren:

Nach Rudolf (2004) geht es in der Behandlung von Patienten mit ausgeprägten strukturellen Beeinträchtigungen, um einen dritten psychodynamisch therapeutischen Weg, der nicht vorrangig analytisch verstehend, nicht hauptsächlich stützend-begleitend ist, sondern eine aktive entwicklungsfördernde und auch Selbstverantwortung einfordernde Vorgehensweise beinhaltet.

Diese aktive entwicklungsfördernde Vorgehensweise lässt sich besonders gut mit KIP-Techniken und vor allem auch in den Imaginationen praktizieren. Dabei geht es im therapeutischen Prozess nicht vorrangig um ein gemeinsames *Verstehen* der sich in den Imaginationen zeigenden Symbolik (konfliktfokussiertes Vorgehen), sondern um die *Förderung struktureller Entwicklungsaufgaben*:

- Die Wahrnehmung zu differenzieren: Einblick in das eigene Selbst nehmen, andere realistisch zu sehen und Worte zu finden für psychische Innenvorgänge.
- Regulieren lernen: Abstand zu gewinnen, Affekte auszuhalten, Impulse zu steuern, Handlungen zu verantworten, Beziehungen gestalten und schützen.
- Sich affektiv zu verlebendigen: emotionale Verbindung herzustellen, sich emotional berühren zu lassen, sich ausdrücken zu können, sich selbst und andere zu verstehen, ein lebendiges Körperselbst zu erfahren.
- Sich binden und lösen: positive Beziehungserfahrungen annehmen und in sich bewahren zu lernen, sich helfen zu lassen, sich binden und sich verabschieden zu können, sich von negativen Erfahrungen nicht überwältigen zu lassen.

Die therapeutische Haltung ist dabei angelehnt an die frühe Eltern-Kind-Beziehung: Mit markiertem Spiegeln, gemeinsamen Regulieren, geteilte Aufmerksamkeit, Anleitung zum Mentalisieren zu geben und um Rahmen geben und Grenzen setzen.

Jedoch möchte ich betonen, dass mein affektfokussiertes therapeutisches Vorgehen nicht mechanistisch, sondern in allen seinen Facetten und vor allem auch in den Imaginationen im Rahmen der therapeutischen Beziehung zu verstehen ist, insbesondere auch mit den zu nutzenden Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen (siehe auch Dieter, 2006).

### *Phase II: Exploration*

In dieser Phase geht es um die Förderung der Exploration in den Imaginationen.

Angelehnt an das therapeutische Vorgehen der Psychotraumatheapie mit der KIP beginnen die Imaginationen während der gesamten Therapie immer am 'Sicheren Ort' und zusammen mit den inneren Helfern. In der Phase der Exploration geht es darum, von diesem Ort ausgehend, die Umgebung zu explorieren und zum Abschluss der Imagination zum sicheren Ort zurückzukehren (angelehnt auch an ein Bindungstherapeutisches Vorgehen). Bei der Exploration der Umgebung geht es um die Entfaltung des affektiven inneren Raumes, der Entstehung einer sich immer weiter differenzierenden inneren affektiven Landschaft, das Herausbilden eines inneren Panoramas. Hierfür bieten sich bekannte KIP-Motive an, wie z.B. einen 'Bachlauf' oder einen 'Weg' aufzusuchen und diesem zu folgen, eine 'Autofahrt' oder 'Bootsfahrt' vorzunehmen. Hilfreich kann es auch sein, die sich in den bisherigen Imaginationen spontan zeigenden Motive und Symbole wieder aufzusuchen sowie die Nutzung stärkender, die Selbstentwicklung fördernder Motive, wie das 'Spiegelbild', der 'Zwilling', die 'goldene Kugel', die 'Kraftquelle', etc..

Zurück zu Annas Imaginationen: Beim Aufsuchen eines Bachlaufes kam sie an zwei Angst ausdrückenden, heruntergekommenen Häusern vorbei. Sie wollte dem Bach nicht folgen, sondern überquerte ihn über eine Brücke und gelangte mithilfe ihrer Helfer auf einen Hügel, wo ein Haus stand. Dieses Haus fand sie leer vor und richtete es für sich ein (Abb. 4).



Abbildung 4: Bachlauf und Haus

Die beiden, in ihren Worten 'heruntergekommenen Häuser' könnten als Symbole für ihre Eltern gedeutet werden. Auch bei diesen Häusern imponiert der Affekt der Angst, was sich gut in den gesichtsähnlichen Fassaden mit zwei großen Fenstern (Augen) und dunkler Tür (aufgerissener Mund) zeigt. Die eingezäunten leeren Vorgärten könnten auf die emotionale Leere und die übermäßige Kontrolle in der Beziehung zur Patientin hinweisen.

Anna berichtete dazu oft in der Therapie, dass sie ein wirkliches Interesse ihrer Eltern an ihr vermisse. In dieser Phase der Therapie wurden bewusst diese affektiv negativ konnotierten Symbolgestalten nicht weiter fokussiert, da es ggf. eine Überforderung dargestellt und eine verstärkte Abwehr mobilisiert hätte. Jedoch möchte ich anmerken, dass es bei diesem therapeutischen Vorgehen nicht um ein gemeinsames Leugnen oder Verdrängen konflikthafter Materials gehen darf. Es gilt von therapeutischer Seite aus, die mit negativen Affekten einhergehenden Symbolgestalten oder Szenen bewusst zu registrieren, um sie im späteren Therapieverlauf gezielt wieder aufzugreifen und zu bearbeiten.

Im weiteren Imaginationsverlauf erklimm Anna dann mit Hilfe ihrer Helfer einen steilen Hügel und fand dort ein leeres Haus vor, was sie für sich gemütlich einrichtete. Dieser Prozess ist als ein inneres zum eigenen Selbst Kommen zu interpretieren und sollte sich auch in folgenden Imaginationen fortsetzen.



Abbildung 5: Schmetterling

Während einer späteren Imagination erblickte Anna spontan eine kleine Raupe, die sie gleich sehr faszinierend fand und seitdem in ihren Imaginationen immer bei sich trug. Sie identifizierte sich schnell mit dem kleinen Tier, kleidete es auch so, wie sie als kleines Mädchen gekleidet war. Später machte ich ihr den Vorschlag, dass sich die Raupe vielleicht auch einmal verpuppen könnte. Sie setzte sie daraufhin in einer Imagination an ihr Haus, wo sie sich schnell in einen Kokon verpuppte. Gleichzeitig betrat sie in ihr Haus und gestaltete es um. Etwa ein halbes Jahr später forderte ich sie auf, nach dem Kokon an ihrem Haus zu schauen. Aus diesem entwickelte sich dann ein bunter Schmetterling, der zu einem weiteren inneren Begleiter wurde (Abb. 5).

In dieser symbolischen Wandlung innerhalb der Imagination zeigte sich die enorme Entwicklung der jungen Frau hin zu einem reiferen erwachsenen Selbst. Jedoch fällt auch bei dem Selbstsymbol des Schmetterlings weiterhin die fehlende Wehrhaftigkeit und damit hohen Verletzbarkeit Annas auf. Ein konstruktiver Zugang zur eigenen Aggressivität war noch nicht möglich.

### *Phase III: Konfrontation*

In dieser Phase geht es darum, die Patientin von ihrer imaginativen sicheren Basis ausgehend und in Begleitung seiner inneren Helfer, vorsichtig und herantastend mit negativen Affekten zu konfrontieren. Die Patientin soll lernen, schwierige und negative Affekte auszuhalten, sie zu benennen und zu integrieren. Ziel ist die Förderung der Affektregulation und der Affekttoleranz. Hilfreich ist in dieser Phase ein dynamischer Wechsel von konfrontativen und stützenden Motiven, je nach aktueller Situation und Bedürftigkeit der Patientin. In dieser Phase ist auch ein Wechsel hin zu einem konfliktfokussierten, aufdeckend-verstehenden Vorgehen durchaus angezeigt. Ist die Symbolisierungsfähigkeit soweit fortgeschritten und kann ein Nachsinnen über die sich zeigende Szenen und Symbole und damit ein reflektierendes Verstehen erfolgen (Mentalisierungen), trägt dieses im Besonderen zu Affektregulierung bei. In dieser Phase lassen sich jetzt gut die Szenen oder Motive wieder aufgreifen, die sich in Imaginationen zuvor zeigten aber mit eher negativen Affekten verbunden waren und deswegen bisher nicht weiterbearbeitet wurden.

Bei Anna ging es in der Phase der Konfrontation um die Themen Angst und Aggression. Ich wählte dazu zuerst das Motiv 'Löwe'. Diese Motivvorgabe fokussiert auf den Affekt der Aggression. Anna konnte sich mit Hilfe ihrer Helfer dem Löwen aus der sicheren Deckung heraus annähern, fütterte ihn und gewann ihn schließlich als weiteren inneren Helfer und Gefährten. In einer späteren Sitzung fokussierte ich auf die beiden Angst ausdrückenden, heruntergekommenen Häuser. Auch diesen konnte sich Anna ohne größere Probleme nähern. In der Imagination renovierte sie beide Häuser und richtete sie für ihre 'Wuschel' und den 'Löwen' ein. Deutlich zeigte sich in diesen Imaginationen, wie es der jungen Frau gelang, sich negativen Affekten langsam und mit therapeutischer Hilfe zu nähern, sie auszuhalten und zu verändern (Abb. 6).





Abbildung 6: Löwe

Ihr Bild zeigt sehr eindrucksvoll, wie sich konflikthafte (sexuelle) Inhalte (männlicher Löwe auf dem Bett liegend) mit strukturellen Beeinträchtigungen (fraktioniertes Selbst), in Gestalt eines unsicheren, gehemmten Mädchens, das nur ausschnittsweise im Spiegelbild zu sehen ist, parallel in Erscheinung treten. Hier gilt es vorsichtig vorzugehen, um das fragile Selbst nicht zu überfordern. Von daher sind auch die Phasen Exploration und Konfrontation nicht streng voneinander zu trennen. Hilfreich ist ein dynamisches Umgehen mit diesen Phasen, je nach Situation, Befindlich- und Bedürftigkeit der Patientin. Dieses zeigt sich z.B. auch in der Nutzung Selbst-Objekt-symbolisierender Motive, wie hier dem Spiegelbild, das einerseits eher stützend und stärkend, aber auch konfrontierend sein kann.

Für Anna wählte ich in Folge weitere für sie eher konfrontative Motive, wie das Aufgreifen des Motives 'Schlange', die sich zuvor schon mehrfach zeigte, aber auch 'Tierfamilie' und 'Dschungel'. Es ging dabei um ein langsames, behutsames und übendes Vorgehen negative Affekte zu integrieren.

In dieser Phase können auch *weitere therapeutische Techniken aus der Psychotherapie* mit der KIP eingesetzt werden, wie die 'Arbeit mit dem

inneren Kind' (das 'ängstliche, das verlassene innere Kind'), spezielle Motive der Affektkonfrontation ('Haus der Gefühle', 'Zoo der Gefühle'), 'Arbeit mit dem inneren Kritiker', sowie die Nutzung weiterer innerer Helfer, wie z.B. 'Die weise und milde Gestalt'.

Im Verlauf dieser Phase veränderte sich das affektive Erleben bei Anna deutlich, was sich auch eindrucksvoll in ihren gemalten Bildern zeigte. In ihren Bildern wurden die Farben kräftiger, heller, freudiger und leuchtender. Die Stilmittel lebendiger spontaner, weniger zwanghaft. Anna selbst war fasziniert von der sich neu ergebenden affektiven Vielfalt. Sie wurde zudem auch zunehmend selbstbewusster und eigenständiger (Abb. 7 und 8).

#### *Phase IV. Zusammenfassende Betrachtung des Therapieverlaufes, Würdigung des Erreichten, Abschied*

In dieser Phase geht es darum, gemeinsam den gesamten Therapieverlauf zu reflektieren. Vor allem gilt es die Entwicklungsfortschritte in den Imaginationen, wie auch im alltäglichen Leben, in den Beziehungen und den Symptomenverlauf zu besprechen und zu würdigen. Dazu bietet sich an, die Bilder der Imaginationen im Verlauf und im Ganzen zu betrachten. Auch ist eine Bilanz zu ziehen, was erreicht wurde und was noch unbearbeitet blieb und zu einem späteren Zeitpunkt weiter zu bearbeiten wäre. Dann gilt es den Abschied vorsichtig und behutsam zu gestalten.



Abb. 7) und (Abb. 8): Die Bilder werden leuchtender

## Symptomverlauf

Wie entwickelten sich in den 2,5 Jahren Therapie (etwa 75 Therapie-Stunden) die anfangs von der jungen Frau geschilderten Symptome und wie gestaltete sich ihre reale Entwicklung?

Schon nach der Probatorik entschied sich Anna erstmals alleine in ihrem Zimmer zu schlafen. In den Weihnachtsferien 2017 gelang es ihr das Alleine-für-sich-zu-sein mit Lesen, Malen, Musikhören zu genießen. Im Verlauf des Jahres 2018 konnte sie sich in eine neue Jugendgruppe, den Freundeskreis ihres Freundes, integrieren und neue soziale Kontakte in ihrer Schule knüpfen. Ihr war es zunehmend möglich sich ihren Ängsten zu stellen und diese zu bewältigen. So unternahm sie einen einwöchigen Zelturlaub zusammen mit ihrem Freund und seiner Klicke im Sommer 2018. Im Verlauf des Jahres 2019 bewältigte sie reale Krisen und schwierige Situationen, die sich um eine schulische Präsentation und ihrem Abitur ereigneten. Im weiteren Verlauf des Jahres 2019 kam es zur Relativierung früherer wichtiger Bezugspersonen. Die Beziehung zu ihrer besten Freundin, die sich schon 2018 entschloss an einem anderen Ort eine Ausbildung zu beginnen, wurde zunehmend lockerer und weniger intensiv. Im Sommer 2019 trennte sich Anna vom Freund. Sie erlebte die Beziehung als weiterhin Halt gebend, was aber alleine für sie nicht mehr ausreichend war, da sich weitere, tiefere Bedürfnisse bei ihr entwickelten. Sie reiste dann im September 2019 mit zwei Freundinnen für ein verlängertes Wochenende nach Hamburg, was noch ein Jahr zuvor für sich nicht vorstellbar gewesen wäre. Schließlich begann sie im Herbst 2019 ihr Studium, was auch mit der täglichen Bahnfahrt in eine andere Stadt verbunden war. Ihre dissoziativen Symptome, Angstattacken und Zwangsgedanken traten zunehmend weniger auf, teilweise nur noch in emotional belastenden Phasen oder Situationen und verschwanden im Herbst 2019 fast vollständig. In einer der abschließenden Stunden schlug ich ihr als Motiv vor, von ihrem sicheren Ort aus durch ein Tor zu gehen (Abb. 9).



Abbildung 9: Durch ein Tor gehen

## Zusammenfassung

Meiner Erfahrung nach weisen Jugendliche, die in die jugendpsychiatrische oder jugendpsychotherapeutische Praxis kommen, in der Regel mehr oder weniger ausgeprägte strukturelle Defizite oder Beeinträchtigungen auf. Ein ausschließlich konflikt-fokussiertes Vorgehen kann deshalb leicht zu einer Überforderung dieser Jugendlichen im psychotherapeutischen Prozess führen. Folge ist nicht selten eine verstärkte Abwehr und letztendlich auch Scheitern der Behandlung. Vor diesem Hintergrund bedarf es im Vorfeld der Therapie einer eingehenden Strukturdiagnostik. Liegen schwere oder mittelschwere strukturelle Beeinträchtigungen vor, bedarf es einer speziellen therapeutischen Vorgehensweise, die sich von der konfliktfokussierten, analytisch verstehenden Vorgehensweise unterscheidet und einen eher entwicklungsfördernden Fokus hat. Im Rahmen dieses entwicklungsfördernde therapeutische Herangehen steht die Entfaltung der inneren Affektwelt, das Differenzieren, Integrieren und Regulieren der Affekte im Vordergrund. Hierzu ist die Kathym Imaginative Psychotherapie (KIP) in besonderer Weise geeignet.

**Literatur:**

- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, W.* (2008) Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.)* (2020) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. Göttingen: Hogrefe
- Dieter, W.* (2006) Explizite und implizite KIP-Behandlungstechnik. Imagination Heft1/2006. Wien: Facultas, 5-29
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M.* (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Koch, E., Resch, F.* (2017) Funktioneller Kontextualismus und die OPD-KJ-2. In: Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (Hg.) Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Stuttgart: Schattauer, 255
- Kottje-Birnbacher, L.* (2001) Einführung in die katathym-imaginative Psychotherapie. Imagination 23, Heft 4. Wien: Facultas
- Rudolf, G.* (2004) Strukturbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer
- Steiner, B., Krippner, K.* (2006) Psychotraumatheorie. Stuttgart: Schattauer
- Taubner, S.* (2015) Konzept Mentalisieren. Gießen: Psychosozial-Verlag

**Autor:**

Hans-Dietrich Gersdorf  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie  
Aschaffener Str. 148  
63773 Goldbach

# Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Teil IV: Zeichnerische Gestaltungsverfahren

*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 (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 projektiven Zeichentests: Baumtests, Menschzeichnung und Varianten, Familienzeichnungen. Er ersetzt nicht die Lektüre der Originalliteratur oder des Testmanuals.

## Einführung

Malen gehört wie Spielen zum spontanen Ausdrucks- und Beschäftigungsrepertoire von Kindern. Die vier wichtigsten *Funktionen des Zeichnens im Kindesalter* sind (n. Jennie 2013, S. 228):

1. *Nachahmungsfunktion*: Das Kind ahmt die Erwachsenen nach und übt dabei kommende Fertigkeiten, ohne dass es auf den Inhalt der Zeichnung ankommt.
2. *Abbildungsfunktion*: Das Kind versucht, die Wirklichkeit möglichst genau darzustellen.
3. *Kommunikationsfunktion*: Die Zeichnungen haben Mitteilungscharakter, fordern das Gegenüber zum Dialog heraus, erzählen eine Geschichte oder

drücken die innere Befindlichkeit des Kindes aus. Hier setzt das Squiggle-Spiel von Winnicott an.

4. *Ausdrucks- und Symbolfunktion*: Die Inhalte der Zeichnungen verweisen mehr oder weniger symbolisch verschlüsselt auf auch unbewusste Konflikte, Wünsche, Bedürfnisse und nachwirkende Erfahrungen hin. Belastete Kinder drücken ihre Sorgen und Nöte häufig in spontanen Zeichnungen aus, die mehr oder weniger symbolisch verschlüsselt auf ihre innere Situation hinweisen. Die projektiven Zeichentests nutzen dieses Bedürfnis nach expressiver Konfliktlösung auf systematische Weise.

Die *Entwicklung der Zeichenfertigkeit* erfolgt in regelhaft aufeinander aufbauenden Stufen, allerdings mit einer erheblichen Altersvariation, wie die nachstehende Grafik zeigt:

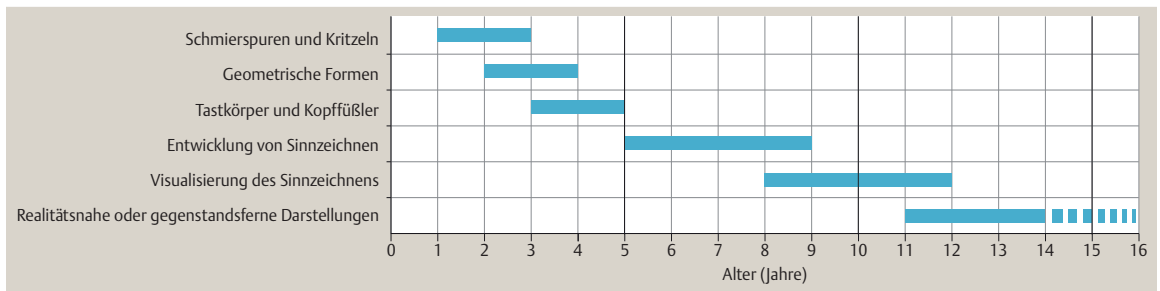


Tabelle 1: Entwicklung des kindlichen Zeichnens (Daten aus den Zürcher Longitudinalstudien, Jenni 2013, S. 229)

Die Variationsbreite ist abhängig von Geschlecht, Übung und Förderung, individuellen Schwächen und Stärken, Entwicklungsstand der Gestaltwahrnehmung und psychomotorischer Kompetenz und nimmt ab der Pubertät noch deutlich zu.

Zur Diagnostik der kognitiven und intellektuellen Entwicklung stehen wesentlich präzisere Instrumente zur Verfügung, immerhin können Zeichnungen auf erhebliche Entwicklungsrückstände und besondere Begabungen hinweisen. Kinder mit einem kognitiven Entwicklungsrückstand durchlaufen die gleichen Zeichnungsstadien, wenn auch verzögert und erreichen häufig nicht die höheren Stufen der Zeichnungsentwicklung. Überdurchschnittlich kluge Kinder durchlaufen diese Stadien mit deutlich schnellerem Entwicklungstempo, verfügen früh über gute graphomotorische Kompetenzen und gestalterische Kreativität, einen hohen Abstraktionsgrad und können ungewöhnliche sprachliche Kommentare zu ihren Gestaltungen abgeben (Seidel 2007, 567).

Ausgesprochen karge Gestaltungen können auf mangelnde Motivation bzw. auf Abwehr gegenüber der Aufgabe hinweisen, insbesondere bei Jugendlichen. Allerdings verweisen sie häufig auf einen Mangel an Fantasie und auf emotionale Einschränkungen, die typisch sind für Kinder mit unzureichenden oder traumatisierenden Bindungserfahrungen.

