

Berufsverband der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (**bkj**; Friederike Wetzorke)

Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (**DFT**, angefragt)

Köln Bonner Akademie für Psychotherapie (**KBAP** Dr. Sabine Trautmann-Voigt)

Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der EFH Freiburg (**ZfKJ**, Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff)

## **Konzept einer Wirksamkeitsstudie der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit dem Störungsbild ADHS**

### **1. Ausgangssituation**

Tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (TPKJPT) ist in ihren Wirkungen als „eigenständiges“ Therapieverfahren noch wenig untersucht; empirische Untersuchungen liegen eher zur analytischen Kindertherapie vor (vgl. z.B. die Zusammenstellung bei Windaus 2004; oder: Fonagy & Target 1995; Fahrig et al. 1996, Winkelmann et al. 2003).

Gleichwohl gewinnt die TPKJPT durch die breite Praxisanwendung – und die durch die gestiegene Zahl an (nach)qualifizierten und niedergelassenen BehandlerInnen - eine zunehmende eigene Identität und „überwindet“ den Status als „kleine Kinderanalyse“.

→ Es erscheint „lohnenswert“, die Wirkung der TPKJPT bei einem umschriebenen Störungsbild zu überprüfen; da in allen Übersichtsarbeiten das Fehlen „naturalistischer“ Studien beklagt wird (vgl. Beelmann & Schneider, 2003; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Remschmidt & Mattejat, 2001, 2003; Weisz & Jensen, 2001; Heekerens, 2002 ), sollte die Untersuchung auf reale Praxiszusammenhängen basieren.

Sog. expansive Störungen stellen für PsychotherapeutInnen eine besondere Herausforderung dar. Besonders brisant ist in den letzten Jahren die Debatte um das „Störungsbild“ ADHS, die einerseits durch eine Rechtfertigung der Medikalisierung (der Methylphenidat-Verbrauch ist in den letzten 15 Jahren exponentiell gestiegen, vgl. z.B. GEK-Gesundheitsreport 2003; vgl. Diskussion um die Empfehlungen der

Bundesärztekammer), andererseits durch die Verbreitung stark verhaltenstherapeutisch orientierter Konzepte (vgl. Döpfner et al. 1997, 2000; Döpfner & Lehmkuhl 2002, Lehmkuhl & Döpfner 2003) gekennzeichnet ist. Übereinstimmung herrscht dahingehend, dass die Diagnose ADHS (ICD 10 F 90.0, F 90.1) eine der häufigsten im Bereich kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen darstellt (vgl. z.B. Lehmkuhl & Döpfner 2003), oftmals eine hohe Komorbidität (v.a. mit den „Störungen des Sozialverhaltens...“) besteht und dass offensichtlich eine multimodales Vorgehen (Therapie des Kindes, Einbezug von Eltern und Schule/Kita) am ehesten erfolgsversprechend ist (vgl. Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003; Streeck-Fischer 2006).

Die Behandlung von Kindern mit dem Störungsbild ADHS durch eine tiefenpsychologische fundierte Therapie – unter systematischer Einbeziehung des Umfeldes – dürfte im Praxisalltag aufgrund der TherapeutInnenzahl und der Prävalenz häufig vorkommen – sie ist gleichwohl systematisch noch nicht untersucht worden – wenn gleich zur psychodynamischen Behandlung des Störungsbildes zunehmend Beschreibungen erfolgen (vgl. z.B. Streeck-Fischer 2006).

→ Es erscheint sehr sinnvoll, die Wirksamkeit der TPKPT bei diesem sehr häufigen Störungsbild zu erfassen.

