

Inhalt

Editorial:

Herbstblätter ...

Annegret Brauer 2

Kritische Kompetenzen für die post-digitale (Politik der) Lebensführung

Jörn Lamla 5

Untergewichtig und keine Magersucht? Emetophobie –
die selten erkannte Angst vor dem Erbrechen

Michael Stefan Metzner 26

Verwöhnung

Arne Burchartz 49

Geschichte, Definitionen und Konzepte tiergestützter Interventionen

Elena Aretz 86

Der aktuelle Stand der Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Wilhelm Rotthaus 101

Teilhabe im Fokus. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche –

In der Behandlungsplanung mitzudenken

Nora Volmer-Berthele, Beate Kentner-Figura 120

Reinhart Lempp zum 100. Geburtstag – Gedanken zur Geschichte und zum
Selbstverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Jakob Höger 127

Rechtsfragen – Einwilligungsfähigkeit und Elterliche Sorge im Kontext
kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung

Dr. Christian Maus, Dr. Kyrill Makoski 148

Rezension

Jan Frölich und Gerd Lehmkuhl: Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen

Franz Wienand 157

Rezension

Die vergessenen Säuglingsheime – Zur Geschichte der Fürsorge in Ost- und
Westdeutschland

Christian K. D. Moik 162

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 166

Hinweise für Autor*innen 168

Media Daten 179

Impressum 180

Editorial

Herbstblätter ...

Annegret Brauer

Herbsttag

*Herr: es ist Zeit. Der Sommer war sehr gross.
Leg deinen Schatten auf die Sonnenuhren,
und auf den Fluren lass die Winde los.*

*Befehl den letzten Früchten voll zu sein;
gieb ihnen noch zwei südlichere Tage,
dränge sie zur Vollendung hin und jage
die letzte Süsse in den schweren Wein.*

*Wer jetzt kein Haus hat, baut sich keines mehr.
Wer jetzt allein ist, wird es lange bleiben,
wird wachen, lesen, lange Briefe schreiben
und wird in den Alleen hin und her
unruhig wandern, wenn die Blätter treiben.*

Rainer Maria Rilke

Sie halten das neue *forum* in Ihren Händen. Es ist hoffentlich eine passende Lektüre für den Herbst, die Tage werden kürzer, es ist Zeit zu lesen. Rilke schreibt: „...wird wachen, lesen, lange Briefe schreiben.“

Dieser Ausgabe des *forum* ist eine intensive Diskussion in der Redaktion über die Nummerierung der Hefte vorausgegangen. Bisher wurde das vierte Heft im Januar des darauffolgenden Jahres versendet, nun bekommen Sie diese Ausgabe im Oktober als Doppelnummer 3+4 2023. Das bedeutet, dass Sie das erste Heft des neuen Jahrgangs bereits im Januar 2024 in Ihren Briefkästen finden werden. Sie werden auf keine Ausgabe verzichten müssen, sondern das aktuelle Heft bietet Ihnen zusätzliche Seiten, sozusagen als Bonus.

Zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird in den Medien derzeit viel berichtet, das Thema „mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ ist *en vogue*, besonders nach der Pandemie. Auch der Berufsverband bkjpp beteiligt sich an den Diskussionen. Auf unsere Arbeit im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat dieses mehr oder weniger starke Auswirkungen – einerseits werden wir gehört und unsere Erfahrungen bekommen Wertschätzung und Anerkennung, andererseits bedeutet es aber auch höhere Anforderungen an uns in den Praxen wegen des weiterhin steigenden Bedarfs an Behandlungsplätzen bei zunehmend komplexeren Fragestellungen. Es gab immer schon (zu) viele Patienten und Patientinnen, das wird nicht weniger, Zeit und Personal hingegen werden knapper. Umso wichtiger ist uns der fachliche Input und Austausch, unter anderem durch das *forum*.

Als Redaktion des *forum* möchten wir Ihnen fundierte Fachbeiträge mit Bezug zur täglichen Praxis bieten. Unsere redaktionelle Arbeit liegt im Einwerben von Beiträgen und der Sichtung vorliegender Artikel. Wir planen dabei für die Zukunft die Etablierung von Rubriken in Form einer „Reihe“ in aufeinanderfolgenden Heften zu verschiedenen Themenkomplexen, bspw. zu Pharmakotherapie, Psychotherapie, Diagnostik, „Aus der Praxis für die Praxis“, Kasuistiken u.a.m.

Das aktuelle Heft bietet Ihnen zu sehr unterschiedlichen Themen fundierte Beiträge, wir freuen uns über die Themenvielfalt und hoffen, dass wir damit Ihr Interesse und Ihre Leselust wecken können. Jörn Lamla ist Soziologe an der Uni Kassel, er hatte im November 2022 den Hauptvortrag zur Eröffnung der Jahrestagung in Kassel gehalten, nun finden Sie diesen Beitrag hier in Druckform. Er setzt sich mit dem Einfluss digitaler Technologien auf die „kritischen Kompetenzen“ der Lebensführung auseinander, dabei gibt er spannende Einblicke über Theorien dazu in der Soziologie der letzten Jahrzehnte.

Daran schließt sich ein anderes Thema an: Michael Metzner schreibt über ein häufiges Phänomen, über das es wiederum sehr wenig in der Literatur gibt, der Emetophobie, der Angst vor dem Erbrechen. Ich gehe davon aus, dass jedem von uns diese Symptomatik bekannt ist bei Patient:innen, umso wichtiger aus unserer Sicht, einen Beitrag darüber hier publizieren zu können. Arne Burchartz widmet sich einem fast allgemein zu nennenden Thema, der „Verwöhnung“. Allerdings auch dieses mit einem direkten klinischen Bezug, also den Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Auf Möglichkeiten und die tiefere Bedeutung tiergestützter Interventionen geht Elena Aretz ein.

Wilhelm Rotthaus gibt einen Überblick über den Stand der systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Nora Volmer-Berthele und Beate Kentner-Figura lenken in ihrem Artikel den Blick auf die Möglichkeit von Rehabilitation als Möglichkeit zur Verbesserung der Teilhabe. Damit schließt sich der Kreis von gesellschaftlichen Themen zu Störungsbildern und -konzepten hin zu Interventionen in der Therapie.

Jakob Höger nimmt den 100. Geburtstag von Reinhard Lempp zum Anlass, die Geschichte der Kinderpsychiatrie von den Anfängen im 19. Jahrhundert bis in die Jetztzeit zu skizzieren. Er stellt den wertvollen Beitrag Lempps zur Entwicklung der Teamarbeit im Sinne einer diagnostisch-therapeutischen Gemeinschaft auf den Stationen dar. Für diejenigen, die mehr dazu erfahren möchten, verweisen wir auf die Festveranstaltung am 3. November 2023 in Tübingen.

Weitere Beiträge in der umfangreichen Ausgabe des forum betreffen ein rechtliches Thema und zwei Rezensionen. Franz Wienand stellt uns das Buch von Jan Frölich und Gerd Lehmkuhl „Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen“ vor. Christian K.D. Moik rezensiert ein Buch aus dem Psycho-sozial-Verlag „Die vergessenen Säuglingsheime“ von Felix Berth. Dieses ist der Auftakt zu einer Reihe von Buchempfehlungen aus diesem ambitionierten Fachverlag, welche sich verschiedenen Betreuungs- und Erziehungsfragen widmen. Bleiben Sie neugierig!

Das alles passt hervorragend zur Idee des forum, nämlich verschiedene Perspektiven über die Entwicklung in Gesellschaft und Familie sowie Wissenswertes aus unserem Fachgebiet darzustellen. Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Herbst mit Zeit und Muße zum Lesen des *forum* und viel Freude bei der Lektüre.

Annegret Brauer

Kritische Kompetenzen für die post-digitale (Politik der) Lebensführung

Jörn Lamla

Zusammenfassung

Der Beitrag geht der Frage nach, wie kritische Kompetenzen in einer digitalen Umgebung aufgebaut werden können, die sich wie eine zweite Haut der Lebensführung anschmiegt und dabei deren Relevanzsetzungen zunehmend kontrolliert. Dieses Problem ist in klassischen Texten der Konsumsoziologie (von Alfred Schütz, David Riesman, Michel de Certeau und Albert Hirschman) bereits gesehen und formuliert worden. Es radikalisiert sich heute allerdings ein weiteres Mal mit der zunehmenden Verschmelzung von Digitalität und Sozialität, etwa im Zuge des maschinellen Lernens und durch dessen Verknüpfung mit vielfältigen Verhaltensdaten als Trainingsmaterial. Dadurch werden konventionelle Ordnungen auf eine Weise stabilisiert, die sich der kritischen Prüfung und Rechtfertigung zugrundeliegender Wertmaßstäbe entzieht. Es bedarf daher besonderer Anstrengungen, diese Bewertungsordnungen sichtbar und der kritischen sowie politischen Auseinandersetzung wieder zugänglich zu machen.

Schlüsselwörter

Konsum- und Medienkompetenz, kritische Urteilskraft, Künstliche Intelligenz, Postdigitalität

Abstract

This article explores the question of how critical competencies can be built up in a digital environment that fits like a second skin to the way people lead their lives and increasingly controls their relevance. This problem has already been seen and formulated in classical texts of consumer sociology (by Alfred Schütz, David Riesman, Michel de Certeau and Albert Hirschman). Today, however, it is becoming even more radical with the increasing fusion of digitality and sociality, for example in the course of machine learning and its linking with diverse behavioral data as training material. This stabilizes conventional orders in a way that eludes critical examination and justification

of underlying value standards. Therefore, special efforts are needed to make these evaluation orders visible and accessible again for critical and political debate.

Keywords

Consumer and media literacy, critical judgment, artificial intelligence, postdigitality

Einleitung

Es ist unbestritten, dass die Digitalisierung weiter Gesellschaftsbereiche das Leben von Kindern und Jugendlichen stark verändert und die Ausbildung neuer Medienkompetenzen erforderlich macht. Vergleichsweise unklar ist, worin ein solcher Kompetenzaufbau genau bestehen müsste und wie er konkret vonstattengehen könnte. Das hängt nicht zuletzt davon ab, wie die Verhaltensbeeinflussung in digitalen Umgebungen genau abläuft.

Der Vortrag stellt einen soziologischen Erklärungsansatz vor, der primär die konventionellen Rahmungen ins Auge nimmt, die das soziale Geschehen auf digitalen Plattformen prägen. Digitale Architekturen, so die These, entfalten ihre verhaltenslenkenden und stabilisierenden Effekte, indem sie die Interfaces und lernenden Algorithmen mit den Verhaltensdaten und Bewertungspraktiken der User rekursiv verkoppeln und auf diese Weise hybride Bewertungsordnungen ausformen.

Neu daran ist nicht, dass die alltägliche Lebensführung überwiegend in konventionellen Bahnen verläuft, die durch technische Infrastrukturen materiell gestützt sind. Neu ist, wie asymmetrisch die Kapazitäten zur Überwachung und Kontrolle verteilt und mit der Macht zur Gestaltung und Kuratierung digitaler Angebote verknüpft sind. Die User trainieren dabei mit ihren vorgezeichneten Bewertungsroutinen „intelligente“ Personalisierungs- oder Empfehlungsalgorithmen und legitimieren dieses Geschehen auch noch aufgrund der ihnen suggerierten aktiven Partizipation.

Erforderlich werden daher Kompetenzen, die der expansiven Normalisierung dieser kaum mehr bewusst digitalisierten, mithin „post-digitalen“ Lebensführung Kritik entgegenzusetzen vermögen. Ansatzpunkte hierfür liefern aus Sicht der soziologischen Theorie die Konflikte und Reibungspunkte verschiedener Bewertungsordnungen. Wo die Pluralität konventioneller Rahmungen sicht- und ihr kontroverser Charakter erfahrbar bleibt, wird ihr Absinken zur „algorithmischen“ Routine erschwert und die Kompetenz zur reflexiven Überprüfung und kritischen Anwendung geschärft. Daran wäre eine Politik

auszurichten, die im Dienst individueller und demokratischer Selbstbestimmung steht.

Bevor nun ein konkreter Vorschlag zur Bestimmung dieses Begriffs der „kritischen Kompetenzen“ eingeführt wird, werden im ersten Schritt einige klassische, aber etwas in Vergessenheit geratene Annäherungen an die Problemstellung vorgestellt (vgl. Lamla 2013: 182-214). Diese plausibilisieren, warum insbesondere das Alltagsleben von Konsumentinnen und Konsumenten in den Blick genommen und nicht allein auf z.B. schulisches Allgemeinwissen oder öffentliche und politische Diskurse geschaut werden sollte, wenn wir über kritische Kompetenzen von (nicht zuletzt: jungen oder werdenden) Staatsbürgerinnen und -bürgern nachdenken. Denn die Eigenheiten und Herausforderungen postdigitaler Lebensführung, auf die der zweite Vortragsteil eingeht, werden nicht gut erfasst, wenn durch soziologische Ausgangsunterscheidungen das Politische oder Öffentliche auf der einen Seite und das Private oder Alltägliche auf der anderen Seite unhinterfragt fortgeführt und auf das digitale Leben übertragen werden.

1. Kritische Kompetenz im gesellschaftlichen Wandel – klassische Positionen

Die Frage nach den kritischen Kompetenzen hat schon der Sozialphänomenologe Alfred Schütz 1946 in einem kleinen Aufsatz mit dem Titel „Der gut informierte Bürger“ gestellt. Genderpolitisch heute etwas fragwürdig unterscheidet Schütz darin in idealtypischer Absicht drei Wissenstypen, nämlich den Experten, den „Mann“ auf der Straße und eben den gut informierten Bürger. Während Expert:innen hohe reflexive Kompetenzen in eng begrenzten Wissensgebieten haben, die sie in Alltagsdingen bisweilen ungeschickt agieren lassen, zeichnen sich „Menschen“ auf der Straße gerade durch ihre Alltagskompetenz aus. Sie verfügen „über ein Rezeptwissen“, das ihnen „angibt, wie in typischen Situationen typische Resultate mit Hilfe von typischen Mitteln zu erreichen sind“ (Schütz 2011: 117). Nun sind die Expert:innen ebenso wie die Alltagsmenschen unter Bedingungen eines komplexen und sozial verteilten Wissens dazu gezwungen, in vielen Bereichen von Wissenschaft und Praxis schlicht dem überlieferten oder sozial verbürgten Wissen zu vertrauen, d.h. phänomenologisch gesprochen: eine „natürliche Weltanschauung“ anzulegen. Schütz knüpft daran die für das gewählte Thema wichtige Frage, unter welchen Bedingungen diese Haltung verlassen und sozial abgeleitetes Wissen kritisch hinterfragt wird. Dies ist das bestimmende Merkmal seines dritten Idealtypus, dem einer Bürger:in, die gut informiert sein will.

Zwischen Expertenwissen und bloßer Intuition oder alltäglichem Rezeptwissen geht es ihr darum, „zu *vernünftig begründeten* Meinungen“ (a.a.O.) auf Gebieten zu kommen, die zwar nicht die unmittelbaren Handlungspläne tangieren, aber doch mittelbar relevant sein oder werden können. Kritische Kompetenz meint dabei weniger einen fixen Wissenskanon als vielmehr die Fähigkeit, Relevanzsetzungen erkennen und überprüfen sowie selbsttätig vornehmen und verschieben zu können. Denn Probleme der gut informierten Bürgerin erwachsen vor allem daraus, dass ihre orientierungsleitenden Relevanzen nicht frei verfügbar, sondern stark durch unmittelbare pragmatische Interessen einerseits oder extern auferlegte Relevanzen andererseits bestimmt sind. Dabei nimmt der Bereich sozial auferlegter Relevanzen in der modernen Gesellschaft beträchtlich zu, wie Schütz helllichtig diagnostiziert:

„Wir verlieren zunehmend die Möglichkeit, uns unsere Partner in der Sozialwelt auszusuchen und unser soziales Leben mit ihnen zu teilen. Wir sind sozusagen potentiell der Fernsteuerung durch jedermann unterworfen. Kein Punkt auf diesem Globus ist von unserem Wohnort weiter entfernt als 60 Flugstunden; elektr[omagnet]ische Wellen tragen Botschaften im Bruchteil einer Sekunde von einem Ende der Welt zum anderen. Und sehr bald wird jeder Ort auf dieser Welt das potentielle Ziel von Vernichtungswaffen sein, die von jedem beliebigen anderen Ort abgefeuert werden können. Unsere eigene soziale Umgebung ist in der Reichweite von jedermann, überall. Ein anonymer Anderer, dessen Ziele uns wegen seiner Anonymität unbekannt sind, vermag uns zusammenzubringen, indem er unsere Interessen- und Relevanzsysteme unter seine Kontrolle bringt. Uns wird immer weniger die Bestimmung dessen zugestanden, was für uns relevant ist und was nicht.“ (Schütz 2011: 124)

Die gut informierten Bürger:innen können sich in dieser Situation globaler Interdependenzen und komplexer Wissensverteilung nicht auf ihr primäres Erfahrungswissen beschränken und verlassen, sondern benötigen vertrauenswürdige Quellen, die dabei helfen, das sozial abgeleitete Wissen einzuschätzen. Aber auch darin liegt keine Lösung, weil genau diese Quellen kaum mehr zuverlässig auszumachen, sondern ihrerseits Gegenstand einer Vervielfältigung von Professionen und Expertisen, von Beratungsangeboten und Bewertungsprozeduren, sowie von expansiven Werbestrategien und zyklischen Themenkarrieren der öffentlichen Meinung sind. Dabei diagnostiziert Schütz schließlich auch noch einen Kurzschluss des aus der öffentlichen Meinung ableitbaren Wissens mit dem Wissen der „Menschen auf der Stra-

ße“: Denn vor allem letzteres werde – etwa in Form von Meinungsumfragen – über die Medien erhoben, transportiert und verstärkt. In dieser Situation würden die Pflege und Artikulation eines privaten Relevanzsystems zur Bürgerpflicht. Es sei ein letzter Anker für die Kultivierung unabhängiger Urteils-kompetenz.

Vier Jahre später – 1950 – hat David Riesman (hier: Riesman et al. 1958) mit zwei Mitarbeitern den ersten soziologischen Bestseller veröffentlicht. Sein Buch „The Lonely Crowd“ (dt.: Die einsame Masse. Eine Untersuchung der Wandlungen des amerikanischen Charakters) verdient diesen Ruhm tatsächlich, denn es entwickelt das Problem der kritischen Kompetenzen auf hell-sichtige Weise weiter. Dafür unterscheidet Riesman drei Charakterformen, nämlich den traditionsgeleiteten, den innen-geleiteten und den außen-geleiteten Charakter, und verbindet mit dieser wiederum idealtypischen Unterscheidung die These, dass sich im 20. Jahrhundert ein Wandel von der Dominanz innen-geleiteter bürgerlicher Charaktere zu außen-geleiteten Informationssammlern vollziehe, die mehr durch ihre Rolle als Verbraucherinnen und Verbraucher bestimmt werden als durch ihre Stellung im Produktionsprozess (a.a.O.: 20-51). Sehr anschaulich beschreibt er den Unterschied zwischen diesen Charaktertypen durch Bilder aus der Nautik. So entspreche die Orientierung der Innengeleiteten dem Bild eines Kreiselkompasses, wohingegen sich die Außengeleiteten mittels Radaranlage durch den sozialen Raum bewegen. Der Kreiselkompass ist nicht leicht aus der Balance zu bringen und erzeuge seine Richtungsangabe aus der inneren Stabilität heraus. Die Radaranlage hingegen taste laufend die Umgebung ab und liefere Informationen über eine sich verändernde Welt von Hindernissen und Orientierungsmarken, an die der Kurs korrigierend angepasst werden muss. Verwiesen wird damit auf eine Gesellschaft, in der Meinungsmoden und wachsender Peer-Group-Einfluss, aber auch Werbung und Massenmedien orientierungsleitend werden. Die anhaltende Suche nach sozialer Anerkennung und Bestätigung wird in ihr zum vorherrschenden Motiv. Nach Lektüre dieses Buches erscheinen heutige Influencer- und Follower-Beziehungen in den sozialen Medien der digitalen Plattformökonomie als ein einziges Déjà-vu.

Entscheidend ist nun aber, dass Riesman kritische Kompetenz nicht einseitig an das vergangene Zeitalter der innen-geleiteten Bildungsbürger knüpft, wie es leicht missverstanden wird. Vielmehr fragt er nach der Autonomie der Außengeleiteten (a.a.O.: 251-272), die er perspektivisch für möglich hält, obgleich die Abhängigkeit auf den ersten Blick viel größer und unüberwindlicher zu sein scheint. Abhängigkeit, Anomie oder Autonomie gebe es jedoch

zu allen Zeiten und bei allen Charaktertypen, d.h. auch dort, wo traditionelle Bräuche und Normensysteme oder starke innere Wertungen und ethische Leitprinzipien orientierungsleitend sind. Denn wer gesinnungsethisch an seinen Überzeugungen oder zwanghaft an überkommenen Routinen festhält, zeigt sich – je nach vorherrschenden gesellschaftlichen Erwartungen – ebenso strikt konform oder nonkonform. In dieser Hinsicht bietet die Disposition zur Außenlenkung sogar den Vorteil einer höheren Sensibilität, Beweglichkeit und Lernfähigkeit, wenngleich damit keineswegs schon Autonomie oder kritische Kompetenz gewährleistet sind. Das hängt vielmehr davon ab, wie stark die modernen Konsumsubjekte mit diesen Dispositionen zum Spielball externer Anerkennungs-, Bewertungs- und Rückmeldungskräfte werden. Autonomie bedeutet im Falle der Außengeleiteten für Riesman ähnlich wie für Alfred Schütz, gegenüber externen Relevanzsetzungen der Peers, der öffentlichen Meinung oder der Werbung eine gewisse Unabhängigkeit der Urteilsbildung zu bewahren, um zwischen Konformität und Nonkonformität von Situation zu Situation begründet wählen zu können.

Auch wenn Riesman die wachsenden Gefahren der Abhängigkeit der außergeleiteten Verbraucherinnen und Verbraucher im Vergleich zum bürgerlichen Zeitalter der Innengeleiteten keineswegs kleinredet, hält er es doch für möglich, dass

„die Menschen in dem Bereich, der noch von ihrem Privatleben übriggeblieben ist, neue kritische und schöpferische Maßstäbe entwickeln [könnten]. Wenn diese Menschen nicht schon in Zwangsjacken gesteckt werden, ehe sie überhaupt den Anfang dazu machen [...], so lernen sie vielleicht eines Tages, nicht nur mit Verbrauchsgütern wie Lebensmitteln oder Büchern, sondern auch mit den ‚größeren Gütern‘ richtig umzugehen: einer Nachbarschaft, einer Gesellschaft und einer Lebensweise“ (a.a.O.: 319).

Es ist bemerkenswert, wie hier das private Konsumleben zum potenziellen politischen Bildungsraum aufgewertet wird. Anders als viele in der Soziologie und Sozialphilosophie setzt Riesman weniger Hoffnung in eine abgetrennte Sphäre der politischen Öffentlichkeit mit ihren demokratischen Deliberationen oder in klassische Bildungseinrichtungen, da sich in diesen der Meinungskampf gegenüber der alltäglichen Lebensführung zu verselbständigen und leerzulaufen droht. Er lässt aber auch keinen Zweifel daran, dass der Rückzug ins Private allein nicht die Lösung sein kann. Vielmehr drohe dann

die seelische Verarmung, sofern der Bezug zu den „größeren Gütern“ nicht durch ehrenamtliches Engagement sowie Unterstützungsangebote einer professionellen „Freizeitberatung“ hergestellt bleibt.

Warum entgegen aller soziologischen und sozialphilosophischen Verdammung des Konsums gerade dieser Aspekt der Lebenspraxis Chancen für die Entwicklung kritischer Kompetenzen bereithalten soll, ist freilich nicht leicht zu sehen. Zu sehr wirken Anklagen nach, wie sie etwa Hannah Arendt (1981) gegen das privatökonomische Leben im Allgemeinen und den Konsum im Besonderen vorbringt, die jene Sphäre der kollektiven Selbstbestimmung von Bürgerinnen und Bürgern verdrängen, jenen Teil der *vita activa*, in der doch allein sich die humanitäre Qualität eines demokratischen Handelns entfalten könne. Ihr Schüler Richard Sennett (1996) hatte vergleichbar die Tyrannei der Intimität gegeißelt, mit der die narzisstisch auf sich selbst bezogenen Privatsubjekte das öffentliche Leben überziehen – und viele sind dieser Sichtweise gefolgt. Die Frankfurter Schule der „Kritischen Theorie“ ist noch radikaler: Die moderne Kulturindustrie, so Adorno und Horkheimer (1988: 128-176), reduziere Menschen auf Konsument:innen und vermag sie so widerstandslos in den Verwertungszusammenhang des Kapitalismus zu integrieren. Kritische Kompetenzen weisen unter Bedingungen einer solchen ideologischen Verblendung dann ohnehin nur noch wenige auf. Wer nicht zur Elite der avantgardistischen Kunst gehört oder Soziologie bzw. Sozialphilosophie – freilich die richtige – aus Berufung betreibt, hat schlechte Karten. Bis hin zu Jürgen Habermas (1956) und teilweise darüber hinaus hat die kritische Gesellschaftstheorie mit dem Leben als Konsumentin oder Konsument keinen Frieden schließen können. Aber dadurch bleiben ihre eigenen Konzepte von kritischer Kompetenz auch reichlich abstrakt und freischwebend. Sie teilen das Problem jener Moral- und Gerechtigkeitstheorien, die als deontologisch bezeichnet werden. Kritische Urteile sind darin das Resultat einer rationalen Verstandes- oder Verständigungstätigkeit, die sich unbeeinflusst von Alltagsdingen vollzieht.

Vor diesem Hintergrund ist es heilsam, sich die Argumente eines dritten soziologischen Klassikers zu vergegenwärtigen, der diese Sicht auf kritische Kompetenz und Urteilskraft geradezu umgekehrt hat. Die Rede ist von Michel de Certeau (1988), der 1980 sein Buch „Kunst des Handelns“ in Frankreich veröffentlichte. De Certeau vollzieht mit diesem Buch einen Blickwechsel auf den Konsum und die Konsument:innen, wie ihn in Großbritannien ähnlich die *Cultural Studies* vollzogen haben, die gegen die kritischen Verfallsdiagnosen vom gesellschaftlichen Massenbetrug und die Gleichsetzung von Kultur mit

bürgerlicher Hochkultur vorgeschlagen haben, Praktiken der Medienrezeption – nicht zuletzt von Jugendlichen und ihren Peers – zunächst genauer zu studieren (vgl. Hörning/Winter 1999).

Bei de Certeau (1988) mündet diese Stoßrichtung in der Unterscheidung von *Strategien* und *Taktiken*. Verbrauchern wird eine Autonomie zugesprochen, die auf Vorzügen des Gebrauchs gegenüber dem Produzieren basiert. Dahinter verbirgt sich die Gebrauchstheorie der Sprache des späten Ludwig Wittgenstein (2006), die gegenüber Vorstellungen von Sprache als strukturell festgelegtem Regelsystem (*langue*) die Notwendigkeit der kreativen Anwendung und Übersetzung aller Regeln in der Sprachpraxis (*parole*) betont. De Certeau denkt dies weiter und vergleicht Praktiken der Sprachverwendung, die etwas produzieren, also z.B. das Schreiben eines Buches oder Briefes, mit solchen, die scheinbar völlig passiv das von anderer Seite Vorgegebene konsumieren, also etwa das Lesen eines Buches oder Briefes. Konsum wird hier weder auf ökonomische Faktoren wie Warentausch, Geldverwendung oder private Haushaltsführung enggeführt noch auf kulturelle oder sozialpsychologische Aspekte von Bedürfnissen, Statuskämpfen oder Neugier reduziert. Konsum ist vielmehr ein Gebrauchen, das sehr weitgehend auf Vorgegebenem basiert. Aber was soll daran kritisch und kreativ sein? Ist Autonomie nicht notwendig an die Fähigkeit zum Hervorbringen, also an die Produktion gebunden? Dazu muss man sich die Schwierigkeiten genauer ansehen, vor denen das strategische Handeln steht: Es muss sich zurückziehen, um von einer sicheren Ausgangsbasis auf die andere Seite einzuwirken. Das führt noch dort zu Fehleinschätzungen und Fehlern, wo man sich gern besonders kritisch gibt:

„Selbst die Revolution, diese ‚moderne‘ Idee, stellt ein Schreib-Projekt auf der Ebene einer ganzen Gesellschaft dar, die die Absicht hat, sich gegenüber der Vergangenheit als unbeschriebenes Blatt zu konstituieren [...]“ (de Certeau 1988: 248, Hervorhebung weggelassen, J.L.).

Dagegen bringt de Certeau die Praktiken des Lesens ins Spiel, die im Text wildern können, weil sie nichts erschaffen müssen. Diesen Gedanken verallgemeinert er zum Konzept der Taktiken, die den Verbraucher:innen im Rahmen ihrer Konsumpraktiken zur Verfügung stehen:

„Im Gegensatz zu den Strategien [...] bezeichne ich als *Taktik* ein Handeln aus Berechnung, das durch das Fehlen von etwas Eigenem bestimmt ist. Keine Abgrenzung einer Exteriorität liefert ihr also die Bedingung einer Autonomie. Die Taktik hat nur den Ort des Anderen. [...] Sie hat also nicht die Möglichkeit, sich einen Gesamtüberblick zu verschaffen und den Gegner in einem abgetrennten, überschaubaren und objektivierbaren Raum zu erfassen. Sie macht einen Schritt nach dem anderen. Sie profitiert von ‚Gelegenheiten‘ und ist von ihnen abhängig; sie hat keine Basis, wo sie ihre Gewinne lagern, etwas Eigenes vermehren und Ergebnisse vorhersehen könnte. Was sie gewinnt, kann nicht gehört werden. Dieser Nicht-Ort ermöglicht ihr zweifellos die Mobilität – aber immer in Abhängigkeit von den Zeitumständen –, um im Fluge die Möglichkeiten zu ergreifen, die der Augenblick bietet“ (a.a.O.: 89).

Weniger in den dichotomen Praktiken des Wählens zwischen verschiedenen Angeboten und Optionen als vielmehr in den fließenden Situationen des Anwendens und Umfunktionierens liegt nach de Certeau also das kreative Potenzial der Verbraucherinnen und Verbraucher, das auch zur Ausbildung von kritischen Kompetenzen verhelfen kann. In Konzepten wie digital literacy ist dieses Moment der Fähigkeit zur mitlaufenden Prüfung und Variation sowie zur subversiven, also unterlaufenden Umkehrung oder Überschreitung von offerierten Meinungen, Medien und Technologien nur ein Kompetenzaspekt unter vielen. Ich halte es dagegen für ein zentrales Element kritischer Kompetenzen, insofern diese ein gewisses Verfügen und pragmatisches Wechseln zwischen verschiedenen Registern des Bewertens und Einordnens voraussetzen. Aber dazu später mehr. Berechtigt ist gewiss die Frage, wie weit man mit taktischen Fähigkeiten kommt.

An dieser Stelle möchte ich noch kurz auf einen vierten und letzten Klassiker zu sprechen kommen, der über Fragen der Reichweite konsumbasierter Kritik- und Engagementformen nachgedacht hat. Es handelt sich um Albert Hirschman (1984), der manchen vielleicht über seine berühmte Unterscheidung von *exit* und *voice* als verschiedene, nämlich eher der Ökonomie bzw. der Politik zugehörige Kritikformen bekannt ist. Hirschman hat zwei Jahre nach de Certeau, also 1982, ein kleines Buch unter dem Titel „Shifting Involvements“ veröffentlicht, dessen deutsche Übersetzung den Titel „Engagement und Enttäuschung. Über das Schwanken der Bürger zwischen Privatwohl und Gemeinwohl“ trägt. Der Titel deutet bereits an, dass die Überbrückung der

Kluft zwischen diesen Polen alles andere als einfach zu bewerkstelligen ist. Der bekannte Ausspruch: „Global denken, lokal handeln“ taugt wohl eher als Problembeschreibung denn als pragmatischer Lösungsvorschlag. Die Schwierigkeiten hierfür wurzeln nach Hirschman in der institutionellen Differenzierung von Arenen der Politik und des Konsums. Diese Trennung führt bei den Handelnden zu einem anhaltenden Schwanken zwischen der strategischen Ausrichtung auf kollektive Transformationen (Gemeinwohl) und den begrenzten Möglichkeiten taktischer Distanzierung und Überschreitung im privaten Konsum. Er setzt dabei voraus,

„daß wir es mit Verbrauchern zu tun haben, die sich außerdem auch ihrer Rolle als Staatsbürger bewusst sind und in einer Gesellschaft leben, in welcher der Gegensatz von privatem und öffentlichem Leben Gewicht hat, so daß beide Sphären dauernd um die Aufmerksamkeit und die Zeit des Konsumenten-Bürgers konkurrieren“ (Hirschman 1988: 70).

Die These des Buches ist, dass sich unter diesen institutionellen Rahmenbedingungen ein endogenes Wechselspiel von Engagement und Enttäuschung vollzieht. Die falschen Versprechungen der Konsumangebote, aber auch die begrenzte Reichweite der damit verbundenen Wirksamkeitserfahrungen, führten zu einer latent ansteigenden Bereitschaft, die Arena zu wechseln und sich einer Partei anzuschließen oder aus heutiger Sicht vielleicht der Fridays for Future Bewegung, um politisch die Stimme zu erheben. Aber auch die politische Handlungsarena hält Enttäuschungen bereit, die vor allem in der unbefriedigenden Alternative zwischen „übermäßiger und unzulänglicher Beteiligung“ (Hirschman 1988: 131) wurzeln. Für ersteres stehen die biographisch aufreibenden Anforderungen einer berufspolitischen Laufbahn, für letzteres der schwache Einfluss durch Wahlbeteiligung oder sporadischen Protest.

Kritischen Kompetenzen können also in den institutionellen Kanälen nur unbefriedigend praktisch abgeführt werden. Dadurch, so Hirschman, komme es zum periodischen Wechsel der Engagementformen. Zugleich gilt es festzuhalten, dass für die Entwicklung kritischer Kompetenzen eine Überbrückung dieser differenten Rollen und Sphären von Consumer und Citizen unverzichtbar erscheint (vgl. Lamla 2013). Das gilt nicht zuletzt vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Krisen wie der Pandemie, der Klimaerwärmung oder der Rückkehr geopolitischer Verteilungskämpfe in Gestalt von Krieg, Flucht und Vertreibung. Sie alle zeigen, dass die Welt, in der wir als Staatsbürger:innen

leben, eine ganz andere ist als die Welt, in und vor allem *von* der wir als Konsument:innen leben (Latour 2021: 60f.). Im Folgenden nun soll die skizzierte Ausgangslage mit Veränderungen in Beziehung gesetzt werden, die aus dem digitalen Medienwandel für die Genese und Stabilisierung bzw. Gefährdung kritischer Kompetenzen resultieren.

2. Konventionelle Bindungsformen im (post-)digitalen Zeitalter

Digitale Medien überformen die konventionellen Mechanismen der Einflussnahme und externen Relevanzsetzung, etwa der Peer- und Freundschaftsbeziehungen und der öffentlichen Meinungsbildung nicht nur in signifikanter Weise. Sie erzeugen dabei auch neue Abhängigkeitslagen. Diese resultieren nicht zuletzt daraus, dass sich das Digitale durch die enorme Bandbreite technischer Anwendungsmöglichkeiten wie eine zweite Haut in alle Lebensbereiche einziehen lässt. Darauf spielt der Begriff der *post-digitalen* Lebensführung an, der nicht etwa andeuten soll, dass wir auf dem Wege sind, das Digitale mit seinen Datenbergen, Informationsflüssen und maschinellen Ablaufroutinen wieder hinter uns zu lassen. Vielmehr soll eine gesellschaftliche Epoche benannt werden, in der uns das Digitale nicht mehr als neu und anders erscheint, sondern als technologischer Standard der Vernetzung, Verknüpfung, Kommunikation, Information, Unterhaltung, Entscheidung, Intelligenz, Rückkoppelung, Liebe und Arbeit oder des Konsums, Denkens, Lernens, Körpers und Verhaltens sehr weitreichend eingewöhnt ist. Das mag noch etwas überdramatisiert klingen – und ist es sicher auch. Aber Tendenzen zur weitreichenden Hybridisierung von analogem und digitalem Leben sind unübersehbar (vgl. Lamla 2022). Es ist daher sinnvoll, die Herausforderungen für die kritischen Kompetenzen von diesem „Schmelzpunkt“ aus in den Blick zu nehmen.

Hier ließe sich eine lange Reihe von Phänomenbereichen durchstreifen, um dieser Zeitdiagnose Plausibilität zu verleihen, aber ich will dies hier kurzhalten. Stichwörter wie Ubiquitous Computing oder Augmented Reality begleiten uns schon einige Zeit, und vom Second Life bis zum Metaverse wird die sozio-digitale Hybridisierung bildreich beschworen. Eine Rolle spielt aber ebenso die wachsende Invisibilisierung von User-Interfaces in einer Welt der *smarten* Phones, Sprachassistenten, Cars, Homes, Energy-Grids oder Cities, die zur digitalen Vernetzung der Dinge unserer Umgebung, zur Realisierung des Internet of Things, beitragen. Nicht zu vergessen die Kultur der Selbstvermessung, die nicht nur bestimmten Vital-Kennzahlen und quantitativen Gesundheitsdaten hohen Orientierungswert zuspricht, sondern auch über das Feedback in sozialen Medien angeheizt wird. Von Cyborgs oder Transhu-

manismus will ich noch gar nicht sprechen, da mit solchen Begriffen Vorstellungen einer Science-Fiction-Welt aufgerufen werden, die den subtilen Formen der Hybridisierung von Digitalität und Sozialität kaum angemessen sind. Solche Bilder prägen auch die Unterscheidung von künstlicher und menschlicher Intelligenz, die letztere als Referenzpunkt der ersten scheinbar konserviert. Dabei wird verstellt, wie beide Seiten sich wechselseitig verändern. Schaut man genauer auf Verfahren des Machine Learning, so wird deutlich, dass hierfür eine große Zahl von Trainingsdaten benötigt wird, die aus unterschiedlichen Wirklichkeitsbereichen stammen können, aber oftmals eben auch aus sozialen Praktiken, die menschliches Handeln involvieren, um dieses im nächsten Schritt zu simulieren. Solche Trainingskonstellationen wirken sich nicht nur auf die Algorithmen aus, sondern auch auf die handelnden Menschen. Wie Jaron Lanier (2010, S. 49) zum bekannten Turing-Test bemerkt hat, können wir nicht wissen, ob die künstliche Intelligenz diesen Performanztest besteht, weil sie immer intelligenter geworden ist oder nicht vielmehr deshalb, weil die menschliche Intelligenz durch Gewöhnung ihre Standards gesenkt hat. Unter Realweltbedingungen sind Veränderungen auf beiden Seiten der Mensch-Maschine-Relation wahrscheinlich.

Für die Frage nach den kritischen Kompetenzen ist vor allem wichtig, wie digitale Technologien die externen Relevanzsetzungen verändern, die die Verbraucher:innen außen-leiten und ihre Last, gut informiert zu sein, vergrößern. Gewiss, die Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten weiten sich auch aus und werden im Internetzeitalter teilweise schneller, zugänglicher, reichweitenstärker usw. Vom Internet als Medium empowerter Consumer Citizen ist heute zwar deutlich weniger die Rede. Aber die Möglichkeiten, die es bietet, sollten nicht ausgeblendet werden. Insgesamt aber hat sich wohl bewahrheitet, was der Theoretiker der Netzwerkgesellschaft, Manuel Castells (2003: 424), schon Anfang der 2000er Jahre prognostiziert hat, nämlich die Entwicklung des Internets zu einem Massenmedium, in dem eine kleine Minderheit von „Interagierenden“ einer großen Mehrheit von „Interagierten“ gegenübersteht. Obwohl also richtig ist, dass die neuen digitalen Medien die Verbraucherinnen und Verbraucher in Prosumenten verwandeln, die sich über soziale Medien, eBay und andere Online-Marktplätze aktiv an der Herstellung von Inhalten wie Nachrichten, Playlists, Werbung, Angeboten usw. beteiligen, geschieht dies doch ganz überwiegend unter Rahmenbedingungen, die von großen Plattformunternehmen vorgegeben werden. Das meint hier die Rede von den „Interagierten“: Es handelt sich um eine aktive Beteiligung, die aber einer starken Außenlenkung durch vorgegebene materielle und

digitale Infrastrukturen und Rahmungselemente unterliegt. Das schließt taktisches Umfunktionieren und Überschreiten nicht aus, bleibt aber auf solche Nischenpraktiken limitiert. Strategische Handlungsmacht dagegen kommt jenen zu, die über Kapazitäten zur Gestaltung ganzer Infrastrukturen, Plattformen und Marktplätze verfügen. Was bedeutet das für die Herausbildung, Stabilisierung oder aber Gefährdung kritischer Kompetenzen?

Dazu müssen wir uns das *Wie* der Gestaltung, d.h. das Gestaltungsparadigma genauer ansehen, und darin spielt die ökonomisch angewendete Psychologie eine große Rolle. Das Gebiet des Ökonomischen wurde ja lange als eines betrachtet, das die rationalen Interessen gegenüber den emotionalen Leidenschaften stärkt. Das kühle Kalkulieren wurde sogar als zivilisatorische Leistung herausgestellt, die das institutionelle Mindset des Kapitalismus als Bollwerk verteidigte, insofern es die hitzigen Konflikte zwischen Religionen, Völkern, Staaten im Zaum halten könne. Das hat Albert Hirschman (1980) in seinem Buch „Leidenschaften und Interessen“ ideengeschichtlich aufgearbeitet. Untertitel dieses Buches: „Politische Begründungen des Kapitalismus vor seinem Sieg“. Nach seinem Sieg gibt dieser allerdings mehr und mehr sein anderes Gesicht zu erkennen: weniger die „unsichtbare Hand“ eines Marktes, die unabhängig ihre Interessen verfolgende Marktbürgerinnen und Marktbürger zusammenbringt, sondern eine Vielzahl von Mechanismen und Vorkehrungen, um deren Leidenschaften zu entfalten und zu kanalisieren. Der kürzlich gestorbene Soziologe Bruno Latour hat diese theoretisch vernachlässigte Seite einer Ökonomie der Leidenschaften (Latour/Lépinay 2010) beleuchtet. Er hat dafür nicht nur die ökonomische Psychologie von Gabriel Tarde wiederentdeckt, sondern in seinem Grundlagenwerk über Existenzweisen (2014) auch drei für die Moderne charakteristische Modi des Ökonomischen herausgestellt, die sonst eher als dessen Gegenteil betrachtet werden, nämlich Organisation, Bindung und Moral. Da hätten wir also eine soziologische Variante des Begriffs der „Bindung“ – vielleicht nicht ganz so, wie erwartet. Die Ökonomie organisiert mithilfe von Arbeitskräften, Maschinen, Energie, Rohstoffen, Transportwegen, Distributionsnetzen usw. Kommunikationsräume, in denen die Bindungskräfte von Leidenschaften kultiviert werden. Und sie liefert Rechtfertigungen für diese Leidenschaften, unter denen das kühle Kalkulieren nur eine von vielen ist, gleich mit.

Wie die Ökonomie dies bewerkstelligt, lässt sich an der modernen Datenökonomie studieren, die als Treiber der digitalen Expansion hin zur postdigitalen Gesellschaft fungiert. Ihr zentraler Mechanismus ist die Kombination großer digitaler Datenmengen mit Einsichten der psychologisch informierten Ver-

haltensökonomie. Der MIT-Professor Alex Pentland (2014) feiert diesen Mechanismus als Geburtsstunde einer neuen „Sozialphysik“, die in der Lage sei, soziale Bindungskräfte massenhaft zu mobilisieren und gezielt für die Verbreitung von Ideen einzusetzen. Freilich will Pentland damit nur „moralisch gute“ Ideen streuen. Aber die Putins, Orbans und Xis dieser Erde freuen sich über Instrumente der Konformitätsformung wohl ebenso. Man denke nur an das chinesische Social Credit System. Und was Elon Musk mit seinem neuen Unternehmen (Twitter) vorhat, ist zum Zeitpunkt des Abfassens dieser Zeilen auch noch nicht ganz klar.

Die Harvard-Ökonomin Shoshana Zuboff (2018) nennt das Phänomen „Überwachungskapitalismus“. Für sie ist klar, dass die neue ökonomische Verwertungs- und Kontrollmaschinerie der Produktion, Sammlung, Auswertung, Vorhersage und zunehmenden Kontrolle von datenförmig protokolliertem und induziertem Verhalten das Ende jeglicher Fähigkeit zur individuellen und kollektiven Selbstbestimmung bedeutet. Entscheidungsarchitekturen, die mithilfe von KI und Nudging dynamisch auf Output-Maximierung getrimmt werden, stellen die kritischen Kompetenzen der Verbraucherinnen und Verbraucher jedenfalls auf eine harte Probe. Ich erinnere noch einmal an eine Passage aus dem präsentierten Schütz-Zitat: „Ein anonymes Anderes, dessen Ziele uns wegen seiner Anonymität unbekannt sind, vermag uns zusammenzubringen, indem er unsere Interessen- und Relevanzsysteme unter seine Kontrolle bringt. Uns wird immer weniger die Bestimmung dessen zugestanden, was für uns relevant ist und was nicht“ (Schütz 2011: 124).

3. Kritische Kompetenzen – ein Definitionsvorschlag

Inwiefern solche Entscheidungsarchitekturen – etwa im Sinne eines Boosting-Konzepts – kritische Kompetenzen auch befördern könnten, gilt es zu diskutieren. Zuvor möchte ich aber einen Vorschlag machen, was unter kritischen Kompetenzen genau verstanden werden soll. Hierfür stütze ich mich auf die viel diskutierte und wichtige Arbeit von Luc Boltanski und Laurent Thévenot (2007), die als Vertreter eines Ansatzes gelten, der als „Soziologie der Konventionen“ bezeichnet wird. Konventionen, so lässt sich vielleicht der Anschluss zu den ersten Vortragsteilen herstellen, ordnen und filtern unsere Relevanzen. Konventionen haben in der Regel auch materielle Stützen in Objekten, die uns anzeigen, welche konventionelle Ordnung in einer Situation gilt. Die Lichter einer Ampel legen Bewegungen im Sinne der Verkehrsordnung nahe. Die Lichter der Lichtorgel regen gänzlich andere Moves an. Und wenn beide verwechselt werden, wird es schräg. Digitale Objekte

bilden hier keine Ausnahme, seien es Alltagsbegleiter wie Alexa, von KI-Algorithmen generierte Vorschläge oder die Eingabemaske des elster-Portals für die Steuererklärung. Sie alle stabilisieren Konventionen, etwa des häuslichen Familienalltags, des kommerziellen Marktplatzes oder der staatlichen Bürgerpflichten. Neu ist allerdings, dass viele dabei zugleich Daten über die Nutzungspraktiken sammeln und diese zur laufenden Optimierung der konventionellen Verhaltenslenkung nutzen. Dieser Unterschied ist wichtig, weil Konventionen die Stabilität ihrer Filter- und Lenkungswirkungen auf unterschiedliche Weise erzielen können: nicht nur über rekursive Verhaltensstabilisierungen, sondern auch über ihre interne Verknüpfung mit kritischen Prüfungen.

Damit bin ich beim Kern der Theorie kritischer Kompetenzen angelangt. Boltanski und Thévenot bestimmen kritische Kompetenzen nicht als eine situationsunabhängige Eigenschaft oder Disposition, sondern in Relation zu den gesellschaftlichen Konventionen und deren Situationsangemessenheit. Konventionen sind in ihrem Verständnis nicht einfach eingeschliffene Verhaltensroutinen, sondern mit Bewertungspraktiken und Rechtfertigungsordnungen verbunden. Konventionen lenken unsere Relevanzen, indem sie bestimmte Bewertungsgesichtspunkte nahelegen, etwa eine Bewertung der Situation nach Leistung oder der gezielten Suche nach Schnäppchen oder in Abhängigkeit von der Prominenz von Influencern oder aber ihrer charismatischen Inspirationskraft oder der Vertrauenswürdigkeit von Bekannten oder aber der Nachhaltigkeit von ökologischen Fußabdrücken usw. Trotz dieser Vielfalt sind diese Bewertungen nicht beliebig, sondern das Bewerten selbst bleibt mit dem Anspruch verbunden, hierfür rechtfertigende Prinzipien anführen zu können. Diese Verbindung ist erforderlich, um das Bewerten oder Ranking von Elementen einer Situation als nicht willkürlich, sondern regelbasiert und allgemein gültig anerkennen zu können, was wiederum ein Bindungsmechanismus eigener Art ist, den Habermas „rational motiviertes Vertrauen“ (vgl. 1981: 269-275) genannt hat. Das ist für die französischen Soziologen jedoch keine Sache situationsunabhängiger Vernunft oder universeller Moral, sondern stützt sich auf eine Pluralität von Rechtfertigungsprinzipien, die den Konventionen inhärent sind, etwa das Leistungsprinzip, die unsichtbare Hand des Marktes, die Popularität einer Person, ihre Originalität und Authentizität, ihre Lebenserfahrung oder die ökologische Nachhaltigkeit. Durch diese Pluralität stellen sich Probleme der Situationsangemessenheit nicht nur einzelner Bewertungen, sondern auch der zugrunde liegenden konventionellen Bewertungsregister selbst. Und genau diese Unschärfe von Konventionen,

ihre Pluralität und zu prüfende Situationsangemessenheit, erfordert und induziert kritische Kompetenzen. Damit komme ich zum Definitionsvorschlag:

Unter *kritischer Kompetenz* soll hier eine Kompetenz verstanden werden, die *kritisch* ist, insofern sie Bewertungen und Bewertungsordnungen nicht nur praktisch anzuwenden, sondern deren Situationsangemessenheit vor dem Hintergrund der Pluralität und Kontingenz von Konventionen auch zu reflektieren und überprüfen vermag. *Kompetent* sind solche kritischen Prüfungen in dem Maße, wie sie in der praktischen Anwendung verschiedener Register der Bewertung geschult sind und ein entsprechendes Differenzbewusstsein oder Gespür für die pragmatischen Bedingungen konsistenter Geltendmachung von Konventionen erworben haben und darüber auch lernoffen bleiben (Lamla 2021: 4).

Wichtig ist hier, dass in diesem Verständnis Pragmatik und Reflexion, der Mensch auf der Straße und die wissenschaftliche Einstellung von Expert:innen oder die Orientierung der Konsument:innen am Privatwohl und die Gemeinwohlorientierung von Staatsbürger:innen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Im Sinne der eingangs vorgestellten Klassiker Schütz, Riesman, de Certeau und Hirschman sind vielmehr sämtliche Alltagssituationen, in denen soziale Relevanzsetzungen, Impulse der gesellschaftlichen Außenlenkung oder eine Übermacht des extern Vorgegebenen vorliegen, Orte der potenziellen Anwendung kritischer Kompetenzen. Und wie bei diesen Theoretikern speist sich die kritische Urteilskraft auch in der neueren pragmatischen Soziologie letztlich aus der Pluralität und Diskrepanz unterschiedlicher Erfahrungs- und Bewertungshorizonte, die in einer Situation miteinander ins Gespräch gebracht werden. Das sind die privaten Horizonte gegenüber der öffentlichen Meinung bei Schütz und Riesman oder die Taktiken einer subversiven Loslösung von vorgegebenen Skripten bei de Certeau, und es sind letztlich auch die Enttäuschungserfahrungen bei Hirschman, die daraus resultieren, dass sich die Sphären des politischen und privaten Engagements so stark gegeneinander isolieren. Dabei spürt in der aktuellen Energiekrise jeder beim Aufdrehen der Heizung, dass beide zusammengehören.

Dazu passend unterscheidet Boltanski (2010: 155-170) zwischen drei Typen kritischer Prüfungen. 1. Ein Großteil der kritischen Prüfungen ist *reformistisch* in dem Sinne, dass konventionelle Ordnungen als solche gar nicht infrage gestellt, sondern eher nachgebessert und dadurch gereinigt und so gegen weitere Kritik verteidigt werden: „In der Schule soll weiter das Leistungsprinzip gelten, aber man gewinnt den Eindruck, dass Kinder mit Migrations-

hintergrund nicht wie vorgegeben nur nach diesem Gesichtspunkt bewertet werden“. 2. Davon unterscheiden sich Prüfungen eines *radikaleren* Typs, dem es weniger um korrekte Anwendung eines Bewertungsprinzips in einer konventionell geordneten Situation geht, sondern der vielmehr verschiedene Bewertungsregister gegeneinander in Stellung bringt, um den konventionellen Rahmen selbst zu verändern: „Die einseitige Ausrichtung der Schule auf Leistungsmessung vernichte die Entfaltung der kindlichen Kreativität“ wäre ein entsprechendes Kritikbeispiel. 3. Schließlich identifiziert Boltanski aber auch noch einen dritten Typ von kritischen Prüfungen, den er *existenzielle* Prüfung nennt. Hier ist die Quelle der Kritik nicht die Diskrepanz zwischen angewandeter Bewertung und rechtfertigendem Prinzip und auch nicht die Diskrepanz zwischen verschiedenen Bewertungs- oder Rechtfertigungsregistern. Vielmehr sind die Besonderheiten einer individuellen Lebensgeschichte, also der privat aufgeschichtete Erfahrungsschatz das, was zur Infragestellung von geltenden Bewertungsstandards und -ordnungen führen kann, allerdings verbunden mit dem Problem, dass dieser Kritik keine vorgeformten Ausdrucksmittel zur Verfügung stehen. Gerade dieser letzte Typus nimmt zu, wenn die Bindungskräfte der Kritik nicht ernst genommen werden. Es sind die übersehenen alltäglichen oder biographischen „Prüfungen des Lebens“, wie Pierre Rosanvallon (2022) in seinem gleichnamigen Buch schreibt, die letztlich die Proteste von Gelbwesten oder Querdenkern motivieren. Auch sie werden nur dann nicht zum Aufstieg populistischer Parteien und zum Verfall demokratischer Bindungskräfte beitragen, wenn es gelingt, diese Kritik zu kultivieren, d.h. die zugrundeliegenden existenziellen Prüfungen anzuerkennen und ernst zu nehmen, aber sie auch mit der Verpflichtung zu verknüpfen, ggf. neue Gesichtspunkte der Rechtfertigung zu finden, zu artikulieren und dann auch der Kritik auszusetzen.