*Kultur und Kinderzeichnung:* Die grafischen Grundelemente, mit denen Kinder zu zeichnen beginnen, sind weltweit dieselben; auch die Entwicklung der Zeichenfertigkeit erfolgt in allen Kulturen ähnlich. Die Verwendung dieser Elemente ist allerdings kulturell unterschiedlich und erscheint beeinflusst vom kulturbedingten Selbstkonzept: Während den westlichen Kulturen das unabhängige Individuum im Zentrum der Erziehung und des Selbstverständnisses steht, vermitteln östliche bzw. ländliche Kulturen, in denen sich der Einzelne der Gemeinschaft unterordnet, ein „verbundenheitsorientiertes“ Selbstkonzept (Keller 2011, 16ff.). Damit tritt die Wahrnehmung und Darstellung der eigenen Person hinter der Betonung der Familie oder Gruppe zurück, Gefühle werden stärker kontrolliert, das Gesicht verborgen oder Details nur angedeutet (Gernhardt 2012, 13f.). Kulturell unterschiedlich ist auch die Bedeutung von Tieren wie beispielsweise der Kuh in Indien und des Schweins in muslimischen Gesellschaften, was bei der Interpretation projektiver Zeichentests, besonders bei der „Familie in Tieren“ unbedingt zu beachten und zu erfragen ist.

*Symbolische Bedeutung formaler Aspekte:* Ein Kind zeichnet einen großen, hoch aufragenden und sich weit ausbreitenden Baum in der Mitte des Bildes, ein anderes Kind malt ein winziges Bäumchen eng an den Bildrand gedrängt. Wenn wir den Baum als Selbstsymbol auffassen, stellt sich die Frage, was das Kind mit diesen formalen Aspekten seiner Gestaltung (Platzierung und Größe) etwa über sein Selbstwertgefühl oder seine erlebte Bedeutung in der Welt zum Ausdruck bringt.

Mit dem symbolischen Gehalt formaler Aspekte in bildnerischen Gestaltungen hat sich insbesondere die psychoanalytische Schule von C. G. Jung beschäftigt (die nachfolgende Darstellung orientiert sich an Riedel 2005).



*Raumorientierung:* Unser Sprachgebrauch weist darauf hin, dass der Verortung im Raum eine grundsätzliche (archetypische) symbolische Bedeutung zukommt: Rechts ist richtig, links ist falsch; oben ist gut, unten ist schlecht. Das Raumschema nach Jung (n. Riedel 2005, 36f) fasst diese Vorstellungen zusammen:

**Tab. 2:** Raumschema nach C. G. Jung

Symbolik der Höhe	
Vergangenheit	Zukunft
<b>Luft</b>	<b>Feuer</b>
Welt des Geistig-Spirituellen Transzendenz, Gott Überpersönliches Bewusstsein Passivität	Kollektives Bewusstsein Werte, Normen, Über-Ich Konformität Progression, Aktive Auseinandersetzung Selbstverwirklichung
Kollektives Unbewusstes Innenwendung, Introspektion Regression Noch unbewusste Ressourcen Schöpferisches Potential Innere Bilder	Körpergefühl Welt der Triebe und Bedürfnisse Geborgenheit, Urvertrauen
<b>Wasser</b>	<b>Erde</b>
Introversion	Extraversion
Symbolik der Tiefe	

Danach korrespondiert der linke obere Quadrant eines Bildes mit der überpersönlichen geistigen Welt, aber auch mit dem beiseite Stehen und sich Heraushalten. Der rechte obere Quadrant repräsentiert kollektiv bewusste Konventionen, Normen und Werte und repräsentiert die Auseinandersetzung mit der Realität. Der linke untere Quadrant repräsentiert die Tiefendimension des kollektiv Unbewussten, die Regression und das ungeliebte schöpferische Potenzial. Der rechte untere Quadrant steht in Verbindung mit dem persönlichen Unbewussten, dem Körper und seinen Bedürfnissen, mit Nähe, Vertrauen und Geborgenheit.

*Bewegung und Zeit:* Im zweidimensionalen Bild lassen sich zeitliche Abfolgen nur als Wegstrecken abbilden. Wir im Westen schreiben von links nach rechts, unser Zeitstrahl weist von der Vergangenheit links nach rechts in die Zukunft. Bittet man Kinder und Jugendliche am Ende einer Therapie, ihren Weg in der Therapie zu imaginieren und zu zeichnen, weist die Darstellung immer von links nach rechts und fast immer von unten und aus der Dunkelheit nach oben ins Licht.

Die Intensität der Strichführung verweist auf Intensität, den Fluss oder die Hemmung der emotionalen Bewegung des Probanden. Ein zaghafter Strich spricht für Gehemmtheit und Unsicherheit, vielleicht auch für Zwangstendenzen und starke Selbstkontrolle. Ein zügiger, entschlossener Strich weist auf Schwung und Entschlossenheit, vielleicht aber auch auf Unbekümmertheit und einen Mangel an Kontrolle hin.

*Symbolik der Farbe:* Auch Farben haben eine kollektive (wenn auch kultur- und sprachabhängige) symbolische Bedeutung: Weltweit steht Rot für Gefahr, aber auch für Verlockung; Grün für Sicherheit und Entwarnung. Blasser Farben repräsentieren Unscheinbarkeit, Hemmung, Vermeidung und einen Mangel an Lebensfreude. Warme Farben wie Rot, Orange und Gelb betonen die emotionale Bedeutung des dargestellten Elements, während kühle Farben wie Grünblau, Violett und Blau den Eindruck von emotionaler Distanz bis zur Abweisung vermitteln. Die Vermeidung sowie die Verwendung und Kombination von Farben in einer Zeichnung lassen sich so als Hinweis auf das Ausmaß der emotionalen Lebendigkeit eines Probanden auffassen. Daher empfiehlt es sich, unabhängig von der Instruktion des jeweiligen Zeichentests, grundsätzlich Farben und Bleistift anzubieten (Radiergummi und Lineal jedoch nur auf Anfrage, das hat dann auch eine Bedeutung).

Einschränkend ist an dieser Stelle anzumerken, dass in jeder Testsituation nicht nur Persönlichkeitsaspekte des Probanden, sondern auch seine Einstellung zum Test und insbesondere die Beziehung zum Untersucher zum Ausdruck kommen und in die Gestaltung einfließen. Daher verbieten sich Verallgemeinerungen der Interpretation von Einzelaspekten. Wie ja überhaupt alle projektiven Verfahren zunächst Hypothesen liefern, die in der Zusammenschau mit anderen Testergebnissen, der Anamnese, dem Befund und der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung überprüft, ggf. korrigiert und validiert (oder falsifiziert) werden.

### **Allgemeine Hinweise zu Anwendung, Durchführung und Interpretation:**

*Indikation:* In der Psychodiagnostik von Kindern und Jugendlichen werden Zeichnungen ab dem Alter von drei Jahren routinemäßig als Screening-Instrumente eingesetzt, die erste Hinweise auf den Stand der kognitiven und psychomotorischen Entwicklung sowie auf Bedürfnisse, Wünsche und Konflikte liefern können. Zeichnen kommt dem kindlichen Ausdruckswillen entgegen, erleichtert die Kontaktabstimmung und erfordert wenig Zeit- und Materialaufwand.

Die *Durchführung* erfordert ein entspanntes, wohlwollendes und angstfreies Klima. Die Aufgabe sollte eher als eine Art „Phantasiespiel“ angekündigt werden, bei älteren Kindern und Jugendlichen mit dem Hinweis, dass wir nicht in der Schule sind und es keine Noten gibt. Widerstände wie heftige Erregung, Trotz oder ausgeprägte Unlust sollten früh angesprochen und nach Möglichkeit geklärt werden. Nach Abschluss des Werks ist es sinnvoll, mit einer Würdigung des Gestaltungsprozesses und dem Eingehen auf Details ein offenes Gesprächsklima herzustellen.

Die *Nachbefragung* erfordert grundsätzlich eine offene, neugierig fragende Haltung. Sie versucht, die Motive und Absichten des Kindes beim Zeichnen genau zu verstehen. Sie zielt auf den Entstehungsprozess (was ist dir leicht gefallen? Was war schwierig beim Malen?), das kindliche Verständnis (was magst du denn an Hasen? Und was magst du an ihnen nicht leiden?) und die assoziative Anreicherung der dargestellten Symbole (Möchtest du gerne in dem Haus wohnen? Was fällt dir noch ein, wenn du dein Bild auf dich wirken lässt?). Die Fragen bleiben grundsätzlich auf der symbolischen Ebene, im Einzelfall können Jugendliche durchaus auch angeregt werden, darüber nachzudenken, was ihre Gestaltung über sie selbst aussagt.

Die *Interpretation* von Zeichnungen junger Menschen bezieht sich auf die erwähnten formalen und auf inhaltliche Aspekte, die bei den einzelnen Verfahren besprochen werden. Für die Beurteilung des Ausdrucksgehalts sind die Bindungserfahrungen eines Kindes, kulturelle Unterschiede, persönliche Erfahrungen mit bzw. Entfremdung von Natur und Tierwelt ebenso zu berücksichtigen wie der Einfluss von Comics, Werbung, Film und Computerspielen.

### **Der Baumtest von Koch (1949)**

Karl Koch konzipierte seinen „Baumzeichenversuch“ als projektives Verfahren zur ganzheitlichen Erfassung der Persönlichkeit. Der Autor verstand den Baum als uraltes Symbol, das die Welt, den Sitz des Lebens und der Götter und den Menschen selbst repräsentiert. Der Baum soll danach die Sicht zum Ausdruck bringen, die ein Mensch auf sich selbst, auf seine Geschichte, sein Verhältnis zur Welt und den höheren Dingen hat.

*Durchführung:* Der Proband wird gebeten, auf ein weißes DIN-A 4 Blatt mit einem Bleistift einen „Obstbaum“ zu zeichnen. Die Testdauer beträgt 5-10 Minuten.

*Auswertung:* Aus dem Versuch des Autors, in aufwendigen Testuntersuchungen an jungen Menschen „Entwicklungsreihen“ zu erstellen, ließen sich jedoch keine Normen im engeren Sinne ableiten.

Die *Interpretation* beruht nach Kochs phänomenologischem Ansatz auf intuitiv-ganzheitlichem Verstehen, auf Grundsätzen der Ausdruckspsychologie und Graphologie sowie auf dem Raumschema nach Jung. Interpretationshinweise im Sinne der Jung'schen Psychoanalyse gibt Lutz (2007, 164f): Sie versteht die Baumzeichnung als „Abbild der eigenen Ich-Identität“, aus der sich auf die Sichtweise des Probanden auf die Welt, auf ungelöste Konflikte oder problematische Kindheitserfahrungen schließen lässt. Größe und Lage des Baums auf dem Blatt weisen auf narzisstische Probleme wie Größenvorstellungen oder Scham hin, seine Position auf dem Blatt spricht für regressiv oder progressive Tendenzen, für den Umgang mit Grenzen oder für Hemmungen. Die Wurzelzone kann Auskunft über sichere oder unsichere Bindungen geben, die Ausgewogenheit der Gesamtform spiegelt Ausgewogenheit bzw. Unausgeglichenheit einzelner Lebensbereiche. So kann die Überbetonung der Krone für hohe Leistungsansprüche an sich selbst oder für Selbstüberschätzung stehen. Früchte können ein Indiz für den Stand der psychosexuellen Entwicklung, aber auch für erlebte Fülle oder orale Mangel Erfahrungen darstellen. Der Stamm repräsentiert nach Lutz den Verlauf der bisherigen Kindheit mit erlebten Entbehrungen und Traumata.

Der *Wittgenstein-Index* (Koch 2003, 45ff) setzt die Höhe des Baumes von der Stammbasis bis zur Kronenspitze in Beziehung zum Lebensalter des Probanden und soll so die zeitliche Einordnung auffällender Merkmale wie abgebrochene Äste oder Beschädigungen im Stamm als Hinweise auf erlebte Traumata gestatten, was allerdings in der Nachbefragung zu überprüfen wäre. Die Ausgestaltung der Umgebung des Baumes, die Jahreszeiten und die Atmosphäre der Zeichnung können auf die aktuelle emotionale Verfassung wie zum Beispiel auf eine depressive Verstimmung hinweisen.

Es folgt die Baumzeichnung eines 12-Jährigen, der in der Schule massiv gemobbt wurde (Abb. 1):

Das Bild zeigt in nur angedeuteter symbolischer Verhüllung, wie sich der Junge umzingelt, angegriffen und bedroht fühlt. Die gestrichelt angedeutete Verbindung zwischen den umrahmenden Bäumen wirkt wie ein Zaun aus Stacheldraht, der die Ausweglosigkeit seiner Situation ausdrückt. Die Keu-

lenform und die Betonung der Konturen des Stammes im Zentrum, ein offenkundiges Selbstsymbol, wirkt, als wollte er sich einrollen und damit schützen, verweist zugleich aber auf eine starke und stark gehemmte Frustrationsaggression.



Abbildung 1

*Beurteilung:* Der Baumtest ist als ökonomisches Screeningverfahren und als Mittel der Kontakthanbahnung weit verbreitet und durchaus nützlich. Er liefert Hinweise auf die Arbeitshaltung, den Leistungsanspruch, auf Konzentrationsfähigkeit und graphomotorische Kompetenz der Probanden. Aktuelle Normen und weitere Gütekriterien existieren nicht. Die Interpretation erfordert die Einbeziehung weiterer Informationen.

### **Imagination Baum nach Leuner (1985)** (vgl. Wienand 2016, 70ff)

Das Malen eines Bildes unterliegt noch der bewussten Kontrolle und somit dem Sekundärprozess. Projektive Diagnostik ist aber darauf ausgerichtet, vor- und unbewussten Inhalten, also dem Primärprozess, auf die Spur zu kommen. Dies wird erleichtert durch die Einbeziehung imaginativer Techniken, die durch die Induktion eines leichten Trancezustandes eine kontrollierte Regression erzielen und damit die bewusste Steuerung einschränken. Die Katathym

Imaginative Psychotherapie KIP, von Hanscarl Leuner in den 1950iger Jahren als Katathymes Bilderleben entwickelt, verfügt über ein breites Repertoire von Techniken, die das Erleben von intensiven und von Emotionen getragenen Imaginationen ermöglicht. Die KIP ist ein dialogisches Verfahren, das heißt, der Proband teilt seine inneren Vorstellungen mit, der Therapeut antwortet, begleitet und vertieft die Imagination durch behutsame Nachfragen, gibt Anregungen und ist so Partner in dem gemeinsamen Spiel-Raum der Phantasie und Kreativität. Leuner (1985, 336ff) verwendete die Imagination einer Blume als „Blumentest“. Der Baum als Motiv eignet sich insofern sehr gut bei Kindern, weil er (anders als die Blume) robust und stark ist, man viel mit ihm anfangen kann (ihn besteigen, sich verstecken, Früchte ernten, ein Baumhaus bauen, sich in seinem Schatten entspannen usw.) und weil er sich gut als Selbstsymbol eignet.

Die *Durchführung* der Imagination „Baum“ erfordert keine besonderen Vorkenntnisse oder Vorbereitungen. Sie kann direkt aus einem einleitenden Vorgespräch mit dem Vorschlag eingeleitet werden, ein „kurzes Phantasiespiel“ zu spielen. Der Patient wird gebeten, sich bequem hinzusetzen (so als wolltest du einschlafen) und erhält die *Instruktion*: „Stell dir bitte einen Baum vor, irgendeinen Baum, und erzähl mir, was du vor Augen hast.“ Der Untersucher begleitet die Imagination mit anteilnehmenden Fragen nach Einzelheiten des Baums wie Gestalt und Größe, Art und Alter, Blüten oder Früchten, und nach der näheren und weiteren Umgebung. Die Frage nach Jahreszeit und Wetter leitet über zu den sinnlichen Wahrnehmungen des Patienten, was zu hören und zu fühlen ist, wie die Luft riecht und welche Gefühle seine Eindrücke beim Anblick seines Baums in ihm auslösen. Dies führt zur Frage, was er nun mit seinem Baum am liebsten machen möchte, ob er ihn berühren, ihn vielleicht umfassen oder an ihm hochklettern möchte. Die Frage, ob alles so ist, wie er es gerne hätte, oder ob er noch etwas verändern möchte, führt zum behutsamen Ende der Imagination.

Unmittelbar anschließend wird der Patient gebeten, seinen Baum zu *malen*, dazu liegen ein DIN-A4-Blatt und Farbstifte bereit. Beim Malen oder danach entwickelt sich ein Gespräch über das, was der Patient erlebt hat und was er in dem Bild gestaltet. Die Fragen und Kommentare des Untersuchers beziehen sich auf die konkrete Symbolik, also auf den Baum, wie er da in der Landschaft steht, was sonst noch auf dem Bild zu sehen ist. Deutungen und Interpretationen werden nur aufgegriffen, wenn sie vom Patienten selbst stammen.

Hierzu ein Beispiel aus der Praxis des Autors:

*Ein 15-Jähriger wird mir von seiner Wohngruppe vorgestellt, nachdem andere Jugendliche versucht hatten, ihn zu erhängen. Sie wollten ihn wohl nur einschüchtern, aber er wäre dabei beinahe zu Tode bekommen. Nach einem Vorgespräch, in dem er eine dramatische Vorgeschichte andeutet, bitte ich ihn, sich als Phantasiespiel einen Baum vorzustellen. Er imaginiert und malt mit zartem Strich einen verküppelten Baum, der in einem kargen Hochgebirge weit oberhalb der Baumgrenze wächst und von einem Blitz getroffen wird, so dass nur noch der Baumstumpf übrig bleibt.*

Die Dramatik verschlägt mir den Atem. Ich kann nur darauf hinweisen, dass der Baum ja eine unglaubliche Überlebenskraft bewiesen hat und Wurzeln und Stumpf überlebt haben, so dass er eine Chance hat, neu auszutreiben.

*Interpretation:* Im Gegensatz zum Baumtest sind die Imaginationen und Bilder sehr viel plastischer und emotional lebendiger, sie enthalten eine dynamische Komponente und somit deutlich mehr diagnostische Informationen, etwa über die Qualität der inneren Welt des Probanden, über Gehemmtheiten und Handlungsbereitschaft, über sein Bedürfnisse und Konflikte, über Mut und Scheu. Der Baum kann als Symbol für sein Selbst, für den Stand seiner inneren Entwicklung und für wichtige Beziehungspersonen stehen; Landschaft, Tages- und Jahreszeit und Wetter als Ausdruck seiner aktuellen Gestimmtheit (oder Abwehr). Kargheit, Lebendigkeit und Ausgestaltung der Szene können auf Phantasie und Kreativität, aber auch auf den Charakter der Übertragung verweisen: Kann sich der Patient in der Situation für sein inneres Erleben öffnen und sich damit zeigen? Oder verschließt er sich und kapselt sich ab? Wie erreichbar dürfte er in der Therapie sein?

*Beurteilung:* Die Erfahrungen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie belegen immer wieder eindrucksvoll, dass Imaginationen auf erstaunlich leichte Weise einen Zugang zum Unbewussten und zum Primärprozess ermöglichen. Damit können psychische Sachverhalte, Einstellungen, Ängste, Konflikte und Affekte in einer Deutlichkeit und Klarheit symbolisiert und emotional verstanden werden, die sich mit konventionellen diagnostischen Methoden nicht in diesem Maße erreichen lässt. Dies gilt auch für die vergleichsweise einfach durchzuführende Imagination zum Motiv Baum im Rahmen einer projektiven Diagnostik. Weil die Regressionstiefe begrenzt bleibt, sind dazu keine besonderen Vorkenntnisse erforderlich. Das Fallbeispiel zeigt allerdings, dass unvermittelt starke Affekte ausgelöst werden können, mit denen entsprechend umzugehen ist.

## **Mensch-Zeichnungen** (vgl. Wienand 2016, 76ff)

Die Zeichnung eines Menschen wird einerseits zur Entwicklungsdiagnostik verwendet und berücksichtigt dann formale Kriterien der Gestaltung (Draw-A-Man-Test von Goodenough 1926; deutsche Bearbeitung: Mann-Zeichen-Test von Ziler 1958, aktualisierte Normen von Fliegner 2007; Zürcher Bewertungssystem der Menschzeichnung, Teplitz 2009), andererseits auch oder ausschließlich zur projektiven Diagnostik (Draw-A-Person-Test DAP, Machover 1949; Zeichne einen Menschen, Koppitz 1972, aktualisierte Normen von Ko 2004). Daraus haben sich diverse Varianten entwickelt (ausführliche Übersicht bei Sehringer 1999).

## **Zeichne einen Menschen (ZEM) von Koppitz (1972)**

Der ZEM ist als Screeningverfahren für Kinder zwischen fünf und 12 Jahren konzipiert und interpretiert die Menschzeichnung sowohl als Entwicklungs- bzw. Intelligenztest wie als projektiven Persönlichkeitstest und soll Hinweise auf die Persönlichkeitsentwicklung und schwerwiegender Auffälligkeiten geben. Er wurde an einer Stichprobe von 1856 Kindern der entsprechenden Altersstufen normiert und an einer weiteren Stichprobe von 347 Kindern mit den Ergebnissen eines Intelligenztests verglichen.

Die *Instruktion* lautet: „Zeichne eine ganze Person“.

Die *formale Analyse* der Menschzeichnung erfasst eine Reihe von definierten Kriterien wie Vollständigkeit der Körperteile, Proportionen, Symmetrie etc. Der ZEM von Koppitz bezieht sich auf und nennt 30 sog. Entwicklungsmerkmale. So ist bei einem 5 Jahre alten Jungen zu erwarten, dass der ZEM Kopf, Augen, Nase, Mund, Körper und Beine aufweist. Das Fehlen eines dieser Teile gilt als klinisch bedeutungsvoll. Pupillen und Lippen dagegen gelten (unter anderem) als außergewöhnliche Einzelheiten. Bei einem 12 Jahre alten Mädchen andererseits gelten weniger als zwei Kleidungsstücke als bedeutsam, als außergewöhnlich dagegen nur ein Knie (Koppitz 1972, 28 ff). Aus der Registrierung der erwarteten und außergewöhnlichen Entwicklungsmerkmale ergibt sich auf der Grundlage von Normen ein Gesamtpunktwert als Maß der geistigen Reife.