Die Verbände bkj und DFT, das Ausbildungsinstitut KBAP und das Forschungsinstitut ZfKJ bilden einen Forschungsverbund, um die Wirksamkeitsstudie „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit dem Störungsbild ADHS“ zu realisieren

## **2. Fragestellung**

Die Kernfragestellung der Effektivitätsforschung lautet nach Döpfner & Lehmkuhl (2002):

*“Unter welchen Bedingungen (z.B. komorbiden Auffälligkeiten, Alter, Geschlecht, familiären Bedingungen) haben welche Behandlungen oder Behandlungskombinationen (Verhaltenstherapie, Elternterapie, schulzentrierte Interventionen, medikamentöse Therapie) welche Effekte (Verbesserung, Stabilisierung, Verschlechterung) auf welche Funktionsbereiche des Kindes (kognitive Funktionen, Schulleistungen, Verhalten, körperliche Funktionen, Gleichaltrigenbeziehungen, Familienbeziehungen), für wie lange (kurzzeitig, langfristig), in welchem Ausmaß (Effektstärke, Anteil der Kinder im unauffälligen versus pathologischen Bereich) und warum (Therapieprozess) ?“*

(S. 185, Hervorh. im Original).

Wenn diese Kernfragestellung auf die Untersuchung tiefenpsychologisch fundierter Kindertherapien übertragen werden soll, so müssen zunächst zwei grundlegende Entscheidungen getroffen werden, um die Forschung praktikabel gestalten zu können:

- a) Es muss eine Einschränkung auf eine bestimmte Altersgruppe vorgenommen werden.
- b) Es muss eine Einschränkung auf ein bestimmtes Störungsbild erfolgen. Die Beschränkung auf das Störungsbild bzw. die Hauptdiagnose ADHS (ICD 10 F 90.0, F 90.1) ist oben begründet.

So lassen sich als spezifische Fragestellungen formulieren:

1. Ergeben sich durch TPKJPT bei Kindern mit ADHS signifikante Veränderungen in den Dimensionen Verhalten (Impulsivität, Hyperaktivität, Konzentration, Sozialverhalten), Erleben (Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung), Selbstwert, Selbstkonzept und möglicherweise noch weiteren?
2. Welche Variablen im Prozess der TPKJPT lassen sich wann identifizieren und haben für die (möglichen)Veränderungen welche Bedeutung ?
3. Welche Bedeutung haben die verschiedenen Modalitäten (Einzel PT; Arbeit mit Eltern; Arbeit mit Schule/Kita) bei einem „multimodalen“ Vorgehen?
4. Wie stabil sind die (möglichen) Veränderungen ?

Damit ist auch das **generelle Untersuchungsziel** beschrieben: Es soll eine kontrollierte Studie mit Behandlungs- und Vergleichsgruppen von tiefenpsychologisch fundierten Kinderpsychotherapien bei der Behandlung von Kindern mit dem Störungsbild ADHS durchgeführt werden. Zusätzlich zu den Kindern werden begleitend deren Bezugspersonen (Eltern und LehrerInnen/ErzieherInnen) beraten; es erfolgt ein koordiniertes Vorgehen. Die Untersuchung erfolgt in realen klinischen (Alltags-)Zusammenhängen; es wird also die „effectiveness“ erfasst. Damit ergeben sich besondere Implikationen für das methodische Vorgehen (s.u.). Die Untersuchung folgt den Prinzipien einer Outcome- und einer Prozess-Evaluation.

### 3. Design der Studie

#### 3.1. Design

Die Studie soll mit einer Durchführungs-/Therapie/Behandlungsgruppe (DG) und drei Vergleichs-/Kontrollgruppen (KG) unter klinischen Praxisbedingungen durchgeführt werden:

- Durchführungsgruppe (DG) (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ohne medikamentöse Mitbehandlung),
- Kontrollgruppe 1 (KG1) (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie + medikamentöse Mitbehandlung)
- Kontrollgruppe 2 (KG2) (Keine Behandlung; Wartelisten Kontrollgruppe)
- Kontrollgruppe 3 (KG3) (Nur medikamentöse Behandlung; Warteliste + medikamentöse Behandlung)

Die Zusammenstellung der Kontrollgruppen soll über das Wartelisten-Prinzip erfolgen: Zum Zeitpunkt der Anmeldung wird bei allen ProbandInnen eine Eingangsdagnostik durchgeführt. Nach der Wartezeit findet erneut eine diagnostische Untersuchung statt; dann erhalten sie ein entsprechendes psychotherapeutisches Angebot.