4. Herausforderungen für eine postdigitale (Politik der) Lebensführung

Die abschließende und entscheidende Frage ist nun, wie die Karten für eine Kultivierung kritischer Kompetenzen angesichts der digitalen Transformation von Gesellschaft und Lebensführung liegen. Ich vermute, dass die Umstellung der Bindungskräfte von Kritik auf Verhaltenslenkung mittels digitaler Steuerungsmedien so rasant und expansiv voranschreitet, dass kritische Kompetenzen zunehmend fragmentiert werden und auf der Strecke bleiben. Wenn konventionelle Ordnungen durch Entscheidungsarchitekturen, algorithmische Kuratierung und personalisierte Empfehlungen, Gamification, soziale Feedback- und Gruppendynamiken oder KI-Trainings stabilisiert wer-

den, die Rechtfertigung durch immer feinere Justierungen der Außenlenkung ersetzen, leidet die für selbstbestimmtes Handeln wichtige Urteilskraft. Dazu trägt zudem ein immer unübersichtlicher werdender Bewertungs-Dschungel bei, dem sich die Verbraucherinnen und Verbraucher gegenübersehen, da Bewertungen allein durch ihre schiere Zunahme zur reinen Privatsache erklärt und von sozialen Begründungspflichten entlastet werden. Gleichzeitig wird aber suggeriert, dass der kritischen Kompetenz genüge getan wird, insofern sie weiter vorausgesetzt und durch aktive Partizipation laufend eingefordert wird. Dass die vielfältigen Aktivitäten und Bewertungspraktiken der User allerdings als Trainingsdaten fungieren, um Trefferquoten lernender Algorithmen zu optimieren, wird verschwiegen. Das Handeln und das Erleben von Konsumsubjekten, die sich in digitalen Welten bewegen, verschmelzen so mit algorithmischen Prozessmustern, deren Ausrichtung der reflexiven Kontrolle entzogen bleibt.

Diese pessimistische Verfallsdiagnose ist allerdings zunächst nur eine theoretisch begründete Hypothese. Es ist daher sinnvoll, Szenarien zu unterscheiden, wie der Wandel verlaufen könnte, bevor über den weiteren, auch politischen, pädagogischen, therapeutischen und zivilgesellschaftlichen Handlungsbedarf nachgedacht wird.

1. Im ersten Szenario ließe sich Entwarnung geben, insofern darin die post-digitale Lebensführung niemals jenes Ausmaß an Kongruenz von menschlichen und maschinellen Prozessmustern erreicht, das ich bisweilen an die Wand male. In einzelnen Bereichen mag es gewünschte Transformationen zu einer hybriden Praxis geben und manchmal auch ungewünschte *Dark Pattern*, die es zu identifizieren und zu beseitigen gilt; aber im Grunde produziere die algorithmisierte Bewertungspraxis so viele Ungereimtheiten und Probleme und verfüge die Gesellschaft weiterhin über so viele Orte ihrer kritischen Reflexion und Diskussion, dass die kritischen Kompetenzen eher aktiviert als deaktiviert werden. Diesem Einwand folgend ist gewiss noch viel empirische Forschung nötig. Aber die enormen Investitionen in KI, die sichtbaren Verfallserscheinungen politischer Öffentlichkeit und die bereits entfalteten, enormen Bindungskräfte digitaler Technologien stimmen mich weiter skeptisch.
2. Im entgegengesetzten Szenario wäre ebenfalls Entwarnung insofern angezeigt, als darin kritische Kompetenzen nicht länger gebraucht würden, weil die lernenden Maschinen einen höheren Grad an Perfektion aufweisen als jede Rechtfertigungspraxis mit ihren abgebrochenen Prüfun-

gen und kognitiven Unzulänglichkeiten es je könnte. Deshalb lasse sich die Transformation ohnehin nicht aufhalten. Anhänger dieses Szenarios verfolgen einen kybernetischen (Alb-)Traum, der m.E. zwar an der Realität vorbeigeht, aber dennoch hohe Deutungsmacht entfaltet und damit einseitige Pfade in die postdigitale Gesellschaft zu legitimieren vermag. Hier rate ich zur Vorsicht, weil solche Transformationsnarrative mit ihrem Technozientismus wenig Probleme damit haben, kritische Kompetenzen und demokratische Kulturen irreversibel zu schädigen.

3. Wahrscheinlicher aber sind drittens Verlaufsszenarien, die irgendwo zwischen den ersten beiden liegen. Das bedeutet, dass die Transformation zur post-digitalen Lebensführung wohl zügig voranschreitet, dabei aber auch eine Vielzahl an Problemen aufwirft, von denen zunehmend unsicher ist, in welchem Maße sie durch kritische Prüfungen noch eingehegt und korrigiert werden können. Das ist der Punkt, an dem politisches Handeln gefordert ist, das sich entscheiden muss, welchen Pfad in die post-digitale Gesellschaft es beschreiten will, d.h. welche Form von Relevanzsetzung darin die Oberhand behalten soll. Die politischen Bekenntnisse zielen dabei in Europa oft recht eindeutig auf die Werte demokratischer Selbstbestimmung. Die politischen Maßnahmen geben diese Eindeutigkeit jedoch weniger klar zu erkennen. Eine Analyse der Schwierigkeiten, kritische Kompetenzen für die postdigitale Lebensführung zu entwickeln, könnte hier vielleicht helfen, Herausforderungen und Baustellen einer solchen Politik sichtbarer zu machen. Sie erfordert dann jedenfalls sehr viel mehr als effektiven Datenschutz oder die Sicherstellung menschlicher Letztverantwortung bei algorithmischen Entscheidungen. Denn es geht darum, die Lebensführung selbst nicht aus der Hand zu geben. An dieser Stelle, so denke ich, trifft sich eine an Demokratie und digitalem Verbraucherschutz orientierte Soziologie mit dem Krisen- und Praxiswissen, der Expertise und Beratungskompetenz von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen.

Literatur:

- Arendt, Hannah* (1981 [1958]): *Vita activa oder Vom tätigen Leben*. München: Piper.
- Boltanski, Luc* (2010): *Soziologie und Sozialkritik*. Berlin: Suhrkamp.
- Boltanski, Luc/Thévenot, Laurent* (2007): *Über die Rechtfertigung. Eine Soziologie der kritischen Urteilskraft*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Castells, Manuel* (2003): *Der Aufstieg der Netzwerkgesellschaft. Teil 1 der Trilogie: Das Informationszeitalter*. Opladen: Leske und Budrich.

- De Certeau, Michel* (1988 [1980]): *Kunst des Handelns*. Berlin: Merve.
- Habermas, Jürgen* (1956): Notizen zum Mißverhältnis von Kultur und Konsum. In: *Merkur*. Deutsche Zeitschrift für europäisches Denken. Jg. 10, H. 3, S. 212-228.
- Habermas, Jürgen* (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns*. Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hirschman, Albert O.* (1980 [1977]): *Leidenschaften und Interessen. Politische Begründungen des Kapitalismus vor seinem Sieg*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hirschman, Albert O.* (1984 [1982]): *Engagement und Enttäuschung. Über das Schwanken der Bürger zwischen Privatwohl und Gemeinwohl*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Horkheimer, Max/Adorno, Theodor W.* (1988 [1944]): *Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Hörning, Karl H./Winter, Rainer (Hg.)* (1999): *Widerspenstige Kulturen. Cultural Studies als Herausforderung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lamla, Jörn* (2013): *Verbraucherdemokratie. Politische Soziologie der Konsumgesellschaft*. Berlin: Suhrkamp.
- Lamla, Jörn* (2021): *Kritische Bewertungskompetenzen, Selbstbestimmtes Verbraucherhandeln in KI-gestützten IT-Infrastrukturen. Expertise für das Projekt „Digitales Deutschland“ von JFF –Jugend, Film, Fernsehen e.V.*, <https://digid.jff.de/kritischebewertungskompetenzen-joern-lamla/>
- Lamla, Jörn* (2022): *Künstliche Intelligenz als hybride Lebensform. Zur Kritik der kybernetischen Expansion*. In: Friedewald, M./Roßnagel, A./Heesen, J./Krämer, N./Lamla, J. (Hg.): *Auswirkungen der Künstlichen Intelligenz auf Demokratie & Privatheit*. Baden-Baden: Nomos, S. 77-100. [Open Access]
- Lanier, Jaron* (2010): *Gadget. Warum die Zukunft uns noch braucht*, Berlin: Suhrkamp.
- Latour, Bruno* (2014): *Existenzweisen. Eine Anthropologie der Modernen*. Berlin: Suhrkamp.
- Latour, Bruno* (2021): *Wo bin ich? Lektionen aus dem Lockdown*. Berlin: Suhrkamp.
- Latour, Bruno/Lépinay, Vincent* (2010): *Die Ökonomie als Wissenschaft der leidenschaftlichen Interessen. Eine Einführung in die ökonomische Anthropologie Gabriel Tardes*. Berlin: Suhrkamp.
- Pentland, Alex* (2014): *Social Physics. How Good Ideas Spread – The Lessons from a New Science*. Brunswick; London: Scribe.
- Riesman, David et al.* (1958 [1950]): *Die einsame Masse. Eine Untersuchung der Wandlungen des amerikanischen Charakters*. Hamburg: Rowohlt.
- Rosanvallon, Pierre* (2022): *Die Prüfungen des Lebens*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Schütz, Alfred* (2011 [1946]): *Der gut informierte Bürger. Ein Essay zur sozialen Verteilung von Wissen*. In: Alfred Schütz Werkausgabe, Band VI.2: *Relevanz und Handeln 2*. Konstanz: UVK, S. 115-129.
- Sennett, Richard* (1996 [1974]): *Verfall und Ende des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität. Limitierte Sonderausg.* Frankfurt am Main: Fischer.

Wittgenstein, Ludwig (2006 [1953]): Philosophische Untersuchungen. In: Ders.: Werkausgabe Bd. 1 (Tractatus logico-philosophicus, Tagebücher 1914-1916, Philosophische Untersuchungen). Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 225-618.

Zuboff, Shoshana (2018): Das Zeitalter des Überwachungskapitalismus. Frankfurt/Main, New York: Campus.

Autor

Prof. Dr. Jörn Lamla

Nora-Platiel-Straße

34127 Kassel

lamla@uni-kassel.de

5

Interessenkonflikt: Eröffnungsvortrag zum bkjpp-Kongress 2022 in Kassel

Zum Autor: Jörn Lamla ist Professor für Soziologische Theorie an der Universität Kassel und dort auch Direktor am Wissenschaftlichen Zentrum für Informationstechnik-Gestaltung (ITeG) der Universität Kassel. Er ist darüber hinaus Sprecher des unabhängigen interdisziplinären Bundesnetzwerks Verbraucherforschung mit Geschäftsstelle im BMUV.

Untergewichtig und keine Magersucht? Emetophobie – die selten erkannte Angst vor dem Erbrechen

Michael Stefan Metzner

Zusammenfassung

Die pathologische Angst vor dem Erbrechen oder »Emetophobie« ist eine Erkrankung, die oft schon im Kindesalter beginnt und zu einer enormen Beeinträchtigung in nahezu allen Lebensbereichen führt. Trotzdem wird sie nur selten richtig erkannt und gewinnbringend behandelt, da sie zahlreiche Gemeinsamkeiten mit anderen psychischen Störungen aufweist. Ausgelöst wird diese spezifische Phobie durch das Zusammentreffen prädisponierender Faktoren (hohe allgemeine Ängstlichkeit und Ekelsensitivität, Neigung zur Somatisierung von Gefühlen) mit traumatisch verarbeiteten Erfahrungen eigenen oder fremden Erbrechens. Aufrechterhaltend wirkt das mannigfaltige Sicherheits- und Vermeidungsverhalten, das sich meistens auch auf das Thema Essen bezieht und teilweise zu einer Gewichtsreduktion bis ins Untergewicht führt. Die Betroffenen, in der Regel Mädchen, erfahren in relevanten Angstsituationen extrem belastende intrusive Gedanken (Flashbacks, Flashforwards) wie bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Behandelt wird die Emetophobie mittels graduiert Exposition mit Reaktionsverhinderung, wobei ein vorangehendes Atemtraining (mit Biofeedback) gastrointestinale Beschwerden, insbesondere mit angstinduzierter Dauerübelkeit, lindern kann. Besonders gewinnbringend scheint ein therapeutischer Rahmen, der eine Haltung von Achtsamkeit und Humor fördert und wichtige Lebenswerte des Patienten ins Bewusstsein bringt. Die begleitende Bearbeitung von Hintergrundthemen (Grundannahmen, Persönlichkeitsmerkmale, Funktionalität der Erkrankung) sichert neben der symptomorientierten Therapie den langfristigen Erfolg der Behandlung.

Schlüsselwörter

Emetophobie, Angst vor dem Erbrechen, Übelkeit, achtsamkeitsbasierte Therapie, Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), Biofeedback

Summary

The pathological fear of vomiting, or »emetophobia«, is a condition that often begins in childhood and leads to significant impairment in almost all areas of life. However, it is rarely recognized and effectively treated because it shares numerous similarities with other mental disorders. This specific phobia is triggered by the combination of predisposing factors (high general anxiety and disgust sensitivity, tendency to somatize feelings) with traumatic experiences of one's own or others' vomiting. The diverse safety and avoidance behaviors that are typically also related to eating can lead to weight loss, including underweight, maintain the phobia. Those affected, usually girls, experience extremely distressing intrusive thoughts (flashbacks, flashforwards) in relevant anxiety-provoking situations, similar to those in post-traumatic stress disorder. Emetophobia is treated with graduated exposure with response prevention, with pre-exposure respiratory training (with biofeedback) that can alleviate gastrointestinal symptoms, especially with anxiety-induced chronic nausea. A therapeutic framework that promotes a mindset of mindfulness and humor and raises the patient's awareness of important life values seems particularly beneficial. The accompanying processing of background issues (basic assumptions, personality traits, functionality of the disorder) ensures the long-term success of the treatment, in addition to symptom-oriented therapy.

Keywords

Emetophobia, Fear of Vomiting, Nausea, Mindfulness-Based Therapy, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Biofeedback.

Emetowas? Noch nie gehört!

Stellen Sie sich einmal folgende Situation vor: Ein junges, untergewichtiges Mädchen kommt mit ihren besorgten Eltern in die Praxis einer Kinderärztin, eines Kinder- und Jugendpsychiaters oder -psychotherapeuten, weil sie seit einiger Zeit nicht mehr richtig isst. Begonnen habe dies nach einem schweren Magen-Darm-Infekt. Die 10-jährige Emma meint, sie habe große Angst beim Essen – vor allem, dass ihr davon schlecht werde und sie sich erbrechen müsse. Manche Nahrungsmittel »gehen gar nicht«, z.B. Sahne, Butter und Eier. Auch außerhalb der Mahlzeiten sei der Patientin dauernd übel, wobei nach Angabe der Eltern alle hierzu durchgeführten Untersuchungen bisher unauf-

fällige Befunde erbrachten. Trotzdem fragt das Mädchen ihre Eltern häufig, ob sie wohl krank werde oder bereits krank sei. Um sich nichts »Übles einzufangen«, wäscht sich das Kind oft die Hände, die bereits ganz rot und rissig sind.

Und nun die große Preisfrage: Mit welcher Diagnose wird Emma wohl die Praxis verlassen? Anorexia nervosa? Oder hat sie doch eher eine Zwangsstörung? Vielleicht eine Hypochondrie? Tatsächlich scheint es ein seltener Glückstreffer zu sein, wenn ein junger Mensch darüber aufgeklärt wird, dass es sich bei dieser übermäßigen Angst vor dem Erbrechen um eine *Emetophobie* handelt – und wie man sie schließlich überwinden kann. Vermutlich liegt das an dem Umstand, dass diese Erkrankung viele Gemeinsamkeiten mit anderen Störungsbildern aufweist, die weitaus bekannter und auch besser beforscht sind.

Die Emetophobie beginnt häufig bereits im Grundschulalter, durchschnittlich im 10. Lebensjahr (Höller, van Overveld, Jutglar & Trinkka, 2013; Lipsitz, Fyer, Paterniti & Klein, 2001; Veale & Lambrou, 2006). Wird sie nicht erkannt und angemessen behandelt, können solche Ängste über viele Jahre fortbestehen und chronisch werden. Die Einschränkungen der Lebensqualität, die sich hieraus ergeben, sind enorm, da Übelkeit als »Verbote des Erbrechens« in praktisch allen Lebensbereichen auftreten kann: bei gewöhnlichen Infekten, beim Essen, Feiern, Reisen oder in der Schwangerschaft.

Epidemiologie

Laut der Dresden Mental Health Study liegt die Prävalenz der spezifischen Phobie vor dem Erbrechen, im englischen Fachjargon auch als »SPOV« (specific phobia of vomiting) bezeichnet, bei etwa 0,1%, die Lebenszeitprävalenz sogar bei 0,2% (Becker et al., 2007). Es wird vermutet, dass die Dunkelziffer noch wesentlich höher ist. Tatsächlich finden viele der Betroffenen nämlich gar nicht erst den Weg in eine professionelle Behandlung, sondern schlagen sich mit leidlicher Unterstützung diverser Internetforen durchs Leben. Frauen und Mädchen sind mit einem Anteil von 83,2% (fast 5:1) im Verhältnis zu ihren männlichen Leidensgenossen noch häufiger betroffen (Keyes, Gilpin & Veale, 2018), als das bei anderen Angsterkrankungen der Fall ist. Dies könnte auf eine höhere Ekelsensitivität beim weiblichen Geschlecht zurückzuführen sein.

Phänomenologie der Emetophobie: Aspekte der Angst

Eine Emetophobie kann sich auf vielfältige Weise darstellen. Die Ergebnisse mehrerer Studien zeigen, dass durchschnittlich 47,3% der Befragten ausschließlich Angst vor ihrem eigenen Erbrechen hatten, während sich 12,7% nur davor fürchteten, dass andere in ihrer Nähe erbrechen könnten. Und 35,5% der Befragten gaben an, beides gleich bedrohlich zu finden (Keyes et al., 2018). Ob diejenigen, die Angst vor fremdem Erbrechen berichteten, unbewusst die Möglichkeit einer Ansteckung befürchteten und somit eigentlich auch Angst hatten, sich selbst übergeben zu müssen, ist unklar. Was den »Ortes des Schreckens« angeht, ängstigten sich 47,9% der Betroffenen ausschließlich vor dem Erbrechen in der Öffentlichkeit, während gerade mal 3% das Erbrechen lediglich im privaten Umfeld, also zu Hause, bedrohlich fanden. Über mehrere Stichproben hinweg gaben im Schnitt 55,6% der Befragten gleiche Angst vor beidem an (Keyes et al., 2018).

Für viele Menschen, ganz besonders für Kinder, die an einer Emetophobie leiden, ist es schwierig, im Detail zu benennen, was genau das Schlimmste am Erbrechen ist. In absteigender Reihenfolge nannten die Befragten dreier Studien folgende Aspekte: das Würgen (83,8%), der Anblick des Erbrochenen (72,3%), das Geräusch beim Brechen (71,5%) und der Geruch (66,1%), die Möglichkeit, krank zu werden (50,5%), die Angst zu ersticken (37,3%), der Ekel vor sich selbst (33,6%), einen Herzinfarkt zu erleiden (30,4%), dabei auftretende Panik (29,4%), der Kontrollverlust (19,1%) sowie der Geschmack des Erbrochenen (4,8%) (Keyes et al., 2018).

Emetophobie-Erkrankte leiden auf *kognitiver Ebene* oft unter intrusiven Gedanken im Sinne äußerst plastischer und hoch aversiver Erinnerungsbilder (Price, Veale & Brewin, 2012), die als »Flashbacks« ins Bewusstsein einbrechen. Hierbei gibt es Parallelen zur Posttraumatischen Belastungsstörung. Möglicherweise haben sie besonders unangenehme Erfahrungen mit dem Erbrechen als traumatisierend erlebt und entsprechend verarbeitet. Einige Betroffene erfahren auch sogenannte »Flashforwards«, also vorgestellte Horrorszenarien, die sich in der Zukunft ereignen könnten (Price et al., 2012).

Ähnlich wie bei der Panikstörung und Hypochondrie liegt bei der pathologischen Erbrechensangst eine starke Fokussierung auf Körperempfindungen vor, insbesondere solche, die mit Übelkeit oder Anzeichen von Krankheit in Verbindung stehen. Die Betroffenen machen sich zudem viele Sorgen um das eigene Erkranken oder das von Angehörigen und investieren viel Kraft und Mühe, dies zu verhindern (Boschen, 2007; Veale, 2009).

Auf *emotionaler Ebene* spielt neben der Angst vor allem Ekel eine zentrale Rolle in der Phänomenologie der Emetophobie. Sowohl die generelle Ekelnéigung, d.h. die Häufigkeit, mit der Ekel empfunden wird, als auch die Ekelsensitivität, also wie aversiv Ekelgefühle empfunden werden, sind bei Emetophobie-Erkrankten erhöht (Overveld, de Jong, Peters, Hout & Bouman, 2008). In Verbindung mit dem Phänomen der emotionalen Beweisführung überschätzen Betroffene häufig die Gefahr, krank zu werden (Verwoerd, van Hout & de Jong, 2016). Nach dem Motto: »Wenn der Nachtisch eklig geschmeckt hat, wird mir davon sicher übel werden!«

Im *physiologischen Bereich* reagieren SPOV-Betroffene neben den üblichen Angst-assoziierten vegetativen Symptomen vor allem mit intensiven gastrointestinalen Symptomen wie Übelkeit, Bauchschmerzen und Veränderungen der Verdauung (Boschen, 2007). Die Übelkeit spielt dabei eine zentrale Rolle, da sie im Katastrophendenken als »unmittelbarer Vorbote des Erbrechen« interpretiert wird und damit selbst als Auslöser von Angst fungiert (Veale & Lambrou, 2006).

Im *Verhalten* zeigen Personen, die an einer klinisch bedeutsamen Angst vor dem Erbrechen leiden, vielfältiges Sicherheits- und Vermeidungsverhalten (vgl. Keyes et al., 2018). Hierbei sind vor allem das Überprüfen des Mindesthaltbarkeitsdatums von Lebensmitteln, exzessives Händewaschen, Überprüfen des eigenen Gesundheitszustandes oder das von anderen Personen, das Vermeiden von Narkosen oder Operationen, das Verkochen von Lebensmitteln, das Ausüben von Essensritualen und die Rückversicherung durch sich selbst oder bei einer anderen Person zu nennen. Kinder zeigen häufig ausgeprägtes Rückversicherungsverhalten und binden damit die ganze Familie und den Freundeskreis in ihr Angstsystem mit ein. Erwachsene Frauen schieben teilweise Schwangerschaften auf, vermeiden sie ganz oder brechen sie sogar ab. Auch die Vermeidung von Personen, die sich übergeben könnten (z.B. Babys, Betrunkene oder Schwangere), von Reisen in fremde Länder, von Alkohol, Lebensmitteln, illegalen Substanzen, Schifffahrten, Flugreisen oder öffentlichen Verkehrsmitteln ist für die Emetophobie typisch. Als besonders »kritisch« werden Nahrungsmittel wie ausländische Speisen, Schalentiere, Fleisch, Fisch, Milchprodukte und Eier eingestuft und entsprechend verschmäht.

Ein Großteil des Vermeidungsverhaltens dreht sich um das Thema Ernährung, und die Nahrungseinschränkung hinsichtlich der Menge, der Auswahl (»kritische Nahrungsmittel« kommen auf die »Blacklist«) und der Situatio-

nen, in denen Nahrung zu sich genommen wird (nur von »Vertrauenspersonen« zubereitete Speisen, bekannte Restaurants etc.), führt nicht selten ins Untergewicht. Kinder und Jugendliche, die hinsichtlich ihres Nahrungsmittelspektrums vielleicht eh schon sehr eingeschränkt sind, verlieren entsprechend schnell an Gewicht, wenn nur noch ein paar wenige Lebensmittel auf ihrem Speiseplan übrigbleiben.

Die Beschränkung auf Vertrautes, Heimeliges – auf »den Brei, den Mama zubereitet« – und die Rückversicherung bei engen Bezugspersonen lassen vermuten, dass die Erkrankung oftmals Bindungsfunktionen erfüllt.

(Differenzial-)Diagnostik: Woran man eine Emetophobie erkennt

Um eine Emetophobie treffsicher diagnostizieren zu können, ist es notwendig, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen Erkrankungen zu kennen.

Anorexia nervosa dürfte die wohl häufigste Fehldiagnose sein dürfte, die bei Kindern und Jugendlichen gestellt wird, wenn sie aufgrund emetophobischer Ängste ins Untergewicht rutschen. Dabei ist die Abgrenzung zur Essstörung denkbar einfach: Magersüchtige Mädchen wollen dünn und noch dünner sein, die von der pathologischen Erbrechensangst Betroffenen nicht. So berichtet unsere eingangs erwähnte Emma, dass sie nicht essen könne, weil sie befürchte, ihr könne übel werden. Keine Rede vom Dickwerden. Und unter den Nahrungsmitteln, die sie meidet, sind Eier, die Salmonellen enthalten können, aber nicht unbedingt sehr viele Kalorien haben. Wenn man die junge Patientin jetzt noch fragt, ob sie mit ihrer schmalen Figur selbst zufrieden ist oder eher nicht, kann eine Magersucht ausgeschlossen werden. Zur Sicherheit sollten natürlich auch die Eltern befragt werden, ob Emma bezüglich ihrer Figur schon mal Unzufriedenheit geäußert hat. Wenn nicht, ist die Sache ziemlich klar: keine Essstörung. Viele Patientinnen berichten, dass ihnen oftmals nicht geglaubt werde, wenn sie professionellen Helfern gegenüber zum Ausdruck brächten, dass sie kein Interesse daran haben, dünn zu sein, sondern einfach Angst vor dem Erbrechen empfinden. Entsprechend gering ist der Therapieerfolg, wenn sie daraufhin auf Essstörung behandelt werden und unter Umständen auf entsprechenden Stationen einer stationären Einrichtung landen. Und groß die Frustration.

Schwieriger ist die Unterscheidung von Emetophobie und *Zwang*. Wenn die kleine Emma ihre Hände so oft wäscht, bis sie aufplatzen, ist das natürlich ein ganz typisches Verhalten eines Waschzwangs. Die Frage ist jedoch, ob sie mehr unter dem Gefangensein in ihrem Ritual leidet oder unter der Mög-

lichkeit, sich eine Erkrankung einzufangen, aufgrund derer sie sich vielleicht übergeben muss. Zwanghafte Vorsichtsmaßnahmen, wie sie im Rahmen der Emetophobie auftreten, werden üblicherweise als sinnvoll und stimmig erlebt (ich-synton), beeinträchtigen den Betroffenen also weniger als bei einer Zwangserkrankung. Zwangserkrankte Kinder und Jugendliche können ihr eigenes Verhalten im Vergleich zu Erwachsenen zwar in der Regel weniger als unvernünftig und übertrieben reflektieren, dennoch leiden sie meist unter dem imperativen, störenden (ich-dystonen) Charakter ihrer stereotypen und repetitiven Rituale, die oft ganz festen Regeln folgen müssen. Und so versuchen sie bisweilen, ihnen Widerstand zu leisten. Minderjährige Patient:innen, die unter der pathologischen Erbrechensangst leiden, haben häufig skurrile Vorstellungen darüber, welche Speisen sie vertragen oder in welcher Reihenfolge sie diese zu sich nehmen müssen. Hier zeigt sich wieder eine Gemeinsamkeit zum magischen Denken, das bei Zwangserkrankungen häufig anzutreffen ist.

Wenn Emma sich bezüglich ihres Gesundheitszustandes bei den Eltern rückversichert, erinnern diese Krankheitsängste an eine *Hypochondrie*. Und wie wir wissen, hat die Dauerübelkeit, unter der das Mädchen leidet, dazu geführt, dass die besorgten Eltern mit ihr diverse Male bei Ärzten vorstellig wurden. Doch bei der Hypochondrie geht es mehr um die als bedrohlich erlebte Krankheit selbst, statt um das Erbrechen als mögliche Folge. Und bisweilen wechselt die befürchte Erkrankung bei der hypochondrischen Störung auch gerne mal.

Massive Angstzustände werden von Betroffenen häufig als »Panik« beschrieben. Und tatsächlich erleben Menschen, die unter einer Emetophobie leiden, panikartige Angstzustände, wenn sie mit Übel und Erbrechen konfrontiert sind. Doch bei der *Panikstörung* bzw. der situationsgebundenen *Agoraphobie* ist es mehr die »Angst vor der Angst« selbst, die einem zu schaffen macht, begleitet von Befürchtungen, einen Herzinfarkt zu erleiden. Mit dem Erbrechen verbundene Hinweisreize wie ein übervoller Bauch oder kranke Personen werden dabei in der Regel nicht gemieden. Zudem sind die an Emetophobie erkrankten Mädchen viel mehr auf den Bauch fokussiert. Man könnte sagen: *Was dem Panikkranken das Herz, ist der Emetophobikerin der Magen!*

Kinder und Jugendliche mit behandlungsbedürftigen Ängsten vor dem Erbrechen wollen oft aufgrund von Übelkeit oder »Bauchschmerzen« nicht in die Schule gehen, weil es dort passieren könnte, dass ihnen – weitab vom sicheren Hafen – schlecht wird und sie sich übergeben müssen. Tatsächlich können Situationen, in denen sich ein Kind im Kindergarten oder in der Schule

erbricht, als traumatisierend erlebt werden und mit auslösend für die Erkrankung sein. Der Aspekt sozialer Bewertung bzw. Blamage spielt hier sicherlich eine gewisse Rolle. Doch wie wir bereits gesehen haben, fürchtet sich die Mehrheit der Emetophobie-Erkrankten vor dem Erbrechen im privaten Umfeld genauso wie in der Öffentlichkeit. Soziale Aspekte sind also sekundär. Von einer *sozialen Phobie* ist in solchen Fällen eher dann auszugehen, wenn Peinlichkeit und Scham die Hauptgründe sind, die zur Vermeidung von Situationen wie dem Schulbesuch führen.

Eine krankhafte Angst vor dem Verschlucken oder *Phagophobie* kann ebenfalls dazu führen, dass die Auswahl an Nahrungsmitteln immer mehr eingeschränkt wird, bis nur noch Brei oder Flüssignahrung übrigbleibt und Betroffene schließlich mehr und mehr an Gewicht verlieren. Die Beschränkungen beziehen sich dabei jedoch vor allem auf bröselige und faserige Speisen, an denen man sich leichter zu verschlucken glaubt, als auf schnell verderbliche Nahrungsmittel.

Nun stellt sich die Frage, ob unsere Emma auch wirklich alle Kriterien einer Emetophobie erfüllt, die in Tabelle 1 aufgeführt sind. Wir wissen, dass sie erhebliche Angst vor dem Erbrechen hat und Situationen meidet, in denen ihr schlecht werden könnte, vor allem den Verzehr bestimmter Nahrungsmittel (Kriterium A), wobei keine Hinweise auf eine agoraphobische oder sozialphobische Symptomatik vorliegen. Ihr sei dauernd übel (Kriterium B 8), und die Beschwerden haben dazu geführt, dass ihre Eltern sie bereits mehrfach zur medizinischen Abklärung bei Ärzten vorgestellt hatten (Kriterium C). Da sich Emma bei den Eltern oft bezüglich ihres Gesundheitszustandes rückversichert, um sicher zu gehen, dass sie nicht krank ist und erbrechen muss, und ihre Sicherheitsvorkehrungen wie das Händewaschen wahrscheinlich auch in erster Linie dem Zweck dienen, Infektionen abzuwenden, die zu Übelkeit und Erbrechen führen könnten, scheint ihre Angst vornehmlich auf das Erbrechen beschränkt zu sein. Natürlich müsste man die Kleine hierzu noch einmal eingehender befragen. Ebenso sollte erfragt werden, ob sie in den Angstzuständen neben der Übelkeit noch andere, insbesondere vegetative Symptome erfährt (Kriterium B 1-4). Wenn ja, hat sie sehr wahrscheinlich eine Emetophobie.

F40.298 Spezifische (isolierte) Phobie, anderer Typus: Emetophobie (ICD-11: 6B03)

A.	<p>Die Betroffenen erleben entweder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. deutliche Furcht vor dem Erbrechen oder 2. vermeiden Situationen, in denen sie selbst oder andere Personen erbrechen könnten. <p>Die Ängste treten nicht in im Rahmen einer Agoraphobie (F40.0) oder einer sozialen Phobie (F40.1) auf.</p>
B.	<p>Wenigstens einmal seit Bestehen der Störung (mindestens 6 Monate nach DSM-5) müssen in den gefürchteten Situationen mindestens zwei der folgenden Angstsymptome (davon ein Symptom aus 1–4) gleichzeitig vorhanden gewesen sein:</p> <p><i>Vegetative Symptome:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Herzstolpern, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz 2. Schweißausbrüche 3. fein- oder grobschlägiges Muskelzittern 4. Mundtrockenheit (nicht als Folge von Medikamenten oder aufgrund von Flüssigkeitsverlust). <p><i>Symptome in Brustkorb oder Bauch:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Atembeschwerden 6. Beklemmungsgefühl 7. Schmerzen oder Missempfindungen des Brustkorbs 8. Übelkeit oder Missempfindungen im Bauch (z.B. Unruhegefühl im Magen). <p><i>Psychische Symptome:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit 10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder »nicht wirklich hier« (Depersonalisation) 11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder »auszuflippen« 12. Angst zu sterben. <p><i>Allgemeine Symptome:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Hitzewallungen oder Kälteschauer

	14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle.
C.	Deutliche emotionale Belastung durch die Symptome oder das Vermeidungsverhalten; Einsicht, dass diese übertrieben und unvernünftig sind (nach DSM-5 nicht erforderlich!).
D.	Die Symptome sind auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an diese beschränkt. (modifiziert aus Weltgesundheitsorganisation, 2000, S. 113–116)

Tabelle 1: Diagnosekriterien für die Emetophobie nach ICD-10.

Was die Diagnostik nicht unbedingt einfacher macht, ist die Tatsache, dass man »Läuse und Flöhe« zugleich haben kann, also das *Vorliegen komorbider Erkrankungen*. Es ist tatsächlich so, dass viele Menschen mit Emetophobie auch an anderen psychischen Störungen leiden. Wie der Überblicksartikel von Keyes und Kollegen zeigt, leiden 27,7% der Betroffenen an einer weiteren, 15,9% an zwei oder mehr zusätzlichen psychischen Erkrankungen (Keyes et al., 2018). Am häufigsten sind die *Generalisierte Angststörung* und *Depression* (Keyes et al., 2018), im Kindesalter die *Trennungsangst* mit sage und schreibe 57% (Lipsitz et al., 2001)! Auch hier wieder ein Hinweis auf das Thema Bindung.

In der Praxis stehen verschiedene *psychometrische Verfahren* zur Verfügung, um das Ausmaß erbrechensbezogener Ängste zu quantifizieren und die Diagnose einer Emetophobie testpsychologisch zu untermauern. Insbesondere der *Emetophobie-Fragebogen* (Emetophobia Questionnaire) EmetQ-13 von Mark Boschen (Boschen, Veale, Ellison & Reddell, 2013) und das *Inventar zur Erfassung der Angst vor dem Erbrechen* (Specific Phobia of Vomiting Inventory), kurz SPOVI, von David Veale (Veale et al., 2013) haben sich im Kontext der Forschung bewährt. Beide Fragebögen haben hervorragende Hauptgütekriterien und zeigen eine hohe Sensitivität und Spezifität bei der Identifikation von Menschen mit bzw. ohne Emetophobie.

Besonders der SPOVI eignet sich nicht nur für wissenschaftliche Therapiestudien, sondern auch als praktisches Instrument zur Exploration der individuellen Symptomatik in der Therapie. Anhand der angekreuzten Antwortalternativen kann man nachvollziehen, wie sich die Symptome im Verlauf der Behandlung verändern und schrittweise bessern. Für Patienten ist dies ein anschauliches Maß der Zielerreichung, für Therapeuten eine Möglichkeit zur Evaluation der durchgeführten Therapie. Der SPOVI enthält in seiner 2013 validierten Form 14 Aussagen zur Auswirkung der Angst vor dem Erbrechen,

die sich auf die letzte Woche, einschließlich heute, beziehen. Obwohl der Fragebogen noch nicht in einer offiziell anerkannten deutschen Fassung vorliegt, hat sich die vom Autor dieser Schrift übersetzte Version bereits im stationären Setting für therapeutische Zwecke – auch in der Behandlung jugendlicher Patient:innen – als sehr nützlich erwiesen (Metzner, 2020).

Der Störungsmodell der Emetophobie

Es gibt verschiedene Modelle zur Erklärung, wie eine krankhafte Angst vor dem Erbrechen entsteht. Laut Boschen (2007) haben Menschen mit Emetophobie eine *höhere allgemeine Ängstlichkeit* und drücken ihre Angst in Form von starken Körperreaktionen aus – »*somatisieren*« diese –, insbesondere mit gastrointestinalen Symptomen wie Übelkeit, Bauchschmerzen oder »Schmetterlingen« im Bauch. *Negative Erfahrungen* mit eigenem oder fremdem Erbrechen führen dazu, dass sie körperliche Reize als Anzeichen bevorstehenden Erbrechens interpretieren, was zu Angst und weiteren gastrointestinalen Symptomen führt. Dieser Teufelskreis wird durch *Sorgen* bezüglich zukünftigen Erbrechens, Vermeidungsverhalten gegenüber allem, was zu körperlichen Irritationen führen könnte, und einer *übermäßigen Aufmerksamkeit* auf völlig normale Verdauungsreaktionen aufrechterhalten.

Veales (2009) Erklärungsmodell konzentriert sich auf das Wiedererleben von eigenem oder fremdem Erbrechen in Form aufdringlicher, bildhafter Erinnerungen, die durch verschiedene Situationen ausgelöst werden können, ähnlich wie bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Solche Gedanken und die damit einhergehende Übelkeit werden als Hinweis auf bevorstehendes Erbrechen gesehen und das Erbrechen selbst als extrem bedrohlich und schrecklich bewertet. Das wiederum löst Angst aus und führt mit weiteren Magen-Darm-Reaktionen zu einem Teufelskreis.

Zusätzlich deutet eine Studie von Verwoerd und Kollegen (2016) darauf hin, dass eine *erhöhte Empfindlichkeit für Ekelgefühle in Verbindung mit der emotionalen Beweisführung* ebenfalls zur Entwicklung emetophobischer Ängste beitragen kann. Durch das auf Ekel basierende emotionale Schlussfolgern wird die Gefahr, krank zu werden und zu erbrechen, überschätzt. Damit lassen sich hartnäckige Fehlannahmen von Emetophobie-Betroffenen bezüglich des Erbrechens erklären.

Die skizzierten Erklärungsansätze können in ein *gemeinsames Modell* integriert werden, das in Abbildung 1 veranschaulicht wird (Metzner, 2020, S. 50). Die horizontale Achse beschreibt den Aufschaukelungsprozess der Angst in

einer einzelnen gefürchteten Situation (horizontale Verhaltensanalyse auf der Mikroebene), während die vertikale Achse die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung im Lebensverlauf beschreibt (vertikale Verhaltensanalyse auf der Makroebene).

Trigger für einen typischen Angstkreislauf können Situationen sein, die mit eigenem oder fremdem Erbrechen zu tun haben, Signale aus dem Körperinneren oder einfach nur aufs Erbrechen bezogene Gedanken. Einmal in Gang gesetzt, führt Angst zu gastrointestinalen Körperreaktionen wie Übelkeit oder Enge im Hals, die als Zeichen bevorstehenden Erbrechens interpretiert werden. Dies weckt möglicherweise unangenehme Erinnerungen an vergangenes Erbrechen und erzeugt Angst, wodurch sich die Spirale immer weiter nach oben schraubt, bis der Teufelskreis schließlich durch Flucht oder Vermeidung beendet wird und Erleichterung einsetzt. Wenn unsere Emma z.B. etwas essen soll, das sie aufgrund ihres Magen-Darm-Infektes erbrochen hatte, schnürt es ihr wahrscheinlich den Hals zu und ihr Magen droht sich regelrecht umzudrehen, sodass sie die Einnahme der Mahlzeit verweigert und sich dadurch wieder etwas sicherer fühlt. Die Reduktion von Angst wirkt als negative Verstärkung zum einen aufrechterhaltend für das Vermeidungs- und Fluchtverhalten, zum anderen dient sie als indirekte Bestätigung, dass es zu einer Katastrophe gekommen wäre, hätte man die Situation nicht gemieden bzw. verlassen.

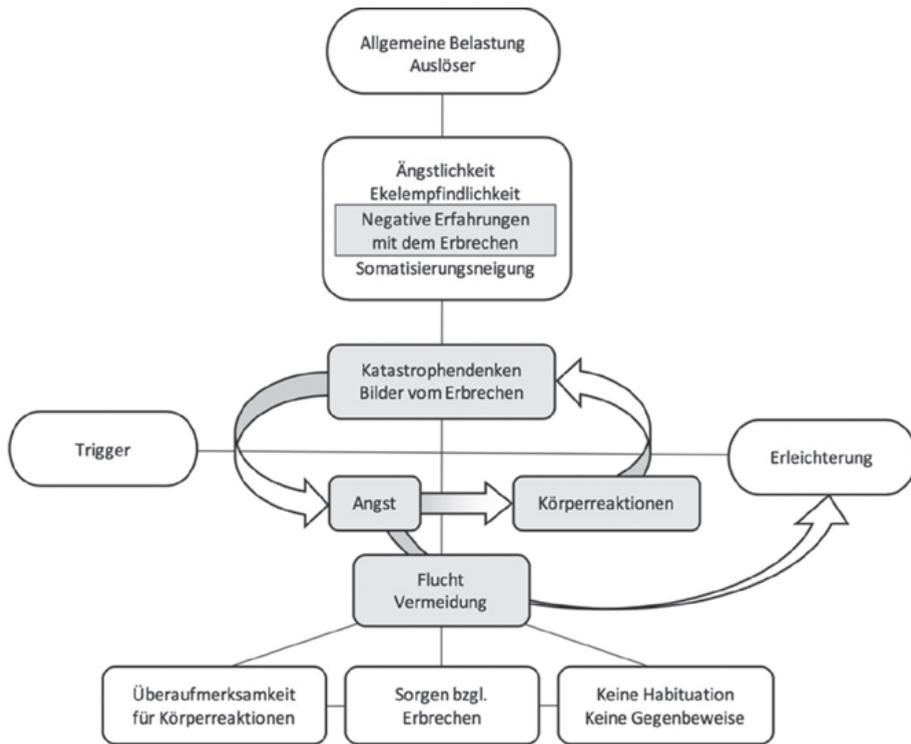


Abbildung 1. Das Störungsmodell der Emetophobie

In der lebensgeschichtlichen, vertikalen Betrachtung weisen Personen mit hoher Ängstlichkeit und Ekelsensitivität sowie einer ausgeprägten Neigung, Angst zu somatisieren, eine erhöhte Vulnerabilität für emetophobische Beschwerden auf. Insbesondere, wenn sie in ihrer Vergangenheit negative Erfahrungen mit eigenem oder fremdem Erbrechen gemacht haben. Kommen zu diesen prädisponierenden Faktoren noch allgemeine Lebensbelastungen sowie spezifische, mit Erbrechen verbundene Auslöser hinzu, kann ein emetophobisches Reaktionsmuster losgetreten werden, das durch Vermeidungs- und Fluchtverhalten aufrechterhalten und verfestigt wird. Vielleicht würde sich bei unserer Beispielpatientin herausstellen, dass sie schon immer ein sehr sensibles Kind war, das schnell mit »Bauchschmerzen« reagiert hat, wenn ihr etwas zu schaffen machte. Und möglicherweise war der mutmaßlich auslösende Magen-Darm-Infekt nicht ihre erste unangenehme Erfahrung mit dem Erbrechen. Es könnte sein, dass sie sich beispielsweise einmal im Kindergarten hatte übergeben müssen und dies sehr negativ verbucht hat. Oder dass sich eines ihrer Elternteile in der Vergangenheit heftig und mit lauten Geräuschen

erbrach, was ihr gehörig Angst einflößte. Als Hintergrundbelastung mag bei Emma in ihrem Alter von 10 Jahren der anstehende Wechsel auf eine weiterführende Schule wirken oder vielleicht ein kleines Geschwisterchen, das viel Aufmerksamkeit zieht. Die zunehmende Vermeidung von Angstsituationen führt bei den Betroffenen dazu, dass kaum korrigierende Erfahrungen gemacht werden können, wie etwa dass bestimmte Speisen wider Erwarten ganz gut vertragen werden und auch nicht jede Aufregung in der Schule gleich das eigene Erbrechen zur Folge hat. Im Kopf drehen sich bei den jungen Menschen häufig sorgenvolle Denkspiralen um alle möglichen zukünftigen Gefahren oder auch um vergangene Missgeschicke. Dabei werden sämtliche Regungen des Körpers, insbesondere des Bauches, genau unter die Lupe genommen und überwacht, damit Übelkeit und Erbrechen niemals unvorbereitet eintreffen können. Diese aufrechterhaltenden Bedingungen erhöhen gemeinsam die Tendenz, potentielle »Gefahrensituationen« zu vermeiden.

Aus dem Störungsmodell lassen sich die zur Bewältigung der spezifischen Phobie vor dem Erbrechen erforderlichen Schritte ableiten.

Behandlung der Emetophobie

Die therapeutische Haltung: Verständnis, Mitgefühl ... und Humor!

Zwar ist die Therapie spezifischer Phobien ein grundlegender Bestandteil in der Ausbildung von psychotherapeutisch arbeitenden Ärzt:innen und Psycholog:innen, aber bei der Behandlung der Emetophobie sollten einige Besonderheiten berücksichtigt werden. Man muss sich als Therapeut:in zunächst einmal klar machen, welches Leid mit dieser Erkrankung einhergeht. Im Gegensatz zu anderen phobischen Objekten wie Schlangen oder hohen Türmen, die vermieden werden können, sind Menschen mit einer pathologischen Angst vor dem Erbrechen praktisch ständig mit ihrem Angstauslöser konfrontiert und leben folglich in ständiger Furcht. Trotzdem suchen nur wenige der Betroffenen professionelle Hilfe, während sich die meisten mit Unterstützung von Selbsthilfeforen bei Facebook und anderen Plattformen durch das Leben kämpfen und verzweifelt nach Rückversicherung bei Leidensgenossen suchen (z.B. »Mein Eis hat komisch geschmeckt! Ist das gefährlich?«). Und jene, welche sich auf eine Odyssee in der therapeutischen Versorgungslandschaft einlassen, erfahren nicht selten herbe Enttäuschungen in Form von Unverständnis und Bagatellisierung, Fehldiagnosen und ineffektiven bis schädlichen Behandlungsversuchen. Danach gefragt, was denn ihre wichtigste Botschaft an potentielle Behandler sei, antwortete eine junge Patientin des Autors

prägnant: »*Ich möchte ernst genommen werden.*« Sie meinte damit vor allem, dass man ihr keine Essstörung unterstellen soll, wenn sie sagt, sie habe Angst vor dem Erbrechen. Eine Haltung von Verständnis und Mitgefühl seitens der Therapeut:in ist daher unerlässlich.

Trotzdem darf in einer Psychotherapie auch herzlich gelacht werden. Oft kann Humor helfen, der Angst ihren Schrecken zu nehmen und die Behandlung spielerisch zu gestalten (Metzner, 2016, 2018, 2020). Ein gutes Beispiel hierfür ist der *Riddikulus-Zauber* von Joanne K. Rowlings beliebtem Romanhelden Harry Potter, mit dem man seinen persönlichen Angst-Dämon (den sogenannten »Irrwicht«) durch eine witzige Vorstellung seiner Macht beraubt. Nicht zuletzt fördert eine humorvolle Atmosphäre in der Therapie die partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Gerade sehr furchtsame Kinder und Jugendliche, die sich selbst als »Angsthasen« betrachten, schätzen dies sehr.

Störungsmodell und Behandlungsrational: Verständnis schaffen und einen Fahrplan vermitteln

Bisherige Forschungsergebnisse zeigen, dass die *graduierte Exposition mit Reaktionsverhinderung* das vielversprechendste Verfahren zur Behandlung der Emetophobie darstellt (Boschen, 2007; Veale, 2009; vgl. Keyes et al., 2018). In den meisten Therapiestudien und Fallberichten wurde diese Form der Therapie (mehr oder weniger graduiert) angewendet (vgl. Keyes et al., 2018). Das Konfrontationstraining sollte sowohl interne Reize (z.B. gastrointestinale Reize wie Völlegefühl und Übelkeit, auf Erbrechen bezogene Gedanken, Bilder und Erinnerungen) als auch externe Stimuli (akustische, visuelle und olfaktorische Hinweisreize für das Erbrechen bzw. Erbrochenes, vermiedene Aktivitäten) umfassen. Ähnlich wie bei der Behandlung von Zwängen sind die Expositionen möglichst ohne Sicherheitsverhalten durchzuführen (Veale, 2009).

Wenn sich jemand wie unsere Emma auf die Behandlung ihrer Emetophobie einlässt, sollte man behutsam vorgehen und nicht sofort mit der Tür ins Haus fallen. Viele Patient:innen haben ohnehin die Befürchtung, dass sie in der Verhaltenstherapie zum Erbrechen gezwungen werden, was im Allgemeinen weder notwendig noch sinnvoll ist. Immerhin kann es medizinische Risiken wie Zahnschäden und Elektrolytverschiebungen mit sich bringen und im ungünstigsten Fall (re)traumatisierend wirken. Daher ist es wichtig, zunächst den Druck herauszunehmen, die Symptomatik sensibel zu explorieren und

ein individuelles Störungsmodell zu erarbeiten. Es kann auch hilfreich sein, über physiologische Zusammenhänge zwischen Stress und Übelkeit aufzuklären und den biologischen Sinn und Zweck des Erbrechens zu erklären, um Fehlannahmen auszuräumen und Vertrauen aufzubauen.

Anschließend sollte das Behandlungsrational der Expositionstherapie in einfachen und verständlichen Worten vermittelt werden. *Dabei ist es wichtig zu betonen, dass das Angstnetzwerk in unserem Gehirn nur dann neue Informationen aufnehmen kann, wenn es aktiviert wird.* Eine Therapie ohne emotionale Beteiligung wird wahrscheinlich oberflächlich bleiben und nicht an das Gefühl (an den »Bauch«) heranreichen. Die Kontrolle über das Tempo liegt jedoch stets bei der Patientin. Man darf nicht vergessen, dass nur ein kleiner Teil der Betroffenen, die eine Therapie beginnen, bereit ist, sich einer Konfrontationsbehandlung zu unterziehen.

Die Angsthierarchie: Eine stufenweise Einschätzung der Ängst

Angenommen, Emma ist von dem skizzierten Weg in der Therapie überzeugt, wird nun gemeinsam eine Angsthierarchie erstellt. Diese sollte beispielhaft zeigen, welche Lebensbereiche durch die Emetophobie beeinträchtigt sind und wie man sich ein werterfülltes Leben zurückerobern möchte. Wie bereits erwähnt, umfassen die exponierten Stimuli in der Konfrontationsbehandlung möglichst körperinterne wie auch externe Angstreize. Außerdem können angstinduzierende Gedanken Bestandteil der Hierarchie sein, wie z.B. aufdringliche Erinnerungen an früheres Erbrechen (Flashbacks), Träume vom Erbrechen oder Horrorfantasien über mögliches Erbrechen in der Zukunft (Flashforwards).

Situationen, die ein Angstniveau von unter 50% haben, können in der Regel ohne therapeutische Begleitung bewältigt werden. Es ist jedoch wichtig, den Unterschied zwischen einem stumpfen »Aushalten« der Situation und dem in der Exposition angestrebten wachen, offenen und neugierigen Erleben im Sinne eines achtsamen Gewahrseins genau zu erläutern.

Atemtraining (mit Biofeedback): Das beste Mittel gegen Übelkeit

Emetophobie-Betroffene leiden in der Regel unter einer quälenden *Dauerübelkeit*, die selbst wiederum Befürchtungen auslösen kann. Diese Besonderheit ist typisch für das Störungsbild. Darum kann es sinnvoll sein, den Hilfesuchenden gleich ganz zu Beginn der Therapie – neben der Aufklärung über normale Verdauungsvorgänge bei Stress und Entspannung – etwas an die Hand zu geben, das ihre Beschwerden unmittelbar lindern kann: eine frei

fließende Zwerchfellatmung. Viele Patient:innen mit der spezifischen Phobie vor dem Erbrechen zeigen ein schnelles, flaches Atemmuster mit über 20 Atemzügen pro Minute, das die innere Anspannung erhöht und viszerale Beschwerden wie Bauchschmerzen und Übelkeit begünstigt. Weil sie teilweise wenig Gespür für ihre Atmung haben, ist der Einsatz von Biofeedback in diesem Zusammenhang besonders hilfreich: Durch computergestützte Messung und Rückmeldung von Atmung und Puls können Patient:innen lernen, eine genauere Wahrnehmung für Körperreaktionen zu entwickeln und ihre flache Brustatmung mit angespanntem Bauch in eine tiefe Zwerchfellatmung zu verwandeln (Metzner, 2016). Diese bringt das Herz in atemsynchrone Schwingungen, auch bekannt als »Herzratenvariabilität« (kurz: HRV), und führt über die Flexibilisierung des vegetativen Nervensystems (Erhöhung des »Vagotonus«) zur Linderung von gastrointestinalen Beschwerden (Rief & Birbaumer, 2011; Schwartz, 1995). Ein gesundes Atemmuster sollte auch während der Expositionen beibehalten werden, da es die Aktivierung von Emotionen nicht wesentlich beeinträchtigt (kein Sicherheitsverhalten!) und zudem verhindert, dass eine Angsteskalation aufgrund von sympathikotoner Übererregung als selbsterfüllende Prophezeiung zum Erbrechen führt. Dies hätte eher eine retraumatisierende als therapeutische Wirkung.