Die *inhaltliche Analyse* des ZEM erfolgt anhand von 30 sogenannten emotionalen Faktoren, die altersunabhängig als klinisch signifikant bewertet werden und sich aufteilen in Merkmale der zeichnerischen Beschaffenheit, besondere Merkmale und das Weglassen von Einzelheiten.



In einer *Validierungsstudie* (Ko 2004) fanden sich beispielsweise folgende Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und ZEM-Faktoren: Für Impulsivität sprechen u. a. schlechte Integration, Asymmetrie der Gliedmaßen, Weglassen des Halses. Auf Unsicherheit und Gefühle der Unzulänglichkeit weisen beispielsweise ein winziger Kopf, abgeschnittene Hände, Weglassen der Arme und Füße hin. Schattierungen, zusammengepresste Beine, Regen und fliegende Vögel sprechen für Angst. Hinweise auf Wut und Aggressivität liefern unter anderem eine gekreuzte Augenstellung, die Betonung der Zähne, lange Arme und große Hände, die Darstellung von Genitalien.

### **Der Draw-A-Person-Test (DAP) von Machover (1949)**

Im Gegensatz zum ZEM wurde der DAP als projektives Verfahren auf der Grundlage der Psychoanalyse entwickelt. Angeregt durch den Rorschachtest, ging die Autorin davon aus, dass sich in den Menschzeichnungen außer dem Entwicklungsstand auch Einstellungen, Befürchtungen, Persönlichkeitszüge, Impulse, Ängste, Konflikte und Kompensationen äußern: „In gewisser Weise ist die gezeichnete Gestalt die Person selbst und das Papier deren Umwelt“ (Machover 1949, n. Ko 2004, 4).

*Instruktion:* der Proband wird gebeten, mit einem Bleistift einen Menschen auf ein DIN A 4 Blatt Papier zu zeichnen, danach noch einen Menschen des anderen Geschlechts.

Die *Interpretation* beruht auf einer ausführlichen Nachbefragung einschließlich der Aufforderung, eine Geschichte zu der dargestellten Person zu erzählen. Sie erfolgt überwiegend qualitativ und klinisch-intuitiv. Eine Normierung ist nicht bekannt.

#### *Beurteilung:*

Menschzeichnungen sind ökonomische Screeningverfahren, die sich auch für den Einsatz in der Kinderarztpraxis eignen. Für eine differenzierte und präzise Entwicklungsdiagnostik stehen uns bessere Methoden zur Verfügung. Dass formale Kriterien von Kinderzeichnungen durch sozio-emotionale und Milieufaktoren beeinflusst werden, haben Winterstein & Jungwirth (2006) anhand einer Untersuchung von 1859 Vorschulkindern mit dem *Mensch-Zeichen-Test MZT für das Vorschulalter*, einer vereinfachten Variante des Mann-Zeichen-Tests von Ziler (1958) nachgewiesen. Die Eltern wurden nach ihren Rauchgewohnheiten und dem täglichen Fernsehkonsum befragt. Kinder mit extrem langen Fernsehzeiten zeigten ebenso wie die Kinder in Familien mit hohem Nikotinabusus in der Untersuchung signifikant häufiger Verhaltens-

störungen, Sprachstörungen, motorische Auffälligkeiten und Aufmerksamkeitsstörungen, ihre Zeichnungen wiesen eine deutlich schlechtere Qualität auf als die Zeichnungen von Kindern aus Nichtraucherfamilien und geringer täglicher Fernsehdauer.

Mit der vorgelegten quantitativen Auswertungsmethode und aktualisierten (jedoch für deutsche Verhältnisse nicht repräsentativen) Normen eignet sich der ZEM wohl besser zur orientierenden Entwicklungsdiagnostik als zur Diagnostik emotionaler Zustände oder von Persönlichkeitsaspekten. Für die Testdiagnostik bleibt abzuwarten, ob die von Winterstein & Jungwirth (2006) aktualisierten Versionen des MZT breiter normiert werden und sich in der Praxis bewähren und durchsetzen werden.

Als projektive Methode, die etwa als Selbstsymbol klinisch und qualitativ-heuristisch interpretiert wird, scheint die Menschzeichnung durchaus geeignet, allerdings können sich aus der Kombination mit weiteren Elementen zusätzliche Informationen insbesondere über Bindungs- und Beziehungsaspekte ergeben, wie im Folgenden dargestellt wird.

### **Der Haus-Baum-Mensch-Test (House-Tree-Person Technique (H-T-P) von Buck (1948))**

Der H-T-P wurde ursprünglich als kombinierter Intelligenz- und Persönlichkeitstests konzipiert. Die geplante quantitative Auswertung bewährte sich nicht, sodass der Test im revidierten Handbuch (Buck & Warren 1992) als projektives Verfahren beschrieben wird, das Aussagen darüber erlaubt, wie ein Mensch sich selbst in Beziehung zu anderen und in seiner personalen Umgebung erlebt und wie Persönlichkeitsaspekte und Konflikte in die therapeutische Beziehung übertragen werden. Mit dem Übertragungsaspekt ergibt sich eine Verknüpfung von Diagnostik und Therapieprognose.

*Durchführung:* Der Proband wird gebeten, mit Bleistift auf getrennten Blättern im Hochformat ein Haus und im Querformat einen Baum und einen Menschen zu zeichnen. Erfasst wird die Dauer pro Zeichnung und die Reihenfolge. Anschließend erfolgt eine Nachbefragung anhand eines Fragenkatalogs mit Fragen zu den einzelnen Elementen, wie zum Beispiel: Würdest du gerne in dem Haus wohnen? Mit wem? Welches Zimmer hättest du gerne? Was bräuchte dein Baum, um zu wachsen? Wie geht es der Person auf deinem Bild, was fehlt ihr, was könnte ihr helfen? Was wird sie als nächstes machen? Anschließend soll der Proband die gleichen Zeichnungen anfertigen, jetzt allerdings mit Buntstiften.

In einer *vereinfachten Durchführung* (Wienand 2016, 84) sollen die Patienten die drei Elemente auf *ein* DIN A4 Blatt Papier malen, angeboten werden Farbstifte und ein Bleistift (Radiergummi und Lineal nur auf Anfrage). Dadurch die Ausdruckskraft des Bildes verstärkt und die Beziehungen der Elemente zueinander werden deutlicher. Anschließend werden die Probanden zu ihrem Bild befragt und gebeten, eine Geschichte dazu zu erzählen.

*Auswertung und Interpretation:* Die *qualitative* Analyse des H-T-P bezieht sich auf den Umgang des Probanden mit der Aufgabe (z. B. Motivation, Engagement, Widerstand, Scham Tendenzen), auf das Maß der emotionalen Beteiligung, auf Krafteinsatz und Strichführung, auf die Systematik und den zeitlichen Ablauf des Vorgehens, auf den Entwicklungsstand und auf die Konsistenz der Zeichnung (passen die Elemente zueinander? Was wird betont, was nur angedeutet?).

Die Zeichnung einer 17-Jährigen mit intellektueller Minderbegabung (IQ 68) aus Wienand (2016, 55) weist eine Reihe von Auffälligkeiten auf, die die ausgeprägte Retardierung belegen (Abb. 2):



Die *inhaltliche* Interpretation versucht, die Bedeutung der Symbole zu erfassen: Die Menschzeichnung könnte danach eher das bewusste Selbstkonzept repräsentieren, die Baumzeichnung eher unbewusste Gefühle und Annahmen der Person über sich selbst. Das Haus lässt sich als Ausdruck des familiären Klimas und der Einstellung des Kindes zu seiner Familie auffassen. Sofern

die Zeichnungen auf einem Blatt ausgeführt werden (was sich empfiehlt), weist die Beziehung der Elemente zueinander (Nähe, Abstand, Position im Raum), die Sorgfalt der Ausführung und die Betonung oder Vernachlässigung wichtiger Details auf die erlebte Bindungs- und Beziehungssituation (einschließlich der Übertragung auf den Untersucher) eines jungen Menschen hin. Die Nachbefragung hilft, auffallende Sachverhalte zu klären und Belastungen, Bedürfnisse und Konflikte näher zu erfassen.

### **Der Baum-Haus-Feuer-Wasser-Mensch-Test (BHFWM-Test) nach Lutz (2007)**

Der BHFWM-Test ist ein tiefenpsychologisches projektives Verfahren, das auf der Psychoanalyse von C. G. Jung basiert und in Psychodiagnostik und Psychotherapie als Zugang zu Persönlichkeitsaspekten, emotionalen und sozialen Konflikten, für den Bezug des Probanden zum individuellen und kollektiven Unbewussten zur Mitwelt und zum Bereich der Transzendenz eingesetzt wird. Er wurde am C. G. Jung Institut in Stuttgart entwickelt und seit Jahrzehnten gelehrt, eine eigenständige Veröffentlichung des Verfahrens existiert jedoch bislang nicht. Im Grunde stellt er eine Erweiterung des H-T-P-Tests um die als archaische Symbole verstandenen Elemente Feuer und Wasser dar.

*Durchführung:* Die Probanden werden aufgefordert, mit Bleistift oder Farbstiften einen Baum, ein Haus, Feuer, Wasser und einen Menschen auf ein weißes Blatt Papier der Größe DIN A4 oder DIN A3 zu zeichnen. Betont wird dabei, dass es um die Fantasie und nicht um Leistung geht. Der Untersucher registriert die Reihenfolge des Vorgehens, spontane Kommentare, emotionale Gestimmtheit und Arbeitsverhalten, die Beziehungsatmosphäre und seine eigenen emotionalen Reaktionen während des Zuschauens. Die Nachbesprechung fokussiert auf das emotionale Erleben des Probanden, seine Assoziationen zur Zeichnung, auf seine Sicht auf seine Welt und auf ein „szenisches Verstehen“ (Lorenzer 2006) der Gesamtsituation von Zeichnung, Verhalten und Erzählung des Patienten in der Beziehung zum Untersucher.

*Auswertung und Interpretation:* Über die bisher besprochenen formalen und inhaltlichen Aspekte projektiver Zeichentests geht es in der Psychologie von C. G. Jung um ein vertieftes Symbolverständnis und um überindividuelle, kulturgeschichtlich verankerte, kollektive und archaische Inhalte des Unbewussten. Bei der Beurteilung von Zeichnungen werden der emotionale Gehalt und Anmutungscharakter der Darstellung ebenso erfasst wie die Symbolik von Raum und Farbe (ausführlich bei Riedel 2005).

*Zur Symbolik der einzelnen Elemente* (vgl. Wienand 2016, 90ff): Der *Baum* symbolisiert zentrale Gegensätze, deren Überwindung er zugleich darstellt: zwischen der Tiefe, dem Dunkeln, dem Unbewussten und der Höhe, dem Licht, dem Bewusstsein; zwischen Erde und Himmel, also zwischen der Welt der Natur, der Triebe und dem Numinosen, dem Reich Gottes. Der Baum der Erkenntnis der Bibel repräsentiert das Gesetz Gottes, das Tabu, die Unterscheidung zwischen Gut und Böse. Der Baum steht auch für die Gegensätze der Geschlechter und deren Überwindung: Der phallische Stamm, das männliche Prinzip, der Vaterarchetyp trägt mit der Schutz, Schatten und Früchte spendende Krone das mütterlich bergende und schöpferische Prinzip. Der Laubbaum steht im Wechsel der Jahreszeiten für das Prinzip von Werden und Vergehen, für Wiedergeburt; der Nadelbaum für Unveränderlichkeit und Unsterblichkeit.

Das *Haus* wird subjektstufig als Symbol des Körpers und des Selbst verstanden, wobei der Keller die Welt der Triebe und des Unbewussten, das Dach das geistige Prinzip, die Küche den Bereich der Oralität und Versorgungswünsche sowie von Verwandlungsprozessen repräsentieren. Mauern und Türen gewähren Schutz und Geborgenheit, aber auch Abgrenzung oder eine einladende, offene Haltung gegenüber der Welt. Ausgestaltung und Detailreichtum von Haus und Umgebung (ein Weg, Garten?) stehen für die familiäre Atmosphäre und die sozialen Beziehungen. Kamin und Schornstein symbolisieren Möglichkeiten zur Abfuhr von aggressiver Energie.

Das *Feuer* ist ein Symbol der Energie mit zahlreichen Facetten: Es sorgt für Wärme und Geborgenheit, für Vitalität, aber auch für Hitze, Aggression und Destruktion. Es ist in Alchemie und Religion das Symbol der Verwandlung, Reinigung und Läuterung. Es repräsentiert die Welt der Triebe und sexuellen Energie und ist angewiesen auf Bändigung und Kontrolle. Ein Feuer im Kamin oder eine mit Steinen umgrenzten Feuerstelle hat eine andere Bedeutung als ein unkontrollierter Brand.

Das *Wasser*, Gegenspieler des Feuers, ist ebenfalls ein hochkomplexes Symbol. Es ist der Ursprung alles Lebendigen und die Fülle aller Möglichkeiten, die Quelle der Fruchtbarkeit und im Fluss von der Quelle zum Meer das Symbol von Lebensenergie und Entwicklung, die fließen, aber auch blockiert und aufgestaut sein kann. Das Meer trennt Kontinente und Inseln und verbindet sie zugleich, es ermöglicht Handel, aber auch Kriege, es ist der Quell ungeheurer Lebendigkeit und Fruchtbarkeit, zugleich mit seinen Stürmen und Tiefen destruktiv und zerstörerisch. Als Taufwasser symbolisiert es Reinigung

und Erneuerung, als Regen sorgt es für Wachstum, als Tränen steht es für Trauer und Depression.

Der *Mensch* schließlich wird verstanden als Symbol des Selbst. Größe und Proportionen der Gestalt, Vollständigkeit und Position im Raum geben Hinweise auf ein ausgewogenes oder beschädigtes Selbsterleben. Fehlende Hände und Füße sprechen für mangelnde Selbstständigkeit und Ichaktivität, enger Kontakt zum Haus oder Baum weisen auf eine möglicherweise ängstlich getönte Bindungsproblematik hin.

Das *Ensemble von Baum, Haus, Feuer, Wasser und Mensch* ergibt einen Gesamteindruck, der über die Darstellung der einzelnen Elemente und ihrer Beziehungen zueinander hinausgeht. Im Zusammenhang mit der Erzählung und den Assoziationen von Proband und Untersucher ergeben sich Fragen und Hypothese, die in Verbindung mit anderen Testergebnissen, der Szene, der Anamnese und der Übertragungsbeziehung ein wenn auch lückenhaftes Bild der aktuellen Situation des Probanden ergeben.

Ein Fallbeispiel zeigt die diagnostische Ergiebigkeit des Tests: Die 12-Jährige, die in der Schule wegen einer leichten Entwicklungsverzögerung, ihrer Bravheit und Zurückhaltung stark gemobbt wird, bagatellisiert im Gespräch ihre Situation und betont, dass ihr das zwar nicht recht passe, dass sie aber schon damit zurechtkomme (Abb. 3).



Abbildung 3: BHFWM-Test eines 12-jährigen Mädchens mit Mobbing

Die HBFWM-Zeichnung dagegen zeigt unverhüllt ihre Not: Der Mensch hat sich offenbar im Haus versteckt, das runde, an einen Festungsturm erinnernde Haus wirkt mit Türe und Fenster verrammelt. Allerdings kreisen über dem Haus schon die Raubvögel, die Sonne hat sich zurückgezogen. Es steht auf einer grünen, offenbar fruchtbaren, aber blumenlosen Wiese, die durch einen Fluss, der direkt aus dem Himmel zu fließen scheint und an einen Tornado erinnert, vom Bereich der verbrannten Erde abgegrenzt, vielleicht geschützt wird. Die in hellem Brand stehenden Baumkronen wirken wie explodierende Bomben.

*Beurteilung:* Baum-Haus-Mensch-Test und Baum-Haus-Feuer-Wasser-Mensch-Test werden als heuristische Verfahren der Persönlichkeits-, Konflikt- und Ressourcendiagnostik vorwiegend im Rahmen der tiefenpsychologischen Diagnostik und Psychotherapie eingesetzt. Sie bieten eine Projektionsfläche zur Entfaltung von innerseelischen und sozialen Konflikten, für das Selbstbild und Kreativität sowie einen Einstieg in die assoziative Weiterentwicklung der symbolisch dargestellten Themen Familie, Entwicklung, Vitalität, Triebdynamik und Beziehungen. Auswertung und Interpretation erfolgen individuell in einem intersubjektiven Dialog und Beziehungsprozess. Die Validierung ergibt sich im Vergleich mit weiteren Informationen und im Verlauf der Therapie.

### **Familie-Zeichnungen**

Die Persönlichkeitsentwicklung eines jungen Menschen wird von Beginn an wesentlich von seinen familiären Bindungen und Beziehungen beeinflusst und geprägt. Zugleich bildet sich sein Verhalten auch in der Familie ab und steht in zirkulärer Wechselwirkung mit den Reaktionen der Eltern und Geschwister. Daher ist es für die Psychodiagnostik essentiell, zu erfassen, wie ein Kind die familiären Beziehungen zu erlebt und verarbeitet. Da Kinder, auch wenn sie ihre Konflikte mit Familienmitgliedern haben, grundsätzlich loyal sind, oft noch wenig Zugang zu ihrer inneren Welt haben und ihr Erleben auch nicht unbedingt präzise in Worte fassen können, sind direkte Fragen oder Fragebogenverfahren nicht verlässlich. Dies gilt insbesondere für Kinder, die sich in einem Loyalitätskonflikt befinden, etwa zwischen zerstrittenen oder getrennten Eltern. Projektive Verfahren bieten eine Möglichkeit, diese Probleme zu umgehen, indem sie es erlauben, familiäre Beziehungen in Form symbolischer Verfremdung darzustellen.

In der Praxis verbreitet sind zwei zeichnerische Gestaltungsverfahren, die diesem Zweck dienen, die „Familie in Tieren“ von Brem-Gräser und die „Verzauberte Familie“ von Kos & Biermann.

### „Familie in Tieren“ (FiT) von Brem-Gräser (1957, 2001)

Der FiT wurde in den 1950er Jahren aus der Praxis der Erziehungs- und Schulberatung entwickelt und „gibt Aufschlüsse über die teils unbewusste Struktur und Dynamik innerhalb der Familie“ (Brem-Gräser 2001, 13) aus der Sicht und dem Erleben des Zeichners. Er zielt insbesondere auf die Grundthemen Geborgenheit, Kontakt und Macht und ermöglicht so eine differenzierte Diagnosestellung und erleichtert einen familiären Hilfeplan. Die Verwendung von Tieren als Symbole entspricht durchaus den Erfahrungen von Kindern aus Fabeln, Märchen, Comics und Zeichentrickfilmen.

*Durchführung:* Der FiT wird im Einzelsetting durchgeführt; falls Geschwister gleichzeitig mitmachen, sind sie in getrennten Räumen. Wichtig ist eine entspannte, wohlwollende Atmosphäre. Bereitgestellt werden ein DIN A4-Blatt und Farbstifte (Lineal und Radiergummi nur auf Anfrage). Die Instruktion wird dem Alter des Kindes angepasst und lautet sinngemäß:

»Du kennst doch Märchen, da werden oft Menschen in Tiere verwandelt und umgekehrt. Stell dir einmal vor, deine Familie wäre eine Tierfamilie und zeichne Euch alle, natürlich auch dich selbst, als Tiere. Nummerier bitte die Reihenfolge, nach der du zeichnest und schreibe unter jedes Tier, wen es darstellt und was für ein Tier es sein soll. Es kommt nicht darauf an, dass du besonders schön zeichnest, sondern nur darauf, was du darstellen willst« (Brem-Gräser 2001, 14).

Der Untersucher protokolliert die Haltung des Kindes im Test, Einzelheiten der Durchführung, die Reihenfolge, welches Tier dargestellt wird und für wen es steht. Letzteres ist besonders wichtig bei Kindern in Patchwork- oder Adoptivfamilien mit leiblichen und sozialen Eltern. Bei Jugendlichen, denen die Aufgabe kindisch vorkommen mag, kann der Hinweis hilfreich sein, dass es um Phantasie und Vorstellungsvermögen geht und dass die Zeichenaufgabe auch mit Erwachsenen durchgeführt wird.

Die *Nachbefragung* bleibt auf der symbolischen Ebene und versucht, zu erfassen, welche Eigenschaften das Kind mit jedem Tiersymbol verbindet (was es an ihm mag und was nicht) und was ihm assoziativ dazu einfällt. Die folgenden Fragen vertiefen das Verständnis der familiären Beziehungen: „Wem geht es denn von den Tieren jetzt am besten? Und warum wohl? – Wem geht



es am schlechtesten – und warum?“ „Was haben sich die Tiere zu sagen?“ Welches Tier kann anderen am besten helfen? Welches sorgt gut für seine Jungen? Welches ist gefährlich und die anderen müssen ihm aus dem Weg gehen?“ Und zum Schluss: „Was machen die denn jetzt wohl miteinander, die Tiere auf deinem Bild?“ (Wienand 2916, 99).

Die folgende Zeichnung zeigt die Familienzeichnung eines 14-Jährigen mit einer oppositionellen Störung, dessen Eltern sich in seiner frühen Kindheit getrennt hatten, aber offenbar massiv miteinander verstrickt sind (Abb. 4):



Die Familie bildet einen Körper, jeder der Eltern zerrt in eine andere Richtung, der Sohn schaut rat- und hilflos den Betrachter an. Die Tiere wirken dabei weder aggressiv noch verbissen, als hätten sich alle in ihr Schicksal ergeben.