Es findet keine Vorab-Selektion hinsichtlich z.B. Geschlecht, Störungsgrad, bzw. Vorabzuordnung zu den verschiedenen Untersuchungs-Gruppen (DG, KG 1-3) statt. Eine systematische Zuordnung erfolgt im Nachhinein nach dem Matched-Pairs Prinzip.

Datenerhebungen finden zu Behandlungsbeginn, nach 25 Sitzungen (Grenze für Kurzzeittherapie) und Behandlungsende, sowie zwölf Monate nach Beendigung der Therapie sowie während des Therapieprozesses statt.

Das Design lässt sich schematisch so darstellen:

<b>Zeitpunkt</b>	<b>0 (Beginn) t0</b>		<b>1 t1</b>		<b>2 (Ende) t2</b>		<b>3 (Follow Up) t3</b>
			nach 25 Sitzg.				12 Monate nach Therapie- ende
<b>Therapie/ Durch- führungs- gruppe (DG)</b>	Eingangs- Diagnostik s. 3.4.(1)	Therapie	Verände- rungs- Diagnostik s..3.4. (1)	Therapie	Verände- rungs- Diagnostik s..3.4. (1)		Katamnese
		→ Prozess- diagnostik s. 3.4.(2)		→ Prozess- diagnostik s. 3.4.(2)			
<b>Kontrollgr uppe 1 (KG 1)</b>	Eingangs- Diagnostik s. 3.4.(1)	Therapie	Verände- rungs- Diagnostik s..3.4. (1)	Therapie	Verände- rungs- Diagnostik s..3.4. (1)		Katamnese
		→ Prozess- diagnostik s. 3.4.(2)		→ Prozess- diagnostik s. 3.4.(2)			
<b>Kontroll- gruppe (KG 2)</b>	Eingangs- diagnostik s. 3.4. (1)				Verände- rungs- Diagnostik A s. 3.4. (1)	Therapie → Prozess- diagn. s. 3.4.(2)	Verände- rungs- Diagnostik B s.3.4. (1)
<b>Kontroll- gruppe (KG 3)</b>	Eingangs- diagnostik s. 3.4. (1)				Verände- rungs- Diagnostik A s. 3.4. (1)	Therapie → Prozess- diagn. s. 3.4.(2)	Verände- rungs- Diagnostik B s.3.4. (1)

### **3.2. Stichprobe**

#### **(1) Größe:**

Die Subgruppen (DG, KG 1 – 3) sollen jeweils eine Größe von  $n \geq 30$  haben

#### **(2) Störungsbilder:**

Die Diagnose ADHS nach ICD 10 F 90.0, F 90.1 soll eindeutig zu stellen sein.

Wegen der hohen Komorbidität (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003; Lehmkuhl & Döpfner 2005; Remschmidt 2005) ist davon auszugehen, dass andere Auffälligkeiten bzw. Störungen „mitdiagnostiziert“ werden.

Die Diagnostik soll „sicher“ erfolgen und sich an den „Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003) bzw. an anderen anerkannten Diagnosekonzepten (z.B. Döpfner et. al. 2000, OPD - KJ) orientieren.

#### **(3) Praxisbezug:**

Die Stichprobe soll ausschließlich aus realen klinischen Zusammenhängen gewonnen werden. Die TherapeutInnen für DG und KGen sind

- approbierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen mit Ausbildung (Fachkunde) in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie in eigenen Praxen oder
- PsychotherapeutInnen mit einer tiefenpsychologisch fundierten Ausbildung in Angestelltenverhältnissen (Heimeinrichtungen, Erziehungsberatungsstellen, Ambulanzen usw.) oder
- AusbildungskandidatInnen unter Supervision (nach der Zwischenprüfung), die an tiefenpsychologischen Instituten die Ausbildungen machen.