Zur Durchführung eines HRV-Trainings ist es nicht notwendig, viel Geld für ein vollständiges Biofeedback-System auszugeben. Es gibt verschiedene bezahlbare Alternativen, wie Smartwatches, Läuferuhren oder Aktivitätstracker mit HRV-Trainingsfunktionen sowie einfache Brustgurte zur Erfassung der Herzfrequenz, die mit entsprechenden Apps wie »Bio-Sign HRV« genutzt werden können. Mobile Biofeedback-Systeme wie der Qiu (eine regelrechte »Zauberkegel«) von BioSign oder der StressEraser® von Helicor, Inc. (vgl. Prinsloo, Derman, Lambert & Rauch, 2013; Reiner, 2008) sowie der EKG-Brustgurt eSense Pulse von Mindfield® geben ebenfalls eine Rückmeldung über die Qualität der Atemübungen außerhalb der Therapiesitzungen und erhöhen somit die Motivation zum selbständigen Üben – insbesondere bei jungen Patient:innen. Zudem fördert solch ein Atemtraining das Gefühl von Selbstwirksamkeit. Eine jugendliche Patientin des Autors, die sich zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes nicht getraute, nur wenige hundert Meter mit einem Shuttle-Bus zwischen dem Hauptgebäude der Klinik und der Biofeedback-Abteilung hin- und herzufahren, stieg nach der ersten Sitzung des Atemtrainings in den Wagen, mit der Überzeugung, diese Situation nun zu meistern.

Achtsamkeit und Werte

Eine achtsame innere Haltung ist unerlässlich für die Expositionsbehandlung, um aufkommende Emotionen wie Angst und Ekel bewusst zu erleben und dadurch angestoßene Lernprozesse zu fördern (Metzner, 2020). Eine solche Geisteshaltung kann durch bewährte Meditationsübungen wie Sitz- und Gehmeditation, Bodyscan und Yoga erlernt werden. Diese Übungen sind mittlerweile Bestandteil gut erforschter und etablierter Achtsamkeitsprogramme wie der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990, 2011) und der Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal, Williams & Teasdale, 2018). Zu Beginn der Behandlung und später am Anfang jeder Stunde könnten Emma und ihre Therapeutin solche Übungen gemeinsam praktizieren, oder sie könnte an einem entsprechenden Kurs teilnehmen. Diese werden in Deutschland über den Verband der Achtsamkeitslehrenden MBSR-MBCT (www.mbsr-verband.de) flächendeckend angeboten. Mit kleineren Kindern sind vielleicht eher spielerische Achtsamkeitsübungen angesagt, die den Blick auf das Hier-und-Jetzt lenken, z.B. für jeden Atemzug jeweils ein Steinchen (die zuvor gesammelt wurden) in die Hand zu legen oder eine Runde »Ich sehe was, was du nicht siehst« zu spielen.

Um unangenehme Emotionen wie Angst und Ekel bereitwillig annehmen zu können, ist es hilfreich, sich immer wieder auf die eigenen Lebenswerte zu besinnen. Gerade junge Patient:innen sind eher bereit, den anstrengenden Weg der Konfrontationsbehandlung zu gehen, wenn sie vor Augen haben, wofür es sich lohnt. Die *Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)* ist ein zeitgemäßer psychotherapeutischer Ansatz, der seelisches Wohlbefinden mit der Ausrichtung auf persönliche Werte verbindet und Achtsamkeit als diejenige Geisteshaltung nahelegt, die ein Ausbrechen aus dem Gefängnis einschränkender Gedanken ermöglicht (Hayes, Strosahl & Wilson, 2003). Sie ist daher ein geeignetes Rahmenkonzept für die Behandlung von Angsterkrankungen wie der Emetophobie. Für Emma könnte ein wichtiger Wert beispielsweise darin bestehen, wieder mehr mit ihren Freundinnen zu unternehmen, bei ihnen zu übernachten und eben auch gemeinsam zu essen. Dieser Wert kann das Mädchen tragen und leiten, wann immer sie auf Vermeidungskurs gehen möchte.

Exposition: Sich der Angst stellen, um sie zu überwinden

Für die Durchführung von Expositionsübungen werden in der Regel äußere, körperinterne und gedankliche Angstauslöser verwendet, die mit dem eigenen oder fremden Erbrechen assoziiert sind. Als visuelle (und akustische) Hinweisreize dienen Zeichnungen, Piktogramme, Bilder von Erbrochenem und Filmclips mit erbrechenden Personen, Tieren oder Comic-Figuren, Gummikotze aus dem Scherzartikelbedarf und künstlich hergestelltes Erbrochenes. Mit Kindern und Jugendlichen kann man auch eine Runde »Kotze-Quartett« spielen (siehe www.quartett.net). Der Geruch von Erbrochenem wird durch Buttersäure verursacht, die auch in ranziger Butter und Parmesan vorkommt und im Handel erhältlich ist. Eine wirksame Methode ist die Kombination des Geruchs von Erbrochenem mit einer Vorstellung des eigenen oder fremden Erbrechens (Veale, 2009). Es ist auch möglich, den Betroffenen neben dem olfaktorischen Stimulus mit anderen Sinnesmodalitäten wie Geräuschen, Bildern oder Filmszenen vom Erbrechen zu konfrontieren.

Um Körperreize in das Konfrontationstraining einzubeziehen, können Patient und Therapeut gemeinsam das eigene Erbrechen im Rollenspiel über einem Plastikeimer nachspielen, je nach gewünschter Intensität ganz realistisch mit zerkauter Brezel und Cola bei gleichzeitigem Einsatz von Buttersäurearoma. Körperinterne Angstreize wären z.B. Übelkeit, Völlegefühl und Bauchschmerzen, Magendruck, Schwindel, Engegefühl im Hals und Berührungsreize auf der Zunge, am Gaumen oder dem Gaumenzäpfchen. Diese können – unter Einhaltung ethischer Grenzen – einfach provoziert werden, etwa durch die rasche Zufuhr von kohlenstoffreichen Getränken bzw. eine Racheninspektion mit dem Mundspatel. Möglich ist auch das Einbeziehen spontan auftretender Bauchschmerzen oder Übelkeit in die Konfrontationsübungen.

Die meisten Angstsituationen, denen sich der Patient im realen Leben stellen muss, können im Schutzraum der Therapie geübt werden. Der Einsatz virtueller Realität bietet ebenfalls eine breite Palette an Möglichkeiten zur Expositionstherapie »in virtuo«.

Während der Konfrontationssitzungen versucht die Betroffene, ihre Aufmerksamkeit sowohl auf die angstauslösenden Stimuli als auch alle aufkommenden Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen zu richten. Der Therapeut gibt Hilfestellung durch seine eigene Präsenz und durch gezielte Fragen, die den Blick der Patientin immer wieder auf das Geschehen im gegenwärtigen Moment lenken (»geliebene Achtsamkeit«).

Flashbacks können mithilfe der Technik des *Imagery Rescripting* bearbeitet werden, bei der das Drehbuch der Filme, die in unserem Kopfkinos ablaufen, verändert wird, um die emotionale Bedeutung alter Erinnerungen zu verändern (Arntz & Weertman, 1999; Smucker & Dancu, 1999). Bei Flashforwards kommen vor allem Expositionen in sensu zum Einsatz, in denen eigene Horrorszenarien detailliert imaginiert und beschrieben werden (Riddle-Walker et al., 2016; Veale, 2009). Daneben sind aber auch Expos in vivo durchzuführen, wenn die intrusiven Gedanken zur Vermeidung bestimmter Situationen, Orte oder Handlungen führen.

Bei geschickter Durchführung der Konfrontationsbehandlung können die in der Exposition stattfindenden, angsthemmenden (inhibitorischen) Lernprozesse besonders effektiv gefördert werden (Craske, 2015).

Hintergrundthemen: Den ganzen Menschen behandeln

Um eine dauerhafte Überwindung von Angststörungen wie der Emetophobie zu erreichen, ist es wichtig, nicht nur die Symptome selbst zu behandeln, sondern auch tiefere Hintergrundthemen zu bearbeiten, die aus der individuellen Lebensgeschichte hervorgehen, wie Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale. Ohne diese Arbeit bleibt die Therapie oberflächlich und die gewonnenen Freiheiten können schnell wieder verloren gehen.

In der idealen Behandlung werden gemeinsam mit der Patientin wichtige Grundannahmen, Pläne und sogenannte »Überlebensregeln« (Gräff-Rudolph & Sulz, 2014) erarbeitet, die das Verhaltensrepertoire einschränken und den Umgang mit schwierigen Situationen erschweren. Dadurch eröffnet sich ein Verständnis für die *Funktionalität* der Emetophobie (wozu sie dient) sowie der Zugang zu alternativen Verhaltensstrategien. Wie bei anderen Angstkrankungen kann der Krankheitsgewinn im Abschwächen von Wutimpulsen liegen, die aufgrund der eigenen Überlebensregel verboten sind und als bedrohlich erlebt werden. Therapeutisch gesehen geht es darum, mehr Kontakt zur eigenen Wut zu bekommen und vertrauter mit der ihr innewohnenden Kraft zu werden (Sulz, 2013).

Die in der Therapie gewonnenen Erkenntnisse und Einsichten sollten jedoch immer als Hypothesen betrachtet werden, die in der eigenen Erfahrung und im Alltag der Betroffenen überprüft werden müssen. Es ist wichtig, therapeutischen Dogmatismus jeglicher Art zu vermeiden. Auch in diesem Zusammenhang leistet eine gute Prise Humor die allerbesten Dienste!

Eine Giraffe und ein Häschen unterhalten sich.

Sagt die Giraffe: »Häschen, wenn du nur wüsstest, wie schön das ist, einen langen Hals zu haben. Das ist sooo toll! Jedes leckere Blatt, das ich esse, wandert langsam meinen langen Hals hinunter und ich genieße diese Köstlichkeit sooo lange.«

Das Häschen guckt die Giraffe ausdruckslos an. Die Giraffe weiter: »Und erst im Sommer, Häschen, ich sag dir, das kühle Wasser ist so köstlich erfrischend, wenn es langsam meinen langen Hals hinuntergleitet. Das ist sooo schön, einfach toll, einen so langen Hals zu haben. Häschen, kannst du dir das vorstellen!?!« Darauf das Häschen: »Schon mal gekotzt?«

Literatur

- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715–740.
- Becker, E. S., Rinck, M., Türke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S. et al. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22(2), 69–74.
- Boschen, M. J. (2007). Reconceptualizing emetophobia: A cognitive-behavioral formulation and research agenda. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 407–419.
- Boschen, M. J., Veale, D., Ellison, N. & Reddell, T. (2013). The emetophobia questionnaire (EmetQ-13): Psychometric validation of a measure of specific phobia of vomiting (emetophobia). *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 670–677.
- Craske, M. (2015). Optimizing Exposure Therapy for Anxiety Disorders: An Inhibitory Learning and Inhibitory Regulation Approach. *Verhaltenstherapie*, 25(2), 134–143.
- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S. K. D. (2014). Strategische Kurzzeit-Therapie (SKT) – die erste deutsche Psychotherapie der 3. Welle. *Psychotherapie*, 15(1), 75–95.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change* (First edition.). New York, NY: The Guilford Press.
- Höller, Y., van Overveld, M., Jutglar, H. & Trinka, E. (2013). Nausea in Specific Phobia of Vomiting. *Behavioral Sciences*, 3(3), 445–458.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta.

- Kabat-Zinn, J. (2011). *Gesund durch Meditation: Das große Buch der Selbstheilung*. München: Knaur Taschenbuch.
- Keyes, A., Gilpin, H. R. & Veale, D. (2018). Phenomenology, epidemiology, co-morbidity and treatment of a specific phobia of vomiting: A systematic review of an understudied disorder. *Clinical Psychology Review*, 60, 15–31.
- Lipsitz, J. D., Fyer, A. J., Paterniti, A. & Klein, D. F. (2001). Emetophobia: Preliminary results of an internet survey. *Depression and Anxiety*, 14(2), 149–152.
- Metzner, M. S. (2016). *Achtsamkeit und Humor: Das Immunsystem des Geistes* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Metzner, M. S. (2018). Halb so ernst. *Moment by moment*, 4, 84–88.
- Metzner, M. S. (2020). Mein Köpfchen sagt: „Ich muss erbrechen!“ Mit Achtsamkeit aus der Emetophobie: Ein Leitfaden für Betroffene und Therapeuten. Berlin: Rhombos.
- Overveld, M. van, de Jong, P. J., Peters, M. L., Hout, W. J. P. J. van & Bouman, T. K. (2008). An internet-based study on the relation between disgust sensitivity and emetophobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 524–531.
- Price, K., Veale, D. & Brewin, C. R. (2012). Intrusive imagery in people with a specific phobia of vomiting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 672–678.
- Prinsloo, G. E., Derman, W. E., Lambert, M. I. & Rauch, H. G. L. (2013). The effect of a single episode of short duration heart rate variability biofeedback on measures of anxiety and relaxation states. *International Journal of Stress Management*, 20(4), 391–411.
- Reiner, R. (2008). Integrating a Portable Biofeedback Device into Clinical Practice for Patients with Anxiety Disorders: Results of a Pilot Study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33(1), 55–61.
- Riddle-Walker, L., Veale, D., Chapman, C., Ogle, F., Rosko, D., Najmi, S. et al. (2016). Cognitive behaviour therapy for specific phobia of vomiting (Emetophobia): A pilot randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 14–22.
- Rief, W. & Birbaumer, N. (Hrsg.). (2011). *Biofeedback: Grundlagen, Indikationen, Kommunikation, Vorgehen* (3. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Schwartz, M. S. (Hrsg.). (1995). *Biofeedback: A practitioner's guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, M. & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition* (2nd ed.). New York: Guilford Publications.
- Smucker, M. R. & Dancu, C. V. (1999). Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing. Northvale, N.J.: J. Aronson.
- Sulz, S. K. D. (2013). Wo Angst ist, soll Wut werden – oder: Wut ist unsere vitale Kraft. *Die Angst-Zeitschrift*, 61(1), 4–9.
- Veale, D. (2009). Cognitive behaviour therapy for a specific phobia of vomiting. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2(04), 272–288.

- Veale, D., Ellison, N., Boschen, M. J., Costa, A., Whelan, C., Muccio, F. et al. (2013). Development of an Inventory to Measure Specific Phobia of Vomiting (Emetophobia). *Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 595–604.
- Veale, D. & Lambrou, C. (2006). The Psychopathology of Vomit Phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(02), 139–150.
- Verwoerd, J., van Hout, W. J. P. J. & de Jong, P. J. (2016). Disgust- and anxiety-based emotional reasoning in non-clinical fear of vomiting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 83–89.
- Weltgesundheitsorganisation. (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (2., korr.erg. Aufl.). Bern: Huber.

Autor

Dr. Michael Stefan Metzner
Psychologischer Psychotherapeut, Biofeedback-Therapeut, Supervisor
Schön Klinik Roseneck
Seestraße 5a
83209 Prien am Chiemsee
MMetzner@schoen-klinik.de

Interessenkonflikt:

Autor eines Leitfadens für Betroffene und Therapeuten, Rhombos-Verlag
2022

Verwöhnung

Arne Burchartz

Zusammenfassung

Der Beitrag untersucht – ausgehend von Beobachtungen in Mythologie, Literatur und Kunst – das Phänomen „Verwöhnung“ in einer Kultur des Überflusses und der Grenzenlosigkeit und damit zusammenhängend in der heute gängigen Pädagogik und ihren unbewussten Motiven. Dass übermäßige Verwöhnung ein pathogenes Potenzial hat, wird anhand eines Fallbeispiels aus der psychotherapeutischen Praxis dargestellt, ebenso, wie die neurotischen Folgestörungen bearbeitet werden können. Die Psychodynamik der Verwöhnung wird unter Aspekten der Triebtheorie, der Objektbeziehungspsychologie, der Selbst-Entwicklung, der Mentalisierungstheorie und der Bindungstheorie untersucht. Reflexionen über die Bedeutung der Väterlichkeit schließen sich an.

Übermäßige Versagungen v.a in der primären Beelterung verdichten sich im Sinne emotionaler Deprivation zu traumatischen Einschnitten in die kindliche Entwicklung. Übermäßige Verwöhnung kann vergleichbare traumatische Folgen haben; v.a. hinsichtlich einer persistierenden Hilflosigkeit. Dies ist die zentrale These des Artikels.

Schlüsselwörter:

Abhängigkeit, Hilflosigkeit, Symbolbildung, Trauma, Trennungsangst, Verwöhnung

Summary:

The article examines - based on observations in mythology, literature and art - the phenomenon of „spoiling“ in a culture of abundance and boundlessness and, related to this, in today’s common pedagogy and its unconscious motives. The fact that excessive spoiling has a pathogenic potential is illustrated by means of a case study from psychotherapeutic practice, as well as how the neurotic consequential disorders can be dealt with. The psychodynamics of spoiling are examined under aspects of drive theory, object relations psychology, self-development, mentalisation theory and attachment theory. Reflections on the meaning of fatherhood follow.

Excessive denials, especially in primary parenting, condense in the sense of emotional deprivation into traumatic incisions in child development. Excessive pampering can have comparable traumatic consequences, especially in terms of persistent helplessness. This is the central thesis of the article.

Keywords:

dependency, helplessness, symbol formation, trauma, separation anxiety, spoiling

1. Einleitung: Eindrücke aus Literatur und Bildender Kunst

Rückschau

(Heinrich Heine)

Ich habe gerochen alle Gerüche

In dieser holden Erdenküche;

....

Ein Lorbeerkranz umschloß die Stirn,

Er duftete Träume mir ins Gehirn,

Träume von Rosen und ewigem Mai –

Es ward mir so selig zu Sinne dabei,

So dämmersüchtig, so sterbefaul –

Mir flogen gebratene Tauben ins Maul,

Und Englein kamen, und aus den Taschen

Sie zogen hervor Champagnerflaschen –

Das waren Visionen, Seifenblasen –

Sie platzten – Jetzt lieg ich auf feuchtem Rasen,

Die Glieder sind mir rheumatisch gelähmt,

Und meine Seele ist tief beschämt.

Ach, jede Lust, ach, jeden Genuß

Hab ich erkauf't durch herben Verdruß;

...

Jetzt bin ich müd vom Rennen und Laufen,

Jetzt will ich mich im Grabe verschnaufen.

Lebt wohl! Dort oben, ihr christlichen Brüder,

Ja, das versteht sich, dort sehn wir uns wieder.

In der letzten Lyriksammlung „Romanzero“ des Dichters Heinrich Heine findet sich die „Rückschau“. Krank, ans Bett gefesselt und geplagt von körperlichen Gebrechen erinnert er sich an bessere Tage. Sein Glück erscheint darin illusionär – oder beschreibt er hier vielmehr das Glück der Illusion? Seine Rückschau gewinnt märchenhafte, paradiesische Züge: man fühlt sich ans Schlaraffenland erinnert, ein Bild grenzenloser Befriedigung oraler und sexueller Lust und narzisstischer Zufuhr, bar jeglicher Einschränkung durch eine versagende Realität. Heine träumt sich hier in die Situation einer Verwöhnung. Aber, ganz folgerichtig, gibt es ein jähes Erwachen, begleitet von den Motiven der Lähmung und der Beschämung. Plötzlich ist sie wieder da, die hässliche Realität: Die Bitternis des Lebenskampfes, die Demütigungen, letztlich die Endlichkeit, der Tod. Aber, ironisierend zwar und mit dem ihm eigenen Spott, greift der todkranke Dichter noch einmal auf die Vorstellung eines Himmelreiches zurück: „Dort oben...“, als wolle er sich der Versuchung einer Tröstung erwehren, die man für ihn – wiederum illusionär – bereithalten könnte, die Tröstung mit einem Paradies, das für allen Triebverzicht entschädigt.



Bild: Pieter Brueghel d.Ä., 1567: „Das Schlaraffenland“

In Märchen, Mythen, in religiösen Vorstellungen, in Dichtung und Bildender Kunst finden wir die Vorstellung eines Ortes, in dem die Wünsche ohne Anstrengung erfüllt werden, wir finden sie ebenso in Träumen und Tagträumen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. S. Freud hat diese Tagesphantasien bekanntlich mit einem Naturschutzgebiet verglichen, das sich das Seelenleben schafft. Gemeinsam ist ihnen, dass das Leben darin von den Einschränkungen der Realität verschont bleibt, dass Triebaufschub oder gar

Triebverzicht und narzisstische Kränkungen zurückgestellt oder ganz beseitigt sind, es findet eine Regression zum Lustprinzip, zum Primärprozeß statt, und es lässt sich unschwer erkennen, dass sich der Mensch hier in den vorgeburtlichen Urzustand im Mutterleib sehnt. Dabei lässt sich beobachten: Je rigider die Triebeinschränkungen, je bedrückender die erlebte Realität, desto ausgearbeiteter sind die Paradiesvorstellungen. Und sie haben etwas mit der Art der Triebunterdrückung zu tun. Sie machen den Eindruck einer Entschädigung für erlittenen und aufgenötigten Verzicht.

Das Bild von Brueghel ist in einer Zeit entstanden, in der der Hunger in Europa bittere Realität der armen Leute war. Heute würde uns in einer Gesellschaft, die mit den Folgen des Überflusses zu kämpfen hat, eine solche Vorstellung eher schrecken. Es wäre interessant, wie heutige Gesundheitsminister und Ärztevertreter in ihrem Kampf gegen Übergewicht ein solches Bild interpretieren würden. Aber die orale Gier hat nicht nur etwas mit der tatsächlichen Entbehrung von Nahrung zu tun, sondern vielmehr mit einem *psychischen* Mangel erleben. Aus der Sehnsucht nach grenzenloser Wunscherfüllung wurde nun freilich immer auch eine kollektive Rationalisierung, eine Art illusionärer Tröstung: Dass nämlich der Weg durch Trübsal notwendig, ja Voraussetzung ist, um sich das Paradies der Verwöhnung zu verdienen. Eine Anschauung, die psychologisch gesehen einen wahren Kern hat, jedoch merkwürdigerweise nicht alle betraf oder betreffen sollte. Wiederum Heine:

„Sie sang das alte Entsagungslied, das Eiapopeia vom Himmel, womit man einlullt, wenn es greint, das Volk, den großen Lümmel. Ich kenne die Weise, ich kenne den Text, ich kenn auch die Herren Verfasser. Ich weiß, sie tranken heimlich Wein und predigten öffentlich Wasser.“

Im Märchen von Hänsel und Gretel hören wir von zwei Kindern, deren Eltern – selbst in Not – sie nicht mehr nähren können und sie, um sich selbst zu retten, aussetzen. Ein Bild für einen extremen Ablehnungskonflikt. Bekanntlich geraten die Kinder – geführt von einem weißen Vöglein – an ein Hexenhaus, gebaut aus lauter süßen Köstlichkeiten. Die Hexe lockt sie herein. „Da ward gutes Essen aufgetragen, Milch und Pfannekuchen mit Zucker, Apfel und Nüsse. Hernach wurden zwei Bettlein schön weiß gedeckt, und Hänsel und Gretel legten sich hinein *und meinten, sie wären im Himmel*. Die Alte hatte sich nur so freundlich angestellt, sie war aber eine böse Hexe, die den Kindern auflauerte, und hatte das Brothäuslein bloß gebaut, um sie herbeizu-

locken. Wenn eins in ihre Gewalt kam, so machte sie es tot, kochte es und aß es, und das war ihr ein Festtag.“

Hier begegnen wir einem dunklen Mutteraspekt: Eine verwöhnende Mutter, die nur deshalb nährt, weil sie verschlingen will; ein Bild der vollständigen psychischen Vereinnahmung, aus der heraus keine Separation, keine Entwicklung möglich ist. Bekanntlich ist es das Mädchen, das sich und seinem Bruder durch die eigene gesunde Aggressivität aus der tödlichen Verstrickung heraushilft.

2. Warum dieses Thema?

Wiewohl Verwöhnung bislang in systematischen psychoanalytischen Untersuchungen explizit kaum Thema gewesen ist, so hat es doch implizit von Anfang an in der psychoanalytischen Theoriebildung eine Rolle gespielt hat. Es gibt m.W. keine psychoanalytische Monographie zum Thema, Verwöhnung ist auch kein Krankheitsbild, das wir psychoanalytisch zu behandeln hätten, wir kennen auch in der psychiatrischen Diagnostik kein „Verwöhnungs-Syndrom“ mit entsprechender Medikation – man möchte sagen, Gott sei Dank. Ein erstes intensiveres Interesse wurde bei mir geweckt durch Kinder und Jugendliche, die sich in meiner Praxis einfinden – die alles zu haben scheinen, alles bekommen können, und doch unglücklich und krank sind – oder vielleicht gerade deshalb? Natürlich standen auch meine Frau und ich als Eltern in dem beständigen Konflikt, was wir unseren Kindern gewähren – „die anderen haben es doch auch“ – und was wir ihnen versagen, verbunden mit ihrer Wut, den zorngefüllten Konflikten und den nagenden Schuldgefühlen, eben doch die schlechteren Eltern zu sein. Auch ein gewisser Neid spielt eine Rolle, Neid auf die materiellen Möglichkeiten der nachwachsenden Generation, die wir in ihrem Alter bei weitem nicht hatten und der dann in die Zuschreibung an die „verwöhnte Generation“ verkehrt werden muss.

Ein Erlebnis in den Bergen des Himalaya, in Nepal, einem der ärmsten Ländern der Erde, hat sich mir tief eingeprägt. Ich war mit einer Trekkinggruppe unterwegs, als uns auf einem steinigen und steilen Gebirgspfad Kinder begegneten, gekleidet in einfachen Schuluniformen, mit Riemen zusammengeschnallte Bücher über ihren Schultern, magere, drahtige kleine Gestalten, mit Plastiklatschen an den Füßen. Aus abgelegenen Dörfern und Hütten waren sie unterwegs in ihre Schule, teils stundenlang mussten sie hunderte von Höhenmetern täglich überwinden. Sie lachten und plapperten und schauten sich neugierig die fremden Gestalten an, die, ausgerüstet mit High-Tech-Klei-

dung, Bergstiefeln, Funktionsjacken, Tourenstöcken und teuren Kameras unter der Last ihrer Rucksäcke die steilen Pfade hochschnauften. Wir blickten in wache, neugierige, eifrige Augen. Etwas später durften wir dann ihre Schule besichtigen. Ein einfaches Gebäude, zwei Räume, Plakate mit Schriftzeichen, Bildern, eine Tafel, ein Lehrer, der sich zu den Lerngruppen setzte und ihnen die Lektion erklärte. Von den technischen Segnungen, die man hierzulande für unverzichtbar hält – Whiteboard, Tablet, Handy usw. – keine Spur. Und doch war diesen Kindern ein Stolz abzuspüren, eine Begierde zu lernen. Sie wissen, ihre einzige Chance, ihre Lage zu verbessern, ist Bildung, das zu lernen, wozu ihre Eltern keine Möglichkeit hatten. Welch ein Kontrast zu den lustlosen Kindern und Jugendlichen, die sich morgens vor unseren Schulen aus Mamas Geländewagen quälen! Was ist da los? Was stimmt nicht in unserer Gesellschaft, an unserem Umgang mit der heranwachsenden Generation?

3. Zur Etymologie des Wortes und zum heutigen Sprachgebrauch

Zugrunde liegt das Wort „wohnen“, in seiner Urbedeutung von mhd. „wohnen“: „lieben schätzen“, verwandt mit: gewinnen und Wonne. Das Wort „gewöhnen“ hat demnach die Bedeutung „lieben, schätzen lernen“. Entwöhnen – ein Begriff, den wir im Zusammenhang mit dem Abstillen gebrauchen – ist demnach der Vorgang, auf etwas, das wir lieben und schätzen, verzichten zu müssen. Die Vorsilbe „ver-“ bezeichnet ein Gegenteil: Also nicht (notwendiger) Verzicht, sondern ein Festhalten an der Brust, damit: „schlechte Gewohnheiten beibringen, an Schlechtes gewöhnen“.

In unserem heutigen Sprachgebrauch finden wir eine ambivalente Bedeutungsgebung des Wortes. Einerseits halten wir einen verwöhnten Menschen durchaus – ganz in der Tradition einer Pädagogik, die Abhärtung, Verzicht, Sparsamkeit und Gehorsam zu ihren Idealen erhoben hat – für einen lebensuntauglichen, einen verweichlichten Menschen, der mit seiner Ansprüchlichkeit seiner Umgebung auf die Nerven geht, andere ausnutzt und wenig Selbstverantwortung zeigt. Verwöhnte Kinder sind meist anstrengende, unbeliebte, unangenehme Kinder. Andererseits beobachten wir zunehmend, dass die Aufforderung, sich einmal richtig zu verwöhnen oder verwöhnen zu lassen, eine positive Konnotation gewinnt. In einer Gesellschaft, die um ihrer wirtschaftlichen Prosperität willen Waren und Dienstleistungen vermarkten muss, die weit über die notwendige Bedürfnisbefriedigung hinausgehen, sind Menschen hoch willkommen, die sich mit derlei Überfluss verwöhnen lassen, sprich, sie konsumieren wollen. Gerade Kinder sind einer ständigen Beeinflussung ausgesetzt, sich eigentlich überflüssige Dinge oder Reize anzueig-

nen oder einzuverleiben, die schnelle Befriedigung versprechen. Sein Kind zu verwöhnen, ihm Verzicht auf Wunscherfüllungen und Triebaufschub zu ersparen, scheint für viele Eltern neuerdings zu einem Leitbild in der Erziehung geworden zu sein. Die Überflussgesellschaft produziert ihre eigenen Erziehungsideale. Was Eltern dazu bewegt, will ich später aufgreifen.

Die Versagungen und Fehleinstellungen in der Erziehung, welche die Psychoanalyse in ihren Anfängen für die Neurosenbildung in der Kindheit verantwortlich gemacht hat, sind heute weitgehend beseitigt. Sexuelle Aufklärung ist ein Allgemeingut, die Einsicht in Sexualvorgänge ist anscheinend allgegenwärtig und öffentlich. Die Toleranz gegenüber der Sexualbetätigung des Kindes scheint selbstverständlich. Die Duldung, ja Ermutigung kindlicher Aggression ist gängige Erziehungspraxis. Man muss ja seine Wut auch rauslassen, man muss sich durchsetzen können, darf sich nichts gefallen lassen. Gewissenskonflikte aufgrund autoritärer Übermacht der Eltern oder einer übermäßig versagenden und verbietenden Außenwelt scheinen beseitigt. Die mütterliche Liebe und Zuwendung, die Befriedigung der Bedürfnisse und Wünsche scheint weitgehend sichergestellt, zumal sich die mütterlichen Kapazitäten auf nur wenige Kinder konzentrieren. Eltern wollen ihre Kinder glücklich machen – und nicht länger zu gehorsamen Staatsbürgern dressieren. Äußere Not wie Hunger, Krieg, Verfolgung ist unseren Kindern fremd. Und doch beobachten wir, dass die so aufwachsenden Kinder keineswegs glücklicher sind, und dass die Neigung zu neurotischen Störungen und Entwicklungshemmnissen nicht abgenommen haben. Hat die Psychoanalyse falsche Versprechungen gemacht?

4. Beobachtungen aus einer kindertherapeutischen Praxis

Der 8jährige Richard hat schwerwiegende Lernstörungen. Schon bei geringen Anforderungen gibt er rasch auf, sagt: „Das kann ich nicht“; wenn die Eltern dennoch auf die Erledigung schulischer Aufgaben dringen, artet die Szene in Toben und Wutanfällen, Schreiereien und schließlich in Rückzug und Tränen aus. Er weigert sich, Lesen und Schreiben zu lernen; er „vergisst“, was er aufhat bzw. täuscht die Eltern darüber. Er macht ständig seine Spielsachen kaputt, selbst Dinge, die ihm an sich wichtig zu sein scheinen. Auch anderen Kindern macht er deren Sachen kaputt. Er muss immer der Boss sein, auch in der Familie, alles will er bestimmen; wenn er etwas helfen soll, weigert er sich mit den Worten: Das muss ich nicht. Freunde hat er keine, denn wenn es nicht nach seinem Kopf geht, hat er keine Lust mehr und zieht sich zurück. Sein Verhalten bringt andere Kinder auch dazu, ihn einfach wegzuschicken.

Eigentlich will niemand etwas mit ihm zu tun haben. Andererseits zeigt er sich der Mutter gegenüber sehr ritterlich und anhänglich.

Richard hat eine kleine Schwester, knapp drei Jahre jünger, sie ist ganz das Gegenteil: sie lernt rasch und gern und kann schon vor der Schule Dinge, die Richard noch nicht einmal in der dritten Klasse beherrscht.

Kurz bevor Richard zu mir kam, haben sich die Eltern getrennt, u.a. auch aufgrund fundamental unterschiedlicher Vorstellungen in der Erziehung. Die Mutter fühlt sich sehr schuldig: Sie sagt: Eigentlich tut er mir sehr leid.

Als Richard zum ersten Mal zu mir kommt, macht er einen gehetzten Eindruck. Mit anscheinend großer Begeisterung greift er nach Figuren und Spielsachen, „boah, toll“, und legt sie gleich wieder weg. Er schaut sich ein Känguru mit einem Kleinen im Beutel an, den Hai, in dessen Bauch sich alle möglichen Dinge befinden. Mich beachtet er gar nicht, es ist, als solle ich keine Bedeutung haben. Bei allem, was er in die Hand nimmt, kommentiert er: Das habe ich auch. Mit einem kleinen Boot rast er im Sandkasten umher und verbuddelt es rasch. Th: Da ist es geschützt. Richard: Nee. Th: Man kann es nicht sehen. Richard: Aber ich weiß, wo es ist. Ratlos steht er vor dem Kicker: „Da müsste jemand mit mir spielen“. Unvermittelt zielt er mit der Armbrust auf mich. Immer wieder lauscht er auf Geräusche draußen. „Was wohl die Mama macht? Hoffentlich passiert ihr nichts.“ Mir kommt der Gedanke, dass er fürchtet, sie mit seinen Aggressionen, die er hier zeigt, zu vernichten. Aber auch, dass sie plötzlich hereinkommen und stören könnte. Am Schluss der Stunde meint er, er könnte die Armbrust mitnehmen und seiner Mama zeigen. Er sagt: „Ich könnte auch öfter kommen. Auch in den Ferien.“ Erst nach der Stunde bemerke ich, dass er ein kleines Vorhängeschloss, das er in seiner Tasche hatte, bei mir „vergessen“ hat. Ich fühle mich an das Schloss an Hänsels Käfig erinnert.

In vielen Stunden wiederholt sich ein ähnlicher Ablauf: Richard erfindet ein Spiel, in dem er ein großartiger Held ist. Z.B. ein Raumschiffpilot, der auf fremden Planeten feindselige Wesen bekämpft. Er ergreift Besitz von dem gesamten Therapieraum, räumt Tische und Stühle um. Ich soll sein Assistent sein, wobei ich nun ganz genau nach seinen Vorstellungen zu funktionieren habe. Er gibt mir Befehle, herrscht mich an, dirigiert mich, eigene Ideen darf ich nicht haben. Oder er nimmt sich einen großartigen Aufbau vor: Er will mit der Holzseisenbahn ein Schienensystem durch den ganzen Raum bauen. Bereits nach drei oder vier Schienen kommt er nicht mehr zurecht, es klappt

nicht, wie er sich das vorstellt, dann soll ich weitermachen nach seinen Anweisungen. Ich werde in solchen Szenen entsetzlich müde, ich mag mich nicht so funktionalisieren lassen, es geht auch meist nicht gut, denn irgend eine kleine Enttäuschung passiert immer, oder ich unterbreche und sage, dass ich es ihm wohl nicht recht machen kann und mich ganz elend fühle, wenn ich nur das machen darf, was er sagt. Meine Worte kann er aber ganz und gar nicht aushalten, In rasender Eile wird dann das Spiel abgebrochen, die Sachen werden weggeräumt, und dann will Richard mit mir kämpfen. Ganz real. Er will mit mir boxen, greift mich an, mit hasserfüllten und hämischen Kommentaren: „Ich mach dich fertig“ – „Jetzt ist es aus mit dir – jetzt schlag ich dich zusammen“. In solchen Szenen verwischen sich dem Jungen Phantasie und Realität: Zum einen gibt es keinen intermediären Raum mehr, in dem ein symbolischer Kampf stattfinden könnte, dieser ist vielmehr in symbolischer Gleichsetzung ganz real. Zum anderen geht ihm jegliche Vorstellung von den tatsächlichen Kräfteverhältnissen verloren. In seiner Angst holt er den Arztkoffer und verarztet mich, wobei auch dieser Vorgang sich zu einer sadistischen Intrusion entwickelt.

Richard bringt in die Stunden in einem kleinen Rucksack meist irgendwelche neuen Dinge mit, die er bekommen oder sich von seinem Taschengeld gekauft habe. Eine dieser Figuren ist ein bizarr aussehendes Wesen, das man zum Sprechen bringen kann: „Ich muss die Welt retten. Nichts kann mich aufhalten. Worte führen nicht weiter, jetzt muss gehandelt werden. Wir dürfen dem Feuerlord nicht die Herrschaft über die Welt überlassen...“ usw. ist stereotyp zu hören. Ein Held, mit dem er sich identifiziert.

Es gibt auch andere Szenen. Richard holt sich ein Bilderbuch, sucht meine körperliche Nähe, er möchte sich richtig an mich anuscheln und lässt sich vorlesen. Es ist wie eine Verschmelzung, die sich da zwischen uns ereignet, und ich fühle mich in der Übertragung wie vermutlich seine Mutter fühlt, sehr ambivalent: einerseits endlich Ruhe vor diesen ständigen manischen Angriffen, eine heimelige Atmosphäre – aber auch eine ungute, übergroße Nähe, die mir unangenehm ist, und ich möchte ihn etwas mehr auf Distanz halten. Und dann tut mir dieses bedürftige und verloren wirkende Kind plötzlich leid.

Richard ist ein Kind, das v.a. von der Mutter sehr ersehnt wurde. Lange klapperte es mit einer Schwangerschaft nicht, bis sich die Mutter, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen, einer Hormonbehandlung unterzogen hatte. Man kann sich die Belastung der partnerschaftlichen Sexualität unter dem drängenden Wunsch vorstellen. Und dann: Endlich schwanger! Die Geburt ist lange und

anstrengend, wie als ob sich schon darin die Separationsproblematik anbahnt. Richard wird ein Jahr lang gestillt, die Mutter liest ihm jeden Wunsch von den Augen ab, er ist ein braves Kind, das keine Trotzphase beobachten lässt, nur einmal, als er sauber werden sollte, kurz nachdem seine Schwester auf die Welt kam, hält er den Stuhl zurück, bis die Mutter mit Klistieren kommt. Da hat er schnell aufgegeben und ist brav sauber geworden. Trennungsvorgänge wie Kindergartenbesuch und Einschulung gestalteten sich sehr problematisch.

Die Mutter hatte von ihrem Vater viel Ablehnung erlebt, Aggressionen empfindet sie als hoch bedrohlich, sie ist der Überzeugung, Kinder müsse man mit viel Liebe erziehen. In Richards Weigerung, zu lernen, erlebt sie eine Neuauflage der Ablehnung ihrer Liebe. Der Vater, der seinen Jungen strenger anfassen wollte, hatte einerseits keine Chance, in der idealisierten Mutter-Kind Dyade triangulierend einzugreifen, im Gegenteil, er wurde zu dem abgelehnten Dritten, auf den alle böse Aggression projiziert wurde, andererseits zog er sich auch rasch resigniert zurück und überließ die „Erziehung“ der Mutter. Sie wiederum fühlte sich im Stich gelassen und reagierte mit hasserfüllten Tiraden, die jedoch an der unflexibel anmutenden Haltung des Mannes abprallten. So blieben Mutter und Sohn in einem illusionären ödipalen Paradies gefangen – mit aller Blindheit für die Realität, die ein solches Paradies mit sich bringt.

Richard bedient alle Klischees eines verwöhnten Kindes: Unsympathisch, anspruchlich, herrschsüchtig, besserwisserisch, unselbständig, unfähig zu einer altersentsprechenden Anerkennung oder gar Bewältigung der Realität. Aber eben auch ein sehr geschädigtes Kind: Er kann nicht wirklich spielen, weil er nicht symbolisieren kann, und deshalb ist auch sein Denken und die Fähigkeit zu lernen gestört; die Affektkontrolle und –steuerung will ihm nicht gelingen, ja er scheint keine inneren Vorstellungen von Emotionen und Affekten zu haben, Abhängigkeiten kann er nicht anerkennen und Trennungen nicht ertragen, deshalb auch keine Empathie entwickeln; er ist getrieben von Ängsten und Scham, in seiner Grandiosität ist er schrecklich einsam. Triebaufschub und Frustrationstoleranz überfordern sein schwaches Ich.

In meiner Praxis erlebe ich häufig Kinder mit einer so oder ähnlich gelagerten Problematik Wie kann man eine solche Entwicklung psychoanalytisch verstehen?

5. Verwöhnung unter triebpsychologischen Aspekten

In der *Traumdeutung* beschreibt Sigmund Freud den Weg vom Wünschen zum Denken. Das Bedürfnis, z.B. nach Nahrungsaufnahme, ruft in dem „psychischen Apparat“ zunächst einen Erregungszustand hervor, den das Kind in die Motilität abführt: Es schreit und zappelt. „Eine Wendung kann erst eintreten, wenn auf irgendeinem Wege, beim Kinde durch fremde Hilfeleistung, die Erfahrung des *Befriedigungserlebnisses* gemacht wird, das den inneren Reiz aufhebt“ (Freud 1900, S. 571). Damit wird eine Wahrnehmung (das Erscheinen der Nahrung) mit der Bedürfniserregung verknüpft. Wenn nun das Bedürfnis wieder eintritt, wird diese Wahrnehmung etwa in Form eines Erinnerungsbildes wieder besetzt und halluzinatorisch hervorgerufen. Diese Regung bezeichnet Freud als *Wunsch*, „das Wiedererscheinen der Wahrnehmung ist die Wunscherfüllung“, und die Evozierung des halluzinatorischen Bildes der kürzeste Weg zur Wunscherfüllung. „Die erste psychische Tätigkeit zielt also auf eine *Wahrnehmungsidentität*, nämlich auf die Wiederholung jener Wahrnehmung, welcher mit der Befriedigung des Bedürfnisses verknüpft ist.“ (ebd) Solange aber diese Wahrnehmung lediglich im inneren des psychischen Apparats aufrechterhalten wird, bleibt sie unzweckmäßig. Es muss also einen zweiten psychischen Vorgang geben, der den halluzinatorischen Vorgang hemmt.

„Diese Hemmung sowie die darauffolgende Ablenkung der Erregung wird zur Aufgabe eines zweiten Systems, welches die willkürliche Motilität beherrscht, d.h. an dessen Leistung sich erst die Verwendung der Motilität zu vorher erinnerten Zwecken anschließt. All die komplizierte Denktätigkeit, welche sich vom Erinnerungsbild bis zur Herstellung der Wahrnehmungsidentität durch die Außenwelt fortspinn, stellt doch nur einen durch die Erfahrung notwendig gewordenen *Umweg zur Wunscherfüllung* dar. Das Denken ist doch nichts anderes als der Ersatz des halluzinatorischen Wunsches...“ (a.a.O. S 572)

Wir haben hier eine erste Formulierung des Primär- und des Sekundärvorgangs vor uns; Freud hat diese Gedanken später wieder aufgenommen und besonders in seiner Schrift „Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens“ 1911 präzisiert. Er sieht das psychische Leben bekanntlich organisiert vom Lustprinzip und vom Realitätsprinzip und eine wesentliche Leistung des reifenden Ich in der Fähigkeit, jenes zugunsten von diesem zurückzustellen. Die mythologische Entsprechung dieses Vorgangs

finden wir dann wieder in der religiösen „Lehre von der Belohnung im Jenseits für den – freiwilligen oder aufgezwungenen – Verzicht auf irdische Lüste“. (Freud 1911, S 236)

Freud schreibt weiter:

„Die *Erziehung* kann ohne weiteres Bedenken als Anregung zur Überwindung des Lustprinzips, zur Ersetzung desselben durch das Realitätsprinzip beschrieben werden; sie will also jenem das Ich betreffenden Entwicklungsprozess eine Nachhilfe bieten, bedient sich zu diesem Zwecke der Liebesprämien von Seiten der Erzieher und schlägt darum fehl, wenn das verwöhnte Kind glaubt, dass es diese Liebe ohnedies besitzt und ihrer unter keinen Umständen verlustig werden kann.“ (ebd)

Auch die Kunst ist nach Freud ein Versuch, beide Prinzipien miteinander zu versöhnen, indem der Künstler sich zunächst zwar von der Realität abwendet, aber den Rückweg zu ihr findet, indem er seine Werke in die Realität einbringt. Schließlich ist die „Umwandlung vom *Lust-Ich* zum *Real-Ich*“ (a.a.O. S 237) dafür verantwortlich, dass sich die Sexualtriebe vom Autoerotismus zur Objektliebe wandeln – m.a.W. die Objekte eine Bedeutung erhalten.

Der Mangel an libidinöser Zufuhr in früher Kindheit kann schwerwiegende Folgen haben: eine defizitäre Ich-Entwicklung bis hin zu Wahrnehmungs- und Denkstörungen, die Abwendung von der Realität, die Unfähigkeit, die Außenwelt mit libidinösem Interesse zu besetzen sind nur einige der in der psychoanalytischen Geschichte vielfach erforschten und beschriebenen Folgen. Dass aber auch das Gegenteil, ein „Zu Viel“ an Liebe, ähnliche Störungen zur Folge haben können, wurde, wie wir sehen, ebenfalls schon früh erkannt.

Anna Freud hat in ihren Werken immer wieder darauf hingewiesen, dass nicht nur übermäßige Strenge, sondern auch „übermäßige Nachsicht...sich als pathogene Einflüsse (offenbaren).“ (A. Freud 1965, S 2124). In ihrem Aufsatz „Anwendung psychoanalytischen Wissens auf die Kindererziehung“ (1956) schreibt sie:

„Die Liebe der Mutter kann ... das der weiteren Entwicklung zuträgliche Maß überschreiten und das Kleinkind so sehr von der tröstenden Allgegenwart der Mutter abhängig machen, dass ihm der Schritt zur Selbständigkeit und Toleranz für Versagungen schwerfällt oder dass große Libidobeträge in dieser Phase

fixiert bleiben. Andere Probleme ergeben sich aus der Ambivalenz der Gefühlseinstellungen, wenn ein Kind es zu schwierig findet, eine nur liebende, nur gewährende Mutter auch zu hassen; oder aus dem Ödipuskomplex, wenn ein Mädchen (oder Junge!, Ergänzung des Autors) den notwendigen Schritt von der Mutter zum Vater nicht zustande bringen kann“ (S 1872).

Wie müssen wir uns das vorstellen?

Unter triebpsychologischen Gesichtspunkten stellt sich die Frage, wessen Triebbedürfnisse vorrangig erfüllt werden – die der Mutter oder die des Kindes. Im Idealfall wird sich ein Kreislauf etablieren: Die gelingende Triebbefriedigung des Kindes verschafft auch der Mutter die Befriedigung, sich in einer gelingenden gebenden und nährenden primären Mütterlichkeit zu erleben. Sie erfährt eine libidinöse Zufuhr, gebraucht und ersehnt zu werden. Es ist nicht nur der „Glanz im Auge der Mutter“, sondern auch der „Glanz im Auge des Kindes“, der zu einer gelingenden wechselseitigen Befriedigung führt. Wenn nun aber wie im Falle von Richard die Mutter eine übergroße libidinöse Bedürftigkeit an das Kind richtet und sie alle Unzufriedenheit des Kindes als Ablehnung erlebt oder als Versagen (aus Gründen, die durchaus verstehbar sind), wird sie diesen Vorgang primär zur eigenen Befriedigung gebrauchen und dem Kind dauerhaft jeglichen Mangel ersparen wollen. Die Verhältnisse werden umgekehrt: Die Mutter ist diejenige, deren Bedürfnisse durch das Kind befriedigt werden. Anstatt dass der Sekundärvorgang, das Realitätsprinzip im Kind entwickelt und gefördert wird, *setzt sich das mütterliche Objekt* – oder besser ein mütterliches Teil-Objekt – *an dessen Stelle*. Die ständige intrusive Gegenwart dieses Teilobjekts verhindert nun eine innere Objektbildung, verhindert Phantasie- und Denktätigkeit, verhindert die Entstehung eines intermediären Raumes. Das Kind bleibt also von der realen Mutter abhängig, die Mutter bleibt Teil des Kindes und umgekehrt, wesentliche Ich-Funktionen können sich nicht durch Identifizierung (die ja eine Subjekt-Objekt-Differenzierung voraussetzt), entwickeln, das Kind benötigt dauerhaft die Hilfs-Ich-Funktionen des realen befriedigenden Objekts. Dieses Arrangement wird *dann* zum Problem und führt in die neurotische Erkrankung, wenn die Außenwelt unabweisbar ihre Ansprüche geltend macht – dies ist meist spätestens beim Schuleintritt der Fall. Nicht zufällig ist es das Schulversagen Richards, das schließlich in die Therapie geführt hat.

Letztlich führt die aus der Verwöhnung resultierende Fragilität des Sekundärvorganges in eine permanente Angst vor Hilflosigkeit. Es ist eben diese

Angst, die wir als eine traumatische Angst bezeichnen können und es werden sich alle bekannten Abwehrvorgänge gegen die erwartete, befürchtete traumatische Gefahrensituation etablieren. Das Kind wird im Spiel, aber auch in seinem Arrangement der sozialen Beziehungen die befürchtete traumatische Situation im Sinne des Wiederholungszwanges reproduzieren, um von der Passivität in die Aktivität überzugehen: Die manische Abwehr, die Kontrolle des Objekts, die Größenphantasien usw., die wir bei Richard beobachten können, haben hier ihren Ursprung. Im Sinne einer Verschiebung wird sich dann die Angst von der Gefahr (Hilflosigkeit) auf die Bedingung der Hilflosigkeit (Objektverlust) verschieben, wie es Freud treffend in „Hemmung, Symptom und Angst“ (1926) dargestellt hat. „Die ‚Verwöhnung‘ des kleinen Kindes hat die unerwünschte Folge, dass die Gefahr des Objektverlustes – das Objekt als Schutz gegen alle Situationen der Hilflosigkeit – gegen alle anderen Gefahren übersteigert wird.“ (Freud 1926 S. 200) Wir dürfen also mit einem gewissen Recht von einem „Trauma durch Verwöhnung“ sprechen, und die Verarbeitungsweisen der Verwöhnungsfolgen ähneln denjenigen von Traumafolgen.

Bei der Beschreibung dieser Vorgänge haben wir bereits den Rahmen der Triebtheorie verlassen und Vorstellungen aus der Objektbeziehungstheorie zu Hilfe genommen. Winnicott hat sich m.E. aus beiden Perspektiven diesen Problemen der frühen Entwicklung genähert, indem er den berühmten Begriff der „ausreichend guten Mutter“ (good enough mother) geprägt hat. Er schreibt:

„Eine *genügend gute* „Mutter“ ... ist diejenige, die sich zunächst aktiv den Bedürfnissen des Säuglings anpasst, eine Anpassung, die sich nur schrittweise verringert, je mehr die Fähigkeit des Kindes zunimmt, sich auf ein Versagen der Anpassung einzustellen und die Folgen von Frustration zu ertragen.“

„*Wenn alles gut geht*, dann kann das Erlebnis der Versagung für das Kind schließlich zum Gewinn werden, denn unvollständige Anpassung an Bedürfnisse macht Objekte erst zu etwas Realem, das heißt zu geliebten und zugleich zu gehassten Objekten. ... das Kind (kann) durch eine zu vollkommene und zu lange Anpassung an seine Bedürfnisse in seiner Entwicklung gestört werden, weil eine vollkommene Anpassung der Magie gleicht und das in seinem Verhalten vollkommene Objekt sich vom halluzinierten nicht unterscheidet.“ (Winnicott 1953, S 20f).

Winnicott betont, dass sich in unvermeidlichen Unterbrechungen der mütterlichen Fürsorge im Kind eine Fähigkeit entwickelt, ein Signal zu geben, „die kreative Geste, der Schrei, der Protest, all die kleinen Zeichen, die das hervorrufen sollen, was die Mutter tut...“ (Winnicott 1965, S. 66). Glaubt die Mutter, bereits zu wissen, was der Säugling braucht und erfüllt sie dies voreilig, so unterbindet sie die spontane kindliche Geste und damit eine differenzierende Separation aus der primären Verschmelzung. (vgl. Burchartz 2019, S. 31ff)

Anita Eckstädt hat - in einem anderen Zusammenhang - diesen Vorgang wie folgt beschrieben:

„Als Adressaten mussten die Kinder Nehmende bleiben, sonst hätten die Gebenden über das, was sie wirklich verloren haben, *trauern* müssen. Die Kinder dagegen *durften es nicht besser machen*, hätte doch das den Neid der Eltern ... erweckt. In der Tat ist diesen Kindern die Zukunft von ihren Eltern genommen. Sie ist deshalb besetzt, weil die Eltern die Zukunft der Kinder subjektiv reparativ brauchten und glaubten, vermittelt der Kinder Befriedigung zu erfahren. Es muß auch ausgedrückt werden, was diese Eltern nicht können und was die folgende Generation nicht von ihnen lernt: verzichten auf etwas, das nicht möglich ist, das heißt sich bescheiden wie auch zufrieden sein können, es genug sein lassen.“(Eckstädt 1989, S.348) Und weiter: „Das vorzeitige Entgegenkommen ist im wörtlichen Sinne die Ver-Führung der Mutter, die dem Ich des Kindes eigenes Tun und Finden verwehrt, es damit schwächt und einschränkt, was vom Kind später als Leere empfunden wird. Es ergreift vorzeitig etwas Falsches und glaubt, daran sein Ziel zu konkretisieren.“ (S. 353).