*Auswertung und Interpretation:* Wesentlich sind die Motivation und Einstellung des Kindes zur Aufgabe vor dem Hintergrund der Übertragungsbeziehung. Unlust und Widerwillen können das Bild verfälschen und sollten erkannt, angesprochen und nach Möglichkeit aufgelöst werden.

*Formale* Kriterien sind wie in allen Zeichenverfahren die Art und Sorgfalt der Ausführung, die Platzierung der Elemente im Raum und zueinander, die Verwendung von Farben, Detailreichtum oder Kargheit des Bildes, der emotionale Ausdruck, Reife der Darstellung und Größenverhältnisse.

Die *inhaltliche* Analyse beruht auf der Verbindung der Aussagen des Probanden mit dem symbolischen Gehalt der Tiere, auf die dargestellten Beziehungen der Tiere zueinander (Nähe oder Distanz, Jäger oder Beutetier, Angriff oder Flucht), auf angedeuteten Konflikten und Widersprüchen, Wünschen und Bedürfnissen. Widersprüche sind meist ein Hinweis auf Abwehrtendenzen gegen unangenehme Einsichten und zeigen sich z. B. in unpassenden Zuschreibungen (das „liebe“ Krokodil) und verzerrten Größenverhältnissen (der am Boden klebende kleine Adler, die riesige Maus). Die Verbindung von Tiersymbolik mit der Bewegungsdynamik kann ein aufschlussreiches Muster ergeben: So finden sich Jäger- Beute-Beziehungen wie bei Katze und Maus, Konkurrenz- und Rivalitätsbeziehungen auf derselben (etwa Löwe und Elefant) oder auf unterschiedlichen Ebenen (Adler und Löwe), Kontaktwünsche können unbeantwortet bleiben (häufig ist das aus dem Bildrande strebende Vatersymbol).

Die *Interpretation* versucht anhand dieser genannten Merkmale, den Blick des zeichnenden jungen Menschen auf seine Familienmitglieder und deren Beziehungen untereinander und im Gegenüber zu erfassen und dabei Hinweise auf Bedürfnisse und Wünsche, deren Erfüllung oder Frustration, auf Konflikte, Ängste und Ambivalenzen sowie auf Bindungsaspekte wie Koalitionen und Rivalität zu bekommen, also das Kind innerhalb seiner familiären Beziehungswelt zu verstehen. Zunächst ergeben sich wie bei allen projektiven Verfahren begründete Hypothesen, die mit anderen Informationen verglichen werden müssen.

Die *Validierung der Interpretation* erfordert die Abstimmung der Assoziationen und Ideen des Untersuchers mit denen des Kindes und (nur mit Zustimmung des Zeichners!) die Besprechung der Zeichnung mit den Bezugspersonen. Das kann heikel werden, vor allem Jugendliche stimmen nicht immer zu, und es gibt Bilder, bei denen sich das verbietet, weil die Konfrontation der Eltern mit der Drastik eines Bildes nicht mit dem Kindeswohl zu vereinbaren wäre. Aber in den allermeisten Fällen ist die Bildbesprechung mit den Eltern sehr hilfreich, weil ihnen die Sicht ihres Kindes auf die Familie unmittelbar und buchstäblich vor Augen geführt wird, was eine andere emotionale Wucht hat als noch so wortreiche Erklärungen des Untersuchers. Die Kommentare der Eltern wiederum, mögen sie zustimmend, widersprechend oder erwei-

ternd sein, ergänzen bzw. variieren das diagnostische Bild und sind so immer eine Bereicherung. Auch wenn ein Interpretationsangebot beispielsweise auf völliges Unverständnis und Ablehnung aller Beziehungszusammenhänge stößt, wird dies das Verständnis des Untersuchers für die unerhörten Botschaften und die Not eines Kindes vertiefen.

*Beurteilung:* Auch wenn bisherige Validierungsversuche (z. B. Wartemann 1998) zu heterogenen und teils widersprüchlichen Ergebnissen in Bezug auf die Grundannahmen des FiT führten, ist er doch eines der von Beratungsstellen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychiatern am meisten eingesetzten und somit offenkundig geschätzten Verfahren. Er bietet eine einfach durchzuführende Möglichkeit, familiäre Beziehungen und Konflikte anschaulich darzustellen und erweitert die Psychodiagnostik junger Menschen um eine wesentliche Dimension. Die sich ergebenden Hypothesen sollten in der weiteren Diagnostik, in der Arbeit mit der Familie und in der Therapie überprüft, erweitert und angepasst werden.

### **Die Wunschfamilie in Tieren (Wienand 2016)**

Diese Variante des FiT zielt darauf ab, aus der in der Regel problemorientierten Darstellung des FiT eine lösungs- und zielorientierte, an den Bedürfnissen des Kindes ausgerichtete Phantasie zu entwickeln. Sie eignet sich bei älteren Kindern und Jugendlichen und schließt sich an die Durchführung und Nachbesprechung des FiT an.

Die *Instruktion* lautet sinngemäß: Du hast ja deine Familie in Tieren gezeichnet, wie du sie jetzt erlebst. Nun bitte ich dich, dir einmal vorzustellen, dass du selbst der Zauberer oder die Zauberfee bist und dich und deine Familie in Tieren verzauberst, so wie du es dir wünschen würdest, wie du es für dich am liebsten hättest. Wie das dann aussehen könnte zeichnest du bitte jetzt auf ein neues Blatt Papier.

*Auswertung und Interpretation:* Die beiden Zeichnungen werden nebeneinandergelegt und miteinander verglichen. Das Gespräch bezieht sich auf die Unterschiede: Was ist anders auf dem zweiten Bild? Was fällt dem Zeichner und dem Untersucher dazu ein? Welche Wünsche oder Bedürfnisse zeigen sich, die derzeit noch nicht geäußert werden können oder frustriert werden?

*Zentrale Themen* der Wunschfamilien in Tieren sind konfliktfreie Harmonie, der Wunsch nach mehr Aufmerksamkeit und Beachtung und nach Verbundenheit.

Hierzu ein Beispiel aus der Praxis des Autors (aus Wienand 2016, 105f):

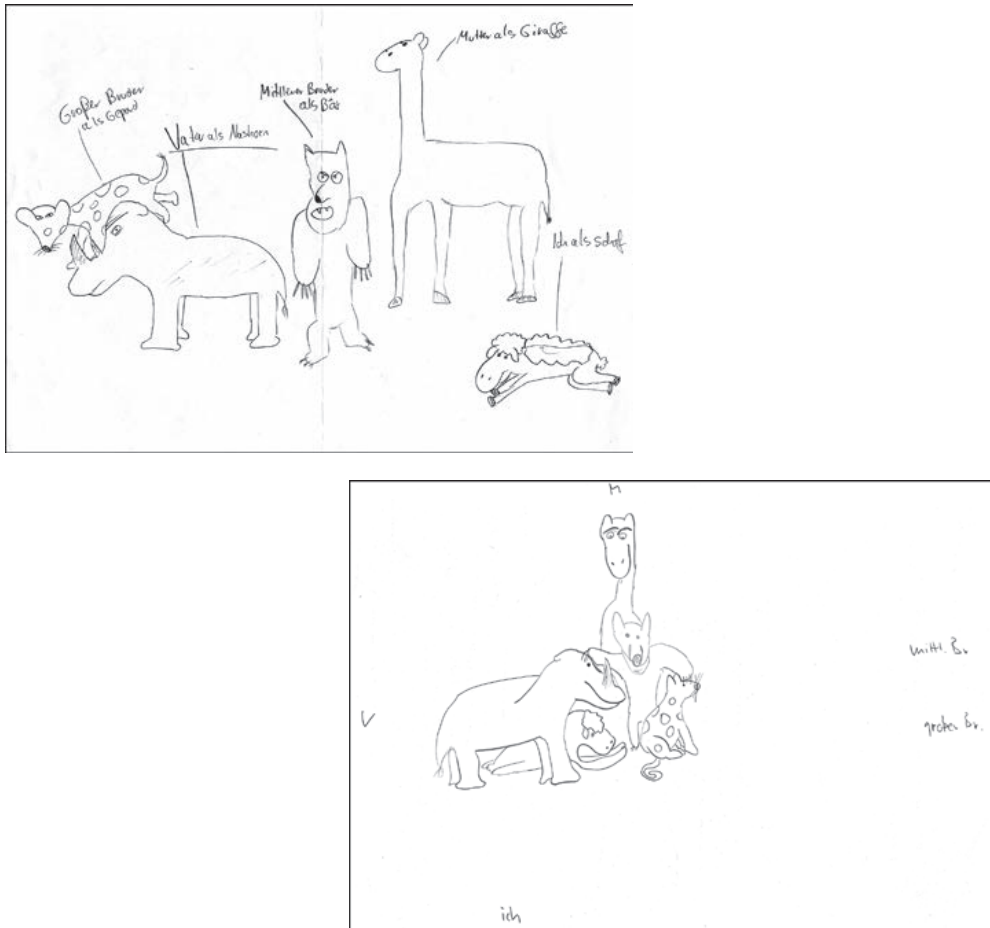


Abb. 5: FiT und Wunschfamilie in Tieren eines 14-Jährigen in Gegenüberstellung:

Der Junge, der mit psychosomatischen Beschwerden vorgestellt wurde, stellt sich in der FiT als nicht beachtetes Schafe am Rande der Familie dar. In der Wunschversion ruht er zufrieden im Schutz des Vaters in der Mitte der eng miteinander verbundenen Familie.

### Die Verzauberte Familie (VF) von Kos & Biermann (1973, 2002)

Im Unterschied zur FiT gibt es bei der Verzauberten Familie keine Vorgabe für die Symbolwahl. Auch wird der Proband nicht aufgefordert, seine, sondern *eine* Familie zu zeichnen. Die Autoren versprechen sich davon eine Ab-

schwächung der „Zensureinwirkung“ aufgrund von Loyalität und Rücksichtnahme auf die eigene Familie.

*Theoretische Grundlage* der verzauberten Familie bildet die Psychoanalyse, insbesondere die klassische psychoanalytische Entwicklungstheorie. Phasenspezifische (orale, anale, phallische und ödipale) Konflikte werden in Beziehung gesetzt zur Sicht des Kindes auf seine Familie. Entsprechend dient der Test zur Diagnostik kindlicher Neurosen, Verhaltensstörungen und psychosomatischer oder psychiatrischer Krankheitsbilder (Kos & Biermann 2001, 11).

Die *Durchführung* erfolgt als Einzeltest in drei Phasen: Dem Zeichentests, eine Märchenerzählung zur Zeichnung und dem Pigem-Test (Tierwunschtest, nach dem spanischen Psychiater Pigem-Serra). Der Proband bekommt ein DIN-A4-Blatt im Querformat und einen weichen Bleistift ohne Radiergummi vorgelegt.

Die *Instruktion* zum Zeichentest lautet (a.a.O., 15f): „Du kennst doch Märchen? Wir werden nun ein eigenes Märchen machen... Stell dir vor, es kommt ein Zauberer und verzaubert eine Familie, und zwar alle Menschen dieser Familie, große und kleine. Da hast du ein Blatt Papier und einen Bleistift, und nun zeichne, was da geschehen ist!“ Das Protokoll hält die Reihenfolge sowie Bedeutung und Zuordnung der Symbole zu den einzelnen Personen fest.

*Märchenerzählung*: „Und jetzt erzähl mir, was da geschehen ist. Erzähl mir die Geschichte der Verzauberung!“

*Pigemtest*: Wenn du dich in ein Tier verwandeln könntest, welches Tier würdest du am liebsten sein und warum? Welches Tier möchtest du aber nicht sein und warum“

Die Erzählung und die Antworten des Probanden werden möglichst wörtlich protokolliert.

*Auswertung und Interpretation* beziehen sich auf die schon besprochenen formalen Kriterien und auf den Bedeutungshorizont der verwendeten Symbole. Die Darstellungen werden mit Märchen oder Träumen verglichen. Die zentrale Figur ist der Zauberer, dem sowohl Über-Ich wie es Anteile zugeschrieben werden. Er stellt Forderungen, bestraft und erfüllt Wünsche. Er repräsentiert sowohl „infantile Allmachtsphantasien, wie auch Vater, Mutter, die Familie als Schicksal“ (a.a.O., 174). Besondere Beachtung verdienen hinzufantasierte oder weggelassene Familienmitglieder und die Beziehungsdynamik innerhalb der dargestellten Familie: Gier und Habenwollen als Ausdruck oraler

Wünsche; Trotz und Zorn bzw. aggressive Gehemtheit sprechen für eine anale Thematik; Konkurrenz, Rivalität und Bevorzugung eines Elternteils weisen auf ödipale Konflikte hin, selbst Aufwertung oder Erniedrigung auf eine narzisstische Problematik.

Die Wahlen im Pigem-Test sollen nach Ansicht der Autoren die Interpretationsmöglichkeiten durch Hinweise auf Identifizierung oder Ablehnung eines Kindes erweitern.

*Beurteilung:* Familienzeichnungen erweiternde die projektive Diagnostik um die Dimension der Bindungen und Beziehungen junger Menschen und geben wichtige Hinweise auf familiäre Konflikte, Bedürfnisse und Beziehungsmuster. Dominanz oder Abwesenheit einzelner Familienmitglieder werden ebenso sichtbar wie Geschwisterrivalitäten, unerfüllte Wünsche nach Zuwendung und Aufmerksamkeit oder Loyalitätskonflikte. Die Zeichnungen und die sich daraus ergebenden Hypothesen stellen eine wertvolle Grundlage für die Beratung der Eltern, die Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie und die Familienarbeit dar.

## Literatur

- Brem-Gräser L.* (2001) Familie in Tieren. Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung. Entwicklung eines Testverfahrens (8. Aufl.). München: Reinhardt
- Buck J. N., Warren W.L.* (1992) House-Tree-Person Projective Drawings Technique (H-T-P). Manual and Interpretative Guide. Los Angeles, CA:Western Psychological Services
- Fliegner, J.* (2007) Auswertungsaktualisierung des Mann-Zeichen-Tests (MZT/det.). Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Abteilung Psychologie, der Universität Bielefeld
- Gernhardt, A.* (2012) Kinderzeich(n)en. Kindliches Zeichnen im kulturellen Kontext. Nifbe- Themenheft Nr. 10. Osnabrück: Niedersächsisches Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung
- Jenni, O.G.* (2013) Wie Kinder die Welt abbilden - und was man daraus folgern kann [Elektronische Ressource]. Pädiatrie up2date 8, 227-253. DOI: 10.1055/s-0032-1326475
- Goodenough, F.* (1926) Measurement of Intelligence by Drawings. New York: World Book Co
- Keller, H.* (2011) Kinderalltag. Kulturen der Kindheit und ihre Bedeutung für Bindung, Bildung und Erziehung. Berlin: Springer
- Ko, S.-R.* (2004) Zur klinischen Validität des Koppitz'schen ZEM-Analyseschemas: Ein empirischer Vergleich von CBCL- und Bilddaten. (Dissertation). Hamburg [Elektronische Ressource]. URL: <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2005/2450/>.
- Koch, K.* (2003) Der Baumtest: Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel (11. Aufl., unverändert nach der 9., korrigierten Aufl. 1997). Bern: Huber

- Koppitz, E.M.* (1972) Die Menschendarstellung in Kinderzeichnungen und ihre psychologische Auswertung (Deutsche Übersetzung von *E. Kende und W. Koppitz*). Stuttgart: Hippokrates
- Leuner, H.* (1985) Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Grundstufe - Mittelstufe - Oberstufe. Bern: Huber
- Lutz, C.* (2007) Projektive Verfahren und ihre Verwendung für die psychodynamische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. In *H. Hopf & E. Windaus* (Hrsg.). Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München: CIP-Medien, 159-176
- Machover, K.* (1949) Personality Projection in the Drawing of the Human Figure. A Method of Personality Investigation. Springfield, IL: Charles C. Thomas
- Riedel, I.* (2005) Bilder in Psychotherapie, Kunst und Religion. Ein Schlüssel zur Interpretation. Freiburg: Kreuz Verlag
- Sehringer, W.* (1999) Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch (2., völlig neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Programm »Edition Schindele« im Universitätsverlag Winter
- Seidel, C.* (2007) Leitlinien zur Interpretation der Kinderzeichnung. Praxisbezogene Anwendung in Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie. Lienz, Österreich: Journal Verlag
- Teplitz, R.* (2009) Die Menschzeichnung von vier- bis achtjährigen Kindern: Ein Bewertungssystem für die kinderärztliche Praxis. Zürich (Univ. Diss.)
- Wartemann, U.* (1998) Der Familie in Tieren Test. Zur Validität von Kinderzeichnungen als Instrumente psychologischer Diagnostik. Universität Potsdam (Unveröff. Diplomarbeit)
- Wienand, F.* (2016) Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer
- Winterstein, P. & Jungwirth, R. J.* (2006) Medienkonsum und Passivrauchen bei Vorschulkindern. Risikofaktoren für die kognitive Entwicklung? *Kinder- und Jugendarzt* 37(4), 205-211
- Ziler, H.* (1958) Der Mann-Zeichen-Test in detailstatistischer Auswertung. MZT(det). Münster: Aschendorff

**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)

# Aufsuchende ambulante Behandlung nachstationär (AaBens) und ihre Abgrenzung zu stationsäquivalenter Behandlung (StäB)

*Rebecca Hillesheim & Ingo Spitzcok von Brisinski*

## 1.1. Konzeptionelle und organisatorische Vorüberlegungen

Im Rahmen vollstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung stellt sich die Reintegration in das häusliche und heimschulische Umfeld des Kindes oder Jugendlichen als eine entscheidende Komponente bezüglich des mittel- und langfristigen Therapieerfolgs und der Therapiezufriedenheit dar. Ziel ist es, dass sich die Eltern (wieder) befähigt fühlen, die Koordinatoren ihres eigenen Familiensystems zu sein und Einfluss auf das Zusammenwirken mit Hilfesystemen wie z. B. Schule, Jugendhilfe und/oder Praxen bzw. Ambulanzen zu haben. Verantwortungsübernahme und Selbstwirksamkeitsüberzeugung sollen durch die fachliche Begleitung des Reintegrationsprozesses nach der Entlassung aus der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung gestärkt werden. Angeknüpft werden soll dabei an begonnene familientherapeutische Prozesse.

In den familientherapeutischen Gesprächen vor der Entlassung äußerten Familien in vergangenen Behandlungen häufig Sorgen und Ängste vor Überforderung und Rückfällen in alte Muster. Notwendige und gewünschte Anschlussbehandlungen und Unterstützungsmöglichkeiten durch ambulante Kolleg\*innen, schulische Hilfen, Hilfen des Jugendamts oder sonstige Hilfesysteme können teilweise nicht in direkter Folge der Entlassung anlaufen. Unterbrechungen und Pausen führen bei Familien zu Unsicherheiten und Rückfällen, Ressourcen und Erfolge aus der stationären Behandlung gehen zu häufig verloren.

Hausbesuche und ambulante Termine auf der Station im Rahmen der ambulanten Nachsorge werden im vorgestellten Konzept durch die fallführende Therapeut\*in und die Bezugsbetreuer\*in der Station durchgeführt. Während



aufsuchender Besuchskontakte der Bezugsbetreuer\*in steht die fallführende Therapeut\*in für die Bezugsbetreuer\*in telefonisch in Bereitschaft, um bei Bedarf Fragen der Bezugsbetreuer\*in zu beantworten bzw. Handlungshinweise zu geben. Die aufsuchenden Kontakte finden üblicherweise zwischen 14 und 17 Uhr statt, ggf. auch später.

Die Finanzierung erfolgt über die Institutsambulanz.

## **1.2. Durchführung: vollstationäres Setting und Hometreatment**

Die vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsdauer der ambulant aufsuchenden Nachsorge beträgt durchschnittlich circa drei Monate. Unter Würdigung der Behandlungsaufträge und bisher erreichten Behandlungsziele, deren Vertiefung und Stabilisierung zum Zeitpunkt der stationären Entlassung angezeigt ist, wird gemeinsam mit den Eltern und dem Kind der Bedarf einer ambulanten aufsuchenden poststationären Behandlung als Brückenschlag zu Folgeangeboten festgestellt.

Orientiert an den mit dem der fallführenden Therapeut\*in, der Bezugsbetreuer\*in und der Familie gemeinsam entwickelten Behandlungsaufträgen und -zielen für die ambulante Nachsorge werden die Hausbesuche durch die bereits aus der stationären Behandlung vertrauten Behandler\*innen im heimischen Setting durchgeführt. Die Familien werden meist ein bis zwei Quartale lang begleitet mit einer Frequenz von etwa zwei Kontakten pro Monat. Schwerpunkt sind dabei die Hausbesuche durch die Bezugsbetreuer\*in, die durch gemeinsame Hausbesuche mit der fallführenden Therapeut\*in und durch Termine auf der Station mit einem oder beiden Behandler\*innen ergänzt werden. Die einzelnen Termine werden individuell zielbezogen und bedarfsorientiert ausgestaltet. Das Erstgespräch zur Einleitung der ambulanten Nachsorge (ggf. bereits im Rahmen der stationären Behandlung) sowie das Abschlussgespräch finden mit beiden Behandler\*innen statt.

## **1.3. Pilotphase: Daten, Zahlen, Erfahrungswerte**

Während des Pilotzeitraums begleitete das Team einer Station, die schwerpunktmäßig 9- und 10jährige Kinder behandelt, im Rahmen der ambulanten Nachsorge insgesamt 13 Patient\*innen und ihre Familien. Acht verschiedene Behandlungsteams arbeiteten im Anschluss an die stationäre Behandlung an Behandlungsaufträgen im Sinne der Reintegration, Verantwortungsübernahme und Selbstwirksamkeit. Durch die Doppelbesetzung mit fallführender

Therapeut\*in und Bezugsbetreuer\*in konnten die notwendige Vertrautheit der Behandler\*innen mit den Familien und der Erfahrungs- und Wissenstransfer im Team gewährleistet werden.