Zwar wird dadurch Angst vermieden, bei beiden Beteiligten, allerdings um den Preis einer dauerhaften Regression. Durch das vorzeitige Entgegenkommen, die verwöhnende Hilfestellung wird die Angst nicht überwunden.

Was ergibt sich aus einer übermäßigen mütterlichen Anpassung für die weitere Triebentwicklung?

Im Falle von Richard haben wir gesehen, dass vor allem seine sadistischen, destruktiven Triebkomponenten sehr früh schon zu einem großen Problem wurden. Sie fanden keine Integration, konnten also nicht zu einem Aufbau

seiner Ich-Funktionen genutzt werden. Vielmehr wurden sie dauerhaft projektiv verarbeitet. Es war dann nicht (mehr) eine versagende Mutter, die als verfolgend erlebt wurde – es war der Vater und seine Ansprüche. Wir können unschwer erkennen, dass der Vater mit dem Sadismus projektiv identifiziert war, damit aber auch all das, wofür der Vater als Repräsentant einer äußeren, von der Mutter unterschiedenen Realität steht. Die Außenwelt bleibt verfolgend und sadistisch und muss mit großer Angst entweder vernichtet oder gemieden werden. Der anale Sadismus und die Omnipotenz, die im Idealfall zu einer strukturierenden Autonomieentwicklung verhelfen, wurde wiederum nach außen gerichtet, und auch hier erfuhren sie keine Hemmung, sondern eine direkte Abfuhr, man möchte sagen, eine halluzinierte Abfuhr, die mit der Realität gleichgesetzt wurde. Die sadistischen Szenen aus der Therapie veranschaulichen diesen Vorgang. Unterstützt wurde der Sadismus gegen den Vater durch die Projektionen und Ängste der Mutter vor verfolgender Männlichkeit.

Das ödipale Problem bleibt unter diesen Umständen ebenfalls unlösbar. Es gibt ja nicht nur aus der Sicht des Jungen eine große Berechtigung, den entwerteten Vater zu vernichten. Der kleine Ödipus, der seiner Mutter so viel bedeutet und ihr ein und alles ist, hat ja im Sinne einer Delegation geradezu den inneren Auftrag dazu. Er hat den Vater zuerst im Inneren der Mutter, später auch das väterliche Objekt selbst vollständig zerstört und sich an seine Stelle gesetzt. Wir können seine Zerstörungen in der dinglichen Umwelt, die er anrichtet, verstehen als eine Fortsetzung dieses Zerstörungswerkes, als eine Kastration des Vaters – aber eben auch als Ausdruck seiner eigenen enormen Kastrationsängste. Bemerkenswert scheint mir hier auch das Fehlen des Schamaffekts bzw. dessen Vermeidung zu sein. Er meidet jede tatsächliche Rivalität, er meidet auch jede tatsächliche Offenbarung seiner wahren Fähigkeiten. Ein wirklicher Vergleich würde ja zeigen, dass sein Penis kleiner ist als der des Vaters, dass er die Mutter nicht besitzen kann und schon gar nicht befriedigen. Er könnte nicht ertragen, seiner eigenen Kleinheit, Schwäche und Unfähigkeit gewahr zu werden. Auch hierin sehe ich eine Wurzel in der Lernhemmung solcher Kinder, die in ödipalen Größenphantasien gefangen sind: Lernen bedeutet ja, sich einzugestehen, dass ich etwas nicht weiß und kann, was andere schon wissen und können. Am Anfang jedes Lernvorgangs steckt eine ödipale (und damit auch eine narzisstische) Kränkung, die nur überwunden werden kann durch die Identifizierung mit der Potenz des gleichgeschlechtlichen Elternteils. Es hat schon einen Grund, warum der Untergang

des Ödipuskomplexes die Voraussetzung für die Lernfähigkeit der Latenz sein muss!

6. Verwöhnung unter Aspekten der Objektbeziehungstheorie

Ich möchte hier vor allem den Aspekt der Symbolbildung hervorheben. Bei verwöhnten Kindern fällt auf, dass sie zu symbolischem Spielen wenig fähig sind, alles bewegt sich auf einer sehr konkretistischen Ebene, der Analytiker erscheint auch in der Übertragung nicht als *Repräsentant* von Teilobjekten oder ganzen Objekten, sondern ist mit diesen vielmehr gleichgesetzt und hat deshalb kein Eigenleben. Das macht es auch schwer, die Ebene der Arbeitsbeziehung aufrechtzuerhalten. Deutungen kommen bei diesen Kindern kaum an. Der Gebrauch von Worten scheint große Angst zu machen und ruft schizoide Abwehrmechanismen hervor. Worte scheinen ganz konkret Dinge zu sein, Waffen, die der Analytiker gebraucht und gegen die man sich schützen muss – entweder indem man ihre Existenz verleugnet oder indem man sie bekämpft. Auch darin ähneln sich verwöhnte Kinder mit traumatisierten Kindern. Auffallend bei Richard ist, dass er ausgerechnet auf dem Gebiet der Muttersprache eine Lernhemmung entwickelte. Eines Tages brachte er ein Buch mit, das er in der Klasse vorstellen sollte. Er las mir einen Abschnitt daraus vor – es war kaum verständlich. Warum? Lesen ist für Richard ein rein mechanischer Vorgang: buchstabierend setzt er die Laute zusammen, eine *Bedeutung* kann er ihnen nicht geben. Es ist ihm unmöglich, das Wort als Symbol für einen Bedeutungsinhalt zu verwenden – und er versteht nicht, was er liest.

In ihrer Schrift „Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ich-Entwicklung“ (1930) entwickelt Melanie Klein die Theorie, dass die Angst, welche aus den Angriffen auf den Körper der Mutter und den daraus resultierenden phantasierten Verfolgungen entsteht, im Dienste der Abwehr auf Gegenstände der dinglichen Umwelt verschoben wird. Diese Gegenstände erhalten dann die Bedeutung des mütterlichen Körpers bzw. seiner Organe (Brust, Vagina, Anus, Fäces, der in der Mutter enthaltene Penis usw.). Das Kind behandelt diese dann genau so, als seien sie der Körper der Mutter, es vollzieht also eine *symbolische Gleichsetzung* (so benennt es bereits Melanie Klein, 1930, S. 32), von dieser Gleichsetzung gehen dann – weil auch die Gegenstände als konkretistische Symbole Angst auslösen – weitere Gleichsetzungen aus usw. Dieser Vorgang bildet die Basis des Interesses für die Gegenstände in der Umwelt des Kindes und entwickelt sich weiter zur Symbolbildung als Grundlage aller Phantasietätigkeit und Sublimierungen. Wenn nun die Angst vor Verfolgung zu groß ist, stoppt das Ich des Kindes diese symbolischen

Gleichsetzungen, es findet keine aggressive oder libidinöse Besetzung der dinglichen Welt statt.

Hanna Segal hat in ihrem bekannten Beitrag „Bemerkungen zur Symbolbildung“ (1957) diese Gedanken weiter ausgeführt. Sie unterscheidet zwischen der symbolischen Gleichsetzung unter dem Primat der paranoid-schizoiden Position und der eigentlichen Symbolbildung in der depressiven Position. In der paranoid-schizoiden Position sind Ich und (Teil-)Objekt durch projektive Identifizierung ununterschieden, deshalb sind auch Symbol und Symbolisiertes ununterschieden. Das Symbol *bedeutet* nicht das Symbolisierte, es *ist* das Symbolisierte.

Ein Symbol setzt eine trianguläre Beziehung voraus: Ich, Objekt und Symbol. Dies ist erst in der depressiven Position gegeben, wenn das Kind das Objekt als Ganzes wahrnimmt, also erkennt, dass das gute und das böse Objekt eins sind. Es erkennt, dass es mit der Vernichtung des bösen Objekts auch das gute verliert und entwickelt depressive Gefühle, Verlustangst, Schuld und den Wunsch, das Objekt zu erhalten bzw. durch eigene Kreativität im Inneren wiederzuerschaffen. Damit geht eine Hemmung der direkten aggressiven wie libidinösen Triebziele dem Objekt gegenüber einher.

„Das Symbol wird gebraucht, um Aggression vom ursprünglichen Objekt zu verschieben und Schuldgefühl und Angst vor dem Verlust auf diese Weise zu verringern. Das Symbol ist hier kein Äquivalent des ursprünglichen Objekts, da das Ziel der Verschiebung darin besteht, das Objekt zu schützen“ (und nicht, es zu vernichten (Anm. d. Verf.). (Segal 1957, S 210f).

Voraussetzung für die Entstehung echter Symbolbildung ist also die Anerkennung des Getrenntseins von Ich und Objekt, und die Symbolisierung wiederum erlaubt es dem Kind, diese Erfahrung zu verarbeiten. Hanna Segal weiter: „Die Symbole werden in der *inneren* Welt ebenfalls als Mittel erschaffen, um das ursprüngliche Objekt wiederherzustellen, wiederzuerschaffen, zurückzuerlangen und wieder zu besitzen.“ Sie werden als kreative Leistung des Ich empfunden und deshalb nicht, zumindest nicht vollkommen mit dem symbolisierten Objekt gleichgesetzt. In der Anerkennung der Getrenntheit erlebt der Mensch die innere Freiheit, Symbole unabhängig von der Gegenwart des Objekts zu benutzen. Die eigenen, vom Objekt unterschiedenen Eigenschaften des Symbols werden anerkannt, es gibt keine Verwirrung wie in der sym-

bolischen Gleichsetzung. „Das Symbol wird benutzt, nicht um den Verlust zu verleugnen, sondern um ihn zu überwinden“. (a.a.O. S. 213).

Symbole sind entscheidend für die Kommunikation, denn jede Kommunikation verwendet Symbole. Dies gilt auch für die Kommunikation mit der inneren Welt. Die Fähigkeit, die innere Welt, unbewusste Phantasien, Affekte, Gefühle usw. mit Symbolen auszudrücken, dürfte die Grundlage der Verbalisierung und des verbalen Denkens bilden. In seinem Beitrag „Vom Verschwinden realer Angst und Scham“ (Hopf 2006) hat Hans Hopf darauf hingewiesen, dass der Mangel an Symbolisierungsfähigkeit und die Verwischung der Grenzen zwischen Innen und Außen auch dazu führt, dass innere Angst nicht mehr wahrgenommen wird und deshalb auch äußere angstausslösende Situationen nicht mehr adäquat eingeschätzt und verarbeitet werden können.

Wie lässt sich nun der Mangel an Symbolisierungsfähigkeit beim verwöhnten Kind verstehen?

In der kleinianischen Konzeption müssen wir annehmen, dass dem Kind ein Übergang von der paranoid-schizoiden Position zur depressiven Position nicht gelingt. Das hat nun m.E. nicht allein etwas mit der Destruktivität und den übergroßen Ängsten des Kindes zu tun. Vielmehr ist es hilfreich, eine Zwei- oder besser Drei-Personen-Perspektive einzunehmen, also die reale Mutter und den realen Vater in die Betrachtung einzubeziehen. Wie wir gesehen haben, spielt der Junge in unserem Fall für die Innenwelt der Mutter eine besondere Rolle. Er ist gleichsam in ihr System der narzisstischen Regulation als ein Teil ihres Selbst eingebaut. Ihre eigene fragile weibliche Identität erfährt durch das Kind eine wesentliche Stabilisierung, die narzisstische und libidinöse Zufuhr, deren Mangel ein wesentliches inneres Erleben für die Mutter darstellt, ersehnt, erzwingt sie von dem (männlichen) Kind. Das Kind macht sie nicht allein zur Mutter, sondern in ihrer Phantasie überhaupt erst zu einem vollständigen, unversehrten Menschen.

7. Verwöhnung unter Aspekten der Selbst-Entwicklung

Wenn wir das Selbst als ein System auffassen, in dem verschiedene psychische Funktionsweisen ineinandergreifen, die es ermöglichen, äußere und innere Realität angemessen zu bewältigen und Beziehungen zu (ganzen) Objekten realistisch wahrzunehmen und zu gestalten, dann beschreiben wir dieses System gleichzeitig als eine Struktur. Dabei greifen der Selbst-Aspekt des handelnden und interagierenden Subjekts (I) und der Selbstaspekt der Repräsentation der Interaktionserfahrungen und ihren intrapsychischen Ver-

arbeitungen (Me) ineinander. Eine Struktur ist dann gegeben, wenn einzelne Teile dauerhaft und ganzheitlich aufeinander bezogen sind – sie zerfällt, wenn die einzelnen Elemente als Fragmente eine eigene, unbezogene Dynamik entfalten.

Psychische Struktur ist wesentlich dafür verantwortlich, ob einem Menschen basale psychische Funktionen zur Verfügung stehen: Symbolische und repräsentative Funktionen, das Erkennen und Benennen von fremden und eigenen Affekten, überhaupt die Subjekt-Objekt-Differenzierung, Empathie und Reziprozität, die psychische Regulation von Affekten und die Impulssteuerung, die Fähigkeit, innere Konflikte zu erkennen, zu tolerieren und in eine Balance zu bringen, kommunikative Fähigkeiten, Frustrations- und Ambiguitätstoleranz usw. (vgl. Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016) Die Entwicklung einer solchen Selbst-Struktur erfolgt in basalen Beziehungserfahrungen und ihrer allmählichen, mehr und mehr zusammenhängender Repräsentation. Voraussetzung dafür ist der Prozess der Mentalisierung. Mentalisierung bezeichnet nach Fonagy u.a. (Fonagy et al. 2002) die Fähigkeit, nicht nur auf das Verhalten des anderen Menschen zu reagieren, sondern diesem Verhalten eine mentale Qualität zuzuschreiben, es also in Verbindung zu bringen mit Vorstellungen davon, welche Absichten, Gefühle, Wünsche, Überzeugungen und Phantasien der andere hegt; es bildet sich damit im Inneren des Kindes eine Fähigkeit, das Verhalten des anderen, primär der Mutter zu antizipieren und vorherzusehen. Parallel dazu entwickelt sich die Fähigkeit, die eigenen Phantasien und Wünsche als etwas Mentales zu erleben, das – in einer reiferen Form – als getrennt erlebt wird von der Innenwelt des anderen. Das unmittelbare Erleben des Selbst und des Anderen transformiert sich so auf eine psychisch-repräsentative Ebene, es kann symbolisch erfasst und verwendet werden. Fonagy:

„Die Bedeutung des Verhaltens anderer Menschen zu erforschen wäre dann ein Vorläufer der Fähigkeit des Kindes, seine eigenen psychischen Erfahrungen zu benennen und Bedeutung in ihnen zu sehen. Diese Fähigkeit liegt möglicherweise den Fähigkeiten zur Affektregulierung, Impulskontrolle und Selbstbeobachtung sowie die Erfahrung der Urheberschaft des Selbst zugrunde – den Bausteinen der Organisation des Selbst.“
(a.a.O. S 33)

Voraussetzung für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ist eine sichere Bindung. Mentalisierung entwickelt sich im Spannungsfeld zweier Modi der Realitätserfahrung: Einerseits dem Modus der „psychischen

Äquivalenz“, in dem das Kind seine innere Verfassung auf die äußere Welt ausdehnt, es erwartet, dass die anderen genauso fühlen wie es selbst. (vgl. Piaget: Egozentrik). Der andere Modus ist der „Als-Ob-Modus“: Das Kind weiß, dass sein inneres Erleben – etwa im Spiel – nicht der äußeren Realität entspricht, aber es kann keine Verbindung zur äußeren Realität herstellen und verleugnet die Gültigkeit derselben. Die Integration beider Modi führt zum reflexiven Modus des reifen Mentalisierens.

Ein wichtiger Vorgang bei der Entwicklung der Mentalisierung besteht in der Markierung von Affekten durch die Bezugsperson. Indem die Mutter den Affekt des Kindes aufnimmt und ihn in einer Art und Weise spiegelt, in der erkennbar wird, dass es nicht ihr eigener Affekt ist, sondern der des Kindes, ermöglicht sie dem Kind eine Erfahrung der Kontingenz zwischen dem Ausdruck der Mutter und dem eigenen Affekterleben. Damit kann das Kind den Spiegelungsreiz als eigenen Selbstzustand verankern (a.a.O. S. 186).

Für eine gesunde Entwicklung braucht also ein Kind eine Bezugsperson, in der Regel die Mutter, die das Affekterleben des Kindes aufnimmt, richtig interpretiert und markiert spiegelt. Eltern, die selbst mit Hilflosigkeit, Wut oder Angst auf die Affekte des Kindes reagieren, überfluten es mit eigenen Affekten und beeinträchtigen die Mentalisierungsfähigkeit. Das Kind wird keine ausreichenden psychischen Repräsentanzen eigener Affekte und Selbstzustände entwickeln können, später wird es Mühe haben, zwischen eigenem und fremdem innerem Erleben, zwischen Phantasie und Realität zu differenzieren. Es wird eigenes und fremdes Empfinden nicht wahrnehmen, verstehen und darüber nachdenken können. Damit aber bleibt auch die kognitive Entwicklung defizitär.

Die verwöhnende Haltung trägt zu einer solchen Fehlentwicklung wesentlich bei. Das Kind wird durch die emotionalen Bedürfnisse und die damit einhergehenden Affekte überflutet, die Mutter im Beispiel Richards kann nicht unterscheiden zwischen ihrer eigenen Bedürftigkeit und derjenigen des Kindes, in dem Spiegel ihrer Reaktionen erkennt das Kind nicht sich selbst, sondern ein ununterscheidbares Affektgemenge, das Angst auslöst. Es ist die Mutter, die das Kind zur Beruhigung ihrer eigenen Bedrohungs-Gefühle gebraucht. Affekte bleiben undifferenziert assoziiert mit Angst und Panik. Die Modi der Realitätserfahrung bleiben unintegriert: Richard schwankt zwischen dem Äquivalenzmodus, in dem er sich als mit der Welt grenzenlos verschmolzen fühlt, und dem Als-Ob-Modus, in dem er einsam in einer phantasmatischen Welt gegen übermächtige Unwesen kämpfen muss. Der Weltraum, in den er

sich in seinen Spielen begibt, zeigt etwas von der Unverbundenheit und Einsamkeit, die er innerlich erlebt.

Mir scheint das Konzept der Mentalisierung geeignet, Elemente verschiedener psychoanalytischer Modelle zu integrieren. Wir können sagen, dass die Entwicklung der Symbolisierungsfunktion, wie oben beschrieben, einen wesentlichen Teil der Mentalisierung ausmacht. Auch die Selbstpsychologie legt in ihren Vorstellungen von einer gesunden Entwicklung Wert auf die Feststellung, dass es bestimmte Funktionsweisen der Objekte gibt, auf die das Kind zu einer kohärenten Selbst-Entwicklung angewiesen ist. Ein Objekt wird dann zum Selbst-Objekt, wenn es diese Funktionsweisen zur Verfügung stellen kann. In der Bindungstheorie und dem Mentalisierungskonzept werden diese Funktionsweisen sehr differenziert beforscht und beschrieben. Bezogen auf Richard können wir im Rahmen der Begrifflichkeit der Selbst-Psychologie verstehen, dass hier nicht das Kind die Mutter als Selbstobjekt erlebt, also als ein Objekt, das ihm zur Integration und zum Aufbau eines Selbst verhilft, vielmehr ist es die Mutter, die das Kind *übermäßig* als Selbstobjekt gebraucht, um sich vor Fragmentierung zu schützen. Damit aber muss sich wiederum das Kind, dessen Selbst durch einen Mangel an funktionierenden Selbstobjekten bedroht ist, vor Fragmentierung schützen, indem es narzisstische Wut, Neid und Gier als Abwehr einsetzt. Wir können in dieser Perspektive sagen, dass nicht nur die spiegelnde und Alter-Ego-Selbstobjekt-Beziehung fehlt, sondern auch die Erfahrung eines adversiven Selbstobjekts, das für die Entwicklung einer gesunden Abgrenzung und einer gelingenden aggressiven Selbstbehauptung unerlässlich ist.

Primär ist es die Mutter, die das Alleinsein nicht erträgt, die das Erleben, „mutterseelenallein“ zu sein, unter allen Umständen vermeiden muss. Auch sie verfügt über kein kohärentes Selbst, über kein gutes inneres triangulierendes Objekt, und damit über keinen intermediären Raum. Wenn wir hören, dass die Mutter von Richard sich lange Zeit mit einer bulimischen Problematik herumplagen musste, wird uns das erst recht verständlich. Bildlich gesprochen, füttert sie das Kind – wie die Hexe im Märchen von Hänsel und Gretel – um sich mit ihm zu füttern und zu nähren. Der Vorgang der Exkorporation erscheint dann in der projektiven Ausstoßung des Dritten, des Vaters. Es ist nun aber gerade die Fähigkeit, das Alleinsein zu ertragen und anzuerkennen, dass es partiell zu Abrissen, Brüchen in der Bindung kommen muss, dass Nichtverstehen, Nicht-Aufnehmen-Können mitsamt den dazugehörigen Gefühlen des Ungenügens, des Versagens unvermeidbar sind, die eine Phantasietätigkeit und damit eine Symbolisierung in Gang setzt. Bekannt ist die

Herkunft des Begriffs des Symbols: Wenn ein lieber Gastfreund im antiken Griechenland von dem Gastgeber schied, zerbrachen sie ein Tontäfelchen mit einer Inschrift – um sie beim Wiedersehen zusammenzufügen, „symbollein“, einander erkennend. Voraussetzung aber des Wiedererkennens ist aber ein Bruch, ein Riss in der Beziehung, eine Trennung.

Das Modell des containing nach Bion hat uns aufmerksam gemacht, wie notwendig die innere Fähigkeit der Mutter oder des Vaters ist, unerträgliche Affektzustände des Kindes via projektiver Identifizierung aufzunehmen, zu halten, zu verdauen und in verträglicher Form zurückzugeben. Die Bindungstheorie hat uns gezeigt, wie wichtig die Feinfühligkeit und zeitgerechte Responsivität des Objekts für die Entwicklung einer gesunden und sichern Bindungsrepräsentanz ist. Das Konzept der Mentalisierung lehrt uns die Bedeutung einer kindgerechten Affektspiegelung zu erkennen. Die Selbstpsychologie betont die Bedeutung des Selbst-Objekts für die Kohärenz des Selbst. Aber müssen wir nicht auch anerkennen, dass es partiell zu einem Zerbrechen des Containers kommen muss, zu einem Abriss der Bindung, zu einer Desintegration des Raum-Zeit-Erlebens, zu einem kaum erträglichen Gefühl der Einsamkeit? Können wir das denn wirklich vermeiden? Oder steckt in dem Versuch, es dennoch zu versuchen, nicht eine Größenphantasie? Ich meine, die Erfahrung, solche Zustände überleben zu können, ist für das Kind ein wesentlicher Entwicklungsmotor.

Kehren wir noch einmal zurück zu der narzisstischen Verklammerung von Mutter und Kind. Unter triebpsychologischen Aspekten wird das Kind für die Mutter zu einem triebbefriedigenden Objekt und ist als solches für sie unverzichtbar. Unter objektrelationalen Aspekten wird das Kind für die Mutter zu einem Container, der ihre unerträglichen Einsamkeitsgefühle aufnehmen soll, dies aber als eine Verfolgung erlebt und sich vermittels Spaltung und projektiver Identifizierung schützt, wobei für beide Teilobjekt-Beziehungen vorherrschen. Unter selbstpsychologischen Aspekten wird das Kind als Selbstobjekt der Mutter gebraucht, in seinen Selbstobjekt-Bedürfnissen unbefriedigt misslingt ihm eine angemessene Integration und Verwendung seiner Affekte. Aus jeder dieser Perspektiven lässt sich eine Gemeinsamkeit erheben: ein eigenes, auf das Objekt gerichtete Affekterleben empfindet das Kind tendenziell als bedrohlich und zerstörerisch für die überlebenswichtige Beziehung. Wut, Ärger, Hass; aber auch eigenes Begehren, Verlangen, Sehnen haben wenig Raum, sie fallen unter das Verdikt früher Abwehrmechanismen. Ein frühes, mütterlich geprägtes Über-Ich etabliert sich, welches nicht die *Folgen* der affektiven Regungen unterdrückt, sondern *die Affekte selbst*. Verboten ist dann

nicht das tatsächliche Aufbegehren gegen die elterliche Autorität, verboten ist schon die trotzige Regung, die Wut oder der Zorn. „Du hast gar keinen Grund, wütend zu sein... wenn ich doch so gut zu dir bin“; „du brauchst keine Angst zu haben... weil ich doch immer für die da bin“ usw. sind die ubw. Botschaften. Anfänglich tarnt sich das Affektleben des Kindes hinter einer leidlich angepassten Maske, die zunächst wenig davon ahnen lässt, dass dem Kind eine Affektregulation nicht gelingt, und die soziale Umgebung wundert sich, zu welch heftigen Affektdurchbrüchen ein so netter und ritterlicher Junge wie Richard fähig ist. Diese Entwicklung eines „falschen Selbst“ (Winnicott) wirkt sich spätestens in der Adoleszenz verheerend auf die Identitätsbildung aus. Wiederum ist es in dem Fall des verwöhnten Kindes nicht ein Mangel an Bemutterung, wie wir es bei einem deprivierten Kind beobachten, sondern ein Überfluten durch die mütterlichen Bedürfnisse, welches zur Entwicklung eines falschen Selbst führt.

Die Sage von Parzifal erzählt von einer verwöhnenden Verklammerung von Mutter und Sohn mit ihren – zunächst verheerenden – Folgen. Nach dem Tod ihres Mannes, des Ritters Gachmuret, der sie kurz nach der Hochzeit verließ, um einem bedrängten Verbündeten beizustehen und dabei durch einen Verrat umkam, zog Herzeloide mit ihrem Sohn Parzifal an eine abgelegene Stätte. Bei Wolfram von Eschenbach heißt es:

„So zog die jammervolle Frau
Hinweg nach einer Waldesau,
...
Sie flüchtet aus der Welt Getriebe
Den Sohn, den Erben ihrer Liebe,
Und sie befahl dort ihren Leuten,
Das Feld zu baun, den Wald zu reuten.
Doch allen unter strengstem Drohn
Verbot sie, dass vor ihrem Sohn
Der Name Ritter würde laut:
Denn hörte das mein Herzenstraut,
Sollt’ er von Rittern wissen,
Würd er mir auch entrissen.
Drum haltet klug die Zung’ in Haft
Und schweigt ihm von der Ritterschaft!“

Parzifal kennt also seinen Vater nicht, er wächst ohne ihn auf, streng abgeschirmt von allen Abkömmlingen der männlich-väterlichen Welt, gefangen im Rätselhaften der Mutter und ihrer Trauer. Aber die Mutter rechnet nicht mit der Macht des Unbewussten, in der Sage repräsentiert durch den Wald. Parzifal begegnet den Vögeln, also einer geistigen Welt, die ihn faszinieren und die er doch jagt und tötet und um sie trauert – als weine er stellvertretend um seinen Vater, von dem er nichts weiß. Schließlich begegnet er im Wald doch vier Rittern. Es kommt wie es kommen muss: Parzifal muss wegziehen, die Ritterschaft lässt ihm keine Ruhe. Seine Mutter kleidet ihn in ihrer Angst in ein lächerliches Gewand, in der Hoffnung, man würde ihn nicht ernst nehmen. Seine Begegnung mit der Realität außerhalb der mütterlichen Behütung gerät katastrophal: Ausgeliefert an seine Triebhaftigkeit, unfähig zur Einschätzung affektiven Geschehens bei sich und anderen, zieht er eine Spur der Verwüstung nach sich: Vergewaltigung, Anmaßung, Hochmut, Raubmord. Erst die Begegnung mit Gurnemanz, einem väterlichen Mentor, verhilft ihm zur männlichen Reifung und zu wahrer Ritterschaft. Er legt sein Narrengewand ab und verdient sich die Rüstung, die er zuvor nur geraubt hat.

Das führt uns zu der Frage:

8. Und der Vater?

Zurück zu Richard: Bereits bei der Schilderung der Zeugung des Kindes müssen wir den Eindruck gewinnen, dass es in erster Linie darum ging, der Mutter den Kinderwunsch zu befriedigen. Der Mann musste verführt, überredet, überzeugt werden, und so zeugte er ein Kind – aber das begründet zwar eine biologische, aber keine kulturelle Vaterschaft. Wir hören weiter, dass nun in der kindlichen Entwicklung der Vater von Richard wenig präsent war – äußerlich nicht, aber auch nicht als psychisch erlebbarer Dritter. Aus der frühen Mutter-Kind-Dyade hielt er sich heraus, kaum dass er seinen Sohn einmal berührt, auf den Arm genommen, ihn getragen, geschaukelt oder liebkost hätte. Auch später machte er sich rar. Er war beschäftigt, sich beruflich zu etablieren, kam spät nach Hause und überließ den Sohn seiner Frau. Freilich hören wir, dass auch umgekehrt die Mutter ihm wenig Chancen gegeben hat, ein *Vater* zu sein. Ihre Klagen lassen vermuten, dass sie sich von ihrem Mann v.a. eine Entlastung ihrer *mütterlichen* Rolle gewünscht hatte, wobei sie die Art des Umgangs mit dem Kind sehr genau vorschrieb – schließlich war dies ihre Domäne. Man gewinnt den Eindruck, von dem Mann wurde erwartet, eine Art Hilfsmutter zu sein, eine Ersatzmutter, wenn die Mutter, erschöpft und ausgelaugt, nicht mehr konnte. Keinesfalls jedoch sollte er ein *Vater* sein, ei-

ner, der eine eigenständige, andere, ihr fremdartig erscheinende Beziehung zu dem Kind aufnehmen könnte. Der Vater seinerseits ließ sich nun allzu willig aus seiner Rolle drängen. Die Schuldgefühle einerseits, es nicht so zu können wie die Mutter, die Angst, alles falsch zu machen mit dem kleinen Baby, das Unbehagen andererseits, dass etwas von ihm erwartet wurde, was er nicht sein konnte noch wollte – diesem Konfliktgemenge konnte er sich nicht stellen und ergriff die Flucht. Ein Vater, der nicht Vater sein kann und den die Frau nicht Vater sein lässt. Und der auch in der inneren Welt der Mutter als ein Versager, einer der im Stich lässt, vorkommt – oder als ein gewalttätiger Eindringling.

Die Bedeutung des real anwesenden Vaters für die kindliche Entwicklung, und zwar von Anfang an, ist uns heute nach einer langen Zeit der Konzentration auf die frühe Mutter in der psychoanalytischen Theorieentwicklung wieder präsenter. Es genügt nicht, den Vater auf eine Repräsentanz im Inneren der Mutter zu reduzieren. Es genügt auch nicht, ihm in der primären Entwicklung allein die Rolle des Versorgers, dessen, der den Rahmen der frühen Mutter-Kind-Dyade sicherstellt, zuzuweisen, der seinerseits der Mutter Halt, emotionale Responsivität, containende Funktionen usw. zur Verfügung stellt – so wertvoll diese Rolle natürlich ist. Der Vater ist vielmehr für das Kind selbst von Anfang an von Bedeutung. Er ist von Beginn an der Andere, und er steht für etwas außerhalb der Beziehung zur Mutter; und er ist deshalb von Beginn an auch der Trennende.

Bereits im Mutterleib hört das Kind die Stimme des Vaters, im Fruchtwasser sind auch Duftspuren des Vaters festgestellt worden. Die sensorische Erfahrung des väterlichen Körpers bringt schon beim Säugling spezifische Entwicklungsprozesse in Gang; seine Art des Spielens, Tobens, Raufens prägt die Motilität in besonderer Weise (darauf haben insbesondere die Bindungsforscher Karin und Klaus E. Grossmann hingewiesen) und sorgt so für andere Erfahrungen beim Aufbau der Bewegungskoordination, also bei der Reifung basaler Ich-Funktionen und damit neuronaler Verschaltungen. Das Kind auf dem Arm des Vaters erblickt die Mutter aus anderer Perspektive. Bereits in der frühen Entwicklung relativiert der Vater durch sein Begehren den Anspruch des Babys auf die Mutter. In der späteren Entwicklung ist der Vater der Repräsentant der Moral und des Gesetzes, er erwirkt und forciert die Separation durch seine eigenen Ansprüche und vertritt damit auch die Ansprüche der Realität. Insbesondere in der ödipalen Entwicklung ist er derjenige, der einschränkt, begrenzt, der den Schmerz der Trennung zumutet, den Verzicht aufnötigt und die Kastrationsangst auslöst.

In seinem Buch „Das Verschwinden der Väter“ hat der italienische Psychoanalytiker Luigi Zoja (2000) den kulturellen Prozess nachgezeichnet, der zu einer fortschreitenden Entmachtung und Marginalisierung des Vaters geführt hat. Gesellschaftliche, ökonomische und ideengeschichtliche Prozesse drängten die Bedeutung des Vaters für Familie und Kinder zurück. Mitscherlich (1963) sah den Beginn der massenhaften Abwesenheit des Vaters in der industriellen Revolution gegeben. Die entgleiste Gewalt der Väter in der entfesselten Destruktivität der Weltkriege, ihre verleugnete Schuld und ihre Demütigung, ihre Unfähigkeit, sich nach langer Abwesenheit wieder in die Nachkriegsgesellschaft einzugliedern hat einen Prozess beschleunigt, den Mitscherlich mit dem bekannten Stichwort von der „vaterlosen Gesellschaft“ kennzeichnete. Unglücklicherweise haben auch die emanzipatorischen Aufbrüche der Nachkriegszeit, die Studentenrevolte, die antiautoritäre Bewegung und die feministische Bewegung, nicht zu einer Neuorientierung im Vaterbild geführt – seine Autorität blieb auf der Strecke, geblieben ist ein Schwanken zwischen dem Versuch, als Vater eine untergeordnete mütterliche Rolle zu übernehmen oder sich in machohaft Größephantasien zu flüchten.

Zum Verschwinden der Väter hat auch die Psychoanalyse ihren Teil beigetragen. Erscheint der Vater bei Freud für das Kind noch als die fordernde, trennende, kastrierende Autorität, die eine geistige Welt vermittelt, in die Gesetze der Gesellschaft einführt und ihre Moral vertritt, so reduziert sich seine Bedeutung in der nach Freud einsetzenden psychoanalytischen Theoriebildung mit der Hinwendung zur frühen Strukturbildung. Der Vater erscheint zunehmend als eine durch die Mutter vermittelte Imago. Bei Klein kommt er vor als der in der Mutter enthaltene Penis, vom *realen* Vater ist kaum mehr die Rede; auch bei Anna Freud, selbst bei Winnicott finden wir wenig von ihm. Erst in neuerer Zeit finden wir wieder eine verstärkte psychoanalytische Beschäftigung mit dem Vater. (z.B.: Blos 1985, Schulz 1997, Dammasch & Metzger 2006, Diamond 2007, Dammasch, Katzenbach & Ruth 2008, Dammasch, Metzger & Teising 2009, Aigner 2000, Walter & Hierdeis 2013, Polo 2013, Garstick 2013, Huber & Walter 2016, Happel 2016, Grieser 2021, und andere)

In der römischen Kultur legte man ein neugeborenes Kind dem *pater familias* zu Füßen. Hob er es auf, so anerkannte es der Vater als sein Kind. Er verpflichtete sich, für Mutter und Kind zu sorgen, lebenslang, es in der Tradition zu erziehen und für seine gesellschaftliche Stellung einzustehen. Die Geste des Emporhebens, eine Segensgeste und ein Initiationsritus, begründete die Vaterschaft. Der Vater zeugte damit sein Kind nicht allein kraft seines Sper-

mas, sondern kraft seiner Gedanken und zukünftigen Absichten. Vaterschaft ist etwas Kulturelles, etwas Geistiges, etwas Spirituelles. Damit führt die Vaterschaft aus der primären Versorgung in die Sphäre des Denkens und des chronologischen Zeiterlebens. In unserer religiösen Tradition finden wir diese Geste des Emporhebens z.B. in der Himmelfahrt Christi: Der himmlische Vater hebt seinen Sohn empor und enthebt ihn damit dem physischen Tod in eine spirituelle Existenz; es ist dies die eigentliche Initiation von Gottvater und Gottsohn. In dem Ritual der Taufe finden wir diese Geste wieder: Der Priester „hebt das Kind aus der Taufe“, symbolisch aus dem Fruchtwasser und der symbiotischen Verbundenheit mit der Mutter in eine geistig-spirituelle Sphäre. Mit dem „Verschwinden der Geste des Emporhebens“ (Zoja) und Segnens bzw. ihrer symbolischen Bedeutung verschwindet auch der kulturelle Vater. Er gibt seinem Kind kein kulturelles und religiöses Erbe, keine Tradition, keine geistige und moralische Orientierung mehr. Übrig bleibt der Vater als Spermageber, in äußerst verzerrter Form in der künstlichen Befruchtung; als Brotverdiener und Geldgeber. Übrig bleibt die primär versorgende Mutter, die das ohnehin besser kann.

In einer biblischen Urvätergeschichte finden wir das Schicksal von Vätern und Söhnen vorgezeichnet, wenn dieser Vorgang der kulturellen Vaterschaft misslingt. Esau, der erstgeborene Zwilling, verkauft den väterlichen Segen um ein Linsengericht, als er hungrig von der Jagd kommt. Es geht ihm um die rasche Befriedigung eines drängenden Bedürfnisses, er kann nicht warten, denkt nicht über den Augenblick hinaus. Er ist noch verfangen in der Sphäre der oralen Verwöhnung, ähnlich wie Parzifal. Isaak, der blinde Vater, sieht nicht, was vor sich geht. Seine Blindheit macht ihn zu einem abwesenden Vater. Jakob, der Raffinierte, erschleicht sich mit Hilfe seiner ränkeschmiedenden Mutter den väterlichen Segen. Auch er ist in der Verwöhnung gefangen, aber auf ödipaler Ebene. Eine Koalition zwischen Mutter und Sohn entmachtet den Vater, bringt Jakob zwar die ersehnten Rechte – aber um welchen Preis? Er muss vor der Rachsucht seines Bruders fliehen, mittellos, heimatlos, während Esau ihm den Tod schwört, wenn er ihn zu fassen kriegt. Die Wut des betrogenen Sohns, dem der väterliche Segen vorenthalten wurde, richtet sich gegen den Bruder. Heutige Esaus haben auch das Gefühl, dass der Vater ihnen etwas vorenthält. Aber es ist etwas, was auch der Bruder nicht bekommt. Und so muss sich die Wut, die Destruktivität auf den Vater richten, in Verschwörung mit den Brüdern. Wir erkennen etwas davon wieder in der destruktiven Wut jugendlicher Clans, in der höhnischen Verachtung gegenüber jenen Instanzen, die Bildung vermitteln, Werte vertreten, Verzichte fordern,

Verantwortung auferlegen. In Ergänzung zu der vorhin erwähnten These von Hans Hopf könnte man sagen, dass das Verschwinden von realer Angst und Scham auch mit dem Verschwinden des kulturellen Vaters zu tun hat, mit dem Verschwinden einer haltgebenden väterlichen Über-Ich-Struktur.

9. Was ist Verwöhnung?

Versuchen wir, die Früchte unserer bisherigen Überlegungen zusammenzutragen.

Verwöhnung möchte ich als eine – zunächst elterliche - Haltung bezeichnen, die darauf gerichtet ist, notwendigen Schmerz und Leiden zu vermeiden. Das bezieht sich vor allem auf die Urform allen psychischen Schmerzes: Den Trennungsschmerz.

Die Haltung der Verwöhnung bedient sich dabei eines breit gefächerten Instrumentariums:

- Die Erzeugung von Abhängigkeit und Hilflosigkeit durch die Zufuhr von übermäßigen Dienstleistungen und Hilfestellungen
- Die Ersetzung von mentalisierten/symbolischen Repräsentanzen emotionaler Bindung durch materielle Surrogate (symbolische Gleichsetzung)
- Die Aberkennung autonomer und adversativer Bestrebungen des Anderen
- Die Verleugnung von Fremdheit
- Das Nicht-Ertragen eines eigenständigen affektiven Erlebens im Anderen
- Das Unterbinden *eigener* libidinöser und sexueller Strebungen des Anderen
- Die projektive Verarbeitung von Aggression
- Die Vermeidung von Frustrationen, Begrenzungen und Triebaufschub
- Die Vermeidung und/oder Verleugnung einer versagenden Realität.

Verwöhnung lässt sich auch verstehen als eine gemeinsam agierte Größenphantasie: Die Eltern verleugnen, dass sie begrenzt sind, ihren Kindern Wünsche zu erfüllen. Die Kinder verleugnen die begrenzten Möglichkeiten der Eltern und übertragen diese Verleugnung auf die äußere Welt.

Die Verwöhnungsfolgen reichen von strukturellen Beeinträchtigungen und Störungen über die mangelhafte Verarbeitung von Entwicklungskonflikten bis zu Defiziten im Aufbau kognitiver Fähigkeiten.

10. Gesellschaftliche Implikationen

Ich getraue mich, an dieser Stelle einige generelle Betrachtungen zu gegenwärtig zu beobachtenden gesellschaftlichen Entwicklungen und ihren Folgen für die innere Verarbeitung bzw. Verleugnung von Trennungserfahrungen anzustellen.

Man spricht heute vom narzisstischen Zeitalter. Was ist damit gemeint? *Sigmund Freud* beschrieb die psychischen Probleme seiner Zeitgenossen bekanntlich als Triebkonflikte: Ein Triebwunsch scheitert am Einspruch der Realität und an einer verinnerlichten Moral. Die neurotische Verarbeitung dieses Konflikts führt ins Symptom. Mit der Individualisierung in den westlichen Gesellschaften, der Perfektionierung der Empfängnisverhütung und mit der sexuellen Revolution, mit der durch den Produktionsprozess erzwungenen vermehrten Mobilität und Flexibilität hat sich die moralische Rigidität der Rollenzuschreibungen in der bürgerlichen Gesellschaft inzwischen gelockert. Aber diese Auflösungsprozesse haben dem Menschen nicht nur neue Freiheiten gebracht, sondern auch neue Verunsicherungen. Er ist in seiner Lebensgestaltung weitgehend auf sich allein gestellt, es gibt kein haltgebendes Gelände vorgezeichneter Lebenslinien mehr. So ist der Mensch heute viel mehr auf Anerkennung, Wert und Wirksamkeits-Gefühl in seinem individuellen Lebensentwurf durch persönliche Beziehungen angewiesen. Das macht ihn anfällig für Selbstwertzweifel, Versagensängsten, Selbstvorwürfen, Depressionen, auch Gewalt – eben narzisstischen Konflikten. Dies betrifft auch die Vorstellungen von Mütterlichkeit und Väterlichkeit.

Die Entbehrungen, Mutter zu sein, nimmt eine Frau nur mit gewissen Entschädigungen auf sich, erst recht, wenn die damit verbundenen Einschränkungen in krassem Gegensatz stehen zu den gesellschaftlichen Möglichkeiten, die der Frau bei Verzicht auf die Mutterschaft offenstehen. Die psychische Entschädigung besteht in der Bestätigung des mütterlichen Selbst. Jede Mutter möchte sich als gute Mutter fühlen können. Dazu gehört offensichtlich zweierlei: zum einen das Erfolgserlebnis, dem Kind einen guten Start in das gesellschaftliche Leben geben zu können. Zum anderen, von seinem Kind geliebt zu werden. Ähnliches gilt mutatis mutandis für den Vater.

Reichte es früher für eine erfolgreiche Erziehung, wenn aus den Kindern anständige Menschen mit gutem Benehmen und Respekt vor Kirche und Obrigkeit wurden, so scheinen heute die Kriterien für eine gute Erziehung ganz andere zu sein: Die Kinder sollen in einem höchst komplizierten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Geflecht möglichst leistungsfähig und flexibel

sein, sie sollen gut funktionieren. Beunruhigte es früher eine Mutter, wenn ihr Kind öffentlich die Nase hochzog und auf den Boden spuckte, so verstört es sie heute, wenn es eine fünf in Mathe nach Hause bringt – mit allen Ängsten um seine erfolgreiche Zukunft. Gerade Mütter, die sich in der Erziehung auf sich allein gestellt fühlen, haben eigentlich eine unmögliche Aufgabe zu schultern: Sie müssen das Kind zum gesellschaftlich erwünschten Funktionieren bringen – um nicht zu sagen, dressieren und dabei noch gegen eine eigentlich gesunde Reaktion der Kinder ankämpfen, die sich dieser ständigen latenten Überforderung zu entziehen trachten und regressiv in die Welt der bunten Bilder in Fernsehen, in Computer- und Handyspielen flüchten. Ein ständig sich hochschraubender Perfektionsdruck erzeugt nicht nur die Überforderung der Kinder, sondern auch vor allem die Überforderung der Mütter – und diese wiederum den Perfektionsdruck. Frau muss nur gut genug sein und alles richtig machen, dann wird es gelingen. Gelingt es nicht, war Frau nicht gut genug und muss sich noch mehr anstrengen. So entsteht das innere Ideal, eine gute Mutter sei eine perfekte Mutter.

Wer aber beständig diszipliniert und fordern muss, macht sich unbeliebt. Der andere, so wichtige Selbstanspruch nach der Liebe des Kindes droht auf der Strecke zu bleiben. So entsteht die naheliegende Versuchung, sich und dem Kind als Ausgleich für den Perfektionsdruck eine Verwöhnung zu verschaffen. Wer verwöhnt, wird geliebt – so die etwas kurzschlüssige Erwartung. Es wird dann nicht nur schwer, dem Kind Grenzen zu ziehen und ihm Enttäuschungen zuzumuten. Es werden den Kindern Wünsche erfüllt, die in keinem Maß zu ihren wahren Bedürfnissen stehen. Die Überfülle an materiellen Dingen, die Überbehütung, die jede eigenständige Regung des Kindes reglementiert und kontrolliert, die immense Kaufkraft von Kindern und Jugendlichen schüren eine grenzenlose Ansprüchlichkeit. Dass aber Verwöhnung selbst traumatisiert, abhängig und hilflos macht, Entwicklung behindert und letztlich in Enttäuschungswut endet, wird meist zu spät erkannt.

Die Väter scheinen sich aus diesen Konflikten weitgehend verabschiedet zu haben. Gewiss, meist geben sie sich große Mühe, gute Väter zu sein, stellen in der Regel die materielle Grundlage der Familie sicher – wenn wir einmal von der nicht geringen Zahl der Väter absehen, die sich auch aus dieser Verantwortung zurückziehen. Die Anstrengung, die das die Väter kostet, ist gewiss nicht zu denunzieren. Aber meist erschöpft sich darin – im doppelten Wortsinn – ihr Vatersein. Sie unterziehen sich den oft unsäglichen Anstrengungen, im Berufsleben, fern von der Familie, ihren Mann zu stehen, sie nehmen die damit verbundenen Einschränkungen und Demütigungen in Kauf, bauen

vielleicht noch nebenher ein Haus und planen einen Urlaub, bemühen sich jedoch, die damit verbundenen unerquicklichen Realitäten möglichst von Frau und Kindern fernzuhalten, mit dem Wunsch, ihre Kinder sollten es einmal besser haben. Damit jedoch entwerten sie ungewollt sich selbst und enthalten ihren Kindern die Begegnung mit der Realität vor, die sie selbst nicht mehr schätzen und kaum beeinflussen können. Welche kulturelle Tradition sollen sie denn vermitteln? Welche andere kennen sie denn, als die, dass es immer aufwärts gehen muss, wenn anders man nicht untergehen will? Auch die Väter sitzen einer symbolischen Gleichsetzung auf: Rituale, Symbole und Werte ersetzen sie durch das Erwirtschaften materiellen Wohlstands, wo dies scheitert, scheint auch das Selbst des Vaters erodiert. Vielleicht möchten sie auch selbst ein wenig an der Verwöhnung im Inneren der familiären Phantasien teilhaben, anstatt sie zu unterbinden. Unbewusst nähren auch sie die Größenphantasie, dass Verzicht nicht unbedingt nötig sind, wenn man nur gut genug ist. Aber ein Vater, der nur gut sein will, ist im Grunde ein kastrierter Vater, der seinem Kind den Schmerz der Trennung, des Verzichts auf die Mutter nicht zumuten kann, – und deshalb oft genug auch für die Frau uninteressant wird. Ein Vater, der seinem Kind seine eigene versagende Realität vorenthält, der schon statt angemessen fordert, weil er sich selbst überfordert sieht, leistet der Verwöhnung Vorschub – und überfordert nun seinerseits das Kind damit, noch unreif eine versagende Realität meistern zu müssen wie Parzifal, ohne den äußeren väterlichen Rückhalt und ohne die innere Identifikation mit einem Ideal, das die Realität gleichzeitig anerkennt und transzendiert.

Es ist diese fatale Mischung aus Überforderung und Verwöhnung, die unsere Kinder verwirren und abhängig machen. Françoise Dolto hat darauf hingewiesen, dass Kindern um einer gesunden Entwicklung willen ihre *Bedürfnisse* befriedigt werden müssen: (elementare *körperliche Bedürfnisse* wie Nahrung, Kleidung, Wohnung, Gesundheitsvorsorge. *Geistige Bedürfnisse* wie Bildung, Vermittlung kultureller Werte, Verantwortung und einiges andere. Es müssen seine *psychischen Bedürfnisse* befriedigt werden: Geborgenheit, Verlässlichkeit, emotionale Beständigkeit, Responsivität, Orientierung und Eingrenzungen.) Seine *Wünsche* aber müssen - ebenso notwendig für die Entwicklung - sich an sinnvollen Grenzen orientieren und darüber hinaus frustriert werden. Wir aber haben die Verhältnisse umgekehrt: Wir frustrieren die Bedürfnisse und befriedigen die Wünsche – anscheinend grenzenlos.

Die Ansprüchlichkeit und die Größenphantasien, die aus der Verwöhnung resultieren, haben nun in den westlichen Gesellschaften ein nahezu globales Ausmaß angenommen. Pars pro toto erwähne ich hier die ökologische Frage.

In der Klimadebatte hat sie ihre jüngste Zuspitzung erfahren. Seit der Studie des Club of Rome in den siebziger Jahren können wir eigentlich der rationalen Erkenntnis nicht mehr ausweichen, dass die Mutter Erde in ihren Ressourcen begrenzt ist. Aber alle öffentlich verbreiteten bedrohlichen Szenarien, die unsere Existenz als Spezies Mensch betreffen, scheinen mit ähnlicher Unausweichlichkeit lediglich den Reflex der Verleugnung hervorzurufen. Die ökologische Bewegung selbst trug lange Zeit ihren Teil dazu bei. Sie suggerierte, wir müssten zur Lösung des Problems lediglich unsere Technologien umstellen, bessere Energiequellen erschließen, unsere Maschinen effektiver und sauberer machen, nachhaltiger mit der Natur umgehen. Sie schürt im Grunde die Phantasie einer besseren Mutterbrust, während ihre Gegner darauf beharren, dass die Brust noch lange nicht ausgenuckelt sei. Beiden ist gemeinsam, dass sie peinlich vermeiden, von Verzicht zu sprechen – also von Entwöhnung.

11. Eine therapeutische Erfahrung

Es war nach ca. einem Jahr Therapie, als Richard wieder einmal hereinkam, sich rücksichtslos des Raumes bemächtigte, diesmal auch meine Uhr und meinen Terminkalender wegräumte und mich aufforderte, sein Assistent im Raumschiff zu sein. Ich fühlte mich zwischen resignativer Unlust und Zorn hin- und hergerissen, insbesondere wegen seiner Übergriffigkeit auf meine persönlichen Dinge. Spontan sagte ich, wohl ziemlich barsch, dass ich das nicht will und er sofort meine Sachen wieder zurück auf den Tisch legen soll. Außerdem wolle ich auch dieses Spiel nicht mehr mitspielen, bei dem ich immer nur tun soll, was er befiehlt. Er schaute mich erschrocken an, legte zunächst unterwürfig meine Sachen zurück, reagierte aber dann mit der üblichen direkten Aggression: „Dann boxen wir – und ich mach dich fertig.“ Ich sagte: Ich werde nicht mit dir boxen, denn ich bin der Stärkere und werde dir dabei wehtun.

Analytikerinnen und Analytiker schlagen hier vielleicht innerlich entsetzt die Hände über dem Kopf zusammen. Das war ja nun wohl keine psychoanalytisch-therapeutische Intervention. Und überlegt war sie schon gar nicht, von Abstinenz ganz zu schweigen. Dennoch markierte diese Stunde eine Wende in der Therapie. Richard begann allmählich zu fragen: „Ich hab mir gedacht, dies oder jenes zu spielen. Hast du auch Lust dazu?“ Oder: „Willst du mitspielen?“ Oder: „Ich baue mein Haus hier, wo willst du deines bauen?“ Natürlich gab es weiterhin Szenen manischen Agierens, aggressiver Übergriffigkeit. Aber es gelang ihm doch vermehrt, darüber zu sprechen, die Abläufe zu

verstehen, die Affekte zu benennen und dem Anderen eine eigene psychische Existenz zuzugestehen.

Natürlich lässt sich ein solches spontanes Geschehen nicht „machen“ oder therapeutisch planen. Ich rede hier auch nicht der Aufweichung des psychoanalytischen Settings das Wort. Im Gegenteil: Der Einriss in die psychoanalytische Haltung lässt sich ja nur verstehen, wenn ich ihre Gültigkeit anerkenne.

Was sich zwischen uns ereignete, lässt sich vielleicht so beschreiben: Ich war nicht mehr fähig, mütterlich zu halten. Stattdessen habe ich ihm Einhalt geboten. Halt geben bedeutet nicht nur verstehendes Aufnehmen, sondern ebenso „Halt“ zu sagen, anzuhalten, also eine väterlich-begrenzende Funktion auszuüben. Mich hat dieses Ereignis auf den Gedanken gebracht, ob wir als Therapeuten nicht doch sehr auf die frühen mütterlichen Fähigkeiten hin sozialisiert sind und darüber die andere, notwendige väterliche und die Aggression begrenzende und moderierende Haltung vernachlässigen. Sind wir vielleicht zu gute präödipale Mütter und haben den ödipalen Vater aus unserem therapeutischen Raum verbannt? Man kann das im Fall von Richard als ein Übertragungsphänomen verstehen – aber tragen wir hier nicht selbst auch unbewusst etwas sehr Eigenes ein, etwas, das mit unserer individuellen, aber auch kollektiven psychoanalytischen Entwicklung zu tun hat?

12. Nochmals: Das Paradies

In „Deutschland, ein Wintermärchen“ finden wir die berühmten Zeilen von Heinrich Heine:

„Ein neues Lied, ein bessres Lied,
O Freunde, will ich euch dichten!
Wir wollen hier auf Erden schon
Das Himmelreich errichten.

Wir wollen auf Erden glücklich sein,
Und wollen nicht mehr darben;
Verschlemmen soll nicht der faule Bauch
Was fleißige Hände erwarben.

Es wächst hinieden Brot genug
Für alle Menschenkinder,
Auch Rosen und Myrten, Schönheit und Lust,

Und Zuckererbsen nicht minder.

Ja, Zuckererbsen für jedermann,

Sobald die Schoten platzen!

Den Himmel überlassen wir

Den Engeln und den Spatzen.

Wenn das Himmelreich auf Erden darin besteht, dass alle Menschen ihre elementaren Bedürfnisse stillen, die Früchte ihrer Arbeit genießen können und darüber hinaus ihre Lust finden an Schönheit, Duft und Wohlgeschmack, dann ist dieses Himmelreich aller Anstrengungen wert. Und wenn die paradiesische Phantasie uns ein Ansporn ist auf dem Weg dorthin, hat sie ihre Berechtigung. Ein Himmelreich aber, aus dem alles Leid, aller Schmerz, alle Einsamkeit und letztlich Endlichkeit und Abschied verbannt sein soll, ist auf Erden nicht zu erreichen. Wir sollten es auch nicht versuchen, weder individuell noch kollektiv. Der Buchtitel von Horst Eberhard Richter: „Wer nicht leiden will, muss hassen“ behält seine Richtigkeit.

Der Mensch wird deshalb zu einem schaffenden und kreativen Menschen, weil er aus dem Paradies vertrieben ist: Die Rückkehr verwehrt ein Engel. Am Beginn der kulturellen Menschwerdung steht eine Trennungserfahrung. Paradiessehnsüchte und ihre agierte Variante, die Verwöhnung, sind der Versuch, die Trennung rückgängig zu machen. Es ist vielleicht tröstlich, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass auch schon das Paradies nicht konfliktfrei war: es gab Verbotenes, Verführerisches, es gab die Gier und die Größenphantasie. Was wir der Illusion der Verwöhnung entgegensetzen können, ist dies: Wir entkommen unserer Begrenztheit nicht, aber wir können in ihr leben.

Literatur:

- Aigner J C* (2000): Der ferne Vater. Zur Psychoanalyse von Vatererfahrung, männlicher Entwicklung und negativem Ödipuskomplex. Gießen: Psychosozial
- Arbeitskreis OPD-KJ-2 (Hrsg)* (2016): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. (2., überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe
- Blos P* (1985, dt. 1990): Sohn und Vater. Diesseits und jenseits des Ödipuskomplexes. Eschborn: Klotz
- Burchartz A* (2019): Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Psychodynamisch verstehen und behandeln. Stuttgart: Kohlhammer
- Dmmasch F, Metzger H-G (Hrsg)* (2006): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel

- Damasch F, Katzenbach D & Ruth J. (Hrsg) (2008):* Triangulierung. Lernen, Denken und Handeln aus psychoanalytischer und pädagogischer Sicht. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel
- Damasch F, Metzger H-G & Teising M (Hrsg) (2009):* Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel
- Diamond M J (2007, dt. 2010):* Söhne und Väter. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel
- Diez Grieser MT, Müller R (2019):* Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen. (Zweite Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta
- Eckstädt, A. (1989):* Nationalsozialismus in der „zweiten Generation“. Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E L, Target M (2002):* Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Freud S (1900):* Die Traudeutung. GW II/III. Frankfurt/M: Fischer
- Freud S (1911):* Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. GW VIII. Frankfurt/M: Fischer
- Freud S (1926):* Hemmung, Symptom und Angst. GW XIV. Frankfurt/M: Fischer
- Freud A (1965):* Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Die Schriften der Anna Freud Bd. VIII. Frankfurt/M: Fischer
- Freud A (1956):* Anwendung psychoanalytischen Wissens auf die Kindererziehung. Die Schriften der Anna Freud Bd. VII. Frankfurt/M: Fischer
- Garstick E (2013):* Junge Väter in seelischen Krisen. Wege zur Stärkung der männlichen Identität. Stuttgart: Klett-Cotta
- Grieser J (2021):* Der phantasierte Vater. Zur Entstehung und Funktion des Vaterbildes beim Sohn. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel
- Happel F (2016):* Der Einfluss des Vaters auf die Tochter. Zur Psychoanalyse weiblicher Identitätsentwicklung. (4., unveränderte Auflage). Magdeburg: Edition Klotz in der SichVerlagsgruppe (Westarp Verlagsservicegesellschaft mbH?)
- Hopf H (2006):* Vom Verschwinden von realer Angst und Scham. AKJP 130, XXXVII S. 143-162. Frankfurt/M: Brandes & Apsel.
- Huber J, Walter H (Hrsg) (2016):* Der Blick auf Vater und Mutter. Wie Kinder ihre Eltern erleben. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Klein M (1930):* Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ich-Entwicklung. In: Klein M: Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Hamburg: Reinbek 1972
- Mitscherlich A (1963):* Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. München
- Polo A (2013):* Die Bedeutung des Vaters in der weiblichen Adoleszenz. Psychoanalyse als narrative Untersuchungsmethode in der Entwicklungspsychologie. Gießen: Psychosozial
- Richter H E (1993):* Wer nicht leiden will muß hassen. Hamburg: Hoffmann und Campe
- Schulz U (Hrsg) (1997):* Väter...es ist, als wüssten sie nichts von ihrer Kraft. Waiblingen: Stendel

- Segal H* (1957): Bemerkungen zur Symbolbildung. In: Bott Spillius E (Hrsg): Melanie Klein Heute Bd. I. Stuttgart: Internationale Psychoanalyse
- Walter H, Hierdeis H (Hrsg)* (2013): Väter in der Psychotherapie. Der Dritte im Bunde? Stuttgart: Schattauer
- Winnicott D W* (1953, dt. 1969): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Vom Spiel zur Kreativität. (8. Aufl.) Stuttgart: Klett-Cotta 1995. S. 10-36
- Winnicott D W* (1965, dt. 1974): Die Theorie von der Beziehung zwischen Mutter und Kind. In: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler. S. 47-71
- Zoja L* (2000, dt. 2002): Das Verschwinden der Väter. Düsseldorf, Zürich: Walter

Autor:

Dipl.-Päd. Mag. theol. Arne Burchartz
Goppeltstr. 12
74613 Öhringen
arne.burchartz@gmx.de

Interessenkonflikt: Es besteht kein Interessenkonflikt.

Geschichte, Definitionen und Konzepte tiergestützter Interventionen

Elena Aretz

Zusammenfassung

Nach einem historischen Überblick tiergestützter Aktivitäten werden Definitionen und Grundlagen tiergestützten Arbeitens auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse dargestellt.

Schlüsselwörter:

Hund, Pferd, Theorie, Pädagogik, Psychotherapie, Therapie

Summary

After a historical overview of animal-assisted activities, definitions and basics of animal-assisted work are presented on the basis of current scientific findings.

Key words:

Dog, Canine, Horse, Theory, Pedagogy, Psychotherapy, Therapy

Einleitung

Tiergestützte Arbeit hält seit mehreren Jahren vermehrt Einzug in größeren Institutionen wie auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Viersen. Der therapeutische Nutzen ist durch vielfältige Studien mehrfach belegt, Interesse und Nachfrage steigen auch seitens der Patienten. Tiergestützten Interventionen umfassen ein ausgeprägt heterogenes Feld. Im Folgenden werden die Grundlagen zu tiergestütztem Arbeiten auf Basis der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse dargestellt.

1 Einordnung der Mensch-Tier-Beziehung im historischen Kontext

Die kulturelle Weiterentwicklung des Menschen beeinflusst die Stellung der Tiere (Olbrich & Otterstedt 2003). Seit den frühen Anfängen der Menschheit wurde u. a. durch Höhlenmalereien, Tierfriedhöfe und Tiere, die als Gottheit angesehen wurden, wiederholt eine untrennbare Beziehung zwischen Mensch und Tier beschrieben. „Der Mensch wurde zum Menschen, indem er sich von der Natur entfremdete“ (Greiffenhagen & Buck-Werner 2011, S.17). Dieses Zitat verdeutlicht den Veränderungsprozess innerhalb der Mensch-Tier-Beziehung. Der Mensch suchte im Verlauf der eigenen kulturellen Entwicklung nach seiner Identität und trennte sich hierbei mit seinem Selbstbewusstsein vom Tier ab. Die enge Beziehung und Verbundenheit zwischen Mensch und Tier wurde insbesondere in der Verhaltensforschung beschrieben (vgl. Greiffenhagen & Buck-Werner 2011). Sie wurde entscheidend durch Domestikation geprägt. Durch den Übergang vom Jäger- und Sammlerleben hin zur Sesshaftigkeit der Menschen wurde die Domestikation von Wildtieren und Wildpflanzen durch den Menschen angestoßen. Domestikation beinhaltet eine genetische Veränderung und ist nicht als Synonym für Zähmung zu verstehen, die vielmehr eine individuelle Veränderung beschreibt. Domestizierte Tiere weisen morphologische und physiologische Veränderungen auf sowie Verhaltensveränderungen.

Der Hund ist das älteste Haustier des Menschen. Die Domestikation begann vor mindestens 30.000 Jahren. Fähigkeiten für erfolgreiche Domestikation sind Emotionalität, Kommunikation und Lernfähigkeit (Miklósi 2011). Hunde haben das Bedürfnis nach sozialer Interaktion und sind fähig individuelle Bindungen einzugehen. Sie verfügen über die Fähigkeit sich auf ihr Gegenüber einzustellen und anzupassen, sich im Verhalten und gefühlsmäßig auf den anderen einzustimmen („Synchronisation“). Regeln können befolgt werden und soziales Lernen wird angewandt. Des Weiteren verfügen sie über die Fähigkeit zur Körpersprache. Hunde sind sehr gut darin, menschliche nonverbalen Kommunikation (beispielsweise Gesten und Körpersprache) zu erkennen und für sich zu nutzen. Frühe Aufgaben von Hunden waren Jagdhelfer, Wächter und Herdenhüter. Doch das Aufgabenfeld der Hunde erweiterte sich stetig. Mittlerweile zählen auch Blindenhund, Spürhund, Rettungshund, Prestigeobjekt und Familienmitglied zu den gängigen Varianten. Die Beziehung zum Hund ist häufig hochgradig emotional, was Beschreibungen wie „Familienmitglied“, „Ersatzkind“ oder „drittes Kind“ widerspiegeln (vgl. Wohlfarth & Mutschler 2017).

2 Geschichte tiergestützter Interventionen (TGI)

Im 9. Jahrhundert wurden in Belgien Tiere in die Betreuung von Menschen mit Behinderung eingebunden. Diese „therapie naturelle“ beinhaltete das Versorgen von Tieren und Erledigung von Landarbeit. Im 18. Jahrhundert wurden im York Retreat (England) durch Quäker Tiere eingesetzt, um das Selbstwirksamkeitserleben psychisch Erkrankter zu fördern. Im 19. Jahrhundert wurden im Epileptikerzentrum Bethel (Deutschland) Tiere wie Hunde, Katzen, Ziegen und Schafe ins therapeutische Konzept einbezogen. Mitte des 20. Jahrhunderts wurden im New Yorker Pawling-Army-Air-Force-Hospital Tiere zur Behandlung von Kriegsveteranen eingesetzt, um im bewussten Umgang mit den Tieren ihre psychischen und körperlichen Leiden zu lindern. Erstmals als Co-Therapeuten bezeichnet wurden Tiere vom amerikanischen Kinderpsychotherapeuten Boris Levinson in seiner Publikation 1962. 1969 veröffentlichte er sein wegweisendes Buch „Pet-Oriented Child Psychotherapie“. Durch Zufall hatte Levinson die Wirkung seines Retriever Jingles auf einen ihm bislang unzugänglichen Jungen entdeckt. Über den Kontakt zum Hund konnte Levinson mit dem Jungen in Kontakt treten. So wurde der Hund ins Behandlungskonzept integriert. Ähnliche Erfahrungen wurden 1978 von den Psychiatern Sam Corson und Elisabeth O’ Leary Corson beschrieben, die die Wirkung hundegestützter Psychotherapie auf psychiatrische Patienten, die auf herkömmliche Methoden nicht ansprachen, erforschten. Sie beobachteten eine verbesserte soziale Interaktion bei 28 von 47 Patienten.

In Deutschland forschten die Psychologen Bergler und Olbrich als erste auf dem Gebiet. Diverse Fachgruppen wie Mediziner, Psychologen und Gerontologen forschten Ende der 70er auf dem Gebiet der Mensch-Tier-Beziehung, doch es kam zu keiner systematischen evidenzbasierten Praxis der tiergestützten Therapie. In der USA entstand die „Delta Society“ (aktuell „Pet Partners“), in Deutschland „Tiere helfen Menschen e. V.“, in Österreich „Tiere als Therapie (TAT)“ und in der Schweiz „Verein Therapiehunde (VTHS)“. 1990 wurde in Toronto die „International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO) gegründet als internationale Dachorganisation für die Erforschung der Mensch-Tier-Beziehung. Ursprünglich aus 12 nationalen Organisationen gegründet, zählen heute fast 90 Mitgliedsorganisationen zur IAHAIO. Im Open Access Journal der IAHAIO „People and Animals: The International Journal of Research and Practice“ (PAIJ) werden Wissenschaft und Praxis verknüpft. Die Gründung der ESAAT (European Society for Animal Assisted Therapy) als europäischer Dachverband für tiergestützte Therapie erfolgte 2004. Zu den Hauptaufgaben der ESAAT zählen

Erforschung und Förderung der tiergestützten Therapie und Verbreitung von Wissen über die therapeutische, pädagogische und salutogenetische Wirkung der Mensch-Tier-Beziehung. Als Ziele definiert die ESAAT die Aus- und Fortbildung auf dem Gebiet der tiergestützten Interventionen EU-weit zu vereinheitlichen sowie Akzeptanz der tiergestützten Therapie als anerkannte Therapieform einschließlich eines eigenen Berufsbilds. 2006 erfolgte die Gründung der ISAAT (International Society for Animal Assisted Therapy). Die Abspaltung von der ESAAT erfolgte aufgrund inhaltlicher Differenzen über Qualitätsstandards und Ausbildung von Therapiebegleitern. Im Verlauf erfolgte eine erneute Annäherung von ESAAT und ISAAT, was u. a. 2014 an der Herausgabe des gemeinsamen Leitfadens „Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Praxis tiergestützter Interventionen“ deutlich wird.

3 Konzepte der Mensch-Tier-Beziehung

3.1 Biophilie-Hypothese

Biophilie heißt übersetzt aus dem Griechischen in etwa „Die Liebe zu Lebendigem“ (griechisch: bios = Leben; philia = Liebe). Sie beschreibt ein angeborenes Interesse an Lebendigem. Die Vorfahren der Menschen lebten eng verbunden mit Tieren und Pflanzen in der Natur. Es ist somit wahrscheinlich, dass evolutionär die Anziehung („Affinität“) des Menschen zu Lebewesen vorbereitet wurde. Der Biophilie-Hypothese liegen folgende Annahmen zugrunde: Vorhandensein eines genetisch fixierten menschlichen Bedürfnisses, sich nichtmenschlichen Lebewesen und der Natur anzunähern und die Existenz einer physischen, emotionalen und kognitiven Hinwendung des Menschen zu Leben und Natur. Mormann et al. (2011) fanden, dass mit Gefühlen assoziierte Neurone der rechten Amygdala auf Tierbilder reagieren.

3.2 Konzept der Du-Evidenz

Das Konzept der Du-Evidenz beschreibt die Tatsache, dass zwischen Menschen und höheren Tieren Beziehungen möglich sind, die Menschen oder Tiere auch unter sich kennen (Greiffenhagen & Buck-Werner 2011). Das Gegenüber wird als „Du“, als Individuum wahrgenommen mit eigenen Wesensmerkmalen, Gefühlen, Bedürfnissen und Rechten. Die Namensgebung wird als wichtiges Merkmal verstanden, dass der Mensch das Tier als Partner oder Familienmitglied ansieht. In einer bevölkerungsbasierten Studie konnte die enge Beziehung vom Menschen zu Haustieren als „Freund und Partner“ vom Forschungsinstitut Spectra in Österreich (2013) bestätigt werden: 80% der

Befragten nahmen Haustiere als „Freund und Partner“ wahr und beschrieben eine starke emotionale Bindung zum Tier. 65% sahen das Haustier als vollwertiges Familienmitglied an. Geschenke bekam das Haustier bei 29% und bei 17% der Befragten kam das Haustier mit in den Urlaub. 39% der Teilnehmer sahen den Tod des Haustieres vergleichbar mit dem Tod eines Familienmitglieds.

3.3 Evolutionäre Aspekte

Menschen und Hunde besitzen vergleichbare neurologische und hormonelle Voraussetzungen für soziales Verhalten (Kotrschal 2009), sogenannte „social tools“ (Olbrich 2009). Laut Kotrschal (2009) lassen sich ähnliche Persönlichkeitsmuster bei allen Wirbeltieren beschreiben. Auch verfügen alle Wirbeltiere über analoge Mechanismen der Stressbewältigung, indem eine Alarmreaktion durch das Stresshormon Kortisol ausgelöst wird (fight or flight-Prinzip) und die Aktivierung des sympathischen Nervensystems mit Ausschüttung von Adrenalin erfolgt (Blutdruckerhöhung, erhöhter Herzschlag). Olbrich (2009) geht davon aus, dass Hunde denken, fühlen und empfinden. Die „social tools“ sind Grundvoraussetzungen des gegenseitigen Verstehens von Mensch und Hund und für eine Kommunikation über die Grenzen der Spezies hinweg (Wohlfarth & Mutschler 2017).

3.4 Spiegelneurone

Durch Spiegelneuronen werden in unserem Gehirn spiegelbildliche Bewegungen, Gefühle oder Körperzustände unseres Gegenübers (unabhängig davon ob Mensch oder Tier) hervorgerufen (Bauer 2006). Dies ist ein unbewusster Vorgang und die neurobiologische Basis für unser intuitives Wissen und Verständnis über das, was das Gegenüber denkt und fühlt. Als Voraussetzung hierfür muss unser Gehirn die Zeichen, die durch Körpersprache ausgesandt werden, erkennen und dechiffrieren. Je größer die gemeinsame Handlungserfahrung, desto empathischer gelingt die Kommunikation beispielsweise zwischen Hund und Mensch. Romero et al. (2013) hatten den Eindruck, dass Hunde Mitgefühl zeigen, indem sie vermutlich aus Mitgefühl gähnen, wenn ihr Besitzer gähnt.

3.5 Hormonelle Aspekte: Oxytocin

Das häufig als „Bindungshormon“ betitelte Hormon Oxytocin bewirkt beispielsweise Reduktion von Angst und Förderung von Ruhe, Liebe, Vertrauen und Lust. Es ist beteiligt bei der Wehenauslösung während des

Geburtsvorganges und stimuliert die Brustdrüsen zur Laktation. Es wird durch Berührung ausgeschüttet, aber auch durch Schreien des Kindes und Saugen an der Brustwarze. Auch beim Streicheln des Hundes wird bei Mensch und Hund Oxytocin ausgeschüttet. Die streichelnde Person wird hierdurch zu meist ruhiger, vertrauensvoller sowie offener, sodass das Äußern eigener Gefühle und Bedürfnisse begünstigt wird, was wiederum den therapeutischen Prozess anregen und beschleunigen kann (Julius et al. 2014). Nagasawa et al. (2015) fanden, dass Blickkontakt zwischen Besitzer und Hund die Oxytocin-Ausschüttung sowohl beim Hund als auch beim Menschen ansteigen lässt. Bei zahmen Wölfen konnte diese Oxytocin-Ausschüttung bei Blickkontakt zwischen Wolf und der Person, die ihn aufgezogen hat, dagegen nicht gemessen werden. Eine enge Bindung zwischen Hunden und Menschen über die Artgrenzen hinweg scheint durch Oxytocin ermöglicht zu werden. Unklar bleibt bislang, wie eng die Bindung sein muss, um eine Oxytocinausschüttung auszulösen, weshalb fraglich erscheint, ob dies in Therapiesituationen möglich ist (Wohlfarth & Mutschler 2017).

3.6 Bindungstheorie

Laut Ainsworth & Bowlby (1965) haben früheste Interaktionserfahrungen zur Haupt Bezugsperson Einfluss auf soziale und emotionale Entwicklung und das Erwartungsmodell an zukünftige Beziehungen. Die entwickelten Bindungsmuster sind Grundlage für die Entwicklung emotionaler und sozialer Kompetenz und Intelligenz. Laut Julius et al. (2014) ist die Beziehung zum Therapietier nicht durch negative Erfahrungen zu Menschen belastet, so dass positive Bindungs- und Fürsorgestrategien beim Klienten durch Kontakt zum Tier ausgelöst werden. Die positive Bindungserfahrung mit dem Tier kann auf soziale Situationen mit Menschen übertragen werden und begünstigt die Entstehung einer sicheren Beziehung zum Therapeuten. So können so ungünstige Bindungsmuster langfristig modifiziert werden.

4. Begriffe und Definitionen

4.1 Tiergestützte Interventionen

Der Begriff „Tiergestützte Interventionen“ (TGI) ist gemäß IAHAIO der Oberbegriff für alle zielgerichteten und strukturierten Interventionen, die bewusst Tiere in Gesundheitsfürsorge, Pädagogik und soziale Arbeit einbeziehen. Ziele sind Verbesserung von psychischen, kognitiven und sozialen Fähigkeiten sowie des subjektiven Wohlbefindens. Auch soll eine Stärkung

der Integration in der jeweiligen Lebenssituation erreicht werden. Der Begriff der tiergestützten Interventionen umfasst tiergestützte Therapie (TGT), tiergestützte Pädagogik (TGP) und unter bestimmten Voraussetzungen auch tiergestützte Aktivitäten (TGA).

4.2 Tiergestützte Therapie

ESAAT versteht unter „Tiergestützte Therapie“ (TGT) ein bewusst geplantes therapeutisches Angebot mit Tieren für Menschen jeglichen Alters mit kognitiven, sozial-emotionalen und/oder motorischen Einschränkungen. Es beinhaltet gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen und findet im Einzel- oder Gruppensetting statt. Die Beziehungs- und Prozessgestaltung im Beziehungsdreieck Klient-Tier-Bezugsperson bildet die Basis. Allgemeine Ziele tiergestützter Therapie sind zum einen, die körperlichen, kognitiven und emotionalen Funktionen wiederherzustellen und zu erhalten sowie die Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung von Aktivitäten und Handlungen zu fördern, zum anderen das Einbezogenheit in die jeweilige Lebenssituation zu fördern und das subjektive Wohlbefinden zu verbessern. Zusammenfassend soll der Mensch in unterschiedlichen Lebensbereichen seinen Fähigkeiten entsprechend wieder agieren und partizipieren. Spezifische Ziele tiergestützter Therapien orientieren sich an Bedürfnissen, Ressourcen und am Störungsbild sowie Förderbedarf ausgehend von der Indikationsstellung. Die Interventionen basieren auf dem Beziehungsdreieck Klient – Tier – Therapeut.

4.3 Tiergestützte Pädagogik

Unter „Tiergestützter Pädagogik“ (TGP) versteht ESAAT eine zielgerichtete, geplante und strukturierte Intervention, die von in allgemeiner Pädagogik oder Sonderpädagogik qualifizierten Lehrpersonen, professionellen Pädagogen oder gleichwertig qualifizierten Personen angeleitet und/oder durchgeführt wird. Der Fokus der Aktivitäten liegt auf akademischen Zielen, prosozialen Fertigkeiten und/oder kognitiven Funktionen. Hierbei werden die Fortschritte gemessen und dokumentiert. Adäquate Kenntnisse über Verhalten, Bedürfnisse, Gesundheit und Indikatoren von bzw. der Regulation von Stress des Tieres müssen bei der TGP-Fachkraft vorhanden sein.

4.4 Tiergestützte Aktivitäten

„Tiergestützte Aktivitäten“ (TGA) sind gemäß ESAAT geplante, zielorientierte informelle Interaktionen/Besuche, die von Mensch-Tier-Teams mit mo-

tivationalen, erzieherischen/bildenden oder entspannungs- und erholungsfördernden Zielen durchgeführt werden. Das Mensch-Tier-Team muss ein Training mit Vorbereitung und Beurteilung durchlaufen haben.

4.5 Tiergestützte Förderung

Eine geplante, zielgerichtete Intervention auf Grundlage eines individuell ausgearbeiteten Förderplans wird von Vernooij & Schneider (2013) als „Tiergestützte Förderung“ (TGF) beschrieben. Ziele sind Stärkung vorhandener Ressourcen und Verbesserung defizitär ausgebildeter Fähigkeiten. Eine Ausbildung in tiergestützter Intervention des Anwenders sowie die Ausbildung des Tieres sind erforderlich.

4.6 Tiergestützte Arbeit im Berufsfeld

Um den allgemein benutzten Begriff „Tiergestützte Therapie oder Pädagogik“ zu vermeiden, unter dem viele Einsatzfelder subsumiert werden mit der Problematik verschiedener rechtlicher Rahmenbedingung, wird von Saumweber (2009) vorgeschlagen, als Oberbegriff „Tiergestützte Interventionen“ zu verwenden. Zur detaillierten Kennzeichnung soll das Berufsfeld gemeinsam mit dem Adjektiv „tiergestützt“ verwendet werden wie beispielsweise tiergestützte Psychotherapie, tiergestützte Heilpädagogik und so weiter.

4.7 Therapiebegleithund

Ein Therapiebegleithund ist ein mit seinem Halter für die therapeutische Arbeit ausgebildeter und geprüfter Hund, der durch Anwesenheit und gezielten Einsatz positive Auswirkungen auf Erleben und Verhalten von Menschen erzielen soll. Er ist Teil des therapeutischen Konzepts und bildet mit dem Halter ein Therapiebegleithundeteam. Die Bezeichnung Therapiebegleithundeteam besagt, dass Hundebesitzer und Hund eine spezifische Ausbildung durchlaufen haben und keine Trennung der therapeutischen Wirkung von Hund und Mensch möglich ist, wobei die Grundausbildung des Menschen im therapeutischen oder pädagogischen Bereich liegen muss.

4.8 Besuchshund

Der Besuchshund ist im Einsatz bei tiergestützten Aktivitäten (TGA) als Mensch-Hunde-Team. Entsprechend der aktuellen Definition der IAHAIO muss wenigstens ein Training mit Vorbereitung und Beurteilung mit seinem Halter durchlaufen werden, um in Interaktionen/Besuchen tätig werden zu können. Die Förderung ist anzusehen als Interaktion mit dem Hund, beispiels-

weise Hilfe bei der Freizeitgestaltung, Mobilitätsförderung, Gesprächsanregung, Hilfe bei Beziehungsgestaltung oder Kontaktaufnahme mit der Umwelt.

5. Wirkfaktoren und Wirkungen tiergestützter Interventionen

Grundsätzlich werden physische, psychische und soziale Wirkungen unterschieden. Hunde reduzieren Angst und Stress sowie Anspannung bei den Klienten (Hoffmann et al. 2009). Beim Streicheln des Hundes wird Oxytocin im Gehirn freigesetzt, was Gefühle wie Ruhe und Entspannung vermittelt. Vormbrock & Grossberg (1988) wiesen nach, dass Anwesenheit von bzw. Kontakt zu Hunden den Blutdruck senkt: je intensiver der Kontakt, desto stärker die Blutdrucksenkung. Virués-Ortega et al. (2011) fanden eine stimmungsaufhellende Wirkung tiergestützter Interventionen bei Klienten mit depressiver Stimmungslage und Angst.

Tiere aktivieren das menschliche Bindungssystem, wobei nicht sicher nachgewiesen werden kann, ob sie auch als „sicherer Hafen“ im Rahmen der Bindungstheorie fungieren können. Gleichzeitig können Tiere in tiergestützten Interaktionen wie zum Beispiel füttern, bürsten und versorgen auch das Pflegeverhalten beim Klienten aktivieren. Die hiermit assoziierten positiven Gefühle und Hormonreaktionen können genutzt werden, um den Klienten unabhängig vom erlernten Bindungsmuster im therapeutischen Prozess zur Exploration neuer Verhaltensweisen zu ermutigen (Wohlfarth & Mutschler 2017).

Hunde werden im therapeutischen Prozess auch als soziale Vermittler beschrieben. Zu Beginn wird ihnen eine „Eisbrecher-Funktion“ zuteil, indem sie soziale Interaktion beschleunigen durch Beziehungs- und Kommunikationsangebote. Durch die Anwesenheit des Tieres schneller ein neutrales Gespräch begonnen und der Therapeut kann zunächst auch als Hundefreund/Hundebesitzer wahrgenommen werden zusätzlich zu seiner professionellen Rolle. Hierbei ist als wichtiger Aspekt zu nennen, dass der Klient sehr genau Verhältnis und Umgang zwischen Hund und Therapeut beobachtet und wahrnimmt. Das Verhältnis sollte somit Fürsorge und Vertrauen widerspiegeln, keine falsch verstandene Dominanz oder körperlichen Druck. Sonst wird der Klient auch keine Vertrauensebene zum Therapeuten aufbauen können (Wohlfarth & Mutschler 2017). Schneider & Harley (2006) konnten den Einfluss von Hunden auf die Wahrnehmung nachweisen, in dem die Klienten

unabhängig von ihrer Einstellung zu Hunden die mit Hund vorgestellten Psychotherapeuten als freundlicher und vertrauenswürdiger empfanden.

Hunde werden auch als Motivatoren gesehen für die Teilnahme an einer Therapie (Wesley et al. 2009) und die Förderung körperlicher Bewegung (Wohlfarth et al. 2013).

Hunde arbeiten klientenzentriert, das bedeutet sie sind authentisch, zeigen unmittelbar ihre Gefühle und befinden sich meist im hier und jetzt. Sie zeigen empathisches Verhalten, ohne zu zweifeln oder zu urteilen. Hunde kennen keine Verdrängungsmechanismen um Leid, ungute Gefühle oder Schmerzen nicht an sich heranzulassen. Aber auch Hunde haben Vorlieben oder Abneigungen und können Überforderung verspüren, weshalb eine genaue Beobachtung des tiergestützt eingesetzten Hundes sowie begrenzte Einsatzdauern und ausreichender Ausgleich gewährleistet sein muss (Wohlfarth & Mutschler 2017).

Emotionale Kompetenzen werden durch Hunde signifikant verbessert, was beispielsweise in Studien mit Kindern und Erwachsenen (Stetina et al. 2011) bzw. drogenabhängigen Straftätern (Burger et al. 2011) überprüft wurde. Insbesondere in der zweiten genannten Studie wurden Verbesserungen in Schlüsselfähigkeiten wie Emotionsregulation, Zeigen von Emotionsausdrücken sowie Geben und Annehmen von Feedback, Selbstkontrolle und Akzeptanz eigener Emotionen deutlich verbessert.

Sprachliche, mimische und gestische Kommunikation müssen nicht zwangsläufig übereinstimmen. Beispielsweise kann dies bei Lügen der Fall sein oder auch bei Menschen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten. Hier sind Hunde als Co-Therapeuten durch ihre nonverbale analoge Kommunikation sehr hilfreich. Sie bieten einen „echten“ Kommunikationspartner ohne Hintergedanken und verlangen von ihrem Gegenüber eine Abstimmung der Kommunikationskanäle (Wohlfarth & Mutschler 2017).

Tiere dienen als Projektionsfläche für (un)erwünschte Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse. Durch das Tier wird eine Freiheit der Gefühle und Gefühlsäußerungen aufgezeigt, wie der Mensch sie möglicherweise nur in seiner Kindheit kennengelernt hat. Nun kann er sie als Projektion seines inneren Kindes auf ein Tier übertragen und gegebenenfalls affektive Entladung sowie Entlastung erfahren und Zugang zu seinen bisher abgewehrten Gefühlen erlangen (Wohlfarth & Mutschler 2017).

Die Förderung der Selbstwirksamkeit ist eine weitere wesentliche Wirkung tiergestützter Interventionen. Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet die subjektive Gewissheit, Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen und Ressourcen bewältigen zu können; somit ein Glauben an eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten, die jedoch nicht zwangsläufig den tatsächlichen Handlungsressourcen entsprechen. Tiere ermöglichen vielfältige neue Erfahrungen zu sammeln sowie Lernprozesse zu erschließen, beispielsweise durch Übernahme von bislang unbekanntem Rollen wie Versorgung von Tieren. Wertschätzung, Autoritätserfahrung, Macht und Einfluss, Bewunderung, das Gefühl gebraucht zu werden und Verantwortung zu übernehmen sind Möglichkeiten das Selbstwirksamkeitserleben zu steigern (Wohlfarth & Mutschler 2017).

6. Methodische Ansätze tiergestützter Interventionen

6.1 Interaktionsmöglichkeiten in der Triade

Durch Einbezug des Tieres wird aus der dyadischen Beziehung zwischen Therapeut und Klient eine triadische.

Dadurch entsteht eine Vielzahl neuer Interaktionsmöglichkeiten:

Tier und Therapeut in direkter Interaktion (Klient: Beobachterposition)

Tier und Klient in direkter Interaktion (Therapeut: Beobachterposition)

Therapeut und Klient in direkter Interaktion (Tier: direkt einbezogen) (Beispiel: Hundeverhalten wird beobachtet und interpretiert)

Tier, Therapeut und Klient in direkter Interaktion (Beispiel: Rollenspiel)

Tier, Therapeut und Klient ohne direkte Interaktion (Beispiel: Ausmalen eines Tierbildes).

6.2 Methodik

Methode der freien Begegnung

Diese Methode basiert auf selbstbestimmter Begegnung zwischen Mensch und Tier am besten in der freien Natur. Es besteht hierbei sowohl für den Menschen als auch das Tier absolute Wahlfreiheit Kontakt aufzubauen oder sich zurückzuziehen (Otterstedt 2007). Diese Methode wird aufgrund der eingeschränkten Planbarkeit tierischer Kontakte und des relativ großen Zeitfaktors eher selten in der Praxis tiergestützter Interventionen durchgeführt.

Hort-Methode

Die Hort-Methode beschreibt die Begegnung von Mensch und Tier in einem klar begrenzten, geschützten Raum (Hort) wie beispielsweise einem Gehege oder einem speziellen Therapieraum. In der tiergestützten Arbeit stellt dies eine gute Alternative zur Methode der freien Begegnung dar, da auch hier die Möglichkeit des selbstbestimmten Nähe- und Distanzaufbaus sichergestellt ist, sofern der Therapeut seiner Verantwortung nachkommt die Situation gut zu beobachten und bei Missverständnissen oder Übergriffen sofort zu intervenieren (Otterstedt 2007).

Brücken-Methode

Bei der Brücken-Methode erfolgt die Annäherung zwischen Mensch und Tier über einen Gegenstand wie beispielsweise einen Löffel, ein Leckerli, eine Leine, eine Bürste oder einen Ball als Brücke. Aufgrund körperlicher oder emotionaler Aspekte kann ein direkter Tierkontakt nicht möglich oder gewünscht sein. Mithilfe der Brücke kann die Distanz zwischen Mensch und Tier überwunden werden und bietet eine gute Möglichkeit zum Aufbau einer Vertrauensbeziehung. Der Aktionsradius ist hierbei jedoch stark begrenzt und wird durch die Art der Brücke definiert. Der Therapeut sollte hierbei eine gute Einschätzungsgabe der Klient-Tier-Interaktion haben, um eine mögliche Gefährdung beider Seiten verhindern zu können (Otterstedt 2017).

Präsenzmethode

Bei der Präsenzmethode wird das Tier „präsentiert“ beispielsweise auf dem Schoß oder im Bett des jeweiligen Klienten. Hierbei wird der Aktionsradius sowohl des Klienten als auch des Tieres enorm eingeschränkt und der Therapeut muss Tier sowie Klienten mit jeweiligen Bedürfnissen sehr gut im Blick haben, um die Sicherheit beider Seiten gewährleisten zu können. Des Weiteren ist eine gute Vertrauensbeziehung zwischen Tier und Therapeut hierfür notwendig (Wohlfarth & Mutschler 2017).

Methode der Integration

Diese Methode schränkt den Freiraum in Bezug auf Nähe- und Distanzaufbau sowie auf Rückzugsmöglichkeiten für Klient und Tier stark ein. Das Tier wird quasi als „lebendiges Hilfsmittel“ eingesetzt beispielsweise bei der Hippotherapie oder der tiergestützten Ergo- und Physiotherapie. In einem klar definierten Rahmen interagieren Tier und Klient durch die vorgegebene Arbeitsweise am Tier eher funktional anstatt auf einer selbstbestimmten Beziehungsebene (Otterstedt 2017).

6.3 Interaktionsformen nach Vernooij & Schneider (2010)

freie Interaktion

beschreibt eine Begegnung zwischen Mensch und Tier ohne kontinuierliche Anweisungen oder Lenkung. Der Therapeut legt hierbei den Rahmen beispielsweise über Umgangsweisen mit dem Tier fest, ist ansonsten aber passiv und greift nur ein, sollte die Interaktion zu Lasten eines Beteiligten ablaufen. Ein Beispiel hierfür wäre ein freies Spiel zwischen Klient und Tier.

gelenkte Interaktion

Bei der gelenkten Interaktion findet eine durch den Therapeuten geplante und gelenkte Begegnung zwischen Mensch und Tier statt, die eine bestimmter Absicht verfolgt. Beispiele hierfür wären einen Hund zu bürsten oder Gegenstände zu werfen und apportieren zu lassen.

ritualisierte Interaktion

Eine Situation oder Verhaltenssequenz verläuft hierbei in einem gleichbleibenden Rahmen oder Ablauf entlang von eingeübten, erprobten oder unbewusst eingespielten Regeln. Ein Beispiel bietet die gleichbleibende Begrüßung und Verabschiedung zwischen Klient und Tier.

6.4 Aktivität

Wird das Tier aktiv eingesetzt, kommt es zu einer Interaktion zwischen Klient und Tier. Bei der passiven Aktivität hat Tier keinen direkten Kontakt zum Klienten, ist lediglich beispielsweise mit im Raum anwesend.

6.5 Funktion (des Tieres in der Interaktion)

In der Interaktion kann das eingesetzte Tier Funktionen wie im Folgenden und auch schon unter „Wirkfaktoren und Wirkungen tiergestützter Therapie“ beschrieben übernehmen: Projektionsobjekt, Identifikationsobjekt, Motivationsobjekt, Bindungsobjekt und Katalysatorfunktion.

Literaturverzeichnis

- Ainsworth M, Bowlby J* (1965) *Child care and the growth of Love*. London: Penguin Books
- Bauer J* (2006) *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. München, Zürich: Heyne
- Burger E, Stetina BU, Turner K, McElheney J, Handlos U* (2011) Dog-assisted therapy in prison: emotional competences and emotional status of drug-addicted criminal offenders. *Journal of Veterinary Behavior. Clinical Applications and Research*, 6(1), 79-80
- European Society for Animal Assisted Therapy (ESAAT)* (2020) online verfügbar unter <http://www.esaat.org>. Zugriff am 12.01.2020
- Greiffenhagen S, Buck-Werner ON* (2011) *Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung*. 3. Auflage. Nerdlen: Kynos Verlag
- Hoffmann AOM, Lee AH, Wertenaue F, Ricken R, Jansen JJ, Gallinat J, Lang UE* (2009) Dog-assisted intervention significantly reduces anxiety in hospitalized patients with major depression. *European Journal of Integrative Medicine* 1, 145-148
- IAHAIO* (2014) *Weissbuch. Definitionen der IAHAIO für tiergestützte Interventionen und Richtlinien für das Wohlbefinden der beteiligten Tiere*. online verfügbar unter <http://www.iahaio.org>. Zugriff am 12.01.2020
- Julius H, Beetz A, Kotrschal K, Turner DC, Uvnäs-Moberg K* (2014) *Bindung zu Tieren: Psychologische und neurobiologische Grundlagen tiergestützter Interventionen*. Göttingen: Hogrefe
- Kotrschal K* (2009) Die evolutionäre Theorie der Mensch-Tier-Beziehung. In C. Otterstedt & M. Rosenberger (Hrsg.) *Gefährten-Konkurrenten-Verwandte: Die Mensch-Tier-Beziehung im wissenschaftlichen Diskurs* (S. 55-57). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Miklósi Á* (2011) *Hunde: Evolution, Kognition und Verhalten*. Stuttgart: Kosmos
- Mormann F, Dubois J, Kornblith S, Milosavljevic M, Cerf M, Ison M, Tsuchiya N, Kraskov A, Quiroga RQ, Adolphs R, Fried I, Koch C* (2011) A category-specific response to animals in the right human amygdala. *Nature Neuroscience*, 14, 1247-1249
- Nagasawa M, Mitsui S, En S, Ohtani N, Ohta M, Sakuma Y, Onaka T, Mogil K, Kikusui T* (2015) Oxytocin-gaze positive loop and the coevolution of human-dog bonds. *Science*, 348(6232), 333-336
- Olbrich E* (2009) Bausteine einer Theorie der Mensch-Tier-Beziehung. In C. Otterstedt & M. Rosenberger (Hrsg.), *Gefährten-Konkurrenten-Verwandte: Die Mensch-Tier-Beziehung im wissenschaftlichen Diskurs* (S. 111-132). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Olbrich E, Otterstedt C* (2003) *Menschen brauchen Tiere, Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. Stuttgart: Kosmos
- Otterstedt C* (2007) *Mensch und Tier im Dialog, Kommunikation und artgerechter Umgang mit Haus- und Nutztieren. Methoden der tiergestützten Arbeit und Therapie*. Stuttgart: Kosmos
- Otterstedt C* (2017) *Tiergestützte Interventionen. Methoden und tiergerechter Einsatz in Therapie, Pädagogik und Förderung*. Stuttgart: Schattauer

- Romero T, Konno A, Hasegawa T (2013) Familiarity Bias and Physiological Responses in Contagious Yawning by Dogs Support Link to Empathy. *PLoS ONE* 8(8): e71365. doi:10.1371/journal.pone.0071365
- Saumweber K (2009) Tiergestützte Pädagogik in der stationären Jugendhilfe. Norderstedt: Books on Demand
- Schneider MS, Harley LP (2006) How dogs influence the evaluation of psychotherapists. *Anthrozoös*, 19 (2), 128-142
- Spectra (2013) Ein Leben ohne Haustier ist für viele Österreicher undenkbar: Katze, Hund & Co sind Freund oder sogar vollwertiges Familienmitglied. https://www.spectra.at/fileadmin/user_upload/Spectra_Aktuell_Archiv/2013/Akutell_03_13_Haustiere.pdf
- Stetina BU, Turner K, Burger E, Glenk LM, McElheney J, Handlos U, Kothgassner OD (2011) Learning emotion recognition from canines? Two for the road. *Journal of Veterinary Behavior: Clinical Applications and Research*, 6(2), 108-114
- Vernooij M, Schneider S (2010) Handbuch der tiergestützten Intervention, Grundlagen-Konzepte - Praxisfelder. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag
- Vernooij M, Schneider S (2013) Handbuch der tiergestützten Intervention, Grundlagen-Konzepte - Praxisfelder. 3. Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag
- Virués-Ortega J, Pastor-Barriuso R, Castellote JM, Población A, de Pedro-Cuesta J (2011) Effect of animal-assisted therapy on the psychological and functional status of elderly populations and patients with psychiatric disorders: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 6(2), 197-221
- Vormbrock JK, Grossberg JM (1988) Cardiovascular effects of human-pet dog interactions. *Journal of behavioral medicine*, 11(5), 509-517
- Wesley MC, Minatrea NB, Watson JC (2009) Animal-assisted therapy in the treatment of substance dependence. *Anthrozoös*, 22(2), 137-148
- Wohlfarth R, Mutschler B, Beetz A, Kreuser F, Korsten-Reck U (2013) Dogs motivate obese children for physical activity: key elements of a motivational theory of animal-assisted interventions. *Frontiers in Psychology*, 4, 796. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00796
- Wohlfarth R, Mutschler B (2017) Praxis der hundegestützten Therapie, Grundlagen und Anwendung. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag

Autorin

Dr. med. Elena Aretz

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter

LVR-Klinik Viersen

Horionstr. 14

D-41747 Viersen

Elena.Aretz@lvr.de

Interessenkonflikt: Es besteht kein Interessenkonflikt.

Der aktuelle Stand der Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Wilhelm Rotthaus

Zusammenfassung

Aus Anlass des 100. Geburtstages von Horst-Eberhard Richter wird einen Überblick über den Stand der Systemischen Therapie (ST) gegeben. Zunächst wird an Richters revolutionäre Theorie erinnert, mit der er das auffällige Verhalten von Kindern als symptomatischen Ausdruck unbewusster Konflikte ihrer Eltern verstand. Es wird kurz auf die Entwicklung von der Familientherapie zur ST eingegangen, die in hohem Maße durch die Arbeitsgruppe von Helm Stierlin in Heidelberg geprägt wurde, und auf den langwierigen Prozess der wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung verwiesen. Sodann wird dargestellt, was das Selbstverständnis der ST heute ausmacht. Wie das Wort systemisch es sagt, wird der Blick auf alle gerichtet, die zusammenstehen, zumeist die Mitglieder der Familie. Sie werden als Experten für ihr Leben betrachtet, während die systemische Therapeutin eine Haltung des Nichtwissens einnimmt. Das Problem wird in den Beziehungen verortet und nicht in der Person des vorgestellten Patienten. Dem Mehrpersonensetting kommt vor allem zu Beginn eine hohe Bedeutung zu, während im weiteren Verlauf die Wahl des Settings als bedeutsame Intervention gilt. Nach einem kurzen Exkurs über den Umgang mit Diagnosen und zu systemische Hypothesen wird das Dargestellte am Beispiel der ST mit Jugendlichen in suizidale Krisen konkretisiert.

Schlüsselwörter:

Systemische Kinder- und Jugendlichentherapie, Setting als Intervention, systemische Hypothesen.

Abstract

On the occasion of the 100th birthday of Horst-Eberhard Richter, an overview of the state of Systemic Therapy (ST) is given. First, Richter's revolutionary theory is recalled, with which he understood the troubling behavior of chil-

dren as a symptomatic expression of unconscious conflicts of their parents. The development from family therapy to ST, which was largely influenced by Helm Stierlin's working group in Heidelberg, is briefly discussed and reference is made to the lengthy process of scientific and socio-legal recognition. Then the self-conception of ST today is described. As the word systemic suggests, the focus is on all those who stand together, mostly the members of the family. They are seen as experts in their lives, while the systemic therapist adopts an attitude of not knowing. The problem is located in the relationships and not in the person of the presented patient. The multi-person setting is of great importance, especially in the beginning, while in the further course the choice of setting is considered a significant intervention. After a short excursus on how to deal with diagnoses and on systemic hypotheses, what has been presented will be concretised using the example of ST with young people in suicidal crises.

Key words:

Systemic child and adolescent therapy, setting as intervention, systemic hypotheses.

Einleitung

Im April 2023 wäre Horst-Eberhard Richter 100 Jahre alt geworden. Für Christian D. Moik war dieses Datum Anlass, um einen Beitrag zum aktuellen Stand der Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anzufragen. Richter hat in den 1960er Jahren eine zum damaligen Zeitpunkt revolutionäre psychoanalytische Theorie formuliert, die das auffällige Verhalten von Kindern als symptomatischen Ausdruck unbewusster Konflikte verstand, an denen die Eltern bzw. die ganze Familie leiden. 1960 veröffentlichte er einen Beitrag im Jahrbuch der Psychoanalyse mit dem Titel „Die narzisstischen Projektionen der Eltern auf das Kind“ und 1963 sein Buch „Eltern, Kind und Neurose. Psychoanalyse der kindlichen Rolle“, das zu einem Bestseller wurde. „Die Rolle des Kindes“, schrieb er (a.a.O., S. 73) „bestimmt sich also aus der Bedeutung, die ihm im Rahmen des elterlichen Versuches zufällt, ihren eigenen Konflikt zu bewältigen.« Richter forderte zugleich eine neue Arzt-Patient-Beziehung: Der Arzt solle nicht der unfehlbare Superexperte sein, denn mit diesem nicht erfüllbaren Anspruch bediene er lediglich eine irrationale Technik- und Fortschrittsgläubigkeit und leugne die Grenzen des Möglichen.

Die weitere Entwicklung von der Familientherapie zur Systemischen Therapie durch die so genannte kybernetische Wende wurde in Deutschland in hohem Maße von Helm Stierlin und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

tern an der Abteilung für „Psychoanalytische Grundlagenforschung und Familientherapie“ in Heidelberg geprägt, die in der Zeit von 1974 bis 1992 in Zusammenarbeit mit vielen Kolleginnen und Kollegen aus der ganzen Welt zu einem ungemein kreativen Zentrum systemtheoretischer und konstruktivistischer Theorie und Praxis wurde.

Der Weg der Systemischen Therapie (ST) in die kassenärztliche Versorgung war sehr mühsam und langwierig. 2008 wurde sie nach intensiven Vorarbeiten vom „Wissenschaftlichen Beirat“ (WBP) als Verfahren der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wissenschaftlich anerkannt. Es brauchte weitere 12 bzw. 13 Jahre, bis die ST als Verfahren der ambulanten Psychotherapie für erwachsene Indexpatienten sozialrechtlich zugelassen und in einem weiteren Schritt in die Psychotherapierichtlinie aufgenommen wurde. Somit ist die ST das einzige Richtlinienverfahren, dessen Zulassung nach doppelter wissenschaftlicher Evaluation einmal durch den WBP und zum anderen durch das von dem Entscheidungsgremium, dem „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (G-BA) beauftragte „Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) erfolgte. Das anschließend initiierte Verfahren zur sozialrechtlichen Zulassung der Systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist noch nicht abgeschlossen. Allem Anschein nach soll das zweischrittige Verfahren zusammengefasst und die endgültige (positive) Entscheidung im zweiten Quartal 2024 veröffentlicht werden.

Therapie unter Einschluss der für das Kind wichtigen Personen

Der Terminus „systemisch“ ist in vielen Konstellationen immer noch erklärungsbedürftig. Hilfreich ist die wörtliche Übersetzung aus dem Griechischen: „zusammenstehen“, wodurch man erläutern kann, dass in der ST alle, die zusammenstehen, in den Blick genommen werden. Im Kinder- und Jugendlichenbereich sind das meist die Familienmitglieder, insbesondere Mutter und Vater, vielleicht die Großeltern und häufig auch die Geschwister. In Familien nach Tod oder Scheidung, in neu zusammengesetzten Familien, bei außerhäuslicher Betreuung oder in Fällen, die beispielsweise den Schulbesuch betreffen, muss die Therapeutin¹ in Abstimmung mit ihren Klientinnen jeweils darüber entscheiden, welche Personen zum für das Kind oder die Jugendliche relevanten System gehören.

1) In diesem Beitrag werden die weibliche und die männliche Form alternativ gewählt, Personen jedweden Geschlechts sollen sich gleichermaßen angesprochen fühlen.

In Krisensituationen sind selbst für Jugendliche, die sich entwicklungsgemäß ihren Peers zuwenden und viel Zeit mit ihnen verbringen, die Eltern die wichtigsten Ansprechpartner. Ihre Bedeutung lässt sich unter anderem daraus ableiten, dass sich – wie Forschungen zu Wirkfaktoren in der Therapie zeigten – in ihrem Verhalten hoch problematische Jugendliche am besten von der Therapeutin erreichen ließen, wenn sie beobachteten, dass die Therapeutin eine gute Beziehung zu den Eltern aufgebaut hatte. Andere Forschungen verwiesen darauf, dass für Jugendliche in Krisensituationen – beispielsweise bei hoher Suizidalität – nicht die Peers, sondern die Eltern die wichtigsten Personen waren, die als gate keeper fungieren.

Mit Beginn der Therapie wird die Therapeutin Teil des „therapeutischen Systems“, was auch bedeuten kann, dass sie beispielsweise blinde Flecken im System von der Familie übernimmt. Sie ist deshalb gehalten, diese Möglichkeit auf der Metaebene immer wieder zu reflektieren.

Die Systemische Haltung

Innerhalb der Systemischen Therapie ist eine Fülle von Therapiemethoden entwickelt worden, die nicht zuletzt für viele junge Kolleginnen die Attraktivität dieses Verfahrens ausmachen. Entscheidender und für die Wirksamkeit des therapeutischen Vorgehens bedeutsamer sind aber die Haltung und die Einstellung, mit der die Therapeutin ihren „Kunden“ begegnet, sowie ihr zukunfts- und ressourcenorientierter Blick.