Gemittelt über alle Termine und Familien ergaben sich Orientierungswerte von etwa 30 Stunden Arbeitszeit der Bezugsbetreuer\*in für eine Familie. Die Übergaben mit der fallführenden Therapeut\*in sind mit etwa drei Stunden zu zählen, während die Gesamtarbeitszeit für die fallführenden Therapeut\*innen je Familie deutlich variierte. Zu etwa 1 Stunde Dokumentationszeit und 4 Stunden für das therapeutische Gespräch zur Klärung von Auftrag und Behandlungszielen kamen bedarfsabhängig Stunden für weitere therapeutische Gespräche und Telefonate mit Familie und Hilfesystemen.

Die Hausbesuche zeigten deutlich, dass die Familien von der Unmittelbarkeit der Thematisierbarkeit von Störungen und Problemen vor Ort bei sich zuhause profitierten. Ergänzend zu den in den vorangegangenen Gesprächen oder Telefonaten vereinbarten Aufträgen für den Hausbesuch ergaben sich spontan Gesprächs- und Beratungsanlässe. Lösungsansätze wurden im Gespräch vor Ort entwickelt und die Umsetzung im häuslichen Setting begleitet. Häufig beinhalteten die Aufträge Konfliktmanagement, eine Um- oder Neugestaltung des Kinderzimmers, Aufräumregeln, Gesprächsregeln sowie das Finden geeigneter Orte für Gespräche, Hausaufgaben oder das Aushängen von Vereinbarungen.

Gerade Aufträge, bei denen konkrete örtliche Gegebenheiten einfließen, konnten im Hausbesuch für die Familie erfolgreicher und zufriedenstellender umgesetzt werden als in Folge eines familientherapeutischen Gesprächs auf der Station, wenn die Umsetzung zuhause durch die Familie allein notwendig war. Dies meldeten die Familien zurück. Die standardisierten Rückmeldebögen, die nach Abschluss der ambulanten Nachsorge an die Familien ausgegeben wurden, beschreiben eine hohe Zufriedenheit mit der Konkretheit und Umsetzung der vereinbarten Aufträge. Sie geben insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit der aufsuchenden Beratung wieder. Teilweise wird ein längerer Nachsorgezeitraum gewünscht.

#### **1.4. Dokumentation**

Es stehen, neben Formularen zur inhaltlichen Dokumentation der Bezugsbetreuer\*innen und Therapeuten\*innen, ein Vertrag zur ambulanten Nachsorge, eine Übersicht mit Kerninformationen zu Familie, Terminen und Formalien, ein an den Behandlungsaufträgen orientierter Abschlussbericht sowie ein Reflexionsbogen für die Familien nebst Anschreiben zur Verfügung.

Für eine Behandlung auf systemischer Grundlage ist der Aspekt der Auftragsklärung bzw. der Vereinbarung der Behandlungsziele besonders relevant. Das Formular Behandlungsvertrag zur ambulanten Nachsorge beinhaltet 10 unterschiedliche Behandlungsziele in globalisierter Form. Im therapeutischen Gespräch zwischen Familie, fallführendem Therapeut und Bezugsbetreuer werden diese globalisierten Ziele auf Relevanz überprüft. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der stationären Therapie, der individuellen Wünsche der Familie und der Anforderungen im poststationären Setting werden sie individuell und konkret für die Familie umformuliert und gegebenenfalls in Teilziele untergliedert. Auch werden individuelle Ziele, die ins Gespräch hineingetragen werden, den globalisierten Zielen zugeordnet.

Für die Familie zeigt sich, dass sie sich mit ihren Anliegen und Sorgen nicht sehr von anderen Familien in ihrer Situation unterscheiden und sie dennoch ganz individuell betrachtet werden. Über die Reflexionsaspekte in den Zielformulierungen wird zudem die zeitliche Komponente der poststationären Behandlung greifbar und deutlich, dass es einen Behandlungsabschluss nach etwa drei Monaten geben wird. Dies vermittelt Sicherheit bezüglich der aktuellen Unterstützung und aktiviert notwendige eigene Ressourcen, weil der Unterstützungszeitraum überschaubar bleibt.

## **2. Fallbericht Pflegefamilie B**

Das dargestellte Familiensystem beschreibt ein Ehepaar mit zwei Geschwistern, die als Pflegekinder in der Familie leben. Nach der vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung des 17 Monate älteren Jungen im Alter von knapp 11 Jahren erfolgte eine ambulante Nachsorge.

### **2.0.1 Darstellung des Beratungssystems**

TK und seine leibliche Schwester JK lebten seit mehreren Jahren als Pflegekinder beim Ehepaar B, zuvor nach einer Inobhutnahme in einem Kinderheim. Beide Ehepartner seien berufstätig, Herr B in Vollzeit, Frau B in Teilzeit. TK besuche die 5. Klasse einer Gesamtschule, seine Schwester die 3. Klasse einer Grundschule. Zur leiblichen Kindsmutter habe es nur zwei persönliche Kontakte gegeben, zum leiblichen Vater keine. Die leiblichen Eltern seien getrennt, die Kindsmutter neu verheiratet. Vor ihrem neuen Umfeld und den beiden gemeinsamen Kinder halte die Kindsmutter TK und JK geheim.

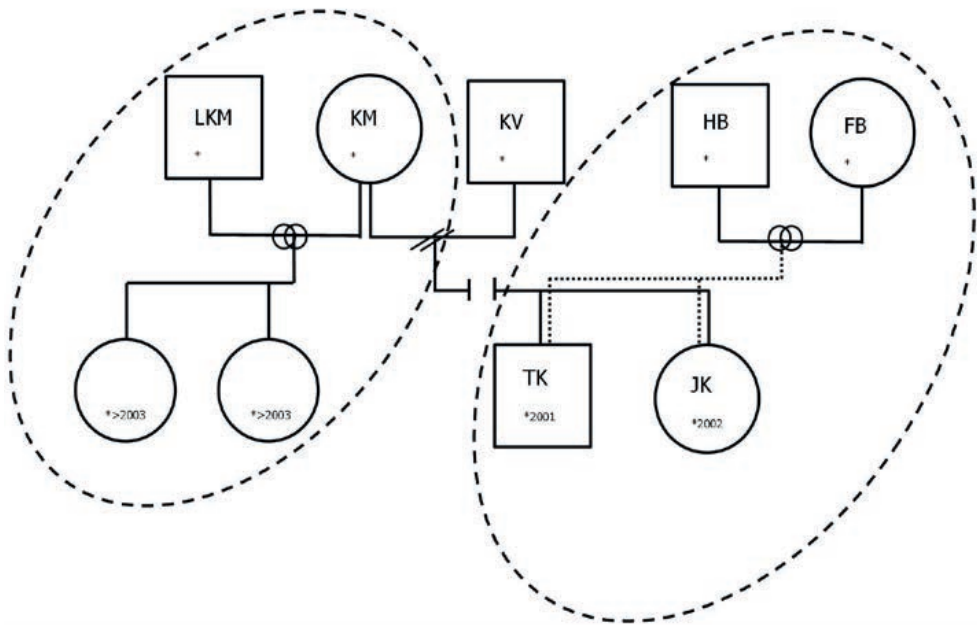


Abbildung 1: Genogramm der Pflegefamilie B

## 2.0.2 Anlass des Hilfeersuchens

Vorstellungsanlass waren zunehmende und zielgerichteter werdenden Fremd-aggressionen zuhause und zunehmenden Schwierigkeiten TKs in der Schule. Zudem habe es einmalig selbstverletzendes Verhalten gegeben. Die Probleme reichten von problematischer Gestaltung von Sozialkontakten über zunehmende Lernverweigerung und Hausaufgabenschwierigkeiten zu steigenden Aggressionen morgens beim Wecken und abends in der häuslichen Situation. TK sei ungeduldig, laut und bestimmend, könne sich nicht auf das Wesentliche und auf Gespräche konzentrieren. Veränderungen im täglichen Ablauf erlebe er stets als problematisch. Bei Nichtigkeiten gebe es Eskalationen. Die Ressourcen der Familie seien erschöpft.

Bei TK sei bereits ADHS diagnostiziert und eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat begonnen worden. Zuvor habe er einige Monate Ergotherapie und eine einjährige ambulante Verhaltenstherapie gemacht, die Pflegeeltern ein Elterntaining. Seit mehreren Jahren arbeite eine SPFH (Sozialpädagogische Familienhilfe) in der Familie.

Zum Aufnahmezeitpunkt wurde Familie B durch eine Vormünderin und den Pflegekinderdienst seitens des Jugendamtes sowie eine SPFH als Mitarbeiterin der Lebenshilfe begleitet. Als weitere Hilfesysteme kamen Schule und

Kinderarzt hinzu. In Abbildung 2 werden die Bezugs- und Helfersysteme zum Aufnahmezeitpunkt mit dem Familiensystem sowie den poststationär geplanten neuen Bezugs- und Helfersystemen in Beziehung gesetzt. Die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erfolgt mittels ambulantem Vorgespräch, stationärer Behandlung und ambulanter Nachsorge für einen etwa neun Monate dauernden Zeitraum mit dem Behandlungsteam aus fallführender Therapeut\*in und Bezugsbetreuer\*in. Dadurch wird eine Brücke zwischen prä- und poststationären Systemen geschlagen und verunsichernde Versorgungslücken werden entschärft. Die Perspektiventwicklung im Hinblick auf unterstützende Helfersysteme geschieht in der gesamten Behandlung gemeinsam mit der und wesentlich initiiert durch die Familie. Mit zunehmender Selbstwirksamkeit und Verantwortungsübernahme werden Kontaktaufnahmen zu den poststationären Helfersystemen durch Behandler vorbereitet, unterstützt, beraten oder reflektiert.

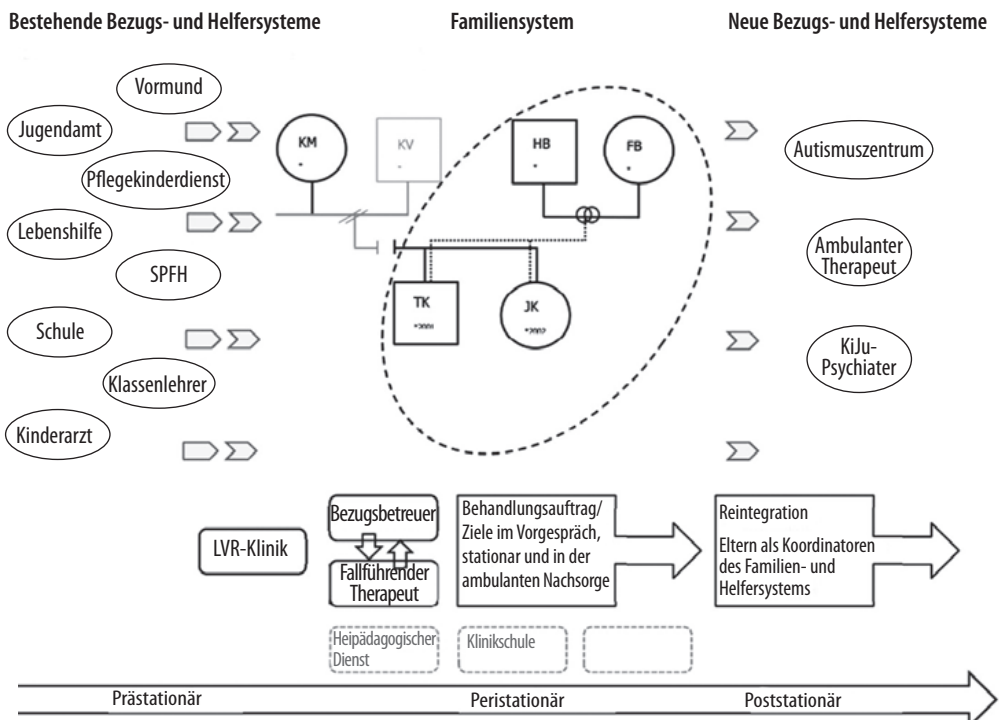


Abbildung 2: Familiensystem Familie B mit Bezugs- und Helfersystemen

### 2.0.3 Beobachtungen und Hypothesen über das System

#### *Hypothesen zum Zeitpunkt des Erstgesprächs*

- Zwischen den Pflegeeltern besteht eine enge Bindung. Die gemeinsame Aufgabe, Eltern zu sein und sich den Schwierigkeiten zu stellen, stärkt und eint sie.
  - Infragestellen ihrer Rolle und Perspektive als Pflegefamilie verunsichert die positive Beziehung zu den Pflegekindern und verstärkt die Konflikte mit TK.
- Die Pflegeeltern betonen in den familientherapeutischen Gesprächen häufig, dass es sich in ihrer Familie um eine Pflegefamilienkonstellation handelt. Bei den Behandler\*innen drängt sich daher die Hypothese auf, dass die Pflegeeltern aufgrund der aktuell bestehenden Überforderung sich über die Vergewisserung einer „Familie auf Zeit“ eine Hintertür offen lassen, um die Verantwortung sozial verträglich an die beauftragende Stelle zurückgeben zu können. Systemisch lässt sich diese Annahme zwar erklären, scheint aber wenig hilfreich und ressourcenorientiert im therapeutischen Prozess. Von der emotionalen Reaktion der Therapeut\*in auf die Äußerung der Pflegeeltern ist sie zu wenig abstrahiert. Eine Perspektivverschiebung bzw. Umformulierung in alternative Hypothesen ist daher angezeigt.
  - Zwischen den Ehepartnern besteht eine enge positive Beziehung und Einigkeit über den Wunsch, Eltern für die beiden Kinder zu sein. Der Status der Pflegeelternschaft, der jederzeit eine „Familie auf Zeit“ beinhaltet, fördert bei beiden auch zahlreiche Ressourcen, die Kinder zu halten. Sie wünschen sich, eine „normale“ Familie zu sein.
  - Die aktuell bestehende Überforderung der Pflegeeltern hat noch nicht dazu geführt, dass sie die Pflegschaft aufgegeben haben. Das Infragestellen der Helfersysteme fordert ihre Ressourcen und ihre Reaktanz und macht trotz der hohen aktuellen Belastung die Tragfähigkeit der Bindungen in der Familie untereinander deutlich.
- Zwischen Familie B und den Helfersystemen besteht eine positive sachliche Beziehung, die durch das Engagement der Pflegeeltern und die Professionalität der Helfer getragen wird. Durch die Schwierigkeiten mit TK wird die Beziehung unsicherer, da durch den Auftrag, das Pflegeverhältnis für die Geschwister zu überprüfen, die familiäre Perspektivsicherheit deutlich ins Wanken kommt.

- Familie B wird seit der Aufnahme der Pflegekinder in ihre Familie durch die Vormünderin, den Pflegekinderdienst sowie seit einem Jahr durch eine SPFH begleitet. Zudem waren bzw. sind eine Verhaltenstherapeutin, eine Ergotherapeutin, Diagnostiker und Mediziner in ihren Alltag involviert. Durch die hohe Präsenz unterschiedlicher Helfersysteme, deren Aufgabe die Unterstützung der Versorgung der Pflegekinder ist, wird den Eltern der Blick auf ihre eigenen Kompetenzen und Ressourcen verstellt. Selbstwirksamkeitserleben und Vertrauen in die eigene Erziehungskompetenz gehen verloren. Dies führt zu einem noch intensiveren Erleben erschöpfter familiärer Ressourcen.
- Zwischen TK und den Pflegeeltern besteht eine positive, aber auch konfliktreiche Beziehung, die hart erarbeitet ist.
  - Die Pflegeeltern empfinden das grenzüberschreitende Verhalten TKs als eigenes Versagen in ihrer Erziehungskompetenz und nicht als Reaktion auf frühkindliche Bindungsproblematik und Traumata.
- TK und JK haben eine enge Beziehung zueinander. Sie verarbeiten die frühkindlichen Traumata unterschiedlich.
  - In der Geschwisterkonstellation stabilisieren beide Kinder sich gegenseitig, indem sie füreinander sorgen und Gefühlsqualitäten ausleben.
  - Unabhängig von der Diagnose eines Asperger-Syndroms erfüllt TKs aggressives Verhalten in der Geschwisterkonstellation die Vergegenwärtigung der Wut- und Kampf-Anteile in der Stressverarbeitung des frühkindlichen Traumas in der Herkunftsfamilie.
  - JKs Verhalten in Überanpassung und der versuchten Unscheinbarkeit verkörpert eher die Elemente der Erstarrung und der Unterwerfung.

### *Hypothesen für die stationäre Behandlung von JK*

- Die Beziehungen in der Familie sind weiter eng. Die Beziehung zwischen den Pflegeeltern und TK hat sich positiv gefestigt. Die Beziehung zwischen JK und TK ist weiter eng, aber durch TKs Verhaltensveränderungen verunsichert.
  - JK füllt mit ihrem grenzüberschreitenden Verhalten die Lücke im familiären System aus, die durch die Veränderung des Verhaltens ihres Bruders entstanden ist. Sie lebt die zuvor ihm vorbehaltenen Gefühlsqualitäten aus. So versucht sie, das ihr bekannte und vertraute Familiensystem zu stabilisieren.

- JK testet durch ihre Grenzüberschreitungen, ob die Pflegeeltern sie und TK auch halten, wenn sich beide problematisch verhalten und damit, ob die Zusage der Pflegeeltern an sie beim Abschluss von TKs Behandlung noch gilt.
- Zwischen JK und den Pflegeeltern besteht eine enge Beziehung. Durch ihren Verhaltenswandel ist diese unsicherer und konflikthafter geworden.
  - Die Pflegeeltern empfinden das grenzüberschreitende Verhalten JKs als eigenes Versagen in ihrer Erziehungskompetenz und nicht als Reaktion auf frühkindliche Bindungsproblematik und Traumata.

#### 2.0.4 Beziehungsanalyse

Die Position der Therapeut\*in befindet sich außerhalb des Familiensystems. Über den Zeitraum der Behandlung des Jungen, der Nachsorge und der sich nach einer Behandlungspause anschließenden Behandlung des Mädchens ergab sich eine für das stationäre Setting unüblich lange Zeit des gemeinsamen therapeutischen Arbeitens. Die Therapeut-Klient-Beziehung zu den Pflegeeltern war vom ersten Kontakt an von Sympathie und gegenseitigem Respekt getragen. Sie äußerten, sich mit ihren Fragen und Problemen ernst genommen zu fühlen. Wertschätzung für die bisher unternommenen Versuche, die Schwierigkeiten im System selbst und mit Hilfe von außen zu verändern, war nicht schwer zu finden. Auch die Wünsche an und für die Kinder wirkten angemessen und von einem familiären Grund getragen. Wenn seitens der Pflegeeltern ihre Hilflosigkeit der aktuellen Situation gegenüber im Zusammenhang mit dem Pflegefamilienstatus jedoch betont wurde, forderte dies die Therapeutin zu kritischem Hinterfragen ihrer Entscheidung für die Pflegschaft, ihrer emotionalen Beziehung zu den Kindern und ihrer Rolle im Helfersystem heraus. Zunächst störte die dargestellte emotionale Kühle bei einer hypothetisch beendeten Pflegschaft. Die folgenden anstrengenden, aber auch weiterführenden Fragestellungen und emotionalen Reaktionen der Pflegeeltern verdeutlichten ihr unbefriedigendes und verunsicherndes Gefühl einer Familie auf Zeit. Dies ermöglichte ein größeres Mitschwingen mit der Familie.

Die Beziehung zu TK war seitens der Therapeutin von großem Interesse für seine idiosynkratische argumentative Logik und seine Kreativität im Legobauen. Seine enorme Verletzbarkeit bei für ihn unbegreiflichen Reaktionen anderer im sozialen Kontext forderte besondere Wahrnehmungsebenen und Konfliktlösungen heraus. Der Junge schien sich durch Hinzunahme der The-



rapeut\*in Hilfestellung bei Klärungen von Konflikten und der Beleuchtung und Vertretung seiner eigenen Perspektive zu versprechen und suchte diese in Familiengesprächen und im Stationsalltag. Bei der Umsetzung von Veränderungen im Familienalltag identifizierte TK die Therapeut\*in für sich teilweise aber auch als (vermeintliche) Urheberin von Unheil. Er regte sich dann mit einem schier unendlichen Redeschwall wiederholt und unbeirrbar bei ihr auf. Auf einer sachlich ausgerichteten argumentativen Ebene gelang eine weitgehend kooperative Beziehung.

Auch die Beziehung der Therapeut\*in zu JK war von Sympathie geprägt. Als jüngere, um ihren Bruder besorgte und sich selbst in der Familie zurückstellende angepasste 9-Jährige bestätigte JK einen vorsichtigen, ernstnehmenden Umgang, der sie bezüglich ihrer Verantwortung um die familiären Prozesse berücksichtigte, aber nicht in den Vordergrund stellte. Zu JK veränderte sich die therapeutische Beziehung beim Wechsel ihrer Rolle von der Schwester des Patienten zur stationären Patientin selbst aber sehr deutlich. Dies hing zudem mit dem massiv veränderten Auftreten TKs gegenüber der Therapeut\*in als auch ihrer gesamten Verhaltenswandlung zusammen. Anderthalb Jahre später forderte sie durch oppositionelles teils provokantes Verhalten und entsprechende Sprache eine deutlich konfrontativere Beziehung ein, die ernstnehmend und positiv blieb, aber deutlich fragiler schien und häufig ausgefochten werden musste. Der Therapeut\*in wurden nun zwei Rollen zugeteilt: im Einzelgespräch konnte emotional und intensiv miteinander gearbeitet werden. Im familientherapeutischen Gespräch war jedes Mal ein offenes Positionieren der Therapeutin im Sinne systemischer Neutralität sowie ein Verhandeln um Rolle und Identität aller Gesprächsteilnehmer notwendig. Loyalität und Identität schienen für JK das grundlegende familientherapeutische Anliegen zu sein.

### **2.0.5 Behandlungsauftrag / Ziele für TKs stationäre Behandlung**

Für die stationäre Behandlung von TK wurden folgende Behandlungsaufträge und Ziele festgelegt: TK solle lernen, respektvoll zu sein, sich an Regeln zu halten, nicht alles zu diskutieren und seine eigenen Anteile in Konflikten zu erkennen. Er solle lernen, Anforderungen im Sozialkontext und in der Schule angemessener umzusetzen und Frustrationen besser auszuhalten. Eine umfassende Diagnostik vor dem Hintergrund der bestehenden ADHS-Diagnose und des Verdachts eines Asperger-Syndroms sowie einer medikamentöse Überprüfung sollen ebenfalls stattfinden. Bereits im Erstkontakt mit den Pflegeeltern schwang unausgesprochen die Sorge mit, ob das Pflegeverhältnis

unter der bestehenden Problematik aufrechterhalten werden kann. Vermittelt über das Ehepaar B wurde der Auftrag der Verantwortlichen beim Jugendamt ausgesprochen, dies zu prüfen. Dieser Auftrag wurde seitens des Behandlungsteams in dieser Formulierung abgelehnt und stattdessen ein gemeinsames Familiengespräch mit den Helfersystemen geplant, in welchem sich dieser Fragestellung gemeinsam im fachlichen Austausch genähert werden kann.

## **2.1. Verlauf von TKs stationärer Behandlung**

TK forderte individuelle Begleitung in den Stationsabläufen sowie einen klar definierten, Orientierung gebenden Rahmen ein. Über mit ihm gemeinsam entwickelte Strukturpläne erlangte er schrittweise mehr Selbststeuerung und erlernte schrittweise zielgerichtet vorzugehen ohne sich aus Überforderung heftig aufregen zu müssen und zu boykottieren. Zu Irritation führten kleinste Abweichungen in gewohnten Abläufen, was TK nur mit enger Begleitung nicht überforderte. Dies zeigte sich besonders nach den Wochenendbeurlaubungen zuhause sowie nach den Schulferien. Über das Führen eines Wutbuches setzte er sich unterstützt mit seiner Wut auseinander. Das systematische Arbeiten lag ihm und ermöglichte ihm, zuverlässiger Auszeiten als Unterstützung für sich anzunehmen, da er Auslöser und Zusammenhänge wahrnahm. Eine Stempelplanaufgabe wurde, sich selbst vor dem Beginn der Mahlzeiten kritisch zu reflektieren und darüber zu entscheiden, ob er für sich die stressfreiere, langweiligere Möglichkeit, in der Küche allein zu essen, der Gruppenmahlzeit vorziehen würde. Im Verlauf gelangen ihm sowohl die Selbsteinschätzung besser als auch die gemeinsamen Mahlzeiten. TK rutschte durch sein problematisches Interaktions- und Kommunikationsverhalten auch in der Kindergruppe in eine Abseitsposition. Sein starres Beharren auf die eigene Wahrnehmung, seine bestimmende Haltung in Spielkontakten und seine hektische Art und schrille Stimme in aufgeregten Situationen verunsicherten und nervten die anderen Kinder. Schwierigkeiten in der Kommunikation waren mit Begleitung lösbar, Konflikte mit anderen Kindern, in denen sich TK unverstanden fühlte oder es nicht schaffte, sich zurückzunehmen waren häufig, wurden aber nicht körperlich aggressiv. Über die strukturierte Reflektion gelang es TK zunehmend, Verantwortung für sein Handeln zu übernehmen und Wiedergutmachung zu leisten. Die Schwierigkeiten sich mit der Situationswahrnehmung anderer auseinanderzusetzen, blieben zwar bestehen. TK lernte aber zunehmend, dass er selbst trotzdem mit seinen Wahrnehmungen und Bedürfnissen ernst und wichtig genommen wurde. TK präsentierte sich reizoffen und ablenkbar, außer, wenn es um seine Spezialinteressen (StarWars

und Lego) ging, über die er schier endlos erzählen und in deren Welt er sich flüchten und manchmal fast verlieren konnte. Dosierte Aufmerksamkeit für diese Dinge und ein klarer Rahmen ermöglichten ihm mehr konfliktfreie Teilnahme am Alltag. Einzeltherapeutische Gespräche verstand TK zunehmend für sich als Entlastung zu nutzen, um dort alles einmal loszuwerden. Angeleitete Entspannung in einer kleinen Kindergruppe wurde für ihn wichtig, wobei er bei seiner Teilnahme auf ritualisierte Abläufe bestand. Die Diagnostik bestätigte das Vorliegen eines Asperger-Syndroms.

Die beschriebenen Erfahrungen im stationären Setting waren Gegenstand jedes familientherapeutischen Gesprächs. In ihrem Rahmen wurde deutlich, wieviel Raum die Klärung und Integration von TKs Wahrnehmungen und Vorstellungen in den familiären Alltag benötigte. Die Familie trainierte innerhalb der therapeutischen Gespräche, in den vom Bezugsbetreuer begleiteten Mutter-/Vater-Kind-Interaktionen auf der Station sowie in Belastungserprobungen zuhause gemeinsam für eine ressourcenorientierte Kommunikation und Interaktion in der Familie. TK und JK verarbeiteten die frühkindlichen Traumata und Bindungsproblematiken offensichtlich sehr verschiedenen, im Rahmen unterschiedlicher überdauernder „instinktiver Stressreaktionen“ (Korritko & Pleyer 2016, S.140). Während JK angepasst und emotional zurückgenommen agierte, zeigte sich TK expansiv, laut und fordernd. Wesentlich war für die Pflegeeltern die Bereitschaft von TK, sich auf die Gegenwartigkeit der Familiensituation einzulassen und sich weniger in seiner StarWars- und Lego-Welt zu bewegen, in welcher er wenig und meist konfliktreich für die Pflegeeltern erreichbar und ansprechbar war. Eng strukturiert und begleitet gelang es TK zunehmend, sich zu vorgegebenen Zeiten nicht mit seinen Spezialinteressen auseinanderzusetzen. Zudem wurde das Thema für ihn und seine Familie stellenweise zu einer Ressource (Spitzcok von Brisinski 2018a). Der Erleichterung mit der Diagnose Asperger-Syndrom eine Beschreibung der Schwierigkeiten gefunden zu haben und in den frühkindlichen traumatischen Erfahrungen eine Erklärung, folgte eine engagierte Suche nach praktischen Lösungen für die Familie. Im Erstgespräch wurden die besetzten Rollen der Kinder sowie gelebte und unterdrückte Gefühlsqualitäten für beide deutlich. TKs impulsives und teils aggressives Verhalten lebte er stellvertretend auch für JK aus, während ihr fürsorgliches Verhalten für beide TK unterstützte. Ideen bezüglich des Einsatzes von Verstärker-, Struktur- und Reflexionstechniken und zur besseren Vorhersehbarkeit von Ereignissen für TK wurden gemeinsam entwickelt und auf das häusliche Setting übertragen. Ihr elterliches Selbstbewusstsein und die Selbstverständlichkeit der erforderlichen Grenzsetzungen gegenüber TK nahmen zu. Es gelang den

Pflegeltern, JK zu entlasten und ihr den Druck zu mindern, TKs Problemverhalten ausgleichen zu wollen, um den Platz der Kinder bei der Familie nicht zu gefährden. Ein Perspektivgespräch mit den zuständigen Fachpersonen aus dem Jugendhilfesystem konnte das Konstrukt Pflegefamilie ebenfalls stärken. TK konnte sich auf die familientherapeutischen Gespräche einlassen, nachdem mit ihm gemeinsam eine klare Struktur entwickelt wurde, deren zeitliche Dimension er selbst mit farbigen Klebern auf der analogen Wanduhr markieren und überwachen durfte. Jeder Gesprächsteilnehmer benannte zu Beginn sein Thema und fühlte sich im Verlauf für dessen Klärung verantwortlich. So gelang es TK sich zeitlich begrenzt auch auf unangenehme Themen einzulassen. TK befand sich häufig in einem ausgeprägten Konflikt zwischen der Befriedigung seines eigenen Bedürfnisses und dem andersorientierten Anspruch der Eltern. Diesbezüglich zeigte TK eine marginale Schwingungsfähigkeit, aber keine Kompetenz, sozialverträgliche Konfliktlösungen zu finden. Dafür blieben die eigenen Bedürfnisse zu prägnant und die eigene Wahrnehmung zu rigide. Er präsentierte sich aber als Junge mit einem großen Wunsch nach Harmonie und lernte in kleinen Schritten, Kompromisse einzugehen, nachzugeben und somit den Konflikt etwas aufzulösen. Tauschgeschäfte, wie das Eintauschen von etwas besonderer Papa-TK-Zeit gegen Spezialthema-Zeit gefielen ihm gut wie auch das Verhandeln um deren Details.

## **2.2. Begründungen und Behandlungsauftrag für die Nachsorge**

Vor der Entlassung äußerte die Familie den Bedarf, bei der Reintegration in den häuslichen und heimschulischen Kontext durch Personen, die TK und ihnen bereits durch die bisherige Zusammenarbeit vertraut seien, begleitet zu werden. Sorge bereite den Eltern besonders die morgendliche Situation wie auch die teilweise sehr schwierige Interaktion zwischen TK und seiner Schwester JK sowie die vor dem Aufenthalt sehr häufigen und kaum vorhersehbaren Wutausbrüche seitens TK. Im Vertrag zur Ambulanten Nachsorge wurden dementsprechend die folgenden Ziele festgehalten und während des Nachsorgezeitraums entsprechend der aktuellen Situation der Familie bearbeitet: Reflektion der ersten Tage zuhause im Hausbesuch; Begleitung der Geschwisterinteraktion; Stärkung der Mutter-/Vater-Kind-Interaktion vor Ort; Reflektion der häuslichen Situation nach mehreren Wochen; Reflektion des schulischen Wiedereinstiegs nach mehreren Wochen; Begleitung der medikamentösen Therapie mit Änderungen bei Bedarf.

### **2.3. Verlauf der ambulanten Nachsorge**

Es fanden vier Hausbesuche der Bezugsbetreuer statt sowie ein Termin auf der Station. Zudem gab es ein gemeinsames Gespräch mit der fallführenden Therapeutin auf der Station und zum Behandlungsabschluss. Familie B entschied für sich, welche Helfersysteme sie zukünftig begleiten sollten und übernahm die Kontaktaufnahmen selbst. Die Pflegeeltern berichteten, sich dadurch innerhalb des bestehenden Helfersystems aktiver und entscheidungskompetenter zu fühlen.

### **2.4. Reflexionen der Mitarbeitenden und der Familie**

Über die Items des Reflexionsbogens zur Nachsorge wurde mit der Familie im Abschlussgespräch gemeinsam ein Resümee über die Nachsorge gezogen (der Bogen selbst wurde von der Familie selbst allein ausgefüllt und ging anonym in die Daten mit ein). Die Pflegeeltern äußerten sich positiv über die Hausbesuche. Besonders beeindruckt habe sie die direkte Möglichkeit, bei Fragen und Problemen Lösungen zu entwickeln und sofort im häuslichen Setting der Familie ausprobieren zu können. Auch bezüglich perspektivischer Überlegungen zur weiteren Inanspruchnahme fachlicher Unterstützungsangebote fühlten sie sich gestärkt. TK berichtete ausführlich von den Besuchen der Bezugsbetreuer und wie er ihnen sein Zimmer vorgestellt hatte. Ihm habe das gefallen. JK habe sich noch zugehöriger gefühlt und besser als während der stationären Behandlung verstanden, wie mit ihrem Bruder umgegangen werde. Das habe ihr gutgetan.

Beide Bezugsbetreuer\*innen meldeten zurück, dass es ihnen leichter gefallen sei, schwierige Aspekte im Verhalten TKs vor Ort im Zuhause der Familie zu besprechen mit direktem Zugriff auf seine Spielzeuge, sein Zimmer und andere wichtige Bedingungen für die Umsetzung von Lösungsideen. Auch die Verortung des Hauses in der Nachbarschaft und der umliegenden Natur erleichterte die Beratung bezüglich Ausgangsfreiheiten und potentieller Gefährdungen. Die Familie wurde als engagiert und motiviert erlebt, in ihren Lösungen war sie kreativ und zielorientiert sowie bereit, Hilfestellungen anzunehmen. Im häuslichen Setting schien die Erschöpfung der einzelnen Familienmitglieder weniger geäußert zu werden als in der Klinik. Bestehende Schwierigkeiten sprachen mehr für sich und mussten nicht im neutralen Umfeld der Klinik hervorgehoben und ausgemalt werden.

## **2.5. Weiterer Verlauf**

Familie B meldete sich nach Abschluss der ambulanten Nachsorge für TK einige Monate nur sehr sporadisch und meist zufrieden. Deutlich wurde aber zunehmend, dass sich der familiäre und schulische Umgang mit JK deutlich erschwerte und sie sich die Frage stellten, ob dies im Rahmen eines normalen pubertären Entwicklungsschubes begründet war oder andere, etwaig traumatische Ursachen habe.

### **2.5.1 Behandlungsauftrag für JKs stationäre Behandlung**

JKs Verhalten hatte sich ein Jahr später völlig ins Expansive und von den Familiennormen Abweichende verändert. Als Behandlungsziele wurden gemeinsam definiert: Entlastung und Ausgeglichenheit von JKs Stimmung sowie ein positives Zusammenleben in der Familie, respektvoller Umgang, Regelakzeptanz, (alters-)angemessener Bedürfnis- und Gefühlsausdruck sowie gelingendes und bedürfnisorientiertes Konfliktmanagement.

### **2.5.2 Verlauf von JKs stationärer Behandlung**

Im Verlauf einiger Monate, in welchen es TK und der Familie gelungen ist, seine schwierigen Verhaltensweisen schrittweise abzubauen, entstand ein verhaltensbezogener Hohlraum. Mit einem Mal gab es Platz für andere Themen in der Familie, da sich nicht weiter alles um die Verhaltenssymptomatik drehte. Im bisherigen Beziehungsgeflecht war ein Ungleichgewicht entstanden, welches JK mit ihren zunehmend aversiven und asozialen Verhaltensweisen zu füllen versuchte. Zudem war es notwendig geworden, dass sie die Verhaltens- und Emotionsqualitäten selbst auslebte, die sie bezüglich ihrer Herkunftsgeschichte und der damit verbundenen Traumata entwickelte und besaß.

JK konnte sich absprachefähig und kooperationsbereit zeigen, schaffte es aber von sich aus nicht, faire Spielkontakte zu gestalten. Sie agierte aus Unfähigkeit heraus wenig vorhersehbar und häufig gegensätzlich, konnte sich nicht von den Bedürfnissen der anderen abgrenzen. Beim Versuch allen gerecht zu werden und dabei eigene Bedürfnisse und Grenzen zu achten, scheiterte sie. Reflektion und Interaktionsbegleitung führten bei JK zu mehr Interpretations- und Handlungssicherheit und weniger Konflikten. In familientherapeutischen Gesprächen erschien es ihr zunächst als einzige Möglichkeit, etwaig schwierigen Themen auszuweichen in totale Verweigerung. Sie fürchtete, auf diese nicht adäquat reagieren zu können. Bei den Pflegeeltern bestand die Sorge, ihr Verhalten und Erleben entspringe aufbrechenden unbewältigten Traumata

aus der Ursprungsfamilie. Im Gegensatz zu ihrem Bruder hatte JK das Foto ihrer Mutter eine Zeitlang aufgehängt, dann aber versteckt. Identität war ein wichtiger Aspekt, der sich in kreativtherapeutischen Methoden (Karten, Imageplakat) in Darstellung aktueller Befindlichkeiten, Belastungen und Bedürfnisse zeigen, aber nicht in Beziehung zur Vergangenheit gesetzt werden konnte. JK zeigte sich aber interessiert am harmonischen Zusammenleben in der Pflegefamilie. Darüber eröffneten sich Möglichkeiten zu einer positiveren Stimmungsgestaltung, ressourcenorientierterem Umgang mit Differenzen und Konflikten und einer Entlastung JKs sowie der innerfamiliären Beziehungen.

### **2.5.3 Beratungsabschluss der familientherapeutischen Behandlung**

Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung fand noch ein ambulantes Nachsorgegespräch auf der Station statt, in welchem von einer Festigung des familiären Zusammenhalts und einer anhaltend positiveren und kommunikativeren Beziehung zwischen JK und ihren Pflegeeltern berichtet wurde. Dies wurde als Behandlungsende definiert. Zeitweilig rief die Pflegemutter danach noch auf der Station an, um sich kurz telefonisch mit dem Bezugsbetreuer über den aktuellen Stand zu Hause auszutauschen. Von negativen Entwicklungen wurde nicht mehr berichtet.

### **2.5.4 Prognosen**

TK zeigte sich motiviert, an Lösungen mitzuarbeiten und fähig durch Strukturierungen und Eindeutigkeit sein Verhalten anzupassen und zu verändern, wobei er enge Begleitung in seinem Alltag benötigte und benötigen wird. Die Zuneigung der Pflegeeltern, ihre Bereitschaft für die Pflegefamilie zu kämpfen sowie ein hoher Grad an Strukturiertheit und Vorhersehbarkeit werden beim Umgang mit den frühkindlichen Bindungs- und Verlusterfahrungen und den Besonderheiten im Rahmen des Asperger-Syndroms unterstützen.

JK gelang es mit enger Begleitung durch die Pflegeeltern, sich mit ihren eigenen Bedürfnissen, Emotionen und Grenzen auseinanderzusetzen. Ihr ist zu wünschen, dass sich ein Gefühl der (auch emotionalen) Sicherheit in ihrem dortigen Zuhause festigen kann, das ihr ermöglicht, auch zukünftige schwierige Situationen und schmerzhaftige Erinnerungen gemeinsam mit ihnen zu bearbeiten.

Die Pflegeeltern sind mutige Schritte mit sich selbst und in Begleitung der Helfersysteme gegangen. Dem Ziel, eine Familie zu sein und dem Wohlbe- finden ihrer Kinder haben sie viele Ressourcen gewidmet. Die zu erwartende Identitätskrise innerhalb der Pubertät in den Folgejahren wird eine Heraus- forderung für alle sein. Die Bindungsmuster und Rollenverteilungen werden erneut auf die Probe gestellt und ausgehandelt werden. Mit ihrer Emotion und Motivation für ihre Familie und der Bereitschaft, Hilfsangebote anzunehmen, hat die Familie gute Chancen, diese bewältigen zu können.

## 2.6. Entwicklung des eigenen Lernprozesses

Die therapeutische Begleitung von Familie B war in vielerlei Hinsicht eine besondere. Zum einen handelte es sich um eine Pflegefamilienkonstellation mit einem Geschwisterpaar, von denen einer ein Asperger-Syndrom auf- weist und zum anderen waren beide Geschwister getrennt voneinander auf derselben Station in vollstationärer Behandlung. Zudem ist Familie B eine der ersten Familien, die sich innerhalb unserer ambulanten Nachsorge für eine poststationäre aufsuchende Behandlung durch das Behandlungsteam entschieden haben. Deutlich werden die Chancen der ambulanten Nachsorge und somit eines etwa 9 Monate umfassenden Therapiezeitraums für die Fam- ilie. Als „Therapie aus einer Hand“ ist es möglich eine Patientenfamilie vom Vorgespräch über die vollstationäre Behandlung in die poststationäre Phase zu begleiten und somit die Zahl und Unterschiedlichkeit der Behandler zu reduzieren. Das kann für die Familie überschaubarer und beziehungsfördernd sein.

In den familientherapeutischen Gesprächen in beiden stationären Behand- lungen waren die Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern zentrales Thema. Der systemische Ansatz griff Rollenbilder, Rollenzuschreibungen, durch Rollen bedingtes und hervorgerufenes Verhalten und Erleben sowie Deutungen und Umdeutungen des Verhaltens als zentrale Aspekte der unter- schiedlichen Perspektiven auf. Mit dem Versuch, das Verhalten der Kinder in Bezug auf die Rollen der Kinder in der Familie zu beschreiben, gelang es, den Blick auf ihre Motive und darüber auf die Ressourcen und Sinnhaftigkeit des Verhaltens zu lenken. Dies ermöglichte einen weniger defizitären Blick auf die Familieninteraktionen.

TK besetzte zunächst deutlich die Rolle des *Unruhestifters / Zappelphilipps*. Die Eltern hatten als gemeinsames Ziel seine Erziehung und Disziplinierung. Sie fanden Unterstützung in der tüchtigen leiblichen Schwester, die manch- mal einen besseren Zugang zu ihm hatte. TKs Auffälligkeiten lenkten von



anderen Themen ab, Ruhe und Entspannung waren weder für ihn noch für die Familie lebbar. Diese Rollenzuschreibung negiert nicht die Symptomatik des Asperger-Syndroms, sondern ordnet dieser eine Funktion in der Familie und in der Verarbeitung beschriebener Traumata aus der Ursprungsfamilie zu. JK besetzte die Rolle des *Vorzeigekindes*. Mit hoher Verträglichkeit und guten Schulleistungen machte sie stolz und befriedigte das Selbstwertbedürfnis der Pflegeeltern, welches durch die Probleme mit TK geringer geworden war. Unsinn machen, Genießen oder gar über die Stränge schlagen entsprach JK derzeit nicht (vgl. Schwing & Fryszer 2013). Eindrucksvoll präsentierte JK in ihrem pubertären und haltlosen Verhalten die doppelte Identitätskrise, wie sie für Pflegekinder typisch sein kann. „Durch die Geburt sind Kinder mit ihren leiblichen Eltern im Herzen verwurzelt und können sie lieb haben. Bei den Eltern, mit denen sie nun jeden Tag zusammenleben, schlagen sie zusätzliche Herzwurzeln und können sie auch lieb haben“ (Homeier & Wiemann 2016, S.85).