Die therapeutische Beziehung zwischen der identifizierten Patientin und der Therapeutin ist in der ST gekennzeichnet durch eine Haltung der Bescheidenheit und des Nicht-Wissens – ein wesentlicher Aspekt, der, wie oben dargestellt, auch Horst-Eberhard Richter bereits wichtig war. Denn auch wenn sich die Familie zu dem Zeitpunkt, da ihr die Therapeutin begegnet, in einer Krise befindet, sind und bleiben die Eltern doch die Experten für sich und ihre Familienangehörigen, die als einzige entscheiden können, welche Art von Veränderung und Weiterentwicklung für sie möglich und von ihnen gewünscht ist. Trifft die Therapeutin bei ihren Bemühungen, Veränderung anzustoßen, auf Widerstand, erhält sie damit die wichtige Rückmeldung, dass der eingeschlagene Weg in dieser Art oder eine Veränderung generell derzeit nicht gangbar sind. Für die Therapeutin ist das die Information, dass die offensichtlich Leid erzeugenden Verhaltens- oder Sichtweisen derzeit immer noch am besten wichtige Bedürfnisse erfüllen. In dieser Beobachtung liegt dann die Anregung, Hypothesen darüber aufzustellen, wie genau diese Bedürfnisse

aussehen und ob sie möglicherweise auf andere Weise erfüllt werden können. Oft ist in solchen Situationen erst einmal der Veränderungsdruck, der sich leicht in eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einschleicht, herauszunehmen und eher ein Festhalten am Bisherigen für die nächste Zeit zu empfehlen.

Zudem ist sich die Therapeutin der Tatsache bewusst, dass sie nicht instruktiv intervenieren, behandeln oder heilen kann. Ihre grundlegende Haltung ist eine nicht-wissende Neugier und eine Allparteilichkeit im Hinblick auf die Personen, im Hinblick auf den Sinn der beklagten Verhaltensweisen und im Hinblick auf die Wirklichkeitskonstruktionen ihrer Klienten. Mit ihrer Haltung des Respekts vor den Personen und der Respektlosigkeit gegenüber den Ideen, Glaubenssätzen und Erklärungen ihrer Klienten stärkt sie deren Eigenverantwortung und Kontrollkompetenz. Sie schafft gute Bedingungen für eine Veränderung von Sichtweisen und Einstellungen und fördert die Selbstorganisationsprozesse. Ihre Abkehr von einer Defizitorientierung und ihre Hinwendung zu einer Ressourcenorientierung führt zu einer Nutzung der bereits im System verfügbaren Möglichkeiten zur Veränderung.

Die Verortung des Problems in den Beziehungen

Der anfängliche Hinweis auf die bewundernswerte Leistung von Horst-Eberhard Richter und sein damals revolutionäres Konzept, mit dem er die Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen betrachtete, verweist auf den großen Schritt bei der Entwicklung von der Familientherapie zur Systemischen Therapie. Denn heute denken wir nicht mehr, dass eine dysfunktionale Familie oder ein Fehlverhalten der Eltern das auffällige oder gestörte Verhalten des Kindes oder Jugendlichen *verursachen*. Das Problem oder die Störung wird nicht mehr in der Person des identifizierten Patienten verortet, sondern in seinen *Beziehungen*. Menschen sind Beziehungsgeschöpfe. Sie leben in Beziehungen, und diese Beziehungen prägen Denken, Fühlen und Handeln. Deshalb ist auch das auffällige oder gestörte Verhalten eines Menschen ganz wesentlich bestimmt durch das Beziehungsgeschehen in seinem wichtigsten Bezugssystem. Das Verhalten ist gleichsam eine Gemeinschaftsleistung aller Mitglieder dieses Systems.

Nicht ein Defizit oder eine „Störung“ in der Person liegt also dem Verhalten des Kindes oder Jugendlichen zugrunde, sondern die Beziehungsmuster, die sich in der Familie herausgebildet haben. Das heißt auch: Jedes Familienmitglied kann einen Beitrag zur Auflösung des Problemverhaltens leisten. Das muss nicht derjenige sein, der das Problemverhalten zeigt. Denn die System-

mitglieder sind miteinander verbunden wie die Teile eines Mobiles. Und an einem Mobile ist leicht zu beobachten: Verändert ein Teil durch einen Anstoß von außen seine Position, fangen alle anderen Teile an zu tanzen, und sie werden mit großer Wahrscheinlichkeit an einer anderen Stelle wieder zur Ruhe kommen und dann in einer geänderten Beziehung zueinander stehen. Darin liegt die große Chance eines konsequenten systemtherapeutischen Vorgehens.

Aus dem Gesagten wird auch deutlich: Eltern in die Therapie aktiv einzubeziehen bedeutet in keiner Weise, ihnen die Schuld an den innerfamiliären Problemen und den von dem Kind oder Jugendlichen gezeigten Symptomen zuzuschreiben. Die Vorstellung von der Verursachung kindlicher Verhaltensstörungen durch Eltern gehört heute in die Dinosaurier-Vergangenheit des psychosozialen Systems. Menschen sind – wie alle Lebewesen – keine Maschinen, wie Fahrräder oder Kaffee-maschinen es sind. Wenn diese einen Defekt haben, muss man wahrscheinlich ein Ersatzteil einbauen oder eine Schraube anziehen. Wenn man das gut macht, funktionieren sie anschließend wieder. *Menschliches Verhalten demgegenüber folgt nichtlinearen Regeln, wie das für alle komplexen Systeme gilt.* Und ein wichtiger Aspekt bei allen komplexen Systemen, die nichtlinearen Gesetzmäßigkeiten folgen, besteht darin, dass wir von einem Zustand heute nicht mit auch nur einigermaßen ausreichender Sicherheit auf Ursachen in der Vergangenheit schließen können.

Wir alle haben in früheren Zeiten mit Vorstellungen über die Verursachung von auffälligem oder gestörtem Verhalten von Kindern und Jugendlichen durch ihre Eltern viel Unglück produziert. Natürlich schaffen Eltern unterschiedlich gute Bedingungen für das Aufwachsen ihrer Kinder, und natürlich gelingt es manchen Eltern sehr wenig, ihren Kindern gute Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen. Aber sie verursachen nicht die Probleme ihrer Kinder, die eben auch als Säuglinge und Kinder nicht unbeschriebene Blätter oder eine wächserne Masse darstellen, in die die Eltern ihre Spuren prägen. Eine solche Sichtweise wäre eine Missachtung des Kindes als ein eigenständiges Subjekt. Denn die Kinder sind von Geburt an eigenständige und durchaus eigenwillige Wesen, die aufgrund ihrer jeweiligen Struktur selbst darüber bestimmen, wie die Umweltbedingungen sie beeinflussen. Nur so ist zu erklären, dass Kinder, die unter nahezu gleichartigen Bedingungen aufwachsen, eine völlig konträre Entwicklung nehmen können, wie man das beispielsweise bei Kindern von Eltern, die Alkohol missbrauchen, beobachten kann.

Dass Eltern *schuld* an dem Verhalten ihrer Kinder seien, ist aber heute gerade auch unter Laien noch eine sehr verbreitete Annahme. Deshalb glauben manche Eltern, die Therapeutin würde Ähnliches denken, wenn sie zu einer aktiven Mitarbeit in der Therapie eingeladen werden. Es hat sich bewährt, in solchen Fällen klar Position zu beziehen: Über individuelle Schuld mag ein Gott oder ein sonstiges höheres Wesen entscheiden können. Wir als Therapeutinnen können das nicht. Was wir aber eindeutig sagen können: *Eltern sind ein wichtiger Teil der Lösung*, in den meisten Fällen ein entscheidend wichtiger Teil. Dabei geht darum, nach vorne zu schauen und Verantwortung für eine positive Zukunft des Kindes und der gesamten Familie zu übernehmen.

Im Übrigen versteht die systemische Therapeutin das beklagte Erleben und Verhalten als Lösungsversuch von Problemen, die eine biologisch-somatische, intrapsychisch-emotionale und interpersonelle Grundlage haben. Sie unterstellt, dass den Symptomen ihrer Klientinnen positive Absichten zugrunde liegen. Und sie fokussiert die Beziehungen in der Gegenwart, in die die Klientinnen selbstverständlich lebensgeschichtlich früher erlernte Verhaltensmuster, unerfüllte Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen einbringen.

Ziel- und Auftragsklärung sowohl für das Kind als auch für die Eltern

Die Ziel- und Auftragsklärung durch die identifizierte Patientin und ihre Familienangehörigen ist ein wichtiger Aspekt der systemischen Haltung. Denn in diesem Prozess beschreiben die „Kundinnen“ den Rahmen für das Handeln der Therapeutin. Allerdings ist immer wieder festzustellen, dass zwar Ziele für die Kinder und Jugendlichen von der Therapeutin *lege artis* erfragt werden, jedoch nicht bereits im ersten Kontakt auch angesprochen wird, *welche Ziele die Mutter und welche Ziele der Vater für sich in der Therapie erreichen wollen*. Natürlich sind Eltern häufig sehr auf das gestörte respektive störende Verhalten des Kindes oder Jugendlichen orientiert. Doch wenn die Therapeutin der systemischen Überzeugung folgt, dass das beklagte Verhalten in den Beziehungen des Systems verortet ist, würde sie auf wesentliche Einflussmöglichkeiten verzichten, wenn sie nicht die Frage nach den Zielen stellen würde, die die Mutter und der Vater für sich selbst haben. Im Fall, dass die Frage auf Unverständnis stößt, ist ein Erforschen der positiv veränderten Zukunft hilfreich. „Nehmen wir einmal an, Jan würde in zwei Monaten kein auffälliges Verhalten mehr zeigen: In welcher Weise ändert sich dann die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Mann / Ihrer Frau?“ Der dann oft geäußerten abwiegelnden Negation jeder Veränderung im elterlichen Verhalten lässt sich mit dem schon erwähnten Bild des Mobiles begegnen, bei dem jede

Veränderung eines Teils zu Neujustierungen der anderen Teile im Raum führt. Eine Nicht-Veränderung auf Elternebene ist in einem solch eklatanten Fall von Veränderung bei dem Kind oder Jugendlichen nicht möglich.

Selbstverständlich ist es nicht wichtig und meist auch gar nicht möglich, dass alle Ziele – die des Kindes und die der Mutter und die des Vaters – bereits in der ersten Stunde vollständig erarbeitet werden. Dies kann mehrere Sitzungen in Anspruch nehmen, zumal in gar nicht so wenigen Fällen die Klärung der Ziele das entscheidende Therapieelement ist und es in einigen Fällen sogar geschieht, dass die Familienmitglieder die Therapie nach der Zielklärung beenden mit dem höchst zufriedenen Hinweis: „Jetzt wissen wir ja, was wir tun müssen.“ Aber auch wenn die Zielklärung sich über mehrere Therapiestunden hinzieht: Erfahrungsgemäß ist es wichtig, die Ziele aller Beteiligten in der ersten Stunde, zu der der Vater – falls er in dem gemeinsamen Haushalt lebt – zwingend einzuladen ist, zumindest anzusprechen.

Wie oft auf die *Einladung des Vaters zum Erstgespräch* verzichtet wird, verwundert immer wieder. Halluzinatorisch höre ich dann die Stimme von Virginia Satir in meinem Ohr, die über ihre ersten Schritte hin zur Familientherapie schilderte, dass zum damaligen Zeitpunkt zu Beginn der 1950er Jahre Therapeutinnen in den USA nicht der Meinung waren, dass der Vater mit dem emotionalen Leben der Familie irgendetwas zu tun haben könne. Auf die Anwesenheit des Vaters, der angeblich aus beruflichen Gründen dafür keinerlei Zeit hat, sollte die Therapeutin unbedingt bestehen. Sie kann sich gegebenenfalls von der Mutter die Erlaubnis einholen, den Vater persönlich einzuladen, um ihm zu verdeutlichen, dass er für das weitere Wohlergehen seines Kindes unerlässlich ist und die Therapeutin ohne seine Mitarbeit keine erfolgreiche Arbeit leisten könne. Dieser dringenden Empfehlung liegen vor allem zwei Erfahrungen zugrunde. Zum einen diagnostizieren die Klienten die Therapeutin in der ersten Stunde sehr aufmerksam und achten auf die in ihren Worten und Maßnahmen zu Tage tretenden Überzeugungen, beispielsweise auf die Botschaft: „Du Vater (oder an die Mutter gerichtet: dein Ehemann) ist ein – oder eben kein – wichtiger Teil der Lösung!“ Zum anderen ist in manchen Familien allein schon die Einbeziehung des Vaters in die Therapie eine Intervention, die Veränderungen in dem Beziehungsmuster der Familie anstößt.

Natürlich ruft die Frage nach den eigenen Zielen der Eltern häufiger auch mal Widerstand hervor. Die Eltern formulieren dann: „Es geht doch um das Kind und nicht um uns.“ Ich benutze in solchen Fällen meist die schon erwähnte Formulierung, dass ich Eltern für einen wichtigen, wenn nicht für

den wichtigsten Teil der Lösung ansehe. „Sie als Eltern sind für das Kind in erster Linie bedeutsam und bleiben es ein Leben lang, während meine Begegnung mit Ihrem Kind nur eine bald vergessene Episode sein wird.“ Bleibt der Widerstand der Eltern trotzdem hoch, kann die Therapeutin dazu übergehen, *ein gemeinsames Thema als Familienziel* zu formulieren. Diese Themen können recht allgemein sein und beispielsweise lauten: „wieder ohne Streit friedlich zusammenleben“ oder „wieder ein gutes Familienklima erreichen“ oder „wieder wechselseitig Respekt zeigen“. An diesen Themen sind ganz offensichtlich alle beteiligt, und es lässt sich dann in den nächsten Sitzungen erforschen, wer welche Schritte zu dem gemeinsamen Ziel machen kann und will.

Setting als Intervention

Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist Therapie im Mehrpersonensetting. Es sollte nicht vergessen werden, dass die ST aus der Familientherapie erwachsen ist. Noch heute wird in angelsächsischen Ländern oft von „family therapy“ gesprochen, wenn ST gemeint ist. Das Mehrpersonensetting bietet folgende Vorteile:

1. Der einfachste besteht darin, dass die Therapeutin im Mehrpersonensetting die Chance hat, auf verschiedene Personen einzuwirken, und dass sich dadurch die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass irgendeine Änderung im System stattfindet.
2. Dadurch, dass mehrere Personen Veränderungsimpulse erhalten und die Therapeutin dadurch eine gute Chance hat, im System eine Koevolution anzuregen, wird eine hohe Nachhaltigkeit des Therapieergebnisses erreicht. Eine Reihe von Studien konnten nachweisen, dass ST nicht unbedingt erfolgreicher als andere Verfahren ist, dass der Behandlungserfolg aber in weniger Therapiestunden erreicht wird und ansteigt, je länger die Katamnesezeit andauert.
3. Im Mehrpersonensetting ist es am leichtesten zu erreichen, das Kind aus der Sündenbockrolle zu befreien, in die viele Kinder und Jugendliche, die vorgestellt werden, in den Monaten und Jahren zuvor geraten sind.

Mehrpersonensetting bedeutet aber nicht, immer alle Familienmitglieder einladen zu müssen. Vielmehr eröffnet ST viele Möglichkeiten, in ganz unterschiedlichen Settings zu arbeiten: als Familientherapie, als Einzeltherapie mit dem Kind, mit der Mutter oder mit dem Vater, als Einzeltherapie mit

dem Kind im Kreis der Familie, als Elterntherapie, als Geschwistertherapie u. a. Der Wechsel des Therapiesettings lässt sich als bedeutsame Intervention nutzen. Es hat sich bewährt, zu der ersten Therapiestunde die ganze Familie einzuladen, gegebenenfalls auch die Formulierung zu nutzen, *es sollten doch bitte alle kommen, die an einer Veränderung der familiären Situation interessiert seien*. Das bedeutet die Botschaft: Alle Familienmitglieder sind wichtig für die Lösung des Problems. Diese erste Entscheidung für das Setting Familientherapie ist nun aber keineswegs eine Vorentscheidung für alle weiteren Therapiekontakte. Vielmehr sollte sich die Therapeutin zu jedem Zeitpunkt des Therapieprozesses Gedanken darüber machen – und dabei gegebenenfalls auch die Familienmitglieder einbeziehen –, mit welchen Adressaten der jeweils nächste therapeutische Schritt wohl am ehesten zu gehen ist: mit der ganzen Familie, mit den Eltern allein, mit dem Kind oder Jugendlichen allein, mit der Mutter oder mit dem Vater und so fort. Insofern „lebt“ Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wesentlich von den gut begründeten Settingentscheidungen der Therapeutin.

Zuweilen erhält die Therapeutin bereits im Anmeldegespräch Informationen, die sie zu einer anderen Gestaltung des Erstgesprächs veranlassen. Wenn beispielsweise Eltern ihr Kind bereits in diesem Telefonat heftig beschuldigen und in ihren Äußerungen deutlich wird, dass sie voller Vorwürfe und Aggressionen in Richtung Kind oder Jugendlichen sind, hat es sich bewährt, sie zunächst ohne das „Problemkind“ zu einem Elterngespräch (oder mehreren) einzuladen. Die vielfältigen Belastungen der Eltern über lange Zeit können dann hinreichend gewürdigt werden, ohne dass das Kind in Anwesenheit der Therapeutin den Vorwürfen der Eltern ausgesetzt ist. Und die Therapeutin kann den Eltern aufmerksam zu hören, ohne durch Überlegungen, wie sie das Kind vor den Vorwürfen der Eltern schützen kann, abgelenkt zu sein. Die Eltern können die Erfahrung machen, dass die Therapeutin ihnen aufmerksam zuhört und ihre möglicherweise über Jahre sich hinziehenden Belastungen anerkennt. In der nächsten oder übernächsten Sitzung gemeinsam mit dem Kind oder Jugendlichen ist dann wahrscheinlich der Druck der Eltern, die Therapeutin von ihrem Leid überzeugen zu müssen, nicht mehr so hoch, so dass dieser Kontakt dann weniger konflikthaft und damit therapeutisch fruchtbarer verläuft.

Eine Alternative in Fällen von überbordenden Beschuldigungen des Kindes oder Jugendlichen seitens der Eltern besteht darin, dass die Therapeutin das Gespräch unterbricht und das Kind bzw. den Jugendlichen mit den Worten anspricht: „Du kennst diese Vorwürfe alle sehr gut, hast sie schon oft gehört,

so dass das alles nicht neu für dich ist. Ich frage mich, wie belastend das für dich ist, all die Beschuldigungen auch in dieser Situation wieder anhören zu müssen. Du kannst gerne so lange rausgehen, bis deine Eltern alles geschildert haben, was sie berichten möchten, und ich würde dich wieder hereinholen, wenn es um die Frage geht, wie es weitergehen soll. Wie möchtest du dich entscheiden?“

Generell sollte man den Sinn von Elterngesprächen nicht oder zumindest möglichst wenig darin sehen, dass man mit den Eltern über ihr Kind oder ihre Jugendliche spricht. Nach meinen Erfahrungen sollte nach Möglichkeit eine *Regel* beachtet werden, die da lautet: *„Mit den Eltern spricht die systemische Therapeutin über die Ziele und die Themen der Eltern, mit der Mutter über die der Mutter, mit dem Vater über die des Vaters; mit dem Kind oder der Jugendlichen spricht sie über die Ziele und die Themen des Kindes oder der Jugendlichen; mit der Familie spricht sie über das familiäre Zusammenleben.“* In Geschwisterterminen, die nach meiner Wahrnehmung viel zu selten genutzt werden, erörtert die Therapeutin, wie die einzelnen Kinder oder Jugendlichen ihre Entwicklungsaufgaben unter den gegebenen Familienbedingungen bewältigen oder bewältigt haben.

Falls eine Therapie ins Stocken gerät, empfiehlt es sich, innezuhalten und der *Regel* zu folgen: *„Wenn es nicht weitergeht, erweitere das System!“* Fragen sie sich, ob es noch Großeltern mütterlicherseits oder väterlicherseits gibt, die für die Familienmitglieder von Bedeutung sind. Gibt es eine Tante oder einen Onkel, eine Lehrerin oder einen Trainer, die durch eine andersartige Sichtweise den stockenden Prozess wieder in Gang bringen könnten? Ein derartiger Versuch lohnt sich fast immer.

Umgang mit Diagnosen

Die Autoren des DSM IV und der ICD 10 haben eindeutig beschrieben, dass die Diagnosen ihres Manuals lediglich *Beschreibungen* typischer Cluster auffälligen Verhaltens darstellen und keine ätiologische Aussage machen. Die Formulierung der Beschreibungen wird in einem Konsensusprozess unter Fachleuten festgelegt, da es bisher bei keiner psychischen resp. psychiatrischen Störung körperliche Marker gibt, die klare Abgrenzungen ermöglichen würden. Sinn der Diagnosen ist es, einen Rahmen zu schaffen, mit dem die Störungen, die von den Krankenkassen zu finanzieren sind, von Befindlichkeitsstörungen unterschieden werden. Wie letztlich willkürlich diese Abgrenzungen zwischen gestört und nicht gestört dabei sind, wird unter anderem da-

raus erkennbar, dass Allen Frances, Leiter der Arbeitsgruppe für die Formulierung des DSM IV und laut New York Times der damals „einflussreichste Psychiater Amerikas“, vor einigen Jahren (2013, S. 204 ff.) äußerte, dass sie die Kriterien für ADHS und für Autismus enger gefasst hätten, wenn sie den Boom an ADHS-Diagnosen und später den an Autismus-Diagnosen hätten voraussehen können.

Systemtherapeutisches Denken und Handeln zeichnet sich durch eine hohe Offenheit und Unvoreingenommenheit aus. Diese Haltung konfliktiert mit Diagnosen, wenn sie als ontologische Einheiten, d.h. nicht mehr nur als Beschreibungen, sondern als Tatsachen wie die Fraktur eines Beines oder das auf dem Bildschirm erkennbare Magengeschwür betrachtet werden. Es kann dann leicht geschehen, dass die Stellung einer Diagnose als das verkannt wird, was wörtlich übersetzt bedeutet: als ein genaues Erkannthaben. Dann besteht die Gefahr, dass eine Diagnose behandelt wird (was von der Pharmaindustrie auch genau so intendiert ist), und nicht der Mensch, der die Therapeutin aufgesucht hat. Ein neugieriges systemisches Erforschen, wie das unerwünschte Verhalten dieses einmaligen Patienten genau aussieht, in welchen Konstellationen es auftritt und welche Lösungsversuche bereits gemacht wurden, erscheint dann überflüssig. Allen Frances 2013 (S. 54 f.) formulierte dies mit den Worten, es werde „übertrieben viel Wert auf die Diagnostik gelegt und zu wenig Aufmerksamkeit auf die sonstigen Lebensumstände des Patienten gerichtet. Wir vergessen leicht die Einsicht des Hippokrates, der meinte, *wichtiger als die Frage, welche Krankheit ein Mensch habe, sei die Frage, welche Art Mensch von einer Krankheit befallen sei.*“

Zudem geschieht in solchen Fällen oft etwas Merkwürdiges: Aufgrund beispielsweise von unruhigem und impulsivem Verhalten sowie einer fluktuierenden Aufmerksamkeit wird ADHS diagnostiziert. „Hat“ das Kind dann die Diagnose, wird – zumindest von vielen Angehörigen – auf einmal angenommen, dieses ADHS verursache das unruhige und impulsive Verhalten sowie die fluktuierende Aufmerksamkeit. Die darin liegende logische Tautologie wird in erstaunlicher Weise nicht zur Kenntnis genommen.

Für eine systemische Therapeutin gibt es aber auch nützliche Aspekte von Diagnosen. Sie ordnen das unüberschaubare Feld von normabweichenden Verhaltensweisen in einer bestimmten Art und Weise – auch wenn man es prinzipiell anders hätte machen können. Diagnosen haben zudem ihre Berechtigung beispielsweise im Kontakt mit den Krankenkassen und im fachlichen Diskurs. Sie bündeln ein störungsspezifisches Wissen, das auch für eine

systemische Therapeutin notwendig und nützlich ist. Gegenteilig hielte ich es für ethisch unverantwortlich, die Erfahrungen anderer Therapeutinnen in der Arbeit nicht zu nutzen. Im Therapieprozess auf einen breiten Schatz an möglichen, in anderen Therapien bewährten Vorgehensweisen zurückgreifen zu können, aus dem man situationsabhängig das aktuell geeignet Erscheinende auswählt, ist zweifellos hilfreich und förderlich. Man muss aber auch die Gefahren sehen: Einmal – wie schon gesagt – die Verkennung der Diagnose als ätiologische Kategorie („Jetzt wissen wir, was das Kind hat“), die Gefahr der Chronifizierung aufgrund einer durch die Diagnose bestimmten Aufmerksamkeitsfokussierung und die Verführung zu einer individuumzentrierten Sichtweise, die das Problem in der Person des Symptomträgers lokalisiert.

Systemische Hypothesen

Dieser letztgenannten Gefahr begegnet die systemische Therapeutin am besten dadurch, dass sie eine systemische Hypothesenbildung durchführt. *Systemische Hypothesen zeichnen sich dadurch aus, dass sie auf das System bezogen sind und die wichtigsten Mitglieder des Systems einschließen.* (Beispielsweise: ‚Florians Mutter sieht dem nach dem Abitur geplanten Auszug ihres Sohnes mit Angst entgegen und zeigt sich zunehmend depressiv, was verstärkte Vorwürfe des Vaters auslöst und Florian veranlasst, kurz vor dem Abitur trotz bester Noten den Schulbesuch aus Schulangst zu verweigern.‘) Sie unterscheiden sich damit wesentlich von individuumzentrierten Hypothesen (beispielsweise: ‚Lea zeigt soziale Ängste, weil sie aufgrund des überprotektiven Verhaltens ihrer Mutter nicht gelernt hat, Kontakte zu Gleichaltrigen zu gestalten‘). Solche individuumbezogenen Hypothesen sind nicht „falsch“, bieten aber wenig Anregungen für ein systemisches Arbeiten (siehe dazu: Hanswille 2015, S. 60 – 69; zur systemischen Hypothesenbildung beispielsweise bei Angststörungen: Rotthaus, 2015, S. 133-143).

Eine systemische Hypothese verbindet die Handlungen der verschiedenen Akteure in wertschätzender Weise. Sie ist eine vorläufige, im weiteren Verlauf zu überprüfende Annahme darüber, welchen Sinn, welche Funktion, welchen guten Anlass oder Zweck ein Symptom im jeweils relevanten Kontext haben könnte. Sie erlaubt eine angemessene Würdigung des Symptoms. Sie unterscheidet die Logik des Beobachters und die des beobachteten Systems, für das das Symptom aufgrund der Systemgeschichte und angesichts der aktuellen Umweltbedingungen „richtig“, das heißt stimmig und angemessen ist, auch wenn es Leid erzeugt. Aber bekanntlich gibt es in einem Ökosystem, als

das Kind ebenso wie die Familie angesehen werden kann, nicht Überflüssiges.

Systemische Hypothesen sind nach meinen Erfahrungen so wichtig, weil sich aus ihnen viele Anregungen für das weitere Vorgehen der Therapeutin ableiten. Sie veranlassen zu Zukunftsfragen, zirkulären Fragen, best case- und worst-case-Fragen, hypothetischen Fragen und kontexterweiternden Fragen, mit denen die Therapeutin die Aussage der Hypothese überprüft und die Perspektive der Familienmitglieder erweitert. Und sie regen beispielsweise zur Durchführung von Familienskulpturen an. Sie verbinden in sich einen erkundenden (diagnostischen) Anteil und einen verändernden (interventionistischen) bzw. Veränderung anstoßenden Anteil. Zudem orientieren systemische Hypothesen den Blick der Therapeutin auf die Ko-Evolution in dem relevanten System. Sie richten beispielsweise die Aufmerksamkeit nicht nur darauf, welche Entwicklungsaufgaben sich dem Kind stellen, deren Erfüllung nicht angefasst bzw. nicht bewältigt wird. Da Entwicklung immer in Beziehung geschieht, stellen sich den Eltern zur gleichen Zeit parallele Entwicklungsaufgaben, die sie in Angriff nehmen müssen. Wenn sich beispielsweise einer Jugendlichen in ihrem Ablösungsprozess die Aufgabe stellt, Unabhängigkeit und Autonomie zu entwickeln, die Kontakte zu den Gleichaltrigen zu pflegen und eine eigenständige Lebensperspektive zu entwickeln, stellen sich den Eltern zeitgleich ähnliche und nicht geringere Herausforderungen: Sie müssen sich beispielsweise dem Leben in einem Haushalt ohne Kind zuwenden, müssen wieder lernen, als Ehepartner zu leben und nicht vornehmlich als Eltern, und müssen Ideen entwickeln, wie sie ihre zweiten Lebenshälfte so gestalten können, dass sie Zufriedenheit und Befriedigung erleben können. Auf welcher Seite (auf Seiten der Jugendlichen? auf Seiten des Vaters? auf Seiten der Mutter?) es am ehesten möglich ist, diesen Prozess anzuregen und zu stimulieren, ist im Einzelfall unterschiedlich. Zuweilen handelt es sich dabei um eine Entwicklungsaufgabe, die unter einer Mehrgenerationenperspektive bereits eine Generation zuvor von einem Elternteil bei seiner Ablösung von den eigenen Eltern nicht oder nur sehr unvollständig geschafft wurde und deshalb jetzt eine ganz besondere Herausforderung darstellt (Rotthaus 2015, S. 98/99).

Kompetenz in Paartherapie

Nicht selten glauben Therapeutinnen, bei Eltern eine gravierende Paarproblematik zu erkennen, und sprechen dann die Empfehlung einer Paartherapie bei einer Paartherapeutin aus. Dieses Verhalten lässt sich würdigen als selbstkritisches Verhalten der systemischen Therapeutin im Hinblick auf ihre paartherapeutische Kompetenz. In der Realität hat eine solche Empfehlung aber meist eine Reihe unerwünschter Nebenwirkungen: Zum einen hört das Paar die Botschaft: „Ihr seid so gestört – so krank –, dass eine ‚richtige‘ Paartherapie unerlässlich ist.“ Zum anderen wird eine beträchtliche Hürde errichtet, die das Paar im Hinblick auf eine paartherapeutische Arbeit zu überwinden hat. Beide haben sich soeben dieser Therapeutin gegenüber geöffnet und über Einzelheiten eines schwierigen Zusammenlebens berichtet. Jetzt erneut bei einer anderen Therapeutin von vorne beginnen zu müssen, bedarf es hoher Motivation, die erwartungsgemäß viele Paare nicht aufbringen.

Aus heutiger Sicht erscheint es deshalb als ein Fehler, bei der Ausarbeitung des Curriculums „Systemische Kinder- und Jugendlichentherapie“ für die Weiterbildungen der DGSF nicht wenigstens Grundkenntnisse in Paartherapie aufgenommen zu haben. Zumindest sollte die Kinder- und Jugendlichentherapeutin in der Lage sei, dem Paar die Möglichkeit zu geben, erste positive Erfahrungen in paartherapeutischen Gesprächen zu machen. Falls sich dann nach einigen Sitzungen erweisen sollte – und das trifft auf eher wenige Fälle zu –, dass das Paar eine längerfristige gemeinsame therapeutische Arbeit wünscht, wäre zu diesem Zeitpunkt ein Wechsel zu einer Paartherapeutin möglich.

In ähnlicher Weise erlebe ich die Neigung vieler Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen als unangemessen und unsensibel, der Mutter oder dem Vater eine eigene Therapie zu empfehlen. Auch hier lautet die Botschaft: „Sie sind meiner Meinung nach so gestört, dass Sie eine eigene Therapie brauchen.“ (Und implizit heißt das: Eigentlich sind Sie deshalb doch schuld am Verhalten des Kindes.) Selbstverständlich muss auch eine Kinder- und Jugendlichentherapeutin sich für Einzelgespräche mit einer Mutter (einem Vater) Zeit nehmen und ganz persönliche lebensgeschichtliche Belastungen thematisieren. Wenn dann in diesen Einzelgesprächen die Mutter oder der Vater ein bedeutsames eigenes Anliegen entdeckt, dessen Erörterung offensichtlich einen höheren Zeitaufwand und evtl. auch speziellere Erfahrungen in der Therapie mit Erwachsenen erfordert, dann ist es selbstverständlich durchaus angemessen, auf eine erfahrene Therapeutin zu verweisen.

Jugendliche in suizidalen Krisen

Zum Abschluss ein konkretes Beispiel dafür, wie wichtig es ist, den Kontext für das problematische Verhalten eines Kindes oder Jugendlichen in den Blick zu nehmen und die engsten Angehörigen in den Therapieprozess einzuschließen. Ich spreche von Jugendlichen, die einen Suizidversuch begangen haben. Die Gefahr, dass Jugendliche ihren Suizidversuch noch einmal wiederholen, ist sehr hoch. Jeder 4. bis 5. Jugendliche, der einmal einen Suizidversuch unternommen hat, wiederholt diesen in den nächsten ein bis zwei Jahren. Und etwa 4 bis 5 % dieser Jugendlichen werden sich später tatsächlich das Leben nehmen² (Volkhamer 2000). Wenn man davon ausgeht, dass ein Großteil der Jugendlichen, die eine Suizidhandlung begangen haben, in irgendeiner Weise mit dem psychosozialen System in Berührung gekommen ist und wahrscheinlich auch zumindest ansatzweise Therapieerfahrung gemacht hat, erscheinen mir diese Zahlen erschreckend hoch. Offensichtlich erhalten sie nicht die Unterstützung, die ihnen tatsächlich hilft.

Bei hoher Suizidalität oder in der Folge von Suizidhandlungen hilft eine Sichtweise, die der Philosoph Schopenhauer bereits 1819 formuliert hat: „Der Selbstmörder – damals sprach man noch von Selbstmord – will das Leben. Er ist bloß mit den Bedingungen unzufrieden, mit denen es ihm geworden.“ D.h.: *Die Suizidhandlung zielt immer auch auf das Leben, jedoch auf ein Leben unter anderen Bedingungen.* Sie ist der Versuch, eine unerträglich und unveränderlich erlebte Situation zu verändern, die die Jugendliche nicht mehr allein glaubt lösen zu können. Und die wichtigen anderen Bedingungen sind die Beziehungen zu seinen Bezugspersonen. Die unerträglich erlebte Situation ist das Geflecht von Beziehungen, in denen sie lebt.

Diese Sichtweise ist zu ergänzen durch ein weiteres, für Suizidhandlungen sehr charakteristisches Paradox: *Einerseits erscheint eine Suizidhandlung als eine höchst individuelle, sehr persönliche Entscheidung. Andererseits sind alle Suizidhandlungen in hohem Maße auf nahestehende Andere bezogen.* Die Jugendliche in einer akuten suizidalen Krise beschäftigt sich intensiv mit ihren Beziehungen zu nahen Angehörigen und reflektiert deren voraussichtlichen Reaktionen auf ihre Suizidhandlung. In Abschiedsbriefen setzen sie sich meist ausführlich mit der familiären Situation und ihren Beziehungen zu wichtigen Anderen auseinander, sei es, dass sie Vorwürfe erheben und Be-

2) Unterstützt wird diese Aussage u.a. durch Hultén, A. et al. (2001): Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry* 10: 161 – 169 und Miranda, L. et al. (2014): Longitudinal Follow-up Study of Adolescents who report a Suicide Attempt- Depression and Anxiety 31: 19 - 26.

schuldigungen aussprechen, sei es, dass sie die Zurückgebliebenen beschwören, keine Schuld an ihrer Entscheidung zu tragen. Auch hier findet sich also der sehr deutliche Hinweis, dass das Denken der Jugendlichen in der akuten suizidalen Krise um seine Beziehung zu wichtigen Anderen kreist.

Der Suizidversuch ist deshalb nicht so sehr ein „cry for help“, wie das oft behauptet wird, sondern er ist ein „cry for change“. Es muss sich in dem Beziehungsfeld des Menschen, der eine schwere suizidale Krise erlebt, etwas ändern, damit sein Leben wieder lebenswert erscheint. Therapeutisch bedeutet das: Die wichtigen Anderen – bei Kindern und Jugendlichen wiederum vor allem die Eltern – müssen in die Therapie aktiv einbezogen werden, um mit allen gemeinsam auszuloten, wie Entwicklung in einem zumindest aus Sicht der Jugendlichen erstarrten, änderungsresistenten System wieder möglich wird. Lediglich oder vorwiegend Einzeltherapie mit einem Menschen in einer akuten suizidalen Krise zu machen, erscheint auf diesem Hintergrund schlicht als Kunstfehler.

Ergebnisse der Therapieforschung

Eltern bzw. Familien nicht aktiv in die Therapie von Kindern und Jugendlichen einzubeziehen, birgt eine Reihe von Gefahren. So muss bei einer Einzelarbeit mit dem Kind oder Jugendlichen sehr sorgsam darauf geachtet werden, dass nicht offen oder verdeckt eine Rivalität zwischen den Eltern und der Therapeutin entsteht, die sich direkt oder in ganz subtilen Sabotagehandlungen der Eltern äußern kann. Im weiteren Verlauf führt das leicht seitens der Therapeutin zu dem Vorwurf unzureichender Kooperation an die Eltern. Diese Gefahr ist bei Psychotherapie im stationären Setting besonders hoch und erfordert entsprechende konzeptuelle Maßnahmen, die Offenheit und große Transparenz schaffen. Darüber hinaus kann es bei der Arbeit im Einzelsetting leicht geschehen, dass Eltern ihre elterliche Verantwortung an die Therapeutin delegieren und damit in den Augen ihrer Kinder viel an elterlicher Präsenz und elterlicher Wirksamkeit verlieren. Schließlich kann die Entscheidung für eine Arbeit im Einzelsetting bedeuten, dass das Kind in der ihm zugewiesenen Sündenbockposition bestätigt wird, was die Arbeit sehr erschweren kann. Diese Gefahren sind nicht aus der Luft gegriffen: Szapocznik und Prado (2007) berichten beispielsweise, dass in drei randomisierten kontrollierten Therapiestudien einzeltherapeutische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen zu anhaltenden Verschlechterungen der Familienfunktion führten. Schwartz zitiert 2005 ebenfalls Studien, in denen Einzeltherapien

trotz Besserung auf Symptomebene anhaltende Verschlechterungen in den sozialen Beziehungen zur Folge hatten.

Die Therapieforschung verweist im Übrigen darauf, dass

- die Geschwister von einer Psychotherapie unter Einbezug der Familie deutlich profitieren (Zander et al. 2001),
- dass die drop-out Rate bei Einbeziehung der Familie sinkt, das heißt, dass die so genannte „Haltequote“ höher ist als im rein einzeltherapeutischen Setting (von Sydow et al., S. 136)
- dass soziale und vor allem ethnische Randgruppen sowie Migranten durch den Einbezug der Familienmitglieder besser erreicht werden (von Sydow et al., S. 137) und
- dass insbesondere bei Störungen des Sozialverhaltens und bei Delinquenz sowie bei Substanzstörungen und Essstörungen der Einbezug der Familie, aber auch der Peer Group und des schulischen respektive beruflichen Kontextes zu bemerkenswert guten Ergebnissen führt (von Sydow et al., S. 135).

Literatur

- Frances, A.* (2013): Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln (Dumont).
- Frances, A.* (2017): Wer ist krank – und wer nicht? Die entscheidende Rolle psychiatrischer Diagnosen – und ihre gravierenden Mängel. *Familiendynamik* 42, 2: 102 – 111.
- Hanswille, R.* (2015): Haltungen systemischer Therapeuten und Therapeutinnen. In: R. Hanswille (Hrsg.): *Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 23 – 69.
- Richter, H.-E.* (1960): Die narzisstischen Projektionen der Eltern auf das Kind. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 1, 62 – 79.
- Richter, H.-E.* (1963): Eltern, Kind und Neurose. *Psychoanalyse der kindlichen Rolle*. Stuttgart (Klett).
- Richter, H.-E.* (1970): Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in der Familie. Hamburg (Rowohlt TB).
- Rotthaus, W.* (2015) Ängste von Kindern und Jugendlichen. *Störungen systemisch behandeln*, Bd. 3. Heidelberg (Carl-Auer).
- Rotthaus, W.* (2017): Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen. *Störungen systemisch behandeln*, Bd. 7. Heidelberg (Carl-Auer).
- Schwartz, R. S.* (2005): Psychotherapy and social support. *Harvard Review of Psychiatry*, 13: 272 – 279.

Sydow, K. von, S. Beher, R. Retzlaff u. J. Schweitzer (2007): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen (Hogrefe).

Szapocznik, J. a. G. Prado (2007): Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: A recommendation for expanded safety monitoring. *Journal of Family Psychology* 21, 3: 468–478

Volkhamer, C. (2000): Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen. *Kinderheilkunde* 148: 41-44.

Zander, B., F. Black, W. Rotthaus u. M. Strack (2001): Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50: 225 – 241.

Autor:

Dr. Wilhelm Rotthaus

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Commerstr. 1, 50126 Bergheim

Tel.: 02271 41601 Fax: 44921

wilhelm-rotthaus@t-online.de

www.wilhelm-rotthaus.de

Interessenkonflikt: Autor mehrerer Fachbücher.

Der Autor erklärt, dass sonst keine Interessenkonflikte bestehen.

Teilhabe im Fokus Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – In der Behandlungsplanung mitzudenken

Nora Volmer-Berthele, Beate Kentner-Figura

Zusammenfassung

Mit der Integration der UN-Behindertenrechtskonvention in das neue Bundesteilhabegesetz ändern sich Hilfeplanungen. Der Selbstwirksamkeitsgedanke steht nun im Fokus. Rehabilitation stellt die Teilhabe und die Befähigung in Gruppenangeboten in den Vordergrund. Seit 2017 sind rehabilitative Angebote für chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche eine Pflichtleistung der Renten- und Krankenkassen. Die Antragstellung wurde vereinfacht. Die Finanzierung beinhaltet bei unter 12-jährigen und darüber hinaus bei entsprechender Indikation auch die Kosten für eine erwachsene Begleitperson vor Ort und deren Verdienstausschluss. Seit Juli 2023 wurde zudem das Wunsch- und Wahlrecht der Familien und von Zuweisenden gestärkt und nimmt eine zentrale Rolle bei der Einrichtungsauswahl ein. Neben diesen Neuerungen wurden zusätzliche Angebote, wie die Suchtrehabilitation und RPK-Maßnahmen für Jugendliche als Muss-Leistungen definiert. Teilweise stehen hier jedoch noch die Ausarbeitungen der Rahmenbedingungen aus.

Schlüsselwörter

UN Behindertenrechtskonvention, Bundesteilhabegesetz, Selbstwirksamkeit, Teilhabe, Rehabilitation, Begleitperson, Wunsch- und Wahlrecht

Summary:

With the integration of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities into the new Federal Participation Act, assistance planning will change. The concept of self-efficacy is now the focus. Rehabilitation emphasizes participation and empowerment through group offers. Since 2017, rehabilitative services for chronically ill children and adolescents have been a mandatory benefit of the pension and health insurance funds. The application process has been simplified. The financing includes the costs for an adult

accompanying person on-site and their loss of earnings for children under 12 years old and, if indicated, beyond. Since July 2023, the right to choose and decide, both for families and for referring parties, has been strengthened, and it will play a central role in selecting facilities. In addition to these changes, additional services such as addiction rehabilitation and measures for adolescents with substance abuse problems have been defined as mandatory services. However, some of the framework conditions for these services are still being worked out.

Keywords

UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Federal Participation Act, self-efficacy, participation, rehabilitation, accompanying person, right to choose and decide

Einführung

Anfang dieses Jahrtausend legte die Weltgesundheitsorganisation mit ihrer Konkretisierung der Definition von Teilhabe eine Grundlage für ein Umdenken im Bereich des Umgangs mit persönlichen, sozialen und umweltbedingten Einschränkungen auch bei Kindern und Jugendlichen. Die 2001 gestellte Forderung „Einbezogen sein in eine Lebenssituation“ sollte in den Vordergrund rücken. Die Vereinten Nationen griffen diese Überlegung in der UN-Behindertenrechtskonvention 2006 auf. Hier wurde der zuvor geltende Begriff von Behinderung grundlegend verändert. Der Begriff der Behinderung wurde in den Kontext der Wechselwirkungen zwischen den eigenen Voraussetzungen und den umweltbedingten Einschränkungen gesetzt. Das Schaffen der Möglichkeit einer vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft war die daraus resultierende Forderung.

Erst drei Jahre später ratifizierte Deutschland die Konvention. Es stellte sich schnell heraus, dass die Rahmenbedingungen des deutschen Fürsorgeprinzips dem Befähigungs- und Selbstwirksamkeitsgedanken der UN-BK nicht entsprachen. Eine Veränderung der gesetzlichen Grundlagen wurde notwendig. Diese Überarbeitung ließ auf sich warten. Die Veränderungen erschienen erst 2016 im Bundesteilhabegesetz, die Planung der Umsetzung wurde hier festgehalten. Die Änderungen in den Sozialgesetzbüchern laufen seither und sollen in diesem Jahr mit einer Anpassung der Anspruchsberechtigten abgeschlossen sein.

Seither sind viele Schritte unternommen worden, um auch junge Menschen aktiv in die Gestaltung ihrer eigenen Lebensbedingungen und in die gesellschaftliche Teilhabe einzubeziehen. Hierfür wurden Barrieren bei den Zu-

gängen zu Hilfsangeboten abgebaut. Es wurden Sicherungsleistungen erhöht, Antragsverfahren erleichtert, Prävention ausgebaut.

Ein häufig unbekannter Schritt hierbei betrifft die Rehabilitation für alle Kinder und Jugendliche, die von einer chronischen Erkrankung bedroht oder betroffen sind. Die Rehabilitationsbehandlung wurde 2017 zur Muss-Leistung der Deutschen Rentenversicherung und der Krankenversicherungen. Das damit verbundene Antragsverfahren wurde verkürzt und erleichtert. Die Mitaufnahme von erwachsenen Bezugspersonen wurde für alle unter 12-Jährigen niederschwellig ermöglicht und auch für ältere Kinder sowie Jugendliche bei Bedarf zugelassen. Die zuvor selektive Kann-Leistung stand voranging Kindern und Jugendlichen mit chronischen somatischen Erkrankungen zur Verfügung. Für Rehabilitationsmaßnahmen bei Asthma, Neurodermitis und Adipositas im Kindes- und Jugendalter standen daher bereits Standards zur Umsetzung der rehabilitativen Angebote zur Verfügung, um inhaltliche Qualitätsstandards sicherzustellen.

In der Rehabilitationsbehandlung werden Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen sowie ihre engen Bezugspersonen bei der Verbesserung der eigenständigen Alltagsbewältigung, mit dem Schwerpunkt der schulisch-beruflichen Orientierung und der Sicherstellung der Teilhabe an der Gesellschaft unterstützt und gefördert. Der Schwerpunkt der Maßnahmen liegt auf einer praxisorientierten Anleitung, einer gruppenbezogenen Alltagsbegleitung und der Überprüfung eines Anpassungsbedarfes von bestehenden Hilfen - für die Betroffenen selbst und bei Bedarf für das gesamte Familiensystem.

Die Anbieter von Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendlichen waren früh aufgefordert sich mit dem Bundesteilhabegesetz auseinanderzusetzen und ihre Möglichkeiten der durch Sie umsetzbaren Angebote zu prüfen. Die deutliche Erweiterung der Anspruchsberechtigten und die damit verbundenen Veränderungen ihrer Bedarfe, gingen mit der Notwendigkeit einer Anpassung der Rehabilitationskonzepte und Therapieangebote sowie einer entsprechenden Weiterqualifizierung des Personals einher. Die Angebotsüberarbeitung war nicht nur auf der fach- und diagnosebezogenen Ebene erforderlich. Warum? Während zuvor Kinder ab dem 10ten Lebensjahr alleine die stationäre Rehabilitationsmaßnahme antraten, kommen diese nun bis zum vollendeten 12ten Lebensjahr regelhaft und darüber hinaus bei Bedarf in Begleitung einer erwachsenen Bezugsperson in die Rehabilitation.

Die Schulungs-, Betreuungs-, und Begleitungsbedarfe in dieser Altersgruppe sind - unabhängig von den Krankheitsbildern aufgrund derer die Maßnahmen in Anspruch genommen werden - andere. So sind neben der Auseinandersetzung mit schwerergradigen Einschränkungen die Begleitung in die Verselbstständigung, die Unterstützung der Familie im Rahmen des altersentsprechenden Loslösungsprozesses, Selbständigkeit und Teilhabe an entwicklungsge­mäßigen Aktivitäten hierbei wichtige Aufgaben.

In Folge der Veränderungen der Rahmenbedingungen ist deutlich zu beobachten, dass mehr Betroffene mit kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen diese Behandlungsangebote in Anspruch nehmen. Die Patienten sind nicht nur schwerer eingeschränkt und betroffen, sie kommen auch mit komplexen Entwicklungsstörungen und frühkindlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Auffälligkeiten. Hier sind andere Beratungs- und Begleitungsaufgaben erforderlich, um eine Verbesserung der Teilhabe im häuslichen Umfeld sicherzustellen. So ist eine Intensivierung der Vernetzung zu den Vor- und Weiterbehandelnden unerlässlich. Ein wesentlicher Auftrag ist es die Voraussetzungen zu schaffen, den Austausch auf- und Unsicherheiten abzubauen damit ein rehabilitatives Angebot, dass nur als ein Baustein in einer Behandlungskette funktionieren kann, wirksam eingesetzt werden kann.

Hierbei ist die Sicherstellung von qualitativ hochwertigen Rehabilitationsangeboten, die die Stärke dieses gruppenbezogenen Aktivierungsangebotes mit hohem praxisbezogenem Umsetzungsanteil transparent abbilden, wesentlich. Ein Definieren von inhaltlichen Qualitätsanforderungen der KJPP-bezogenen Angebote und eine Evaluation und Überprüfung der Wirksamkeit sind wichtige Bestandteile, um sicherzustellen, dass diese, als Teil der regionalen Versorgungsstrukturen, für diese Klientel mitgedacht werden kann.

Neben inhaltlichen Änderungen müssten an den Standorten der Rehabilitationsangebote die baulichen Voraussetzungen an die neuen Anforderungen angepasst werden, sowohl in Bezug auf den Abbau von Barrieren als auch in Bezug auf die verstärkte Familienorientierung der Therapieangebote. Die von Seiten der Rentenversicherung geforderten Begleitpersonenkonzepte müssen zukünftig spezifischere und intensiviertere Angebote für die Bezugspersonen beinhalten.

Neben den Veränderungen und Anpassungen der langjährig bestehenden stationären Maßnahmen wurden für Kinder und Jugendliche des Weiteren Angebote zur Suchtrehabilitation entwickelt. Ergänzend hierzu sind nun auch Angebote im Sinne der Rehabilitation für psychisch Kranke, die RPK-Maß-

nahmen über 6-12 Monate gefordert, um die Angebote zu vervollständigen. Für diese Angebote sind aktuell jedoch noch Qualitätsanforderungen zu entwickeln. Die besonderen Bedarfe von Jugendlichen bei der inhaltlichen Ausgestaltung zu berücksichtigen scheint für die Kostenträger noch eine große Herausforderung darzustellen. Hier adäquate Strukturen und eine angemessene personelle Vorgabe zu entwickeln und bei der - auch finanziellen - Ausstattung zu berücksichtigen ist aktuelle Aufgabe der einzelnen Anbieter mit den Leistungsträgern. Auch der Ausbau von ambulanten Maßnahmen ist gesetzlich verankert und wird bisher voranging bei orthopädischen Erkrankungen und Adipositas ausgebaut. Herausfordernd scheint hierbei die Kombination ambulanter Angebote mit der für Kinder und Jugendlichen fortbestehenden Schulpflicht, die mit entsprechenden Vernetzungsvoraussetzungen einhergehen.

Des Weiteren sollen die rehabilitativen Angebote durch Nachsorgemaßnahmen in ihrer Nachhaltigkeit gesichert werden. Auch hierfür steht die Entwicklung von Angeboten - insbesondere für den Bereich der Kinder - und Jugendpsychiatrie, noch aus. Gerade hier ist zudem eine Abwägung der Erfordernisse in enger Abstimmung und Einbindung in bestehende Strukturen vor Ort gefordert.

Neben den bereits genannten inhaltlichen und strukturellen Themen steht ab Juli 2023 eine weitere Veränderung in der Rehabilitation an. Die bisherige Zuweisungsstruktur der RehabilitandInnen nach Antragstellung bei den Rentenversicherungsträgern soll zukünftig digitalisiert und voranging am Wunsch der Betroffenen orientiert erfolgen. Das Wunsch- und Wahlrecht beinhaltet hierbei auch die Möglichkeit indirekte Wünsche zu formulieren wie „am Wasser“ oder „an den Bergen“, die ebenfalls zu berücksichtigen sind - soweit dies mit den fachlichen diagnosespezifischen Anforderungen in Übereinstimmung zu bringen ist.

Die beschriebene intensive Arbeit und die damit verbundenen Anpassungen der Rehabilitationskliniken und Rehabilitationszentren, die seitens der Rentenversicherungen gefordert wurde, geht mit einer rigiden und restriktiven Haltung der Leistungsträger in Bezug auf die Finanzierung der Anforderungen einher. Die Umsetzung dieser wichtigen ergänzenden Angebote droht teilweise hierdurch zu scheitern.

Und auffällig bleibt, dass das rehabilitative Angebot nach wie vor wenig bekannt zu sein scheint und wenn, dann als aufwändig und kompliziert in der Beantragung abgespeichert. Die vorgenommenen - notwendigen - Anpassungen haben bisher Wenige in der Beratung und Mitbeantragung tätige ärztliche

und psychotherapeutische KollegInnen wahrgenommen. Dies zukünftig mitzudenken kann bei bestimmten Familien zu einer wesentlichen Unterstützung beitragen.



Erwachsene Bezugspersonen stellen den Antrag - über ihre eigene Rentenversicherungsnummer ohne Einfluss auf eigenen Reha-Anspruch. Hierbei kann es sich um leibliche Eltern oder um im Haushalt mit lebende Erwachsene handeln. Der vorgefertigte Antrag kann auch online ausgefüllt werden. Die Angabe einer Wunschklinik kann erfolgen.

Behandelnde ÄrztInnen füllen eine 2 seitige Stellungnahme mit Diagnosen, aktuellen Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Teilhabe sowie den fachlichen Rehabilitationszielen aus. Die Angabe einer empfohlenen Klinik kann erfolgen.