### 3. Abschied und Abschlussphasen

Die vorgestellte kinder- und jugendpsychiatrische ambulante Nachsorge ist konzipiert als Möglichkeit, den erforderlichen Abschiedsprozess nach erfolgter stationärer Behandlung in das häusliche und heimat-schulische Setting zu begleiten. Abschiednehmen vom Alten ist erforderlich, um sich dem Neuen öffnen zu können. Ein Abschied und Aufbruch in Begleitung von vertrauten Personen und Dingen kann eine Reduktion bestehender Ängste und eine Erhöhung der Selbstsicherheit ermöglichen. Im Kontext der Nachsorge können Ängste und Sorgen vorweggenommen und Helfer identifiziert werden, Ziele in angemessener Schrittgröße festgelegt und Selbstvertrauen gestärkt werden. Reflektorisch unterstützt die begleitende Beratung Erfolge und Stolpersteine und lenkt die Perspektive auf die Selbstwirksamkeitserfahrungen des Systems. In einer veränderten Art und Weise kann so eine vertraute Zusammenarbeit aus dem klinischen Kontext weitergeführt werden und an die häuslichen und heimat-schulischen Bedingungen angepasst werden. Familiäre Regeln, häusliche Bedingungen, zeitliche Abläufe, individuelle Ressourcen und personale Kontakte können noch konkreter mit in die Behandlung einbezogen werden als im stationären Behandlungssetting, da die Behandlung zuhause und im familiären Kontext stattfindet.

Krisen- und Trauerbewältigung werden häufig als Phasenmodell beschrieben. Über die spiralförmig angelegten Phasen Ungewissheit, Gewissheit, Aggression, Verhandlung, Depression, Annahme, Aktivität und Solidarität gelangt

das Individuum bei erfolgreicher Bewältigung von kognitiver Fremdsteuerung über emotionale Nichtsteuerung zu aktionaler Selbststeuerung (vgl. Schuchardt 2008). Hier werden „Lebens-Lauf-Krisen“ als vorhersehbare und „Lebens-Bruch-Krisen“ als unvorhersehbare Ereignisse unterschieden. Die Beendigung einer stationären Therapie grundsätzlich als Krisenereignis zu bezeichnen, wäre vielleicht übertrieben. Jedoch zeigten sich viele der behandelten Familien verunsichert hinsichtlich des Übergangs von einem vollstationären Setting zu einem unbegleiteten Zuhause-Setting im Anschluss. Verbunden mit der schon deutlich veränderten räumlichen Situation der Familie zuhause nach mehreren Monaten bedeutet die Entlassung auch einen Abbruch der therapeutische, pflegerischen und pädagogischen Zuständigkeiten des Behandlungsteams und somit eines vertrauten Ansprechpartners für die Familie. Mit dem Konzept der ambulanten Nachsorge wird dieser abrupte Abbruch abgefedert, indem zeitlich befristet und ambulant (mehrheitlich im Hausbesuch) die Ansprechpartner bestehen bleiben, während im Sinne der Reintegration neue Fachleute hinzugezogen werden und übernehmen können. Gefühle wie Überforderung, Ungewissheit und Depression sollen nicht stehenbleiben, Eigenaktivität und -verantwortung angeregt werden.

Als „psychosoziale Krisen“ bezeichnet werden von Erickson (1988) dem Lebensalter zugeordnete miteinander ringende Qualitäten, die zur Herausbildung von Tugenden dienen. In der frühesten Kindheit und Jugend sind danach zentral die Qualitäten und Tugenden „Grundvertrauen vs. Grundmisstrauen (Hoffnung)“, „Autonomie vs. Scham, Zweifel (Wille)“, „Initiative vs. Schuldgefühl (Entschlusskraft)“, „Fleiß vs. Inferiorität (Kompetenz)“, „Identität vs. Identitätskonfusion (Treue)“ (vgl. Erickson 1988, S.72f). Vor diesem Hintergrund lassen sich die Erlebens- und Verhaltensbesonderheiten besonders JKs im emotionalen und sozialen Kontext als nicht hinreichend bewältigte Krisen beschreiben. Durch die traumatischen Erlebnisse in der Ursprungsfamilie und das Erleben der Herausnahme aus dieser scheint bereits die erste Auseinandersetzung „Grundvertrauen vs. Grundmisstrauen“ nicht gelungen. Durch die vertraglich legitimierte Familienkonstellation auf Zeit werden die als Tugenden bezeichneten emotionalen Errungenschaften ständig auf die Probe gestellt und erschweren eine kohärente und selbstsichere Persönlichkeitsentwicklung.

#### 4. Perspektive „fremdes Hoheitsgebiet“

Eine Herausforderung der ambulanten Nachsorge mit Hausbesuchen besteht darin, dass sich das Behandlungsteam zu Gast bei der Familie in dessen Räumlichkeiten befindet. Dies erfordert eine andere Haltung, einen anderen Umgang zwischen Behandler und Patient als ein ambulantes Gespräch im Klinikkontext.

Eine besondere Perspektive in der Arbeit mit Familien ist es auch, dass „fremdes Hoheitsgebiet“ betreten wird, sobald es um die zentralen Aufgaben des Elternseins geht: Verantwortungsübernahme, Fürsorge und Erziehung für die Kinder sind unbedingtes (Vor-)Recht und gleichzeitig Aufgabe der Eltern. Ein Therapeut bewegt sich dem folgend nicht in seinem eigenen Gebiet, sondern erhält Zutritt für das der Eltern. Diese Perspektive ermöglicht Wertschätzung und Demut gegenüber den Eltern, die diese Aufgaben für sich angenommen haben, unabhängig von den aktuellen Krisensituationen und kann verunsicherndes Einmischen und verletzendem Besserwissen vorbeugen. Bei akuter Kindeswohlgefährdung ist aktives Eingreifen dennoch notwendig.

#### 5. Unterschiede zu Stationsäquivalenter Behandlung (StäB)

Aufsuchende ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Nachsorge stationärer Behandlung (AaBens) ist deutlich flexibler bzgl. Behandlungsumfang, -frequenz und -intensität im Vergleich zu Stationsäquivalenter Behandlung (StäB), in der Regel jedoch deutlich weniger intensiv als StäB.

Schweregrad, Komplexität und Profil der psychischen Störung des Kindes bzw. Jugendlichen sowie die psychosozialen Rahmenbedingungen sind entscheidend, ob AaBens oder StäB indiziert ist.

AaBens kann sich nicht nur an vollstationäre oder teilstationäre Behandlung, sondern auch an StäB anschließen, wenn übliche ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in einer Ambulanz oder Praxis nicht ausreichend ist.

Voraussetzung für StäB ist, dass eine Indikation für stationäre Behandlung besteht, also ambulante oder tagesklinische Behandlung nicht ausreicht (Spitzok von Brisinski 2018b). Zudem sind bei StäB tägliche persönliche Kontakte mit dem Patienten vorgeschrieben sowie wöchentliche ärztliche aufsuchende Visiten mit Facharztstandard und multiprofessionelle Teamgesprächen.

Die Durchführung von StäB erfordert einen hohen Anteil an Ärzt\*innen auf Facharzniveau. Aufgrund des aktuellen Ärztemangels ergeben sich hier im-

mer wieder ernstzunehmende Engpässe, die eine kontinuierliche Durchführung von StäB immer wieder deutlich erschweren.

Finanzierung für AaBens ist derzeit nur gesichert, wenn stundenweise abgerechnet werden kann nach bzw. analog dem Bayerischen Modell. Bei allen Institutsambulanzen, die über Quartalspauschalen abrechnen, wird es schwer: Da es sich um eine Mischkalkulation handelt, sind aufwendige „Fälle“ zwar durch weniger aufwendige theoretisch mitgetragen, dennoch ist die Zahl finanzierbarer aufwendiger Patient\*innen sehr begrenzt, da auch die Kosten für einen etwas weniger aufwendigen Fall gerade soeben finanziert sind. Suffiziente aufsuchende ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen sind daher oftmals nicht durchführbar, weil eine sinnvolle Behandlungsdensität unter den aktuellen Abrechnungsbedingungen mit der Höhe aktuell gültiger Quartalspauschalen nicht finanzierbar ist.

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen AaBens und StäB besteht auch darin, dass für StäB wöchentliche aufsuchende ärztliche Visiten auf Facharztstandard vorgeschrieben sind sowie mindestens 3 Berufsgruppen im Behandlungsteam und wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechungen, an denen mindestens 3 Berufsgruppen teilnehmen.

Stationäre Behandlung kann zum Teil durch StäB oder AaBens verkürzt werden. Dies spart unter Umständen nicht nur Kosten, sondern ermöglicht auch eine effizientere Wiedereingliederung.

Auch wenn die Finanzierung von AaBens unter Umständen schwierig ist, lohnt sich AaBens zumindest inhaltlich dennoch, da mit einer verminderten stationären Wiederaufnahmerate zu rechnen ist.

### **Erstautorin**

Dipl.-Psych. Rebekka Hillesheim  
Am Breiten Acker 31, 58762 Altena

### **Zweitautor**

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski  
Chefarzt und Fachbereichsarzt  
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie  
LVR-Klinik Viersen  
Horionstr. 14, D-41747 Viersen  
Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de  
Websites: <https://klinik-viersen.lvr.de> und [www.systemisch.net](http://www.systemisch.net)

## Literatur

- Erickson, Erik H.* (1988) *Der vollständige Lebenszyklus*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Homeier, Schirin & Wiemann, Irmela* (2016) *Herzwurzeln*. Ein Kinderfachbuch für Pflege- und Adoptivkinder. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Korittko, Alexander & Pleyer, Karl Heinz* (2016). *Traumatischer Stress in der Familie*. Systemtherapeutische Lösungswege. 5. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG
- Schuchardt, Erika* (2008) *Lebenskrisen – Lebenschancen*. Kongress: Perspektive Leben - Verantwortung und Eigen-Sinn, Odenwald-Institut, 27. Juni 2008, Odenwald. Online-Dokument [www.prof-schuchardt.de/images/pdf/abstract\\_dt\\_final.pdf](http://www.prof-schuchardt.de/images/pdf/abstract_dt_final.pdf)
- Schwing, Rainer & Fryszler, Andreas* (2013). *Systemisches Handwerk*. Werkzeug für die Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Spitzok von Brisinski, Ingo* (2018a) *Autismus-Spektrum-Störungen*. In: von Sydow, K.; Borst, U. [Hrsg.] *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 603-613
- Spitzok von Brisinski, Ingo* (2018b) *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 28(2), 15-38

*Kolumne:*  
**Forum-BKJPP vor 25 Jahren**

*Christian K. D. Moik*

Im „Mitgliederrundbrief“ / „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ – III/1995 wird zunächst zur Jahrestagung des BKJPP am 13./14.10.1995 in Kühlungsborn unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer und dem Ehrenvorsitz von Prof. Dr. Gerhard Göllnitz, dem ersten Ordinarius für Kinderneuropsychiatrie in der DDR, eingeladen, außerdem zur Mitgliederversammlung, bei der u.a. eine Ergänzungswahl anstand für die ausscheidende Schatzmeisterin, Frau Dr. med. Ute Schulte-Holthausen, die dem Berufsverband seit dessen Gründung 1978 zuverlässig und selbstlos gedient hatte.

Angekündigt werden die zum 01.10.1995 veröffentlichten und zum 01.01.1996 gültigen Regelungen des reformierten EBM. Um frühzeitig Verwerfungen der Leistungsbewertung erkennen zu können, werden die KollegInnen, die bereits mit EDV abrechnen, gebeten, im 4. Quartal eine Parallelabrechnung mit dem alten und dem neuen EBM durchzuführen.

Berichtet wird über die Bemühung, auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einen Schwerpunkt „Neuropädiatrie“ zu schaffen, inhaltsgleich mit dem von den Pädiatern angestrebten Schwerpunkt. Dazu wurde von den Fachverbänden beider Fachrichtungen ein detailliertes Konsenspapier erarbeitet. Leider wurde dieses Vorhaben nicht realisiert, vor allem, weil in den westlichen Bundesländern die biologische Psychiatrie zu der Zeit nicht en vogue und neurologische Kompetenz nur spärlich vorhanden war.

Im Hinblick auf die zögerliche Umsetzung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung wurde eine Pressemitteilung „Was sind den Krankenkassen unsere Kinder wert?“ veröffentlicht. Damit wurde auch zu einer Pressekonferenz im Presseclub in Bonn eingeladen.

Zum damaligen Zeitpunkt hatten neben den Ersatzkassen nur die Primärkassen in Bayern und die AOK und die LKK im Rheinland analoge SPV mit den jeweiligen KVen abgeschlossen.

In der Rubrik „**BKJPP – regional**“ stellte Dr. med. Ulrich Schumann, Pirna, eingehend die aktuelle kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssituation in Sachsen dar. Diese war 5 Jahre nach der Wiedervereinigung gekennzeichnet durch eine eklatante Verschlechterung der Versorgungssituation im Vergleich zur DDR-Zeit, als sozialpsychiatrische Versorgungszentren mit Kinderneuropsychiatern, Psychologen, Fürsorgefrauen, Krankengymnastinnen und Pädagogen für Kinder, Jugendliche und Familien verfügbar waren. Im Hinblick auf die neu geschaffenen SPV rief er seine Kolleginnen und Kollegen auf: „Daß nun dieses Fahrrad am Rhein neu erfunden wurde, sollte uns freuen und zum Aufsteigen auf’s Rad ermutigen.“ Er verdeutlicht aber auch, dass es im Bereich der Psychotherapie einen deutlichen Nachholbedarf gebe, an dem intensiv in Fort- und Weiterbildung und in der Versorgung gearbeitet werde.

Kürzer fällt der Bericht der Landesgruppe Nordrhein von Dr. med. Brigitte Zimmermann, Essen, aus, die über die Teilnahme der nordrheinischen Kinder- und Jugendpsychiater an der **Verbrauchermesse „Aktiv leben“** in Düsseldorf berichtet. Dazu hatte man das publikumswirksame Thema „Das schulschwierige Kind“ gewählt.

Dr. med. Jörger, Wuppertal, ruft zur Gründung eines **Qualitätszirkels „Kinderpsychiatrie-Psychotherapie Rhein/Ruhr“** auf.

Außerdem wird über das **Obleutetreffen in Würzburg**, die **Sitzung des Landesverbandes der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände** in Düsseldorf und ein **Berufspolitisches Seminar der Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes** referiert.

Im Wissenschaftsteil stellen Prof. Dr. med. Alexander Trost und Dr. med. Michael Buscher, Viersen, „**Systemische Arbeit mit gewaltbereiten Familien**“ als Ergebnis einer zweitägigen Arbeitsgruppe vor. Zur damaligen Zeit war die Bereitschaft der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, sich diesem schwierigen Arbeitsfeld zu öffnen, deutlich geringer im Vergleich zur Notwendigkeit von Beratungsstellen und Kinderschutzzentren, sich dieser Aufgabe zu widmen. Nach der Darstellung der damals bekannten Fakten und der bisher entwickelten Hypothesen zur Entstehung der Gewalt, zu Möglichkeiten wirksamer Gegenmaßnahmen und Prävention wurden an Hand konkreter Fallbeispiele auf Basis der Systemischen Therapie Interventionsstrategien erarbeitet. Im abschließenden Kapitel werden zu neun Hypothesen mögliche Vorgehensweisen dargestellt.

Prof. Dr. Hans-Eckehard Bahr, Bochum, referiert unter der Überschrift „Aggressivität und Lebenslust“ seine Thesen zu „**Gewalt-Transformation in**

**konflikt-theologischer Sicht**“, die leider auch nach 25 Jahren nichts an Aktualität verloren haben! Sein Ausgangsbeispiel ist Martin–Luther King, der insgesamt zweiundzwanzig mal körperlich massiv angegriffen wurde und bis zu dem tödlichen Attentat stets versucht hat, diese Angriffe als misslungenen Kontaktaufnahme zu werten und dementsprechend darauf zu reagieren.

Im Kapitel „Beteiligen oder Bestrafen“ diskutiert Bahr die Sehnsucht der Bürger nach Geborgenheit und umfassender Sicherheit und die Utopie einer kriminalitätsfreien Öffentlichkeit. Und er fragt nach der Wirkung staatlicher Gewalt. Er zitiert Hannah Arendt: „Was moderne Menschen so leicht in die totalitären Bewegungen jagt und sie so gut vorbereitet für die totalitäre Herrschaft, das ist die allenthalben zunehmende Verlassenheit.“ Dabei stellt Bahr diese Verlassenheit für die erst kurz zurückliegende Zeit der SED-Herrschaft in Ostdeutschland und die nachfolgende Durchkapitalisierung der Gesellschaft dar.

Insgesamt ein Beitrag, der zum Nachdenken anregt, gerade weil er auch Widerspruch hervorruft. So weckt die im Kapitel VII „Verschlingen und Auspeien“ dargestellte Antinomie von „Anthropophagie“ primitiver Gesellschaften und „Anthropoemie“ zivilisierter Gesellschaften den Wunsch, dass es noch andere Formen kultureller Begegnung geben möge.

Dr. med., Renate Sannwald, Berlin, berichtet über „**Spezifische Besonderheiten der katathym-imaginativen Psychotherapie bei sexuell missbrauchten weiblichen Jugendlichen**“. Damit stellt sie eine diffizile Arbeit dar, der sich nur wenige stellen, die allerdings in der Einzelpraxis auch nicht unproblematisch ist.

Im abschließenden Beitrag stellt Dr. med. Eberhard Meyer, Riedstadt, die „**Ergebnisse einer Arbeitsgruppe Jugendpsychiatrie/Jugendhilfe in Hessen**“ zur „**Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur für minderjährige Drogenabhängige**“ dar.

Vieles aus dem Quartalsheft III-1995 ist auch heute noch wissens- und leenswert!

Was berufspolitisch im Winter 1995 wichtig war und was alles im Forum IV/1995 stand, das erfahren Sie im „forum IV/2020“.

Bleiben Sie neugierig!

*Christian K. D. Moik*



**Forum  
der Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie**



**Mitgliederrundbrief III/95  
und**

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

**ISSN 0943-8831**

*Kolumne:*

**Suchtrelevante Aspekte bei der  
psychopharmakologischen Behandlung  
von Kindern und Jugendlichen**

*Klaus-Ulrich Oehler*

In der Medizin gibt es unterschiedliche Fachgebiete. Einige von ihnen sind Pharmakologie relevant, andere weniger. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört zu den Pharmakologie relevantesten Fachgebieten, da es kaum ein anderes gibt, in welchem vergleichbare Effektstärken bei relativ wenigen Nebenwirkungen erreicht werden. Denken wir nur an die Stimulanzien. Mit Methylphenidat und Amphetaminen haben wir Effektstärken bis zu 1,6 und eine Number needed to treat (NNT) von 1,1 bis 1,4. Davon können z. B. Internisten nur träumen. Denken wir daran, dass die Number needed to treat z. B. von Aspirin zur Schlaganfall- und Herzinfarktprophylaxe eine Number needed to treat von 50 und mehr hat und dass Fettsenker noch ungünstigere Effektstärken bezüglich der Prophylaxe der gleichen Erkrankungen haben. In der Epileptologie war Vigabatrin (Sabril®), heute wegen spezifischer Nebenwirkungen (Gesichtsfeldeinschränkungen) verlassen, in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts Drug of the year, weil es das erste Antikonvulsivum war, was eine Number needed to treat unter 15 erreichte.

Natürlich muss man sich fragen, ob Medikamente, die so hoch effektiv sind, nicht auch durch Nebenwirkungen begrenzend sein können. Keine Wirkung ohne Nebenwirkungen. Dieses gilt natürlich auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Insbesondere bei den o. a. Amphetaminen wurde in der Vergangenheit viel darüber spekuliert, inwieweit diese nicht Abhängigkeiten generieren, d. h. süchtig machen können. Dieses lag auf der Hand, da Amphetamin als Speed auch in der Suchtszene durchaus eine Rolle spielt. Dass Amphetamine bei Aufmerksamkeitsstörungen effektiv sind, wurde nach ersten klinischen Untersuchungen nicht mehr angezweifelt. Jedoch kam der Gedanke auf, dass die Verbesserung der Situation bei Einnahme eines Medikamentes

einen Lerneffekt erzeugen könnte. Wenn man etwas schluckt und merkt, dass eine Problematik besser wird, könnte es sein, dass man im Laufe des Lebens versucht, psychische Probleme durch Einnahme von Tabletten oder Trinken von alkoholhaltigen Getränken zu verbessern. Dann kamen die ersten Studien, die zeigten, dass die Situation im Grunde genommen umgekehrt war. Die Patienten, die mit Amphetaminen behandelt wurden, hatten eine günstigere Prognose, nicht nur sozial und bezüglich der Entwicklung von Komorbiditäten, sondern auch insbesondere bezüglich der Suchtprognose.

Generell sind bei Sucht vier wesentliche Aspekte bestimmend:

1. Kinetik
2. Frequenz
3. Alter
4. Dosierung

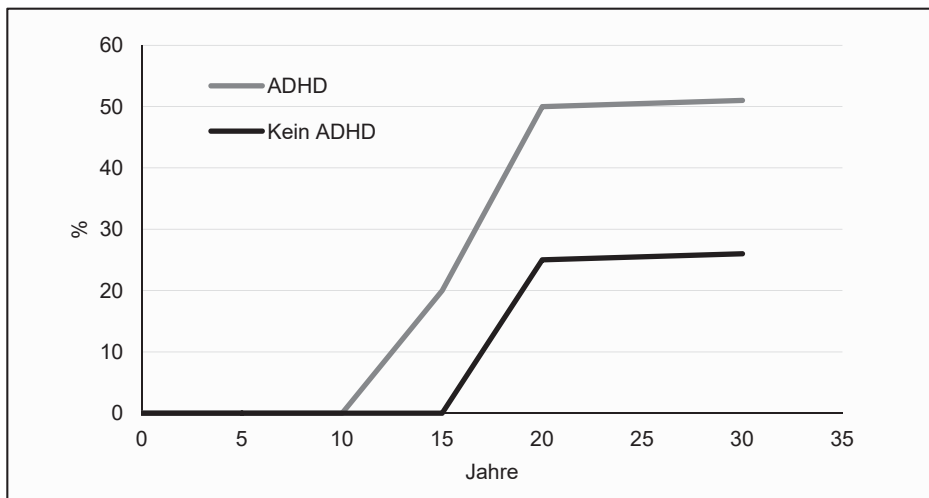
Pharmakokinetik ist das entscheidende Phänomen bei der Entwicklung von Sucht. Nur Substanzen, die sehr schnell anfluten, haben ein Suchtrisiko. Sehr eindrucksvoll kann man das bei Amphetamin dokumentieren. Meth-amphetamin, in der Szene als Crystal Meth gehandelt, ist die Droge, die das höchste Suchtrisiko hat. Andererseits sind retardierte Amphetamine, wie wir sie unseren Patienten geben als z. B. LDX (Lisdexamfetamin) durch die Kopplung des Amphetamins mit Lysin und damit der Pro-Drug-Kinetik die Medikamente, die ein ausgesprochen geringes Suchtrisiko haben. In Kanada, welches bezüglich der wissenschaftlichen Erforschung des ADS führend ist, ist z. B. in Strafanstalten ausschließlich LDX erlaubt, da dieses nicht abhängig macht. Insgesamt gibt es durchaus Mediziner, die sagen, dass man das Suchtpotential an den Schwarzmarktpreisen ablesen kann. Substanzen, die extrem suchtfördernd sind, haben hohe Preise. Andere wie z. B. LDX haben Preise, die unter dem Apotheken-Verkaufswert liegen. LDX flutet langsam an und entwickelt seine volle Wirkstärke erst nach einer halben Stunde. Man stelle sich einmal plastisch vor, dass in der Endphase eines Fußballspiels, wo gerne Alkohol oder Kaffee getrunken wird, LDX eingenommen wird. Wir würden den eigentlichen medikamentösen Effekt erst spüren, wenn die fernsehtechnische Nachbetrachtung vorbei ist und die Abendnachrichten kommen. Eine solche Substanz hat auf dem Schwarzmarkt keine Bedeutung. Das in Deutschland verkäufliche Benzodiazepin, welches die höchste Suchtwirkung hat, ist Lorazepam (Tavor®). Dieses geht an die gleichen Rezeptoren wie die anderen Benzodiazepine, flutet nur schneller an und hat damit ein höheres Suchtrisiko.

### *Frequenz*

Bezüglich der Frequenz ist darauf zu achten, in welchen Abständen ein Patient oder Proband ein Medikament bzw. einen Suchtstoff einnimmt. Dies ist sehr relevant bei der Cannabis-Diskussion. Es ist eben schlicht und einfach ein Unterschied, ob ein Student sich alle zwei oder drei Wochen auf einer Party einen Joint reinzieht oder ob wir Patienten tagtäglich mit Cannabis behandeln. Das Suchtrisiko ist bei der zweiten Gruppe hoch relevant höher.

### *Alter*

Das Alter ist entscheidend. Je jünger die Patienten sind, desto höher das Suchtrisiko. Wenn ein Patient mit 8 bis 10 Jahren 10 Zigaretten pro Tag raucht, besteht ein erheblicher Unterschied z. B. zu einem 20-jährigen. Ein 8-jähriger, der 10 Zigaretten pro Tag raucht, entwickelt mit Sicherheit eine Abhängigkeit, von der er zeitlebens nicht mehr loskommen wird. Dieses ist insofern bedeutsam, da wir von unseren ADHD-Patienten wissen, dass sie sehr viel früher mit dem Konsum von Drogen, Alkohol und Nikotin beginnen. Dieses wurde schon 2005 von Biedermann dokumentiert.



### Dosierung

Bei der Dosierung ist bedeutsam, in welcher Dosierung ein Suchtstoff konsumiert wird. Dieses ist insbesondere bei Cannabis relevant. Viele Alt-68er, die inzwischen in Rente sind, schauen relativ relaxt auf ihre Vergangenheit zurück, bei der sie auch hin und wieder als Jugendlicher einen Joint geraucht haben. Zu bedenken ist, dass das heute verfügbare Cannabis in sehr viel höheren Konzentrationen vorliegt. Wenn man Cannabis in Amsterdam oder in Berlin auf dem Schwarzmarkt ersteigert, ist die Konzentration 5- bis 10mal so hoch wie in den 60er Jahren. Daher gibt es heute auch ein wesentlich höheres Abhängigkeitsrisiko als damals. Die entsprechenden Spätfolgen sind unlängst eindeutig demonstriert worden. Eine Untersuchung, die das Auftreten von Schizophrenie im Jugendalter erfasst hat, hat gezeigt, dass in Hotspots des Cannabiskonsums, also in Großstädten wie Oslo, Kopenhagen, Amsterdam, London, Paris, Madrid die Schizophrenie-Häufigkeit im Jugendalter zu dem lokalen Cannabiskonsum korrelierte. Leider gibt es entsprechende Daten aus Deutschland nicht.

Das Problem Sucht sei am Beispiel des ADHS skizziert. ADHS ist mit Abstand die häufigste psychiatrische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter und durchaus suchtrelevant. Wie erwähnt, führt ADHS zu einem früheren Einstieg zur Sucht und zu einer schnelleren Steigerung und Diversifizierung. Auch die psychiatrische Komorbidität ist höher (ASP, BDS, GAS). Dabei haben Patienten mit ADHS eine Prädisposition, besonders früh eine schwere Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln.

Patienten mit ADHS haben eine Prädisposition zu einer besonders frühen Entwicklung einer schweren Abhängigkeitserkrankung	Whalen et al., 2002 Flory et al., 2003
Die Schwere der ADHS-Symptomatik scheint mit dem Risiko für eine spätere Substanzabhängigkeit zu korrelieren	Molina und Pelham, 2003
ADHS stellt auch einen Risikofaktor für pathologisches Glücksspiel dar	Retz et al., 2007

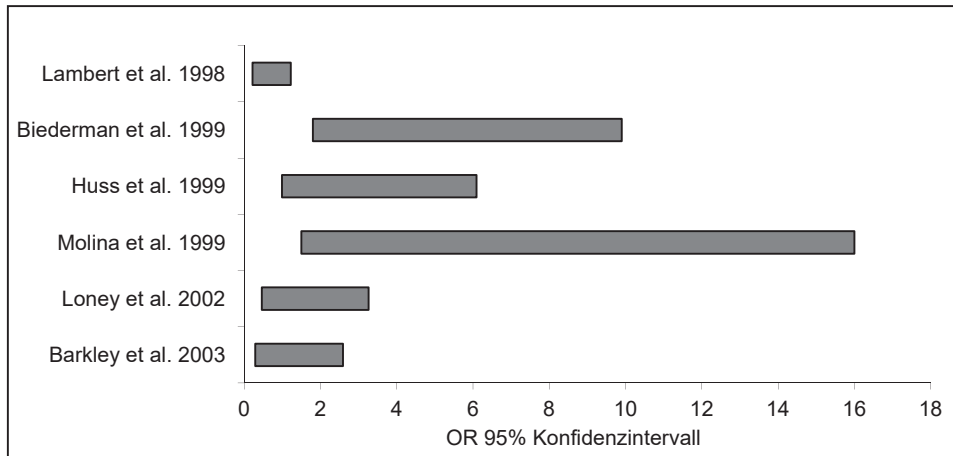
Zu bedenken ist, dass bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen die unterschiedlichen Suchtmittel andere Effekte haben als bei Gesunden. Dieses ist am besten bei ADHS-Patienten untersucht, bei denen sehr häufig paradoxe Effekte auftreten. So wirkt Nikotin bei ADHS-Patienten eher beruhigend. Selbiges gilt für Amphetamine. Bei Gesunden werden oft gegenteilige Effekte

gesehen. Alkohol wirkt z. B. aktivierend, während es bei nicht Erkrankten eher sedierend wirkt. Der suchtprotektive Effekt der Behandlung mit Amphetamin bei ADHS ist schwer zu untersuchen. Daher ergeben sich sehr unterschiedliche Studienergebnisse. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Therapie mit Amphetaminen bei ADHS grundsätzlich vor Sucht schützt.

	Normale Wirkung	Wirkung bei ADHS-Betroffenen
Nikotin	stimulierend aktivierend wachmachend	beruhigend sofort sedierend
Kokain/ Amphetamine	antriebssteigernd wachmachend euphorisierend	beruhigend sedierend ausgleichend
Cannabis	Minderung von Konzentration und Aufmerksamkeit	subjektive Verbesserung von Konzentration und Aufmerksamkeit
Alkohol	sedierend	aktivierend

Es stellt sich nun die Frage, ob tatsächlich eine Medikation mit Methylphenidat oder D-Amphetamin das Suchtrisiko vermindert. Dazu gibt es sehr unterschiedliche Studienergebnisse, die kritisch hinterfragt werden müssen, da eine prospektive Studie mit ADHS- und Suchtpatienten hochkomplex ist. Gerade Suchtpatienten zeigen eine geringere Studien-Compliance. Das bedingt, dass die Studienergebnisse falsch positiv sein können, da die Patienten, die hochgefährdet sind und auch ein schweres ADHS haben, mit dem Studiendesign nicht zurechtkommen und aus der Studie herausfallen. Andererseits kann es sein, dass bei diesen Studien aus technischen Gründen nur stationär behandelte Patienten erfasst werden, so dass hier auch Verfälschungen auftreten können und die Realität nur bedingt abgebildet wird. Die jetzt genannten Studien sind insofern nur als grobe Tendenz zu verstehen. Insgesamt zeichnet sich jedoch ab, dass Patienten mit ADHS, die mit Methylphenidat oder Amphetamin behandelt werden, grundsätzlich eine bessere Prognose haben. Dies betrifft nicht nur die soziale Entwicklung, sondern offensichtlich auch die Suchtgefahr.

Die folgende Abbildung zeigt die suchtprotektive Wirkung von Stimulantien bei ADHS:

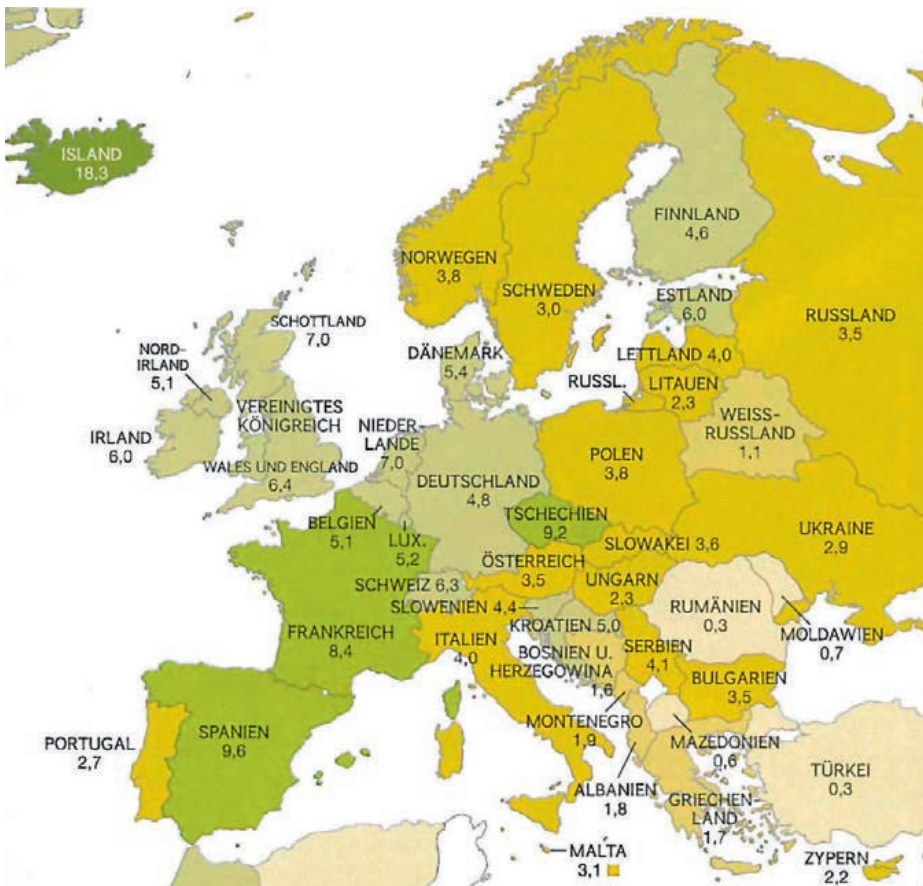


### *Cannabis*

Ein besonderes Augenmerk möchte ich im Folgenden auf die Substanz Cannabis legen, da diese in den letzten Jahren vermehrt bezüglich eines therapeutischen Effekts verschiedener Erkrankungen diskutiert wurde. Dazu gehört auch ADHS.

Cannabis ist als Genussmittel in Europa durchaus verbreitet, wobei es in verschiedenen Ländern unterschiedliche Konsumgewohnheiten gibt. Deutschland liegt dabei eher im mittleren Bereich. Für mich überraschend war, dass Island im Konsum von Cannabis führend ist, und mit welcher Selbstverständlichkeit Cannabis als Therapeutikum rechtlich durchgewunken wurde. Über 20 Jahre habe ich pharmakologische Zulassungsstudien gemacht und gesehen, wie schwierig es ist und mit wie vielen Auflagen und Sicherheitsbestimmungen man konfrontiert ist, wenn ein neues Medikament zugelassen werden soll. Cannabis wurde ohne jegliche Vorsichtsmaßnahmen und ohne eine vernünftige Studiengrundlage zugelassen. Insbesondere der Passus „eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbar positive Entwicklung auf den Krankheitsverlauf oder schwerwiegende Symptome besteht“, ist schon bemerkenswert. Dieses wäre bei jeder anderen Substanz undenkbar. Hier handelt es sich offensichtlich um eine emotionale Entscheidung von Politikern, die vielleicht den Alt-68ern zuzuordnen sind. Dieses hatte dann auch eine entsprechende kommerzielle Resonanz:

	Ausgaben von Krankenkassen für Cannabisprodukte	
	Juni 2017	April 2018
Unverarbeitete Cannabisblüten	412.000 €	2.330.000€
Cannabiszubereitung	839.495 €	1.707.000 €



Es zeigte sich jedoch in den letzten zwei Jahren, dass die ursprünglich euphorische Haltung zum Cannabis sich relativiert hat.

Bei der therapeutischen Gabe müssen wir bedenken, dass die Cannabis-Pflanze verschiedene pharmakologisch aktive Metaboliten (Cannabinoide) hat. Am besten erforscht sind Cannabidiol (CBD) und Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC). THC ist Agonist der Cannabinoid-Rezeptoren Typ 1 und 2. CBD hat



andere pharmakologische Wirkungen einschließlich einer indirekten Antagonisierung. Die synthetischen Substanzen Dronabinol und Nabilol imitieren den Effekt von Delta-9-Cannabinol. Sativex® ist ein Mischpräparat von THC und CBD.

Cannabinoide wurden bei Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen untersucht. Außer einer unspezifischen Verbesserung der psychomotorischen Unruhe gab es keine messbaren positiven Effekte.

	Cannabinoids in attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomised controlled trial (Cooper et al., 2017)
Versuchsbedingungen und Zielsymptome	Placebokontrollierte experimentelle Studie an 30 Erwachsenen Verwendung von Sativex® Spray Kognitive Leistungsfähigkeit und motorische Unruhe als Zielsymptome
Ergebnisse	Keine signifikanten Ergebnisse im QB-Test in Bezug auf kognitive Leistungen ( $p=0,16$ ) Verbesserte motorische Unruhe gegenüber der Placebo-Gruppe ( $p=0,03$ ) Weitere Studien für eine eindeutige Beurteilung notwendig.

Auf Dauer zeigen sich durchaus problematische Spätfolgen, die insbesondere bei ADHS-Patienten ungünstig sind.

Murray et al., 2017	Studien Freisetzung von Cannabis Dopamin im Striatum (funktionellen MRI-Studien). Chronischer Konsum führt zu einer erniedrigten striatale dopaminerge Aktivität.
Rigucci et al., 2018	Unterbrechung der glutamatergen Transmission insbesondere im medialen präfrontalen Kortex durch häufigen Konsum von Cannabis
Colizzi et al., 2018	Verschlechterte Leistungsfähigkeit und stärkere rechts-hemispherische Aktivierung bei Leistungsanforderungen von abstinenten Cannabiskonsumenten

Auch ist das Auftreten von psychischen Störungen bei regelmäßigem chronischem Cannabiskonsum massiv erhöht.

	Schädlichkeit von Cannabis
Hoch et al., 2015	Entwicklung schwerwiegender psychische Störungen bei einmaligem Cannabiskonsum bei 9% aller Menschen, Anstieg auf 17% Konsumbeginn im Jugendalter Weiterer Anstieg auf 25 bis 50 %, bei täglichem Cannabiskonsum Cannabiskonsum erhöht das Risiko für Erkrankungen des respiratorischen Systems, des Gastrointestinaltrakts (Hyperemesis), des Herz-Kreislaufsystems (Rhythmusstörungen, RR-Erhöhungen) sowie des Hormonhaushalts (erhöhte viszerale Fetteinlagerung, Insulinresistenz)
Cohen und Weinstein, 2018	Negativer Einfluss von Cannabis und Cannabinoide auf die exekutiven Funktionen
Scott et al., 2018	Verschlechterung der kognitiven Funktionen bei Cannabiskonsumenten in Abhängigkeit von Konsummenge und Alter bei Beginn in Abhängigkeit von Konsumfrequenz, Konsummenge und Alter
Waterreus et al., 2018	Erhöhtes Risiko bei Cannabiskonsum für Depression und Suizidalität
Moulin et al., 2018	Erhöhtes Risiko bei Cannabis für tätliche Aggression bei Psychosen
Mustonen et al., 2018	Erhöhtes Risiko für des Auftretens von Psychosen durch den Konsum von Cannabis in der Adoleszent
Rey et al., 2004	Deutliche Hinweise, dass früher und regelmäßiger THC-Konsum das Auftreten von Depressionen, suizidalem Verhalten und psychotischen Episoden begünstigt und das Ersterkrankungsalter schizophrener Psychosen vorverlagert

Zusammenfassend besteht eine Diskrepanz zwischen der öffentlichen Diskussion und den tatsächlich erhobenen klinischen Befunden. Auch aus suchtmmedizinischer Beobachtung kann nur vor dem Cannabis-Konsum gewarnt werden. Cannabis als Therapeutikum einzusetzen, ist im kinderpsychiatrischen Bereich nach meiner Ansicht nicht indiziert. Bei Schmerztherapie mag es Ausnahmen geben.

### **Zusammenfassung:**

Ein Suchtrisiko besteht für alle Menschen in unserer Gesellschaft. Es ist hervorzuheben, dass Kinder besonders gefährdet sind. Insbesondere sind Kinder mit psychiatrischen Erkrankungen, und hier besonders mit ADHS, „gefährdet“. Die Besonderheit im Kindesalter besteht darin, dass das Suchtrisiko umgekehrt mit dem Alter korreliert. D. h. je jünger die Kinder sind, die mit Nikotin und Alkohol oder anderem Drogenkonsum beginnen, desto höher ist das Suchtrisiko und desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, sich von diesen Substanzen wieder zu entwöhnen. Grundsätzlich muss auf die vier wesentlichen Aspekte der Suchtentwicklung geachtet werden, d. h. Kinetik, wie schnell flutet eine Substanz an, Frequenz, wie häufig wird die Substanz eingenommen. Die Dosierung ist bedeutsam, die sich bei bekannten Suchtmitteln wie z. B. Cannabis in den letzten Jahren hochsignifikant verändert hat. Eine pharmakologische psychiatrische Behandlung, wenn sie leitliniengemäß mit Sachverstand durchgeführt wird, führt in der Regel nicht zu einem erhöhten Suchtrisiko, sondern hat eher eine suchtprotektive Wirkung, wie oben am Beispiel des ADHS aufgeführt wurde. Da unsere Patienten bei fast allen Erkrankungen zur Hochrisikogruppe gehören, gehört eine Suchtanamnese und die ständige Wachsamkeit bezüglich Suchtaspekten standardmäßig zu unserer Therapie.

(Literatur beim Verfasser)

### **Autor:**

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler  
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,  
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie  
Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg  
Tel: 0931 322966, Fax: 0931 3229688  
E-Mail: praxis@klein-kreienkamp-oehler.de

## Hinweise für Autoren

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

Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: [redaktion-forum@bkjpp.de](mailto:redaktion-forum@bkjpp.de)

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

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

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

### 3. Manuskriptgestaltung:

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

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

# Informationen für Anzeigenkunden

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



## Media Daten 2019/20

### Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

#### Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

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

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

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

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei [didier@metadruck.de](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 12 % angeboten.

#### Geschäftsstelle BKJPP e.V.

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

#### Anzeigenverwaltung, Archiv

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

	<p><b>130 x 195 mm, einfarbig Graustufen</b></p> <p>Firmenanzeigen 1.300,- 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 700,- 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 2019/20:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
4-2019	13. Dezember 2019	1. KW 2020
1-2020	13. März 2020	14. KW 2020
2-2020	15. Juni 2020	27. KW 2020
3-2020	15. September 2020	40. KW 2020
4-2020	11. Dezember 2020	1. KW 2021

\* 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“

*Anja Walczak*

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.