Beides zusammen wird bei einem Sozialversicherungsträger eingereicht. Dieser prüft seine Zuständigkeit und sendet ansonsten an den zuständigen Sozialversicherungsträger weiter. Die Prüfung muss innerhalb von 2 Wochen erfolgen.

Der Kostenträger (in der Regel die Rentenversicherung, alternativ die Krankenversicherung) prüfen den Antrag auf 1. Rehabilitationsfähigkeit (Gruppenfähigkeit) und 2. Aussicht auf Nachhaltigkeit). Bei Angabe einer Wunschklinik wird geprüft ob diese die Behandlungskriterien und Bedarfe erfüllt.



Die Bewilligung oder Ablehnung erfolgt – wenn die Wunschklinik die Kriterien erfüllt – für die Wunschklinik. Ansonsten mit dem Angebot von 4 möglichen, den Bedarfen des Kindes entsprechenden Rehabilitationskliniken die die besten Bewertungskriterien und die kürzesten Wartezeiten zur Auswahl haben.

Tipps:

- Listen Sie bisherige Maßnahmen stichwortartig auf.
- Benennen Sie Bereiche mit Teilhabebeeinträchtigungen. Gehen Sie auf die Gruppenfähigkeit ein. Eine 1:1 Betreuung ist im rehabilitativen Setting nicht möglich.
- Bei Unsicherheiten - viele Kliniken haben Rehabilitationsberatng und unterstützen Sie und die Familien bei der Antragstellung.
- Auf kinder-und-jugendreha-im-netz.de sind alle Rehakliniken gelistet
- Auf der BAG Homepage findet sich eine Übersicht der KJPP geführte Kliniken

Fallbeschreibungen:

16-jährige Patientin mit Angststörung. Kein Schulbesuch seit ca. 2 Jahren. 4 therapeutische stationäre Aufenthalte in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wiederholte Kriseninterventionen. Ambulante KJP-Behandlung kontinuierlich. Veränderungsmotiviert, jedoch therapiemüde. Vorkontakt durch Behandler mit Einrichtung. Abwägen der Rehabilitationsfähigkeit. Aufnahme probatorisch mit schrittweiser Erweiterung des Rehabilitations-

alltags mit Gruppenangeboten und täglichen Fachtherapien (Ergotherapie, Bewegungstherapie, therapeutische Kleingruppe) und Schule. Berufsberatung mit Fokus auf stärken-bezogenen Angebote. Wiederkehrende Panikattacken zu Beginn mit Unterstützung durch Bedarfsmedikation. Zunehmende Stabilisierung. Aktiver Einbezug der Behandler zuhause, mit Integrationsamt und Schule von Ort weitere Beschulungsmöglichkeiten besprochen und umgesetzt. Ein Jahr später Wiederholung der Rehabilitation zur Vorbereitung auf Ausbildungsbeginn nach erfolgreichem Schulabschluss.

8-jähriger mit ADHS. Hohe familiäre Belastung nach Trennung der Eltern. Unsicherheiten bezüglich medikamentöser Einstellung bei hoher Einschränkung der schulischen Teilhabe. Vor Ort Aufnahme zur Rehabilitation mit Mutter als Begleitperson. Schulung beider zum Krankheitsbild. Gruppenangebote im pädagogischen, ergotherapeutischen und bewegungstherapeutischen Bereich. Ergänzend Interaktionsbeobachtung von Mutter und Sohn. Anleitung, Interaktionstraining und Reflexion hierbei. Dadurch Verbesserung des Krankheitsverständnisses. Reduktion der Konfliktsituationen. Erweiterung des Angebotes um Soziales Kompetenztraining unter begleitender Schulung der Mutter. Ergänzend unter Einbezug der multiprofessionellen Verhaltensbeobachtung inklusive Rückmeldung aus der Schule, Beratung bezüglich Medikation. Letztlich Durchführung der medikamentösen Behandlung im Rahmen des Aufenthaltes. Im Folgejahr Wiederholung der Rehabilitation mit Anwesenheit des Vaters als Begleitperson.

Autorinnen:

Nora Volmer-Berthele

Chefärztin, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, Wangen im Allgäu
Sprecherin AG Reha, BAG KJPP

Beate Kentner-Figura, Ärztliche Direktorin Klinik Viktoriastift, Behandlungszentrum für Kinder und Jugendliche, Chefärztin, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche und Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie
BKJPP, DGKJP, BAG KJPP, DGSPJ, PPAG, DDG, AG Reha, Vorstandsmitglied DGpRP

Interessenkonflikt:

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Gedanken zur Geschichte und zum Selbstverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Reinhart Lempp zum 100. Geburtstag

Jakob Höger

Einleitung

Der 100. Geburtstag von Reinhart Lempp, dem früheren Leiter der Tübinger Kinder- und Jugendpsychiatrie, am 21. Oktober 2023 bietet uns Gelegenheit, über die Geschichte des Fachs, insbesondere wie sie sich in Tübingen zeigt, nachzudenken. Wir erinnern uns dabei nicht nur an Lempps wissenschaftliche Beiträge, die der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie neue Perspektiven eröffnet haben, sondern in allererster Linie an seine zutiefst menschliche Haltung und seinen Mut, mit seinen Mitarbeitern in der Klinik ganz neue Wege zu gehen. Reinhart Lempps Fachlichkeit und Persönlichkeit hat unser berufliches Selbstverständnis wesentlich geprägt, ihm überhaupt erst ein Fundament gegeben.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich erst im Laufe des 20. Jahrhunderts ganz allmählich als eigenständiges Fachgebiet etablieren und von der Erwachsenenpsychiatrie und der Pädiatrie emanzipieren können. Insbesondere im ambulanten Bereich hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie bis heute enge Berührungspunkte mit der Pädagogik bewahrt. Dabei spiegeln ihre Entstehungsgeschichte und Entwicklung wie ein sensibler Seismograf die jeweiligen gesellschaftlichen und politischen Veränderungen wider.

Als Teilgebiet der Medizin bewegt sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Spannungsfeld zwischen ihrer naturwissenschaftlichen Orientierung und ihrem Selbstverständnis als therapeutischer Kunst. Generell gilt: „The practice of medicine is an art based on science”.¹ Für die Psychiatrie bedeutet dies,

1) William Osler 1904 zit. nach Mangione & Kahn 2019

dass eine organmedizinische Abklärung selbstverständlich ist – im Zentrum steht jedoch die Beziehung zwischen Arzt oder Ärztin und Patient und Patientin. Dabei sind wir selbst sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie unser wichtigstes Instrument.² Dieses Selbstverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist freilich keineswegs unumstritten.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie vor und nach dem 1. Weltkrieg

Im Jahr 1887 erschien die erste einigermaßen vollständige Monografie über »Die psychischen Störungen des Kindesalters« von dem Erwachsenenpsychiater Hermann Emminghaus. Sie gilt als „Wiege der Kinderpsychiatrie“.³ Das besondere an der Monografie: Emminghaus, der Begründer der deskriptiven Psychopathologie, rückt den Entwicklungsgedanken in den Vordergrund. Den nur negativen Aspekt des Unfertigen, Unvollkommenen will er dem Kind nehmen. Egoismus, Sinnenhaftigkeit und erhöhte Leidenschaftlichkeit sind Emminghaus „positive psychische Eigenschaften ... Äquivalente, die für die Moral, für die Vernunft, den freien Willen des Erwachsenen vorhanden sind.“ Das „Seelenleben des Kindes [ist] im gesunden wie im kranken Zustande ganz inkommensurabel mit demjenigen des Erwachsenen“.⁴

Neben den klassischen Bildern der Melancholie und der Hysterie beschreibt Emminghaus u.a. mit dem in jenem Zeitraum modernen Begriff der Neurasthenie die Folgen einer «schulischen Überbürdung». Und schließlich konzipiert er die «Gemüthsentartung» als Entwicklungsstagnation. Diese Kinder würden aufgrund einer schweren erblichen Belastung oder vereinzelt auch einmal durch Kopfverletzungen im Verlauf der Geburt maßlos egoistisch bleiben. Tadel und Kritik würden sie nicht bekümmern. Gebote und Verbote würden die Betroffenen ignorieren und bei Fehlverhalten keine Reue zeigen. Sie hätten nie Gewissensbisse und würden kein Sozialgefühl entwickeln. Sie seien nach den vorliegenden Erfahrungen „unheilbar“.⁵ Die Nomenklatur sollte sich zwar ändern und aus der «Gemüthsentartung» wurden die gemütlosen und haltlosen Psychopathien – das Diktum der Unheilbarkeit sollte aber lange Zeit bestehen bleiben.

Dass Emminghaus gerade zu dieser Zeit die ersten theoretischen Ansätze einer eigenständigen kinderpsychiatrischen Disziplin entwickelt hat, ist kein

2) Schönfelder 1991, Fuchs 2017

3) Harms 1962

4) Emminghaus 1887, S.2/S.8

5) Emminghaus 1887

Zufall. Der Übergang vom Agrar- zum Industriestaat ab Ende des 19. Jahrhunderts und die damit verbundenen familiären Umwälzungen führten auch im „Deutschen Reich“ zu brennenden sozialen Problemen gerade bei Kindern und Jugendlichen in den Städten. So beschrieb denn Emil Sioli 1907 in seinem Referat vor der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, dass sich die Beobachtungsstation in der Frankfurter „Städtischen Heil- und Pflegeanstalt für Irre und Epileptische“ allmählich aus einem praktischen Bedürfnis heraus entwickelt habe. Seit 1900 seien 40 Knaben und 29 Mädchen aufgenommen worden. Mehr als die Hälfte davon seien degenerativ veranlagt und mit abnormen Trieben behaftet gewesen, wobei am tiefsten der Hang zum Stehlen wurzle. Nur 12 davon seien nach eingetretener Besserung der Fürsorgeerziehung überwiesen worden, die übrigen seien als nicht erziehungsfähig eingestuft worden.⁶

In Tübingen nahm Robert Gaupp, der langjährige Ordinarius der Tübinger Klinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten, die Anregung aus Frankfurt auf, dass an jeder größeren Anstalt eine Beobachtungsstation für abnorme Jugendliche eingerichtet werden sollte. 1917 schrieb er in einer Denkschrift: „Angesichts der schweren Schädigungen, die der Weltkrieg unserem durch Kriegsverluste enorm geschwächten Volkskörper zugefügt hat, erhebt sich immer deutlicher und eindringlich die Forderung, der *Verwahrlosung und sittlichen Gefährdung der Jugend* beizeiten entgegenzutreten und, wo wir bei Kindern die ersten Anzeichen nervöser oder seelisch abnormer Veranlagung wahrnehmen, der weiteren Entwicklung dieser krankhaften Keime entgegenzuwirken.“ Gaupp schlug deshalb neben der Errichtung eines „*Heims für nervöse und seelisch gefährdete Kinder*“ eine „*Beobachtungszentrale für Fürsorgezöglinge*“ vor.⁷

Aufgrund der wirtschaftlichen Umstände nach dem ersten Weltkrieg konnte in Tübingen 1919/1920 nur eine klinische ‚Sonderabteilung für nervenranke und anomale Kinder‘ eröffnet werden, die 1934 in Klinisches Jugendheim umbenannt wurde. Bis 1925 wurden bei 30 Betten 832 Kinder aufgenommen. Bei der Hälfte findet sich eine neurologisch-somatische Diagnose, wobei die damals grassierende Spanische Grippe eine große Rolle spielte. Werner Villinger, der Leiter im damaligen Zeitraum, betonte, dass der begutachtende Psychiater gerade bei der Diagnose einer „echten, rein oder vorwiegend konstitutionellen Psychopathie“ eine große Verantwortung trage, handle es

6) Sioli 1907

7) Zit. nach Hirschmüller 1997

sich doch „um nicht weniger als eine Entscheidung fürs Leben, wenn man einen solchen jugendlichen Psychopathen der Fürsorgeerziehung bedürftig erklärt“.⁸

Gaupp und Villinger vertraten ganz ähnlich wie Paul Schröder, der spätere erste Vorsitzende der 1940 in Wien gegründeten Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik, das Postulat einer erblichen Veranlagung für haltlose und gemütlose Psychopathien, die unausweichlich zu dissozialem Verhalten führe. D. h., diese Kinder und Jugendlichen werden als nicht erziehbar und nicht therapierbar eingestuft.⁹

In Berlin stehen zu dieser Zeit der Psychiatrie-Professor Franz Kramer und die Wohlfahrtspflegerin Ruth von der Leyen für ein ganz anderes Psychopathie-Konzept. Sie waren federführend im Deutschen Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen und betreuten gemeinsam die im März 1921 eröffnete psychiatrische Kinderbeobachtungsstation mit 12 Plätzen an der Charité. 1934 durften sie eben noch ihre Langzeitstudie über »Entwicklungsverläufe „anethischer, gemüthloser“ psychopathischer Kinder« veröffentlichen. Zum einen kritisierten sie die unscharfen Grenzen des Psychopathiebegriffs, der einfach eine Vielzahl von Verhaltensweisen umfasse, deren gemeinsamer Nenner allein die gesellschaftliche Unerwünschtheit gewesen sei; zum anderen gingen sie von einer „unendlichen Verflochtenheit von Anlage, Erlebnis und Umwelt im Leben jeden Kindes“ aus. „Die Anlage bedingt nur die Möglichkeit, unter bestimmten äußeren Bedingungen in ein brutal-egoistisches Verhalten zu verfallen.“ Sie plädierten daher für eine streng individualisierte Herangehensweise.¹⁰

Die Zeit des Nationalsozialismus

Entsprechend dem Gesetz zur „Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ wurde Franz Kramer als „Nicht-Arier“ im November 1933 die Lehrbefugnis entzogen und im März 1935 auch das Beschäftigungsverhältnis an der Charité gelöst. Kramer emigrierte 1938 in die Niederlande. Ruth von der Leyen wurden sämtliche Fördermittel gestrichen und bedeutet, dass ihr „Gedanke, durch eine intensive Heilpädagogik eine Besserung des anlagemäßig bedingten Zustandes herbeizuführen, abwegig“ sei. Sie beging im Juli 1935 Suizid.¹¹

8) Villinger 1923, S. 146/47

9) Vgl. Fangerau/Oomen-Halbach 2021

10) Fuchs & Rose 2017, Schepker & Fangerau 2017, S.132 und 149, Kölch 2006

11) Schepker & Fangerau 2017, S.151.

Das Nazi-Regime eröffnete den Protagonisten der Idee einer erblichen Anlage für Psychopathien, welche deviantes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen schicksalhaft determiniere, Raum zur Weiterentwicklung bis ins Extreme. So lautete Paul Schröders programmatische Aussage 1940 in Wien: „Kinderpsychiatrie soll ... eingliedern helfen ... Das hat allerdings nicht wahllos und gleichermaßen an allen ‚Schwierigen‘ zu geschehen, vielmehr unter steter sachkundiger Auswahl der Wertvollen und Erziehungsfähigen, mit ebenso strengem und zielbewusstem Verzicht auf die als überwiegend wertlos und unerziehbar Erkannten“.¹²

Während es in der Wilhelminischen Zeit und in der Weimarer Republik sozialpolitisch darum gegangen ist, verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche zu disziplinieren und beispielsweise die von dem Arzt Alfred Ploetz 1895 inaugurierte »Rassenhygiene« und Euthanasie (zum Beispiel von schwächlichen Neugeborenen) noch unvorstellbar schien, wurde dies ab 1933 Realität. „Was sich [daher] vom Nationalsozialismus als Ganzem sagen lässt, gilt auch für die Medizin zwischen 1933 und 1945: Sie bedeutete Bruch und Kontinuität zugleich“.¹³

In der beruflichen Biographie von Werner Villinger, dem Mitbegründer der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, spiegelt sich dieses Gegensatzpaar in typischer Weise.¹⁴ Hatte Villinger in seinem Referat von 1923 noch sehr die individuelle ethische Verantwortung betont, so änderte sich sein ärztliches Rollenverständnis zusehends. Entsprechend der völkischen Ausrichtung des Nationalsozialismus orientierte sich der Arzt nicht mehr am persönlichen Wohl des Einzelnen, sondern an der „Volksgesundheit“. 1938 – zu der Zeit Chefarzt in den von Bodelschwingschen Anstalten in Bethel – schrieb Villinger: „Die Unfruchtbarmachung Erbkranker verhütet erbkranken Nachwuchs und trägt zur planmäßigen biologischen Reinigung unseres mit Erbkrankheitsanlagen durchsetztem Volkskörpers bei. ... Asoziale Debile und asoziale Psychopathen ... können wir heute noch nicht oder in ungenügendem Maße aus dem Volkskörper aussondern und so unschädlich machen“.¹⁵

Der Weg in die planmäßige Kindereuthanasie in sogenannten Kinderfachabteilungen von August 1939 bis zum Kriegsende und die Aktion T4 von Ende 1939 bis 1941 waren gebahnt.

12) zit. nach Schepker & Fangerau 2017, S.143

13) Noack 2007, S.128, vgl. Kühl 2018

14) Vgl. Schmuhl 2002

15) zit. nach Holtkamp 2002, S.156

Erinnern und durcharbeiten

Die Beschäftigung mit dem Nationalsozialismus schmerzt, weil wir – mehr oder weniger früh nach der Diktatur geboren – uns von „diesem so unendlich nahen Fremdkörper“¹⁶ nicht distanzieren können. Denn es geht nicht nur um die historische Frage, wie es zu diesem Zivilisationsbruch kommen konnte – persönlich sind wir damit konfrontiert, ob etwa ein Familienmitglied oder ein Verwandter verwickelt war. Ob der fürsorgliche Vater oder Großvater womöglich ein Nazi gewesen ist.

Konfrontiert sind wir aber auch mit der Frage, wie *wir* gehandelt hätten. Hätten wir uns auch das Phantasma der ethnisch reinen Volksgemeinschaft zu eigen gemacht? Hätten wir damit auch den „gemütlosen“ Psychopathen als Volksschädling betrachtet, der ausgemerzt werden muss? Hätten wir den «Führererlassen» gehorsam Folge geleistet?

Diese heiklen Themen waren denn wohl der Grund dafür, dass sich die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie erst auf dem Münchner Kongress im Mai 1989 nach Jahrzehnten des Beschweigens mit ihrer Geschichte im Dritten Reich kritisch befassen konnte. Wie der damalige Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Heidelberg, Manfred Müller-Küppers – geboren 1925, also ähnlichen Alters wie Lempp – in seinem autobiographischen Rückblick beschreibt, habe sein Vortrag mit dem Titel „Staatlich angeordnete und sanktionierte Kindesmisshandlung und Kindestötung zwischen 1933 und 1945. Versuch einer Aufarbeitung einer Verdrängung“ bei den Kongressbesuchern *lähmendes Entsetzen* ausgelöst.¹⁷ Müller-Küppers hatte in seinem Vortrag zunächst ideengeschichtliche Vorläufer skizziert und dann minutiös Tötungsaktionen von geistig behinderten Kindern geschildert. Ihm und seiner Generation sei es „nicht in dem Maße klar [gewesen], welch unselige Bürde und Schuld auf unseren Vätern und Vorvätern lag“.¹⁸

Reinhart Lempp nahm 1995 in seinem Beitrag beim Symposium zum Abschied von Peter Strunk, dem Freiburger Kollegen und Freund, u.a. auch auf diesen Vortrag Bezug.¹⁹ Er thematisierte dabei insbesondere die personelle und inhaltliche Kontinuität nach dem zweiten Weltkrieg und damit auch Werner Villingers Rolle im Nationalsozialismus. Gleichzeitig warnte Lempp vor

16) Reemtsma 1998

17) Müller-Küppers 2008, S.260

18) Müller-Küppers 1989

19) Titel des Vortrags war «Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg – zwischen Wissenschaft und Handwerk»

einer „nachträglichen, wohlfeilen Kritik“, zumal die rassenhygienische Gesetzgebung der Nationalsozialisten nicht so einzigartig gewesen sei, wie später gedacht. Lempp mahnte: „Es ist für jemand, der nie in einem totalitären Regime gelebt hat, sehr schwer nachzufühlen und zu verstehen, wie dabei individuelle Entscheidungen getroffen werden“.²⁰

Reinhart Lempp hat sich nicht nur in seinem 1979 publizierten Buch «Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter» mit den psychosozialen Spätfolgen nach nationalsozialistischer Verfolgung im Kindes- und Jugendalter beschäftigt und befunden, dass es sich in der Regel um reaktive chronische Depressionen und Persönlichkeitsveränderungen handelt; er engagierte sich über viele Jahrzehnte hinweg als Gutachter in Entschädigungsverfahren für Opfer und Verfolgte des Naziregimes.

In seiner beruflichen Autobiographie schildert Reinhart Lempp, dass er einem etwa gleichaltrigen Juden, der unter einer fast völligen Erinnerungslosigkeit an seine traumatische Kindheit und die Verfolgungszeit und einer schweren Zwangsneurose litt, nicht nur „begutachten“ wollte, sondern – bewegt durch die vertrauensvolle Zuwendung des Mannes – ihm eine dauerhafte therapeutische Behandlung anbot. Seine Übernahme des Therapieversuchs sei bestimmt auch „einem kaum bewußten «Wiedergutmachungsbedürfnis», wenigstens in diesem kleinen Rahmen, entgegen [gekommen]“.²¹

Das Klinische Jugendheim in Tübingen

Psychiatrie ist Beziehungsmedizin

Reinhart Lempp kam 1953 an die Tübinger Nervenklinik. Er betreute und leitete die ab 1967 selbständige Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie bis zu seiner Emeritierung 1989. Die Leitung der Nervenklinik war am 1.4.1946 von dem politisch unbelasteten Ernst Kretschmer übernommen worden. Lempp hat diesen als eine ihn prägende Persönlichkeit beschrieben – „nicht nur in psychiatrisch-fachlichem Wissen, sondern auch noch mehr in der grundsätzlich ärztlich-ethischen Haltung den Patienten gegenüber“.²²

Kretschmers Nachfolger, Walter Schulte, hat dann in den 1960er Jahren diese Grundhaltung vertieft. Er rückte die Erlebnisweise, z. B. die „erlebte Leblo-

20) Lempp 2008, S.131

21) Lempp 1998, S.56

22) Lempp 2008, S.123

sigkeit“ des Melancholikers, und damit den pathischen Aspekt bei psychiatrischen und neurologischen Störungen und Erkrankungen in den Vordergrund.

Reinhart Lempp habilitierte 1963 bei Schulte mit dem Thema „Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose“. In dieser Habilitationsschrift arbeitete er das Zusammenwirken von erblich-konstitutioneller Disposition, einer möglichen exogen-organischen Läsion und dem Milieu heraus und betonte dabei die Beziehungsdynamik zwischen Eltern und Kind. Damit war der Grundstock für ein mehrdimensionales, entwicklungspsychiatrisches Verständnis von psychischen und Verhaltensstörungen gelegt. In der klinischen Praxis gewann für Lempp somit die Beziehung zwischen dem Patienten, seinen Eltern und ihrem professionellen Gegenüber mehr und mehr an Bedeutung.

In der zweiten Hälfte der 1960er Jahre richtete Lempp regelmäßige psychoanalytische Supervisionen für die Ärzte, Psychologen und Jugendleiterinnen ein. In diesen von Wolfgang Loch angebotenen Balint-Seminaren ging es um die Reflektion der je einmaligen Begegnung und Beziehung eines Mitarbeiters bzw. einer Mitarbeiterin mit den Kindern oder Jugendlichen. Reinhart Lempp erinnerte sich später, dass eine sonst eher zurückhaltende Erzieherin einmal der einhelligen Meinung der Akademiker sehr bestimmt und überzeugend ihre Erfahrung mit einem bestimmten Kind entgegengehalten habe. Das Kind sei ganz anders als von den Ärzten und Psychologen dargestellt. Da sei ihm bewusst geworden, dass es nicht nur hilfreich, sondern absolut notwendig ist, den Erzieherinnen und Schwestern und Pflägern ganz anders Gehör zu schenken. Dieses Ereignis sei für ihn ein – in seiner grundsätzlichen Bedeutung damals noch nicht erkannt – Wendepunkt in der Abteilungskultur gewesen, gewissermaßen die „Geburtsstunde“ der erst viel später realisierten „Erfahrungshierarchie“.²³

«Reine Kinder- und Jugendpsychiatrie» – Die Kinderneurologie und „kleine Psychiatrie“ werden Teil der Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Eine fundamentale Veränderung machte die 1920 eröffnete Tübinger Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie wie andere entsprechende Kliniken schließlich in den 1970er Jahren durch. Bis dahin war das Klinische Jugendheim noch die „Mischung von neurologischer Krankenabteilung und psychiatrischer Beobachtungsstation“, wie sie Villinger 1923 beschrieben hatte. Eine grundlegende Umstrukturierung erfolgte nunmehr im Rahmen der zu-

23) Lempp 2008, S.146/169; 1994a, S.22

nehmenden Spezialisierung der medizinischen Disziplinen. Zum einen kam es mit der Eröffnung der Abteilung für Entwicklungsneurologie 1974 zur Trennung von Psychiatrie und Neurologie, zum anderen führte der Ausbau des psychologischen Dienstes an der Kinderklinik zu einer vermehrten Hinwendung der Pädiatrie zur „kleinen Kinderpsychiatrie.“ Damit ergab sich im stationären Bereich eine grundlegend neue Aufgabenstellung: Die Hinwendung von der neuropsychiatrischen Diagnostik zur zeitaufwendigen Behandlung und Betreuung neurotischer und psychotischer Kinder und Jugendlicher. Daraus erwuchs die praktische Notwendigkeit, den herkömmlichen Führungs- und Arbeitsstil der Abteilung zu überdenken und zu ändern.²⁴

Günstig für einen grundlegenden Strukturwandel und die Erfüllung dieses neuen Versorgungsauftrags war, dass die Abteilung, die seit ihrer Gründung in einer vom Haupthaus getrennten geräumigen 3-stöckigen Villa untergebracht war, 1977 einen Neubau beziehen konnte. Damit konnten die 25 Behandlungsplätze statt auf zwei auf drei Stationen aufgeteilt werden, auf zwei Jugendlichen- und eine Kinderstation für die Altersgruppe der 8- bis 14-Jährigen. Zudem konnten dadurch kleinere Stationsteams mit 8 bis 10 Mitgliedern gebildet werden.

Von der Stellungshierarchie zur Erfahrungshierarchie

Mitte der 1970er Jahre hatte sich aber auch ein neues Demokratiebewusstsein etabliert. Ein genereller Reformwille und das Bedürfnis nach Mitbestimmung waren an der Tagesordnung. Dieser gesellschaftspolitische Rahmen bildete den Hintergrund für die von Reinhart Lempp positiv bewerteten elementaren Umwälzungen im stationären Arbeitsablauf. Waren der pflegerische und der erzieherische Bereich noch lange Zeit streng getrennte Aufgabenfelder gewesen und bis 1974 ausschließlich mit Frauen besetzt, so opponierte in der Zeit vor allem das aufrückende jüngere Pflegepersonal gegen seine subalterne Stellung. Die Krankenschwestern und Pfleger, die in der Regel gewerkschaftlich engagiert waren, wollten in erster Linie ihre Arbeit „sinnvoll“ gestalten und Entfremdungsgefühlen entgegenwirken.²⁵ Ein eigenes therapeutisches Bewusstsein der nicht-akademischen Mitarbeiter ist dabei nach Überzeugung von Thea Schönfelder, der damaligen Leiterin der Hamburger Kinder- und Jugendpsychiatrie und Freundin von Reinhart Lempp, der Dreh- und Angelpunkt bei der Identitätsfindung eines Teams. Erst wenn sich die Angehörigen

24) Lempp 1983

25) Kleefeld 1987

der pflegerischen und pädagogischen Berufe nicht mehr in der „Rolle der strapazierten Mutter (erleben), deren Arbeit von dem nur stundenweise anwesenden Vater (dem Therapeuten) nicht hinreichend verstanden und bewertet wird“, könne auf einer Station ein echtes Wir-Gefühl entstehen.²⁶

Reinhart Lempp griff die Ambitionen der Schwestern und Pfleger auf und ermöglichte eine Zusammenarbeit mit dem Psychologen Stephan Becker, der als Stipendiat der Thyssen-Stiftung zu Formen klinischer Teamarbeit forschte. Becker kam 1975 als freier Mitarbeiter an die Klinik. Er begann, die Mitarbeiter einer Station unter Ausschluss der Ärzte und Psychologen in die Probleme der von ihnen betreuten Patienten einzuführen und stärkte ihr Selbstbewusstsein durch gute Fortbildung und Anerkennung ihrer Bedeutung. Wie Lempp bekennt, haben ihm die Aktivitäten der Pfleger und Schwestern gelegentlich allerdings auch Sorgen bereitet. Nach Jahren erst habe sich die Entwicklung so weit konsolidiert, dass sie eine „neue und eigene Stabilität“ gewann.²⁷

Die grundsätzliche Zuversicht, dass es schon gut gehen werde und das Vertrauen von Reinhart Lempp in die Stationsteams bildete die Basis für eine je eigene Geschichte der drei Stationen. Außergewöhnlich war vor allem Lempps Vermittlung des Gefühls des Gehaltenwerdens und dass er in schwierigen Situationen stets fraglos hinter seinen Mitarbeitern stand.

Der gerade auch vom nicht-akademischen Personal angestoßene institutionelle Wandel in Richtung eines partnerschaftlich-integrativen Behandlungskonzepts verlief natürlich nicht reibungslos. Dabei gilt es zu bedenken, dass die verschiedenen Berufsgruppen, also Ärzte, Psychologen und Krankenpflege sowie pädagogisches Personal durch Studium und Ausbildung auf eine diagnostisch-therapeutische Gemeinschaft nur sehr lückenhaft vorbereitet sind.

Ärzte und Pflegekräfte müssen bei Aufnahme einer Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie das in der Körpermedizin vorherrschende apersonale Störungsmodell hinterfragen und sich durch Weiterbildung und ein kontrolliertes „Learning by doing“ eine psychotherapeutische Grundeinstellung erst erarbeiten. Die in den somatischen Disziplinen notwendige emotionale Neutralität muss dem reflektierten Umgang mit Gegenübertragungsreaktionen und eigenen Übertragungsgefühlen notwendigerweise weichen. Bei einem gemeinschaftstherapeutischen Leitungs- und Arbeitsstil unterliegen die aus

26) Schönfelder 1981

27) Lempp 2008, S.170; 1994, S.23f.; 1985, S.276

der Medizin kommenden Berufsgruppen zudem und bedingt durch ihre berufliche Sozialisation einer weiteren tiefgreifenden Verunsicherung: Die tradierte, in den somatischen Disziplinen erforderliche und bewährte Arbeitsteilung – sachkundiger, Anordnungen treffender Arzt auf der einen Seite und ausführendes und weisungsgebundenes Pflegepersonal auf der anderen Seite – steht einer gleichrangigen, auf persönlich-beruflicher Kompetenz und nicht auf sozialem Status gründenden solidarischen Zusammenarbeit entgegen.²⁸

Für die Gruppe der Psychologen bedeutet ein gemeinschaftstherapeutisches Therapiemodell, dass der traditionelle Bereich der testpsychologischen Befunderhebung um die Aufgabe der Psychotherapie erweitert wird. Arbeitet der Psychologe ähnlich wie der Arzt im Stationsdienst, muss er zunächst mit diesem und dann auch mit den anderen Mitarbeitern zu einer sachgerechten Kooperation kommen. Einerseits ist er zwar durch die oben beschriebenen vormals tradierten Rollenmuster nicht so stark ‚vorbelastet‘, andererseits ist Teamarbeit für ihn dennoch meist ungewohnt.

Für die Gruppe der Erzieherinnen ist die heilpädagogisch-therapeutische Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Neuland. Die Ausbildung vermittelt ihnen einen Grundstock für die pädagogische Betreuung und Anleitung von „normalen“ und sozial hilfsbedürftigen Kindern und Jugendlichen. Ihr Tätigkeitsfeld ist gängiger Weise der Kindergarten, die offene Jugendarbeit und die Heimfürsorge. Die Zusammenarbeit im Kollegenkreis ist für diese Berufsgruppe selbstverständlich. Vor allem in den Heimen bilden sich oftmals ersatzfamilienähnliche Verhältnisse aus. Doch ist auch diese Berufsgruppe auf eine multidisziplinäre, integrierte Teamarbeit nicht eingestellt. Für sie stellt sich im Besonderen die Herausforderung, der realen Nähe in der Alltagsbetreuung eine innere, professionelle Distanz an die Seite zu stellen.

Sollen alle Teammitglieder in die Lage versetzt werden, fachlich qualifiziert und der jeweiligen Situation angemessen zu handeln, so ist eine psychoanalytische Supervision für die Beziehungsanalyse, zur emotionalen Unterstützung und Entlastung in der Verarbeitung des klinischen Alltags und zur Erarbeitung einer persönlichen emotionalen Kompetenz unerlässlich.²⁹ Eine Supervision wirkt dem entgegen, dass sich ein Team der „Tyrannei des Heilungsgedankens“ unterwirft und meint den Patienten nach einer eigenen Idealvorstellung

28) Lempp 1985, Koller 1990

29) Loch 1984, Ruckgaber 1989

„formen“ zu müssen bzw. nicht zu sehen, dass der Patient „seinen neuen Entwicklungsweg selbst gehen“ muss.³⁰

Darüber hinaus ist „ein von außen kommender, nicht in die Hierarchie der Institution eingebundener, fachlich kompetenter Supervisor [...] notwendig, um zu verhindern, dass das therapeutische Team sich alsbald in seinen unvermeidlichen gruppenspezifischen Prozessen verstrickt und sich schließlich nur noch mit sich selbst beschäftigt.“ Externe Supervision schützt davor, dass ein Team zu einer Selbsterfahrungsgruppe wird mit deutungsähnlichen Interventionen untereinander und den Patienten gegenüber und seiner primären Aufgabe der qualifizierten Therapie kaum noch folgt.³¹

Der neuen Arbeitsweise wird „Experimentalcharakter“ zugebilligt

Die Umgestaltung der althergebrachten Klinikstruktur mit ihrer „Stellungs- und Befehls-hierarchie“ hin zu einer „Erfahrungshierarchie“ brauchte ihre Zeit. Ohne den Mut und die Standfestigkeit von Reinhart Lempp wäre sie in Tübingen wohl bereits frühzeitig gescheitert. Der Vorstand des Klinikums veranlasste im Herbst 1982 eine „Überprüfung der Personalsituation (und) des Pflege- und Behandlungskonzeptes“ der Kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung. Lempp wurde im Oktober 1982 als Ärztlicher Direktor von einer Kommission unter Federführung eines Anatomie-Professors angehört. Anfang November 1982 fand eine Ortsbegehung statt. Im Kommissionsbericht vom März 1983 heißt es unter anderem:

„Speziell in der Jugendpsychiatrie lassen die Besonderheiten im Krankengut vom übrigen Klinikbetrieb abweichende Verfahren der Pflege und Behandlung denkbar erscheinen. Allerdings kann ... die erforderliche Therapiefreiheit nicht unbegrenzt sein, sondern muss dort aufhören, wo ... die Strukturen vom Gängigen völlig abweichen.

Die Kommission schlägt ... vor, der Erprobung des Pflege- und Behandlungskonzeptes in der Jugendpsychiatrie Tübingen *Experimentalcharakter* zu geben, ihn auch ganz deutlich zu machen und eine Evaluation durch neutrale Fachgutachten im Laufe der nächsten Jahre vornehmen zu lassen.

... Die Frage der Supervision sollte vor Ablauf einer durch Drittmittel finanzierten Versuchsphase und einer positiven Bewertung durch Gutachter nicht durch ordentliche Haushaltsmittel des Universitätsklinikums gefördert wer-

30) Herzka 1981

31) Lempp 1989

den. Ihr Experimentalcharakter und ihre Fachbezogenheit sollten allen Beteiligten bewusst gemacht werden.“³²

Ganz offensichtlich war dem Klinikumsvorstand sehr daran gelegen, die neuen und unkonventionellen Wege in der Tübinger Kinder- und Jugendpsychiatrie zu begrenzen. Für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen war dieses Damoklesschwert „Experimentalcharakter“ erst recht ein Ansporn. Ihre Motivation und ihr Engagement erhielten das partnerschaftlich-integrative Behandlungskonzept gegen allen äußeren Widerstand am Leben. Der institutionelle Wandel von einer klassischen „Stellungshierarchie“ zu einer „Erfahrungshierarchie“ kann aber nicht reibungslos verlaufen. Er bringt vielmehr eine eigene Dynamik mit sich. Am Beispiel der Entwicklung der kinderpsychiatrischen Station im Klinischen Jugendheim im Zeitraum von 1979 bis 1985 soll diese Dynamik im Folgenden skizziert werden.³³

Die Entwicklung der kinderpsychiatrischen Station im Klinischen Jugendheim

In einer ersten Phase formulierte das multiprofessionelle Team der kinderpsychiatrischen Station auf regelmäßigen Stationswochenenden gemeinsam grundsätzliche Vorstellungen. Im Protokoll vom Herbst 1979 ist unter anderem zu lesen: „Ein Einzelner kann bei uns keine Behandlung durchführen. Für unsere Arbeit ist ... ein Team notwendig, in dem größtmögliches gegenseitiges Vertrauen herrscht.“ Die heterogene kleine Arbeitsgruppe beschwor also einen Harmoniewunsch und verständigte sich auf eine «Jeder und Jede-kann-alles Devise» mit entsprechend diffusem Stationsalltag.

In der Folge musste das Team schmerzhaft realisieren, dass der naive Glaube an die Gleichheit aller Teammitglieder eine Selbsttäuschung gewesen war. Im Alltag erlebte sich das nicht-akademische Personal zunehmend in der „Rolle der strapazierten Mutter, deren Arbeit von dem nur stundenweise anwesenden Vater nicht hinreichend verstanden und bewertet wird.“³⁴ Sehr deutlich zeigte sich diese Dynamik zum Beispiel bei der Betreuung eines autistisch-psychotischen Jungen mit Gewaltausbrüchen. Während sich die Akademiker in ihre Zimmer zurückziehen konnten, sahen sich die Betreuer und Betreuerinnen den tagtäglichen Attacken des Jungen erbarmungslos ausgeliefert. Die teils sehr bedrohlichen Aktionen des Jungen lösten schließlich heftige Kontrover-

32) Arnold et al 1983 [Herv. J.H.]

33) Vgl. Höger 1990, Heinzmann et al 1983

34) Schönfelder 1981

sen zwischen den Krankenpflegern und den Erzieherinnen über ‚konsequentes Verhalten‘ aus.

Für kurze Zeit schien das Team tief gespalten und vollkommen ratlos und hilflos. Fallbezogene Gesprächsangebote von Reinhart Lempp gaben in dieser Situation speziell den Betreuerinnen und Betreuern Halt und sicherten die Arbeitsfähigkeit des Teams.³⁵

Das Betreuerteam konnte sich eine veränderte therapeutisch-pädagogische Haltung erarbeiten: Jedem Patienten wurden verbindlich analog einem Elternpaar zwei Bezugspersonen zugeteilt. In einem Protokoll eines Stationswochenendes in jener Zeit wird darüber hinaus reflektiert, dass unbedingt auf „eventuell auftretende Rivalitäten zwischen den Eltern und den Bezugspersonen“ geachtet werden müsse. Die Betreuer dürfen also nicht der Versuchung erliegen die besseren Eltern zu sein.

Schließlich konnte eine durch Drittmittel finanzierte *externe* Supervision etabliert werden. An dieser wöchentlich stattfindenden 90-minütigen Sitzung nahmen so weit als möglich alle Stationsmitglieder teil. Ein streng fallbezogenes episodenhaftes Phantasieren und Reflektieren der eigenen Tätigkeit können freilich nicht einfach verordnet werden. So hatte insbesondere das Betreuerteam anfänglich Vorbehalte gegenüber dieser völlig neuen Denk- und Gesprächsform.

„Für uns – so ein Betreuer im Rückblick – war es doch völlig ungewohnt, offen und ehrlich über unsere eigenen Gefühle und unsere Schwierigkeiten mit einem Patienten zu sprechen. Wir mussten erst auseinanderhalten lernen, was vom Patienten kommt und was von uns selbst. Wir haben uns einfach gescheut, alle unsere Phantasien preiszugeben, weil es kommt doch nicht alles vom Patienten ... Jeder hatte doch etwas Angst, sich zu blamieren.“

Andererseits war die Supervision für die Mitarbeiter

„bestärkend, [weil] wir ausführlich zu Wort kommen konnten und auch ernst genommen wurden. Dies gab uns mehr Sicherheit in unserem alltäglichen Handeln.“³⁶

35) Die Finanzierung der externen Supervision für die Kinderstation lag zu diesem Zeitpunkt noch in weiter Ferne

36) Interview in Höger 1990

Das Betreuerteam konnte jetzt die ursprüngliche unabgegrenzt-empathische Grundhaltung hinterfragen und augenblickliche aversive Gefühle den Kindern gegenüber bewusster erleben und konstruktiv zum Ausdruck bringen. Und die Akademiker engagierten sich mehr und mehr im Alltag. Somit bahnte sich im Team der Kinderstation ein echtes Wir-Gefühl an, das auf gegenseitiger Achtung, Toleranz und Vertrauen basierte. Damit konnte aber auch jeder Patient und jede Patientin offen, unbefangen und mit Zuversicht aufgenommen werden, auch wenn „man sich des ungenügenden Erfolgs von vornherein sicher sein kann.“³⁷

Schluss

In der zweiten Hälfte der 1970er und 1980er Jahre hat sich im Klinischen Jugendheim in Tübingen auf den drei Stationen eine je eigene Variante einer authentischen diagnostisch-therapeutischen Gemeinschaft herausgebildet. Ohne den Emanzipationswillen und das bewundernswerte Engagement der nicht-akademischen Mitarbeiter wäre der langjährige Entwicklungsprozess auf Dauer womöglich ins Leere gelaufen. Und ohne psychologische und psychoanalytische Fortbildungsangebote und Supervisionen wäre es bei der in der somatischen Medizin unumgänglichen und dort auch durchaus sinnvollen Arbeitsteilung geblieben: sachkundiger, Anordnungen treffender Arzt auf der einen Seite und ausführendes und weisungsgebundenes Pflegepersonal andererseits.

Der Mut von Reinhart Lempp und seine Bereitschaft auch gegen die Widerstände des Klinikumsvorstands an seinem aus Überzeugung eingeschlagenen Weg festzuhalten und das Vertrauen, das er den Stationsteams entgegenbrachte, seine außergewöhnliche Fähigkeit zum Containment waren die wesentlichen Voraussetzungen für die Entfaltung der partnerschaftlich-integrativen Arbeitsweise. Ohne Reinhart Lempp als Leiter und fürsorglichen, unverwüstlich scheinenden ‚Vater‘ wäre das Kernstück einer gemeinschaftstherapeutischen Arbeitsweise vermutlich nicht realisiert worden, nämlich die Bereitschaft und die Fähigkeit jedes Einzelnen zu eigenverantwortlichem Handeln.

Reinhart Lempp hat stets betont, dass Teamarbeit im Sinne einer diagnostisch-therapeutischen Gemeinschaft „nicht etwa eine demokratische Marotte oder eine verbohrtete Ideologie [ist]. Die Einbeziehung aller Mitarbeiter in das Wissen um Diagnostik und Therapie des Patienten allein kann die unbeabsichtigten und schädlichen Wirkungen im unreflektierten Umgang mit dem

37) Freud 1937, S. 388

Patienten vermindern und die therapeutischen Möglichkeiten der medizinischen Institutionen verbessern“.³⁸ Nur so kann dem in der Tradition des Hippokratischen Eid gebildeten Grundsatz „Erstens *nicht schaden*, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen“ (primum *non nocere*, secundum *cavere*, tertium *sanare*“) Rechnung getragen werden.

In der Psychiatrie im Besonderen müssen wir uns vor Augen führen, was wir bei einer einseitigen naturwissenschaftlichen Orientierung verdrängen würden, nämlich die Grenzen der Machbarkeit und Berechenbarkeit bei der Behandlung psychischer Krankheitsprozesse. Wenn wir davon ausgehen, dass psychische Störungen stets Beziehungsstörungen sind, dann geht es um das Einschwingen auf das Gegenüber und eine „dialogische Teilhabe“ am Leid des anderen. Thea Schönfelder schrieb dazu: „Empathie, Einfühlung: Ist das ein Sich-Hinein-Versetzen in den anderen? Ist es nicht vielmehr so, dass ich den anderen vorübergehend in mich aufnehme, (mich auf) ihn einlasse? Daraus kann (therapeutische) Wirkung entstehen – keine Einwirkung auf den anderen, sondern Mitwirkung an einem gemeinsamen Prozess“.³⁹ Hinzufügen möchte man, dass schon die Diagnostik ein Gemeinschaftswerk ist. Dabei gewinnen „Einzellerscheinungen immer erst vor dem intuitiv erfassten Hintergrund des typischen Gesamtbildes ihre diagnostische Wertigkeit. Begnügt man sich mit der Glossar-Diagnostik, die nach dem Prinzip des »*Chinese restaurant*«-Menüs von Einzelsymptomen erfolgt, so kann im Prinzip auch ein Computer die Diagnose berechnen“.⁴⁰

Reinhart Lempp hat den Typ nervenärztlicher Haltung verkörpert, der die Synthese von Naturwissenschaft und ärztlicher Intuition und Kunst gelebt hat. Er wurde dem gerecht, was Karl Jaspers vom Nervenarzt gefordert hat: „...eine somatisch-medizinische und eine psychopathologische Bildung, die in beiden Richtungen wissenschaftlich ist. Ohne diese Basis kann er nur Charlatan sein, aber mit dieser Basis ist er noch kein Nervenarzt. Die Wissenschaft ist nur eines der Hilfsmittel. Es muß noch viel hinzukommen... Unter den persönlichen Vorbedingungen spielt die Weite des Horizontes eine Rolle, die Fähigkeit, vorübergehend ganz wertungsfrei, hingebend, wirklich vorurteilslos zu sein ... – schließlich eine ursprüngliche Wärme und Güte des Wesens“.⁴¹

38) Lempp 1986

39) Schönfelder 1991, vgl. Bions container/contained-Modell – Bion 1962 [dt 1990, S.146]

40) Fuchs 2020

41) Jaspers 1913, S.326

Literatur:

- Arnold, M (federführend), Pfeffer, J, Rassner, G, Spillner, W.: Kommissionsbericht „Jugend-psychiatrie“ vom 4.3.1983 (endgültige Fassung)
- Becker, S (1981) Das Pflegepersonal als Therapiefaktor bei der Behandlung von psychotischen und Borderline-Patienten in der Adoleszenz, in: Lempp, R (Hrsg.) Adoleszenz. Huber. S.113-127
- Becker, S & P Rödler (2012) Das Ende einer anderen Kinderpsychiatrie? Gedanken zur Kinder-psychiatrie Reinhart Lempps. Behindertenpädagogik 4/2012, S.409-418
- Bion WR (1962) Learning by Experience. Deutsch: Lernen durch Erfahrung Frankfurt am Main Suhrkamp 1990
- Castell, R et al (2003) Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht.
- du Bois, R (1982) Zum Strukturwandel der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen. Acta paedopsychiat 48, S.285-295
- du Bois, R (1997) Therapiestunden und therapeutischer Alltag in der stationären Behandlung. In: Klosinski, G (Hrsg.) Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Brennpunkte und Entwicklungen, Bern Hans Huber. S. 99-119
- Emminghaus, H. (1878). Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen. FCW Vogel.
- Emminghaus, H (1887) Die psychischen Störungen des Kindesalters. Hdb. Kinderkrankh., Nachtrag II. - Hrsg. von Carl Gerhardt. Tübingen Laupp'sche Bhdlg.
- Erikson, EH (1963) Childhood and society. Dt. 1979 Kindheit und Gesellschaft Klett-Cotta Stuttgart
- Erikson, EH (1982) The Life Cycle Completed. Dt. 1988 Der vollständige Lebenszyklus. Suhrkamp Frankfurt am Main
- Fangerau, H (2007) Ärztliche Identität. In: Noack, T, H Fangerau, J. Vögele (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Urban & Fischer München Jena, S. 16-26
- Fangerau H, Oommen-Halbach A (2021) Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland, in: Fegert J, Eggers C, Resch F (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Springer Heidelberg/Berlin, S.1-14
- Freud, S (1914) Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Studienausgabe Schriften zur Behandlungstechnik. Fischer Frankfurt am Main 2000, S.207-215
- Freud, S (1937) Die endliche und unendliche Analyse. Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik, Fischer Frankfurt am Main 2000, S.351-392
- Fuchs, T (2017) Zwischen Psyche und Gehirn. Zur Standortbestimmung der Psychiatrie. Nervenarzt 88, S. 520-528
- Fuchs, T (2020) Subjektivität und Intersubjektivität. Zur Grundlage psychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnostik. In: Ders.: Randzonen der Erfahrung. Karl Alber Freiburg München, S. 217-236

- Fuchs P, Rose W* (2017) Kollektives Vergessen. Die Diagnose Psychopathie und der Umgang mit dem schwierigen Kind im Verständnis von Franz Kramer und Ruth von der Leyen. In: Fangerau H, Topp S, Schepker K (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer Berlin/Heidelberg, S 187–208
- Günter, M et al* (1985) Das Betreuersteam einer Jugendlichenstation als wichtiger Therapiefaktor. In: Rotthaus, W (Hrsg.) Psychotherapie mit Jugendlichen. Modernes lernen Dortmund, S. 168-180
- Günter, M* (2012) Nachruf auf Reinhart Lempp. *Kinderanalyse* 20 (3), S. 231-232
- Harms, E* (1962) At the Cradle of Child Psychiatry. *Amer. Journal of Orthopsychiatry* 30, S. 186-190
- Heinzmann, B et al* (1983) Bedeutung und Veränderungsprozesse des „Alltags“ bei stationärer Psychotherapie. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 11, S.379-387
- Herzka, HS* (1981) *Kinderpsychopathologie*. Basel Stuttgart Schwabe
- Hirschmüller, A* (1997) Die «Kinderabteilung der Tübinger Nervenklinik»: Konzeption – Realisierung – Protagonisten. In: Klosinski, G (Hrsg.) Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Brennpunkte und Entwicklungen, Hans Huber Bern. S. 17-35
- Höger, J* (1990) Institutioneller Wandel in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dargestellt am Beispiel der Entwicklung einer Kinderpsychiatrischen Station 1979/80–1988. Diss. Med. Tübingen
- Holtkamp M* (2002) *Werner Villinger (1887–1961) Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie*. Husum Matthiesen Verlag
- Jaspers, K* (1913) *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin Verlag von Julius Springer
- Kleefeld, H* (1987) Das Konzept einer Adoleszentenstation der Abteilung für Kinder- und Jugend-psychiatrie Tübingen. Vortrag 25.3.1987 in der Nürnberger Kinder- und Jugendpsychiatrie Mschr. Ms.
- Köhnlein, F* (2003) Zwischen therapeutischer Innovation und sozialer Selektion: Die Entstehung der „Kinderabteilung der Nervenklinik“ in Tübingen unter Robert Gaupp und ihre Entwicklung bis 1930 als Beitrag zur Frühgeschichte universitärer Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. *Ars Una Neuried*
- Kölch M* (2006) Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935. Die Diagnose „Psychopathie“ im Spannungsfeld von Psychiatrie, Individualpsychologie und Politik. Diss. med., FU Berlin 2002. <http://www.diss.fu-berlin.de/2006/472/index.html>. Zugegriffen: 20.01.2023
- Koller, D* (1990) Status oder Kompetenz: eine zusätzliche Konfusion für den psychotischen Patienten. Oder: Enthierarchisierung als therapeutisch wirksames Prinzip bei der Behandlung von frühen Störungen. In: Lempp, R (Hrsg.) Die Therapie der Psychosen im Kindes- und Jugendalter. Bern Stuttgart Toronto Verlag Hans Huber, S. 169-176
- Kretschmer, E* (1919). Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnchwäche. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 45, 272 f

- Kühl, S* (2018) Die Internationalität der Rassenforschung im 20. Jahrhundert In: Foroutan, N./Geulen, C./Illmer, S./Vogel, K./Wernsing, S. (Hrsg.): Das Phantom „Rasse“. Zur Geschichte und Wirkungsmacht von Rassismus. Köln: Böhlau, S. 105-111.
- Lehmkuhl, U, G Lehmkuhl* (2013) Die bisherige Auseinandersetzung und Aufarbeitung der «Euthanasie» im Nationalsozialismus. *Z. Kinder-Jugendpsychiatr. Psychother.* 41, 4-11
- Lempp, R* (1964). Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose: die Bedeutung eines frühkindlichen exogenen Psychosyndroms für die Entstehung kindlicher Neurosen und milieureaktiver Verhaltensstörungen. Huber.
- Lempp, R* (1967). Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Huber. 4. Auflage 1981
- Lempp, R* (1979) Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter. Über psychosoziale Spätfolgen nach nationalsozialistischer Verfolgung. Huber
- Lempp, R* (1983) Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme. *Prax Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, S.161-166
- Lempp, R* (1984) Kinderpsychiatrie und Psychoanalyse – therapeutische Kooperationen und institutioneller Wandel. *Psychoanalyse* 4, S. 313-329
- Lempp, R* (1985) Zur Motivation der Mitarbeiter in Heilpädagogischen Berufen. Anmerkungen zum „Märchen von der mangelnden Motivation“. in: Wacker, E und J. Neumann (Hrsg.): Geistige Behinderung und soziales Leben. Frankfurt Campus. S. 266-280
- Lempp, R* (1986) Das Seelische, wie fass‘ ich es? Sonntagsbeilage der Stuttgarter Zeitung 12.Juli 1986
- Lempp, R* (1989) Therapeutische Gemeinschaft und Supervision als Voraussetzung der stationären Psychosentherapie. Vortrag auf dem 5. Tübinger Kinder- und Jugendpsychiatrischen Symposium am 24. Und 25.2.1989. Mschr. Ms.
- Lempp, R* (1990) Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft. *Prax Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 39. S.325-330
- Lempp, R* (1994a) Die Entwicklung der Supervision am klinischen Jugendheim der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen in: Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit (Hrsg.): Supervision in der psychoanalytischen Sozialarbeit. edition discord. S.21-32
- Lempp, R* (1994b) Die Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine Randerscheinung, ein Spezialfach oder die Grundlage der allgemeinen Psychiatrie? Vortrag auf der Tagung «100 Jahre Psychiatrische Klinik Tübingen» 4.11.1994. Mschr. Ms.
- Lempp, R* (1995) Die Entwicklung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie nach dem zweiten Weltkrieg – zwischen Wissenschaft und Handwerk. Vortrag zur Emeritierung von Peter Strunk in Freiburg am 31.3.1995. Mschr. Ms.
- Lempp, R* (1998) Was damals passierte, kann man nicht beschreiben. *Forum Psychoanal* 14:S. 52–65
- Lempp, R* (2008) *Mein Weg in der Kinderpsychiatrie in: Castell, R (Ed.)* (2008). Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht unipress Göttingen. S.118-207

- Lifton, R J (1993). From Hiroshima to the Nazi Doctors. In: Wilson, JP, Raphael, B (Eds.) International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York Plenum Press, p 11–23
- Loch, W (1984) Balint-Seminare: Zweck, Methode, Zielsetzung und Auswirkung auf die Praxis. In: Ders.: Perspektiven der Psychoanalyse. Stuttgart Hirzel. S. 115-130
- Mangione, S & Kahn MJ (2019) - *The old humanities and the new science at 100 - Osler's enduring message* (2019). The old humanities and the new science at 100: Osler's enduring message. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 86(4), 233.
- Mannebach, H (1997) Die Struktur des ärztlichen Denkens und Handelns. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Medizin. Verlag: Stadt Solingen
- Müller-Küppers, M (1989) Staatlich angeordnete und sanktionierte Kindesmißhandlung und Tötung zwischen 1933 und 1945. Versuch einer Aufarbeitung einer Verdrängung. Psychoanalyse im Widerspruch 2/1989, S.6-25
- Müller-Küppers, M (2008) *Ein etwas anderer Rückblick in: Castell, R. (Ed.) (2008). Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht unipress Göttingen, S.208-272*
- Noack, T (2007) Medizin im Nationalsozialismus. In: Noack, T, H Fangerau, J. Vögele (Hrsg) Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. München Jena: Urban & Fischer, S. 126-134
- Reemtsma, JP (1998) *Nationalsozialismus und Moderne. In: Ders (2002) Die Gewalt spricht nicht. Stuttgart Reclam*
- Remtschmidt, H (1989) Bericht über die 21. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 8. bis 10. Mai 1989 in München. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38/7, S. 263-265
- Ruckgaber, K-H (1989) Die Einrichtung von externer psychoanalytischer Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Prax Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 38, S. 210-215
- Schepker, K, Fangerau, H (2017) Die Gründungsgeschichte der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik (DGKH) und ihr Wirken. In: Fangerau H, Topp S, Schepker K (Hrsg.) Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin/Heidelberg, S 17-186
- Schmuhl, H W (2002) Zwischen vorauseilendem Gehorsam und halbherziger Verweigerung Werner Villinger und die nationalsozialistischen Medizinverbrechen. Nervenarzt 73: S.1058–1063
- Schneider K (1967) Klinische Psychopathologie. 8. ergänzte Aufl., Stuttgart Thieme
- Schönfelder, T (1981) Erfahrungen mit einer Adoleszentenstation, in: Lempp, R (Hrsg.) Adoleszenz. Huber. S.98-112
- Schönfelder, T (1991) Begegnung mit dem therapeutisch Unmöglichen. In: Lehmkuhl, U (Hrsg.) Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Berlin Heidelberg Springer
- Schulte, W (1961) Nichttraurige Einkönnen im Kern melancholischen Erlebens. Nervenarzt 32, S. 314-320

- Schulte, W* (1963) Über das Herausgeraten aus der Neurose und den Gewinn einer neuen Unbefangenheit zu leben. In: Ders.: Studien zur heutigen Psychotherapie Quelle & Meyer, S.20-28
- Sioli, E* (1907) Die Beobachtungsabteilung für Jugendliche an der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 9, 123.
- Steinmann, K* (1996) Hippokrates. Der Eid des Arztes. Frankfurt und Leipzig Insel Taschenbuch
- Tuckman, BW* (1965) Developmental sequences in small groups, in: Psychological Bulletin 63, S. 384–399
- Villinger, W* (1920) Die Kinderabteilung der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenheilkunde. Medizinisches Korrespondenzblatt für Württemberg 90, S.207-208
- Villinger, W* (1923) Die Kinder-Abteilung der Universitäts-Nervenklinik Tübingen. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Encephalitis epidemica und zur sozialen Psychiatrie. Z Kinderforschung, Bd. 28, S.128-160
- Winnicott, DW* (1947). *Haß in der Gegenübertragung*. In: Ders (1976) Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München Kindler.

Autor:

Jakob Höger
Dornäckerweg 41
72070 Tübingen
dr.hoeger@t-online.de

Interessenkonflikt: Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Einwilligungsfähigkeit und Elterliche Sorge im Kontext kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung

Dr. Christian Maus, Dr. Kyrill Makoski

Zusammenfassung

Der Artikel beschäftigt sich mit den juristischen Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen, wobei die Anwendungsbereiche im Kontext der Geschäftsfähigkeit abgegrenzt werden. Insbesondere der im Kinder- und Jugendbereich notwendige Ersatz der Einwilligung des Patienten durch Sorgeberechtigte wird erörtert und verschiedene Ansätze der Rechtsprechung zu einzelnen Fallgestaltungen dargestellt.

Schlüsselwörter:

Einwilligungsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit, Einsichtsfähigkeit, Steuerungsfähigkeit, Sorgerecht, Drei-Stufen-Modell, Vetorecht

Abstract

The article deals with the legal requirements towards the ability to consent. It differentiates between the field of application of the ability to consent as opposed to legal capacity. Especially the need for the consent of legal guardians of children and youth is discussed and different ways of jurisprudence to deal with certain cases are represented.

Keywords:

ability to consent, legal capacity, capacity of discernment, ability of understanding and adjusting accordingly, legal guardians, Three-Step-Model, right of veto

1. Einführung

Ausgangspunkt der Entwicklung der Rechtsprechung zum Einwilligungserfordernis war eine Entscheidung des Reichsgerichts aus dem Jahre 1894, welche den ärztlichen Heileingriff erstmalig als tatbestandliche Körperverletzung qualifizierte. Die Thematik stammt also aus dem Strafrecht. Der ärztliche

Heileingriff wird dabei verstanden als Behandlung, die in die Körperidentität eingreift, um Krankheiten, Körperschäden, körperliche Beschwerden oder seelische Störungen zu heilen oder zu lindern. Im Falle der Psychotherapie mag sich insoweit die Frage stellen, inwieweit das Einwilligungserfordernis Anwendung findet, greift die Therapie oftmals gerade nicht physisch in den Körper des Patienten ein.

Die Notwendigkeit der Einwilligung in medizinische Maßnahmen wurde im Rahmen des Patientenrechtstärkungsgesetzes mit § 630d Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ausdrücklich ins Gesetz aufgenommen. So stellt auch § 7 Muster-Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (MBO BPTK) fest, dass jede psychotherapeutische Behandlung der Einwilligung bedarf und die mündliche Aufklärung durch den Psychotherapeuten voraussetzt.

Nach heutigem Rechtsverständnis muss der Patient vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme wirksam in diese einwilligen. Eine medizinische Maßnahme ist definiert als eine Behandlung, die, zumindest dem äußeren Anschein nach, von einem (studierten, approbierten) Mediziner durchgeführt wird. Darüber hinaus sind indes keineswegs nur medizinische Behandlungen durch Ärzte oder Zahnärzte von den neuen Normen erfasst. Vielmehr fallen auch Angehörige der Heilberufe in den Anwendungsbereich der §§ 630a ff. BGB. Es handelt sich hierbei insbesondere um Psychotherapeuten. (Spickhoff 2022 BGB § 630a Rn. 16)

Die Einwilligungsfähigkeit wird vom Gesetz wiederum nicht ausdrücklich vorausgesetzt, ihre Notwendigkeit ergibt sich jedoch aus der Negativformulierung des § 630d S. 2 BGB. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.

Bei der Einwilligungsfähigkeit handelt es sich insoweit um einen unbestimmten Rechtsbegriff, also einen Begriff, der gesetzlich weder umfassend geregelt noch inhaltlich exakt definiert ist.

Verkürzt wird Einwilligungsfähigkeit verstanden als die Fähigkeit des Patienten, nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen (BGH v. 05.12.1958 – VI ZR 266/57). Mit anderen Worten, der Patient muss auf Grundlage der ärztlichen Aufklärung die Bedeutung, Tragweite und Risiken der ärztlichen Maßnahme erkennen und verstehen (Einsichtsfähigkeit) und sich darüber ein klares Urteil bilden und nach dieser Einsicht handeln können (Steuerungsfähigkeit) (BT-Drs. 17/10488 S. 23).

Entsprechend bestimmt § 12 MBO BpTK zur Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen, dass einwilligungsfähig in eine psychotherapeutische Behandlung Minderjährige nur dann sind, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen.

2. Abgrenzung zur Geschäftsfähigkeit und Altersanforderungen

Von der Einwilligungsfähigkeit zu unterscheiden ist die zivilrechtliche Geschäftsfähigkeit, die im Allgemeinen zum wirksamen Abschluss von Verträgen, also auch Behandlungsverträgen, vorliegen muss. Diese ist in den §§ 104 ff. BGB geregelt. Da beide Begriffe voneinander unabhängig zu beurteilen sind, kann die eigentümliche Situation entstehen, dass ein mit einer zwar geschäftsfähigen, aber nicht einwilligungsfähigen Person geschlossener Behandlungsvertrag zur Erbringung der Leistung verpflichtet, da der Vertrag wirksam geschlossen wurde, die ärztliche Maßnahme aber wegen der fehlenden wirksamen Einwilligung dennoch rechtswidrig wäre. Diese Konstellation dürfte im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie eher geringere Bedeutung haben, da Kinder bis zum 18. Lebensjahr maximal beschränkt geschäftsfähig sein können, die von ihnen geschlossenen Verträge also ohnehin bis zur Genehmigung der Sorgeberechtigten schwebend unwirksam sind (§§ 106, 108 BGB).

Hieran ändert im Kontext der Sozialleistungen auch nichts, dass Jugendliche gemäß § 36 Abs. 1, 2 SGB I im Rahmen gesetzlicher familiärer Krankenversicherung mit vollendetem 15. Lebensjahr berechtigt sind, Anträge auf Sozialleistungen im eigenen Namen zu stellen. Hieraus ist zunächst die Fähigkeit abzuleiten, Willenserklärungen im Sozialrechtskontext abzugeben. (Spickhoff 2023 S. 67 f.). Willenserklärungen werden im zivilrechtlichen Kontext zum Abschluss von Verträgen abgegeben. Es besteht bereits Uneinigkeit darüber, ob § 36 SGB I von der Befähigung zum selbständigen Abschluss des Behandlungsvertrages ausgeht. Die besseren Argumente dürften jedoch dagegen sprechen (vgl. Spickhoff 2023 S. 67 f.). Insoweit lässt sich hieraus wohl auch nicht die strafrechtliche Einwilligungsfähigkeit ableiten (Lipp in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, 2021 Rn. III-19). Auch das Bundessozialgericht geht davon aus, dass es sich hierbei lediglich um eine Normierung der Handlungsfähigkeit handelt (BSG v. 06.02.1997 – 3 RK 1/06), die nicht mit der Einwilligungsfähigkeit korrespondiert.

Während die Geschäftsfähigkeit streng nach Altersgrenzen unterscheidet, werden diese im Rahmen der Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit abge-

lehnt, sodass eine Einzelfallbeurteilung vorzunehmen ist, da es im Einzelfall immer auf die individuelle Einsichtsfähigkeit ankommt. Bei der Heileinwilligung stehen mit der Körpersphäre höchstpersönliche Interessen auf dem Spiel. Deshalb sind Einsichtsvermögen und Entschlussfähigkeit als Wirksamkeitserfordernisse der Einwilligung unter maximaler Wahrung des Autonomieprinzips zu betrachten (Bernsmann/Geilen in: Wenzel 2013 Kapitel 4 Rn. 430; BVerfG v. 10.02.1960 – 1 BvR 526/53). Die Anwendung der Vorschriften zur Geschäftsfähigkeit würde zwar zu größerer Rechtssicherheit führen. Zu berücksichtigen ist jedoch in Hinblick auf die hochrangigen in Rede stehenden Rechtsgüter, dass das besondere Arzt-Patienten-Verhältnis die Erforschung der Einwilligungsfähigkeit in besonderem Maße ermöglicht (Spickhoff in: Spickhoff 2022 § 630d Rn. 4).

In der juristischen Literatur und Rechtsprechung besteht Uneinigkeit darüber, ob die Einwilligungsfähigkeit bis zu einer bestimmten Altersgrenze überhaupt erreicht werden kann. Zum Teil wird vertreten, Minderjährige unter 14 Jahren seien ausnahmslos nicht einwilligungsfähig (Wever in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer 2018 § 630d Rn. 5), während nach anderer Ansicht Ausnahmefälle in Betracht kommen sollen (Bernsmann/Geilen in: Wenzel 2013 Kapitel 4 Rn. 430). Zum Teil wird aber auch vertreten, die Zustimmung der Sorgeberechtigten sei jedenfalls bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres erforderlich (Weidenkaff in: Grüneberg 2023 § 630d Rn. 3). Die Rechtsprechung geht aber in der Regel davon aus, dass Minderjährige ab 14 Jahren, regelhaft aber ab 16 Jahren über medizinische Behandlungen weitgehend eigenständig entscheiden können.

Da das Alter bei der Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit in juristischer Hinsicht also nur bedingt herangezogen werden kann, sollen im Folgenden die weiteren Maßstäbe in den Blick genommen werden.

3. Beurteilungsmaßstab

Die Beurteilung, ob der minderjährige Patient nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung ermessen kann, obliegt dem Behandler (K. Schmidt in: Herberger/Martinek/Rüßmann/Weth/Würdinger 2023 § 630d BGB (Stand: 01.02.2023) Rn. 18; OLG Saarbrücken v. 12.08.2020 – 1 U 85/19). Im Gegensatz zu Volljährigen ist sie nicht zu vermuten, sondern bedarf der positiven Feststellung (K. Schmidt in: Herberger/Martinek/Rüßmann/Weth/Würdinger 2023 § 630d BGB (Stand: 01.02.2023) Rn. 20). An die Feststellung der Einwilligungs-

fähigkeit durch den behandelnden Arzt werden hohe Anforderungen gestellt (OLG Hamm v. 29.11.2019 – 12 UF 236/19). Bei unverschuldeter Fehleinschätzung trifft den Arzt jedoch – vorausgesetzt, er hat alle zumutbaren Anstrengungen unternommen, die Frage der Einwilligungsfähigkeit zu klären – keine Haftung (OLG Saarbrücken v. 12.08.2020 – 1 U 85/19).

Der Arzt hat daher festzustellen, ob der Patient das Einsichtsvermögen und die Urteilskraft hat, die vorherige Aufklärung zu verstehen und den Nutzen einer Behandlung gegen deren Risiken abzuwägen, um schließlich eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen zu können (BT-Drs. 17/10488, S. 23). Er muss hierbei in der Lage sein, Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahme zu erfassen und seinen Willen danach auszurichten (Trost in: Herberger/Matinek/Rüßmann/Weth/Würdinger 2023 (Stand: 01.02.2023) § 630d Rn. 18).

Auch die Schwere des Eingriffs kann als Kriterium bei der Bestimmung der Einsichtsfähigkeit herangezogen werden. An das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit sind umso höhere Anforderungen zu stellen, je weitreichender die medizinische Maßnahme ist. Je tiefgreifender der Eingriff in die körperliche Integrität, je größer dessen Risiko und je folgenschwerer dieser ausfallen kann, umso eher ist von einer Einwilligungsunfähigkeit auszugehen. (K. Schmidt in: Herberger/Martinek/Rüßmann/Weth/ Würdinger 2023 § 630d BGB (Stand: 01.02.2023) Rn. 26) Mit zu berücksichtigen ist hierbei jedoch auch die Komplexität des Eingriffs korrespondierend mit der Einsichtsfähigkeit (Spickhoff 2022 § 630d Rn. 5, Benson in: Jorzig 2018 S. 212). Gleichzeitig können Schwere und Dringlichkeit der medizinischen Maßnahme, die Risikodichte und die Möglichkeit von Dauerfolgen als Bestimmungsfaktoren herangezogen werden (Wever in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer 2018 § 630d Rn. 5).

Gleichwohl kann im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Psychopathie die Anerkennung der Einwilligungsfähigkeit aufgrund der Störung beeinflussen. Hierbei handelt sich jedoch nicht um juristische, sondern rein medizinisch zu beurteilende Fragen. (Überblick vgl. Maur 2023 S. 91 f.)

Kommt der Arzt nach sorgfältiger Prüfung zu dem Schluss der Einwilligungsfähigkeit, bedarf es einer Einwilligung der Sorgeberechtigten in die medizinische Maßnahme nicht (OLG Saarbrücken v. 12.08.2020 – 1 U 85/19). Das bedeutet nach den obigen Grundsätzen der Geschäftsfähigkeit aber nicht, dass die Beteiligung der Eltern, jedenfalls bei Privatversicherten, nicht erfor-

derlich wäre. Kommt der Arzt zu dem Schluss der Einwilligungsunfähigkeit oder bestehen Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit, bedarf es der Einwilligung der rechtlichen Vertreter.

4. Einwilligung der Sorgeberechtigten

Die Personensorge obliegt gemäß §§ 1626, 1629 BGB den Sorgeberechtigten. Regelmäßig sind die Eltern hiernach gemeinsam sorgeberechtigt. Im Grundsatz handelt es sich gemäß § 1629 Abs. 1 S. 2 BGB um den Eltern gemeinsam zustehende Rechte und Pflichten. Danach können die Eltern nur gemeinsam Handlungen vornehmen, die das Kind rechtlich binden (Bullmann in: Herberger/Martinek/Rüßmann/Weth/Würdinger 2023 § 1629 BGB (Stand: 18.01.2023) Rn. 11). Grundsätzlich empfiehlt es sich also, auf eine einvernehmliche Lösung hinzuwirken. Nur in Ausnahmefällen kann die Einwilligung eines Sorgeberechtigten ausreichen. Bei Gefahr im Verzug kann ein Elternteil gemäß § 1629 Abs. 1 S. 4 BGB allein die Zustimmung erteilen. Darüber hinaus können sich die Eltern auch gegenseitig zur alleinigen Vertretung autorisieren (Bullmann in: Herberger/Martinek/Rüßmann/Weth/Würdinger 2023 § 1629 BGB (Stand: 18.01.2023) Rn. 14).

Im Rahmen der Einwilligung in medizinische Maßnahmen hat die Rechtsprechung zur Frage, ob immer beide Elternteile ausdrücklich zustimmen müssen, das sogenannte „Drei-Stufen-Modell“ entwickelt:

Bei leichten Eingriffen (Routineeingriffe) darf der Arzt von der Ermächtigung des Elternteils, der den Minderjährigen begleitet, grundsätzlich ausgehen, solange ihm keine entgegenstehenden Umstände bekannt sind (BGH v. 28.06.1988 – VI ZR 288/87)

Bei ärztlichen Eingriffen schwerer Art mit nicht unbedeutenden Risiken muss sich der Arzt vergewissern, ob der erschienene Elternteil die Ermächtigung des anderen besitzt, darf aber auf die wahrheitsgemäße Auskunft vertrauen (BGH v. 15.06.2010 – VI ZR 204/09).

Bei schwerwiegenden und weitreichenden Entscheidungen, die mit erheblichen Risiken verbunden sind, muss sich der Arzt Gewissheit verschaffen, dass der nicht erschienene Elternteil mit der Behandlung einverstanden ist (BGH v. 15.06.2010 – VI ZR 204/09).

Auch hier gilt also, je schwerwiegender die Maßnahme, umso höhere Anforderungen sind an die Prüfung des Vorliegens einer gemeinsamen Entscheidung der Sorgeberechtigten zu stellen. Routineeingriffe sind häufig

durchgeführte Eingriffe, die in der Regel keine großen Anforderungen an den Behandler stellen. Angesichts der Dauer und Komplexität psychotherapeutischer Behandlungen dürften diese regelmäßig nicht als Routineeingriffe zu verstehen sein. Die Vergewisserung über die Zustimmung des nicht erschienenen Sorgeberechtigten sollte in der Psychotherapie also eher die Regel als die Ausnahme darstellen. Insbesondere Zwangsmaßnahmen dürften allein auf der dritten Stufe einzuordnen sein, wobei bei der zwangsweisen Unterbringung § 1631b BGB zu berücksichtigen ist, wonach diese auch der Genehmigung des Familiengerichts bedarf.

Der Inhalt der elterlichen Sorge wird in den §§ 1631 ff. BGB konkretisiert und umfasst grundsätzlich sowohl die Schutz- als auch Fürsorgepflicht (Bullmann in: Herberger/Martinek/Rüßmann/Weth/Würdinger 2023 § 1629 BGB (Stand: 18.01.2023) Rn. 13). Hieraus folgt, dass die Eltern nicht willkürlich entscheiden können, sondern die Sorgspflicht dem Kindeswohl entsprechend auszuüben ist. Wird das körperliche Wohl des Kindes gefährdet, handeln die Eltern gemäß § 1666 BGB missbräuchlich, und das Familiengericht kann die erforderlichen Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr treffen. Das gilt auch, wenn die Gefährdung des Kindeswohls durch ein Unterlassen der Zustimmung zur Behandlung trotz ihrer Dringlichkeit begründet wird. In diesem Fall kann der Arzt notfalls das Familiengericht einschalten, oder, wenn hierfür keine Zeit mehr ist, die Durchführung der Behandlung ohne Zustimmung auf den rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB stützen (Bernsmann/Geilen in: Wenzel 2013 Kapitel 4 Rn. 431). Solche Sonderfälle sind z.B. im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer Bluttransfusion bei Kindern, deren Eltern Zeugen Jehovas sind, angenommen worden. Die Einschaltung des Familiengerichts hat in den letzten Jahren insbesondere im Kontext der Schutzimpfungen an Bedeutung gewonnen. Das Familiengericht wird in diesen Fällen entweder die Entscheidungsbefugnis für die konkrete Maßnahme einem Elternteil übertragen, oder einem oder beiden Eltern das Sorgerecht ganz entziehen (BGH v. 03.05.2017 – XII ZB 157/16, OLG Frankfurt a.M. v. 17.08.2021 – 6 UF 120/21).

Trotz Einwilligung der Eltern kann ein Vetorecht des Kindes angenommen werden. Das soll mit dem BGH der Fall sein, wenn das Kind über eine ausreichende Urteilsfähigkeit verfügt, der Eingriff nur relativ indiziert ist und die Möglichkeit erheblicher Folgen für die Lebensgestaltung haben kann (BGH v. 10.10.2006 – VI ZR 74/05). Ob die Entscheidung auf psychotherapeutische Behandlungen übertragbar ist, ist jedoch fraglich. Der Entscheidung lag ein Fall einer Wirbelsäulenoperation zugrunde, die die Querschnittslähmung

der 15jährigen Patientin zur Folge hatte. In eine Abwägung mit einzubeziehen dürfte aber im psychotherapeutischen Kontext sein, dass die Behandlung vielmehr als invasiver Eingriff der Mitwirkung und Motivation des Patienten bedarf.

Im Fall der wirksamen Einwilligung durch den Minderjährigen in die medizinisch indizierte Behandlung bei gleichzeitiger Versagung der Einwilligung durch die Sorgeberechtigten bleibt allein der Weg über das Familiengericht gemäß § 1666 BGB oder den rechtfertigenden Notstand nach § 34 StGB.

Handelt es sich demgegenüber um einen gewöhnlichen oder auch spontanen Arztbesuch des einwilligungsfähigen Minderjährigen aus eigenem Antrieb, zu dem die Sorgeberechtigten im Anschluss die Einwilligung verweigern, ist jedenfalls hinsichtlich des Vergütungsanspruchs zu unterscheiden. Bei Privatpatienten kann die Geltendmachung der Vergütung gegen die Eltern vor einem Zivilgericht über die sogenannte Geschäftsführung ohne Auftrag gemäß §§ 683, 677, 670 BGB in Betracht kommen, wobei die Voraussetzungen nur im Einzelfall prüfbar sind (Spickhoff 2023 S. 63). Bei Kassenpatienten ist im Rahmen alltäglicher Behandlungen, die eine Kassenleistung darstellen, jedenfalls von einer partiellen Geschäftsfähigkeit auszugehen, §§ 112, 113 BGB, sodass der Behandlungsvertrag mit dem Minderjährigen zustande kommen kann, und die Vergütung insoweit unproblematisch ist (Kern/Rehborn in: Laufs/Kern/Rehborn 2019, § 43 Rn. 36).

Auch datenschutzrechtliche Probleme stellen sich in Hinblick auf die Geltendmachung der Vergütung nicht, wenn die Kenntnisnahme der Sorgeberechtigten im Rahmen der Abrechnung erfolgt, denn es handelt sich um eine Datenverarbeitung im Rahmen der Verwaltung und des Dienstes im Gesundheitsbereich, die dem Anwendungsbereich des Art. 9 Abs. 2 h) DSGVO unterfallen dürfte.

Für den Arzt ist es infolge der uneinheitlichen Bewertung der Einwilligungsfähigkeit in der Regel sicherer, die Einwilligung beider Sorgeberechtigten einzuholen. Aus der Rechtsprechung wird aber auch deutlich, dass mit den Entscheidungswünschen insbesondere bei Jugendlichen differenziert umzugehen ist.

Literaturverzeichnis

- Bergmann, K., Pauge, B., Steinmeyer, H. Hg.* (2018) *Gesamtes Medizinrecht*, 3. Aufl., Baden-Baden, Nomos
- Grüneberg C. Hg.* (2023) *BGB Kommentar*, 82. Aufl., München, C.H. Beck
- Herberger, M., Martinek, M., Rüßmann, H., Weth, S., Würdinger, M., Hg.* (2023) *jurisPK-BGB*, 10. Aufl., Saarbrücken, juris
- Jorzig, Alexandra Hg.* (2018) *Handbuch des Arzthaftungsrechts*, Heidelberg, C.F. Müller
- Laufs, A., Katzenmeier, C., Lipp, V. Hg.* (2021) *Arztrecht*, 8. Aufl., München, C.H. Beck
- Laufs, A., Kern, B.-R., Rehborn M. Hg.* (2019) *Handbuch des Arztrechts*, 5. Aufl. München, C.H. Beck
- Maur S.* (2023), in *AG Medizinrecht im DAV/IMR Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht*, 13. Düsseldorfer Medizinstrafrechtstag, Hg., S. 87
- Spickhoff, A. Hg.* (2022) *Medizinrecht*, 4. Aufl., München, C.H. Beck
- Spickhoff A.* (2023), in *AG Medizinrecht im DAV/IMR Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht*, 13. Düsseldorfer Medizinstrafrechtstag, Hg., S. 59
- Wenzel, Frank Hg.* (2013) *Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht*, 3. Aufl., München, Luchterhand Verlag

Autoren:

Dr. Christian Maus, Dr. Kyrill Makoski,
Möller und Partner – Kanzlei für Medizinrecht
Breite Straße 69, 40213 Düsseldorf

Seitens der Autoren bestehen keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Beitrag.

*Rezension***Jan Frölich und Gerd Lehmkuhl:
Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen***Franz Wienand*

Zu den *Autoren*: Prof. em. Gerd Lehmkuhl, Kinder- und Jugendpsychiater, Diplompsychologe und Psychoanalytiker, der von 1988 bis Ende 2014 die Klinik für KJPP der Universität Köln leitete, braucht im Forum nicht vorgestellt zu werden. PD Dr. med. Dr. Päd. Jan Frölich, Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderarzt, war Mitarbeiter von Lehmkuhl an der Uniklinik Köln und ist seit vielen Jahren in Stuttgart niedergelassen. Er veröffentlichte zum ADHS und ist mit dem ZI Mannheim affiliert.

Zielsetzung des 238 Seiten starken Buches ist es nach Angaben der Autoren, die oft emotional und einseitig geführte gesellschaftliche Diskussion über Nutzen und Schädlichkeit digitaler Medien auf der Grundlage empirischer Daten zu versachlichen und die „Auswirkungen von Medienkonsum auf Verhalten, Leistung und Freizeit in ihrer Aussagekraft für die Praxis darzustellen“ (S. 16).

Dazu wurden die zahlreichen verfügbaren Studien und Erfahrungsberichte herangezogen; allein das Literaturverzeichnis umfasst knapp 40 Buchseiten, eine enorme Fleißarbeit.

Digitale Medien werden von jungen Menschen sowohl für soziale Kontakte, Informationsbeschaffung und Wissenserwerb als auch zur Unterhaltung und Zerstreuung genutzt, und das in erheblichem Umfang: Nach der aktuellen „Jugenddigitalstudie“ der Postbank verbringen Jugendliche derzeit fast 64 Stunden pro Woche im Internet (Stuttgarter Zeitung v. 28. 6. 2023), das sind etwa neun Stunden am Tag und deutlich mehr Zeit, als sie für die Schule aufwenden. Weniger als die Hälfte dieser Zeit, nämlich 4,3 Stunden pro Tag, wird dabei für Schule, Ausbildung und Studium verwendet.

Im *Prolog* gehen die Autoren auf die kontroverse Diskussion zum Medienkonsum junger Menschen ein. Die Daten belegen übereinstimmend, dass ein hoher Medienkonsum in Zusammenhang mit psychischen, physischen und sozialen Auffälligkeiten steht. Auf die negativen Auswirkungen wie beispielsweise körperliche Inaktivität, Übergewicht, nachlassende Schulleistungen, Verhaltensprobleme, soziale Ängste und Depressionen haben allerdings Einflussfaktoren wie Alter, Umfang des Medienkonsums, Erziehungsverhalten der Eltern, der sozioökonomische Status der Familie, persönliche und soziale Ressourcen sowie die konsumierten Inhalte einen Einfluss.

Die *Gliederung* des Buches belegt eine intensive Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Aspekten des Themas. Nach einer deskriptiven Beschreibung der *Auswirkungen von Medien auf die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen* gehen die Autoren auf die *Auswirkungen auf kognitive und sozio-emotionale Prozesse* ein, behandeln dann die Häufigkeit und die neurologischen, entwicklungspsychologischen und psychischen Auswirkungen von *Multitasking*, den *Zusammenhang zwischen Mediennutzung und schulischer Leistung* und betrachten differenziert im Abschnitt über *E-Learning* die Methoden und Einsatzmöglichkeiten digitaler Bildung in der Schule.

Weitere Abschnitte widmen sich den Themen *Mediennutzung und Schlaf*, *Mediennutzung und körperliche Gesundheit* und den Zusammenhang zwischen *gewaltbezogenen Computerspielen und aggressivem Verhalten*.

Kapitel 10 *Cybermobbing* belegt die Gefährlichkeit dieser Form von Mobbing, weil im Netz oder über die sozialen Medien sehr viel mehr Personen erreicht werden, weil das Opfer sich nicht wehren kann und die Inhalte über lange Zeit aufgerufen werden können. Bedenklich ist, dass Täter und Opfer immer jünger werden und dass Cybermobbing immer gezielter und härter stattfindet als noch vor drei Jahren. Häufiger als Opfer betroffen sind psychisch auffällige junge Menschen aus schwierigen familiären Verhältnissen mit geringer familiärer und sozialer Unterstützung. Ein hoher Prozentsatz der Opfer verschweigt die Problematik aus Angst oder Scham. Die seelischen Auswirkungen der Traumatisierung durch Mobbing wie Cybermobbing in Form von massiven Selbstwertproblemen, körperlichen Beschwerden, Ängsten und depressiven Symptomen bis hin zu Suizidgedanken sind in der Regel langanhaltend und tiefgreifend. Leider wird die wichtige Rolle der Schule in diesem Kontext nicht behandelt.

Pornographie und Internet: Für pornographische Inhalte gibt es de facto keine Altersbeschränkung, so wundert es nicht, dass 59 % der 14 bis 17-Jährigen irgendeinen Kontakt zu Internetseiten mit pornographischem Inhalt hatten und 24 % mindestens einmal in der Woche solche Seiten besuchten. Als Motive lassen sich Neugier, Informationsbedürfnis und ein Verlangen nach Ablenkung und Erregung annehmen. Einige Studien sprechen für Zusammenhänge zwischen Pornographiekonsum und Depressionen, Angststörungen und delinquentem Verhalten. Im Gegensatz zur Befürchtung, die Jugend sei übersexualisiert, ist das Ausmaß sexueller Aktivitäten bei jungen Menschen eher rückläufig, im Alter zwischen 14 und 16 Jahren geben deutlich weniger Mädchen und Jungen an, sexuelle Erfahrungen gemacht zu haben als noch vor zehn Jahren. Jugendliche, vor allem Jungen, stellen zunehmend sexuell aufreizende Bilder und Inhalte in die sozialen Medien, wobei ein Unrechtsbewusstsein und das Wissen, dass es sich dabei um eine Straftat handelt, in der Regel fehlen.

Weitere Kapitel gehen auf *rechtliche Aspekte* und die *Risiken von missbräuchlicher Nutzung des Internets* ein.

Ein zentrales Kapitel behandelt den Zusammenhang von *pathologischer Nutzung und psychischen Störungen* anhand der Störungsbilder *Depression, soziale Angst und ADHS*. In den sozialen Medien verbrachte Zeit und assoziierte Aktivitäten wie ständiges Checken des Handys sind der wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung depressiver Symptome. Dabei scheint wie bei der sozialen Angst das Bedürfnis nach sozialem Vergleich eine zentrale Rolle zu spielen. Da beide Störungen grundsätzlich mit einem schwachen Selbstwertgefühl assoziiert sind, verwandeln sich die vermeintlichen Vorteile wie Austausch mit Betroffenen, leichte Zugänglichkeit sozialer Kontakte und die Möglichkeit positiver Selbstdarstellung bald ins Gegenteil, weil reale Kontakte eingeschränkt werden, depressive Erlebnisinhalte durch den Austausch verstärkt werden können und das Selbstwertgefühl durch negative Rückmeldungen und ausbleibende Likes weiter geschwächt wird. Die Zusammenhänge sind bidirektional: depressive und sozial ängstliche junge Menschen verstärken kompensatorisch ihre Internetnutzung und umgekehrt verstärkt zunehmende Internetnutzung die entsprechende Symptomatik. Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörungen sind aufgrund ihrer hohen Impulsivität, ihrer eingeschränkten Selbststeuerungsfähigkeit, der Suche nach kurzfristigen Erfolgen und nach Stimulation besonders gefährdet, Suchtverhalten und besonders suchartiges Computerspielen zu entwickeln. Die hochmotivierende Natur der Spiele mit unmittelbarer Rückmel-

dung, multimodaler sensorischer Stimulation, rasantem Ablauftempo und schnell erreichbaren Verstärkern kommt dem Störungsbild ausgesprochen entgegen. So weisen bereits Kinder (und nicht nur Jugendliche) mit einer ADHS signifikant häufiger suchtartiges Computerspielverhalten im Vergleich zu nicht Betroffenen auf: In einer kanadischen Multicenter Studie mit N = 208 Kindern zwischen vier und zwölf Jahren zeigte die Gruppe der ADHS-Kinder doppelt so häufig suchtbezogenes Computerspielen sowie eine signifikant längere Nutzungsdauer gegenüber der unauffälligen Kontrollgruppe.

Kapitel 15 *Computerspiel- und Internetsucht* beschreibt auch anhand von Fallbeispielen die spielimmanenten Risikofaktoren und stellt Risikomodelle der Entstehung zur Entwicklung vor. So belegen bildgebende Studien vergleichbare neurobiologische Veränderungen wie bei substanzbezogenen Süchten, entsprechend ist die Kombination beider Suchtarten häufig. Das sogenannte Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution Modell (I-PACE) beschreibt die Suchtentwicklung: Auf der Basis allgemeiner und individueller Prädispositionen führen Gratifikationsprozesse und Lernmechanismen zu kognitiven und affektiven Veränderungen, die letztlich in gesteigertes motivationales Verlangen und in ein auf Gewohnheiten und Automatismen basierendes süchtiges Verhalten münden. Bei Kindern und Jugendlichen kommt es aufgrund der Unreife des präfrontalen Cortex rascher zu einer Suchtentwicklung: Internationale Prävalenzraten (bis 2019) liegen für diese Altersgruppe zwischen 4 und 7 % mit Überwiegen des männlichen Geschlechts.

Bei jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren lag die Prävalenz sie bei unter 3 %, das Störungsbild scheint im jungen Erwachsenenalter spontan zu remittieren, was für verzweifelte Eltern Anlass zur Hoffnung sein mag.

Allerdings hat die Häufigkeit von Medienkonsum seit der Corona-Pandemie zugenommen, wie eine vom BMG geförderte Studie (ACoSUM - Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Substanz- und Medienkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland) zeigt: Bei einer Online-Befragung von über 18.000 jungen Menschen zwischen 14 und 21 Jahren, die zwischen August 2021 und Februar 2023 stattfand, berichteten 85% der Befragten eine Steigerung ihres Medienkonsums, insbesondere in Form Sozialer Medien und des Schauens von Videos, Filmen und Serien. Die Begründungen lagen im Wegfall anderer Freizeitaktivitäten, in Kontaktbeschränkungen und der Zunahme digitalen Lernens.

Angaben zur *Prävention und Frühintervention* schließen sich an.

Für Praktiker besonders hilfreich sind die Abschnitte über *diagnostische Kriterien und Instrumente* sowie die Ausführungen über die *konkrete therapeutische Arbeit* in Praxis und Klinik mit Hinweisen für die Beratung der Eltern.

Das Buch schließt mit einem *Epilog*, der für eine ausgewogene (statt einseitig pauschalisierende) Betrachtung der beschriebenen Thematik plädiert und *neue Kompetenzen für das digitale Zeitalter* einfordert.

Fazit: Das umfangreich und sauber recherchierte Werk stellt eine aktuelle und umfassende, differenzierte Darstellung einer in der Praxis enorm wichtigen Thematik dar und ist uneingeschränkt zu empfehlen. Es ist eine ausgesprochen hilfreiche Grundlage für Diagnostik und Behandlung eines der mittlerweile häufigsten Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter.

Jan Frölich/Gerd Lehmkuhl (2023): Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen. Risiken und Chancen

Stuttgart, Schattauer. € 35.-

ISBN 978-3-608-40068-7, auch als PDF- und E-Book erhältlich.

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand
Wilhelmstraße 24
72034 Böblingen
www.praxis-wienand.de

*Rezension***Felix Berth:
Die vergessenen Säuglingsheime – Zur Geschichte
der Fürsorge in Ost- und Westdeutschland***Christian K. D. Moik*

Der Autor, Dr. Felix Berth, betont in der Einleitung seines Buches, dass es sich um eine wissenschaftliche Darstellung eines seiner Forschungsgebiete, des deutschen Säuglingsheims und seiner Geschichte, handelt. Dementsprechend bringt er sehr viele Fakten, etliche erhellende Tabellen, Grafiken und dokumentarische Fotos. Allerdings schimmert immer wieder der Journalist, der Felix Berth von Haus aus ist, mit seinen persönlichen Stellungnahmen und Bewertungen durch. Dies muss kein Nachteil sein, sollte aber berücksichtigt werden.

Konkret geht es um die Geschichte der Säuglingsheime in Deutschland der Nachkriegszeit bis zu Wiedervereinigung, mit einigen Hinweisen auf die Art der Säuglingspflege in der früheren Vergangenheit.

Einleitend nennt er 5 Gründe für sein Interesse an dem Thema:

- In der Aufarbeitung der Heimerziehung, die seit der Jahrtausendwende erfolgt, seien bisher die Säuglingsheime kaum beachtet worden.
- Kindheitsgeschichtlich seien die Säuglingsheime charakteristisch für den Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern in der jeweiligen Zeit.
- In Bezug auf die Wissensgeschichte lasse sich erkennen, wie wissenschaftliche Erkenntnisse, hier die der Psychoanalyse und der Bindungstheorie, Eingang in das gesellschaftliche Bewusstsein und die gängige Praxis gefunden haben.
- Am Beispiel der Kinderheime lasse sich darstellen, wie sich die historischen Entwicklungen in der BRD und der DDR nebeneinander vollzogen hätten. Wo waren sie verflochten, wo grenzten sie sich ab?
- Schließlich gäbe es ein zunehmendes Interesse von Betroffenen, etwas über diese Zeit zu erfahren.

Der Autor gliedert sein Buch in 3 Teile und insgesamt 17 Kapitel:

- Die Sozialgeschichte des Säuglingsheims
- Die Sicht der Betroffenen
- Die Wissenschaftsgeschichte des Säuglingsheims.

Zum Verständnis und bei Vergleichen mit heute ist es wichtig, dass „Säuglingsheime“ definiert waren als Heim für Kinder unter 3 Jahren, also auch für junge Kleinkinder.

Die Entwicklung der Heimplätze in BRD und DDR verlief bis zur 2. Hälfte der 60er Jahre ähnlich. Danach gab es in der BRD einen rasanten Abwärtstrend, in der DDR bis zur Wiedervereinigung nur einen moderaten. Dabei ist bemerkenswert, dass kurz nach dem Krieg, als die Not in Familien besonders hoch war, die Zahl der Heimplätze in beiden Systemen deutlich niedriger war als in den 50er- und 60er-Jahren.

Es werden Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Gründen für eine kurz- oder langfristige Heimunterbringung dargestellt.

Nach der Schilderung der Lebensbedingungen in damaligen Säuglingsheimen („Idylle und Horror“) wird das zunehmende Interesse und Wissen über die Auswirkungen der Heimaufenthalte auf die kindliche Entwicklung erläutert. Außer Annemarie Dührssen begegnen wir auch der österreichisch-deutschen Ärztin Eva Schmidt-Kolmer, die eher den Mitteldeutschen als den Westdeutschen bekannt sein dürfte.

Abschließend erfolgt im I. Teil ein Blick auf das System von Wochenkrippen, Pflegefamilien und Verschickungsheimen.

Im II. Teil werden vier Berichte von Menschen, die in Säuglingsheimen gelebt haben und zwei von dort Beschäftigten wiedergegeben, außerdem eine Einschätzung von Gottfried Spangler. Besonders bemerkenswert ist, dass zwei Brüder, die beide im Säuglings- und Kinderheim aufgewachsen sind, diese Zeit gänzlich unterschiedlich erinnern. Zur positiven Entwicklung und Erinnerung des Jüngeren scheint neben seiner spezifischen Persönlichkeit beigetragen zu haben, dass er nicht nur ältere Brüder als seine „Privatarmee“ im Heim hatte, sondern auch eine Pflegerin „die ihn immer auf den Arm nahm“.

Im Teil III zur Wissensgeschichte werden zunächst unter dem Titel „Hygiene und Härte“ Kindheitsvorstellungen bis zum 2. Weltkrieg referiert. Ein kurzer Blick auf die heutigen Vorstellungen schafft einen Übergang zu den Kapitel 14 und 15, in denen der Perspektivwechsel durch Psychoanalyse und Bindungstheorie mit ihren prominenten VertreterInnen vorgestellt werden.

In den Kapiteln 16 und 17 wird beschrieben, wie sich die neuen Erkenntnisse und Sichtweisen allmählich in der Gesellschaft, in deren Institutionen und im öffentlichen Bewusstsein durchgesetzt haben.

Abschließend wird ein Resümee, insbesondere im Vergleich BRD zu DDR versucht.

Schon eingangs weist der Autor darauf hin, dass vieles durch die oft mangelhafte Quellenlage offen bleiben muss. Die Betroffenen selbst können keine Erinnerung an die Säuglingszeit haben. Und die AkteurInnen: PflegerInnen, Krankenschwestern, ÄrztInnen, MitarbeiterInnen der Jugendhilfe und Fürsorge, sind als Zeitzeugen kaum noch verfügbar. Viele schriftliche Unterlagen sind nicht mehr vorhanden oder auffindbar.

Formal hat er sich bemüht, die Lesbarkeit seines Buches zu verbessern, indem er weitgehend auf Fußnoten verzichtet und die Quellenhinweise jeweils unmittelbar den einzelnen Kapiteln anfügt.

Da es jedoch weder ein entsprechendes Gesamtverzeichnis gibt noch ein Stichwortregister, wird dieser Vorteil bei einer späteren Suche schnell zum Hemmnis.

Für den Rezensenten war dieses Buch von besonderem Interesse, da er die behandelte Zeit aus eigenem Erleben und aus beiden Systemen kennt. Allerdings hat er in seiner Kindheit niemanden kennengelernt, der in einem Säuglingsheim gelebt hat. Dagegen hat er noch Ende der 60er-jahre bei Nachtwachen in der Kinderklinik selbst erlebt, wie Säuglinge gefüttert wurden, indem man diese und die Milchflaschen so platzierte, dass die Kinder trinken konnten, ohne auf den Arm genommen zu werden. Wenn mindestens 20 Säuglinge von zwei Beschäftigten noch vor dem Schichtwechsel versorgt werden sollten, blieb keine Zeit für Zuwendung. Besuchszeiten waren damals sonntags und mittwochs von 15 bis 17 Uhr. Das entsprechende Schild war bis vor kurzem noch im alten Klinikum von Aachen zu sehen. Und wenn Kleinkinder nach stunden-, manchmal tagelangem Weinen still wurden, dachte man, sie hätten sich eingewöhnt. Erst allmählich erfolgte da ein Umdenken.

Bei den zahlreichen Zitaten und Literaturhinweisen hat der Rezensent den Namen und das Werk von Gerd Biermann vermisst, der mit seinem Institut für Psychohygiene und den Psychotherapielehrgängen nach dem Brähler Modell ganz wesentlich zum Wissenstransfer und zum Verständnis für Psychotherapie, Bindungstheorie und Psychohygiene bei Generationen von KinderärztInnen und auch KinderpsychiaterInnen gesorgt hat.

Dieses Buch kann auch zur Forschung über heutige Säuglings- und Kinderbetreuung anregen. Zum 1.3.2022 wurden in der BRD 828.700 Kinder unter 3 Jahren, also im sogen. „Krippenalter“, bzw. 35,5 % dieser Jahrgänge in einer Kindertagesbetreuung versorgt, in Ostdeutschland durchschnittlich 53,5%, in Westdeutschland 31,8 %. Außerdem erfolgten 2022 66.400 Inobhutnahmen Minderjähriger, davon 1/3 für Kinder unter 12 Jahren.

Felix Berth: Die vergessenen Säuglingsheime – Zur Geschichte der Fürsorge in Ost- und Westdeutschland

Psychosozial-Verlag, Buchreihe: Forum Psychosozial, Originalausgabe 2023, 185 Seiten, Broschur, 29,90 €, Bestell-Nr.: 3204

ISBN 978-3-8379-3204-1 (Print), 978-3-8379-7934-3 (E-Book-PDF)

Christian K. D. Moik

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Eingeleitet wird der Mitgliederrundbrief / Forum-KJPP 1998/III mit dem Rückblick auf die rundum gelungenen Jahrestagung in Landau samt Protokoll der MV und den Ausblick auf die kommende Tagung in Aachen. Auch über die Arbeit des Solidaritätsfonds wird berichtet.

Von den Tagungsinhalten finden sich folgende Beiträge:

Gerhard Kuntz, Landau: „*Betriebswirtschaftliches- und Steuergestaltungsseminar*“

Kurt Müller, Neustadt: „*Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Sicht des Pädagogen*“

Alexander Marcus, Trier: „*Kooperationsmöglichkeiten bei geistiger Behinderung*“

Reinhold S. Jäger, Landau: „*Schule im Jahr 2000 aus der Sicht der empirischen Forschung*“

Marlies Meyering, Ibesheim, berichtet aus schulischer Sicht: „*Kooperationsmöglichkeiten im Rahmend er Sozialpsychiatrie*“.

Im Heft IV/98 geht es zunächst um den angekündigten neuen EBM-Entwurf. Es war damit zu rechnen, dass die noch neue Sozialpsychiatrievereinbarung auf den Prüfstand gestellt wird.

Mit dem Quartalsheft wurde auch ein Mitgliederverzeichnis samt eines Verzeichnisses aller KJPP-Kliniken und –Abteilungen verschickt, was damals noch datenrechtlich möglich war.

Christa Schaff, Weil der Stadt, gab „*Hinweise zum Psychotherapeutengesetz*“.

Ute Paporisz, Dieblich, schilderte in „*Wir sind geschieden*“ die Problematik in der Behandlung von Kindern nach der Scheidung der Eltern.

Jochen R. Geyer, Andernach, berichtete über *„Elternarbeit in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis bei der Behandlung von Kindern mit hyperkinetischem Syndrom“*.

Reinhard Schydlo, Düsseldorf, **Karin Atzpoldin** und **Gerd Lehmkuhl**, beide Köln, stellten die *„Wirksamkeit des Audio-Vokalen Integrativen Trainings (AVIT) bei auditiven Wahrnehmungsstörungen im Elternurteil – Ergebnisse einer retrospektiven Beurteilung bei 75 behandelten Kindern“* dar.

Aus mehreren Arbeitsgruppen der Jahrestagung wurden *„Werkstattberichte“* referiert:

Franz Fippinger, Landau: *„Früherkennung von Entwicklungsstörungen im Kindesalter“*

Bern Janthur, **Joachim Zapp**, Dillingen: *„Psychomotorik in der Praxis“*

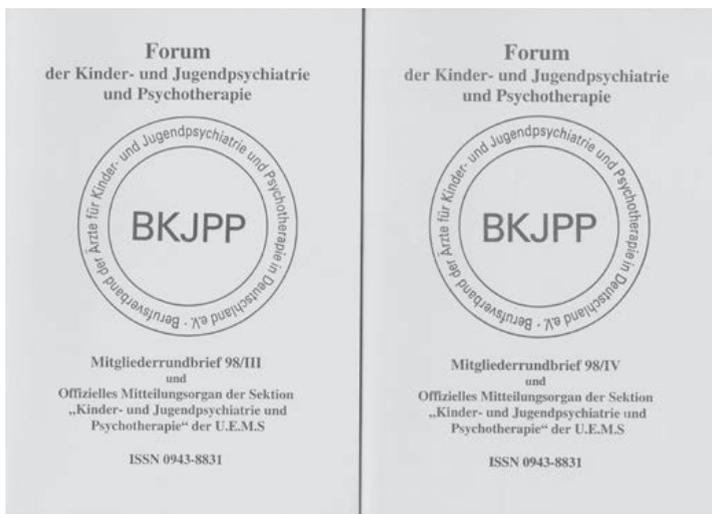
Christian Schmölzer, **Brigitte Sobek-Kölling**, beide Wolfegg: *„Körpertherapeutische Ansätze in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen am Beispiel der konzentrativen Bewegungstherapie“*.

Abschließend stellt **Johannes Wilkes**, Erlangen, in *„Sogenannte Sekten und Psychogruppen – die Ergebnisse der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht“* zur Diskussion.

All diese Beiträge sind auch heute noch erhältlich und lesenswert!

Bleiben Sie neugierig!

Ihr Christian K. D. Moik



Hinweise für Autor*innen

1. Das forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint 4 x pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen die Redaktionsleitung Dr. Annegret Brauer (brauer@bkjpp.de oder redaktion-forum@bkjpp.de)
2. Urheberrecht / Rechtseinräumung / Copyright:
Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheidet die Redaktion. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Herausgeber, den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP e.V.) über. Der/die Autor:in bestätigt und garantiert, dass er/sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an dem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.
Der/die Autor:in räumt - und zwar auch zur Verwertung seines/ihrer Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Vor Publikation eines Beitrages überträgt der/die Autor:in dem Herausgeber das ausschließliche geographische und zeitlich unbeschränkte Recht der Speicherung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe.
3. Interessenkonflikte:
Die Autor:innen sind verpflichtet, alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen Interessenskonflikt sieht oder nicht.
4. Manuskriptgestaltung:
 - ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (per E-Mail oder USB-Stick) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor:innen: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10.
 - ✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von bis zu 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.

- ✓ Vollständige Anschrift der Autor:innen einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
 - ✓ Manuskriptlänge max. 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen, ca. 1500 pro Seite), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. (je Seite ca. 2.500 Anschläge).
 - ✓ Die Zahl der Abbildungen ist nicht begrenzt. Farbabbildungen in Ausnahmefällen, bitte kennzeichnen.
 - ✓ Bitte Grafiken und Fotos stets als Originaldateien mailen. Im Manuskript bitte Platzhalter für Abbildungen kennzeichnen..
 - ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor:in und des Erscheinungsjahrs.
 - ✓ Folgende Zitierweise ist außerdem möglich: in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte, persönliche Mitteilungen.
 - ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: die Autor:innen (kein „et al.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen <https://de-academic.com/~dic.nsf/~dewiki/855488>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten) nach den Zitierregeln der APA-Richtlinien, siehe <https://www.scribbr.de/zitieren/apa-generator/>.
 - ✓ Beispiele:
Cropp, C., Claaßen, B. (2021). Reliabilität und Validität des OPD-KJ-Konfliktfragebogens bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 49, 377-385
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
5. Die Autor:innen erhalten das Manuskript der endgültigen Fassung im PDF-Format und 3 Hefte als Belegexemplare.

Impressum

**forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie**
**Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles
Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.**
Forum Verlag – Aachen
ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

*Dr. med. Annegret Brauer (V.i.S.d.P.), Dr. med. Maik Herberhold
Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,
Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand*
Alle Beiträge bitte an: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Dr. med. Arnfried Heine (V.i.S.d.P.), Nicole Kauschmann-Loos, Mirjana Husakovic
Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank
IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gesamtherstellung

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin
e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: *forum*/Weiße Seiten 4-mal jährlich

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

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

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