#### **(4) Soziodemographische Daten:**

Altersgruppe: 7/8 Jahre – 15 Jahre, in der Schule. Lesefähigkeit muss gegeben sein (wegen der Diagnostik, s.u.).

Beide Geschlechter sollen in DG und KGen möglichst mit gleicher Häufigkeit vertreten sein.

Es soll versucht werden, zwischen DG und KGen eine möglichst gleichartige Verteilung weiterer soziodemographischer Daten (Stadt/Land; Schulsituation usw.) herzustellen; möglicherweise müssen hier Zugeständnisse an die Praxissituation gemacht werden.

### **3.3. ‚Kontrolle‘ des therapeutischen Handelns**

Eine absolute „Manualtreue“ des therapeutischen Handelns ist umstritten und wird dem Alltag psychotherapeutischen Handelns nicht gerecht (vgl. z.B. Auckenthaler 2000, Bergin & Garfield 2000).

Die Vereinbarkeit des jeweiligen Handelns der einzelnen PsychotherapeutInnen mit dem tiefenpsychologischen Konzept soll zum einen dadurch sichergestellt werden, dass die an der Studie teilnehmenden TherapeutInnen eine Ausbildung in „Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie“ nach den „Psychotherapierichtlinien“ abgeschlossen haben (oder sich im letzten Drittel der entsprechenden Ausbildung befinden) und i.d.R. eine Behandlungsberechtigung („Zulassung“, „Arztregistereintrag“) nach den Richtlinien der KBV haben.

Die TherapeutInnen sollen sich an den im Zusammenhang mit der Studie entwickelten „Handlungsleitlinien zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS“ (s. Anhang) orientieren.

Darüber hinaus sollen zum Zwecke der Prozess-Evaluation (s.u.) einzelne Therapiestunden auf Video aufgenommen werden; hier erfolgt ein entsprechendes Rating.

Für die Therapiedauer (Gesamt-Zeitrahmen, Anzahl der Sitzungen) und –frequenz sowie die Frequenz der Bezugspersonenkontakte werden keine Vorgaben gemacht; geplant ist ein Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien.

### **3.4. Mess-Instrumente**

Entsprechend den Zielsetzungen der Studie müssen Mess-Instrumente für die Ergebnis- und die Prozess-Evaluation – und zusätzlich für die begleitende Bezugspersonen (Eltern-) Arbeit - eingesetzt werden.

Dabei soll eine symptombezogene **und** eine psychodynamische Diagnostik durchgeführt werden:

## **(1) Outcome- Evaluation: Vorher/Nachher-Messung**

### **Symptombezogene Diagnostik**

- CBCL (Child Behavior Check List, dt. Version, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik 1998)
- spezifische Diagnose Checklisten zur ADHS/HKS (DCL-HKS, FBB-HKS ← Fremdbeurteilung durch LehrerInnen, Eltern, SBB-HKS ← Selbstbeurteilung; Döpfner & Lehmkuhl 2000)
- IQ-Screening: z.B. CFT 20 (Weiß 1998)
- Verfahren zum Selbstwert/Selbstkonzept (Frankfurter Kinder-Selbstkonzept-Inventar, FKSI, Deusinger 2005; FEEL Behr & Bieg 2006)
- Screening-Verfahren zur Erfassung von Wahrnehmungs-/Teilleistungsstörungen

### **Psychodynamische Diagnostik**

Erfasst werden sollen

- Entwicklungsaspekte (inkl. der pränatalen Situation)
- Beziehung, Beziehungsdynamik und Bindung, sowie Bindungsentwicklung
- Regulation(sfähigkeit, Regulationsentwicklung)
- Fähigkeit zur Symbolisierung/ Mentalisierung

Instrumente hierzu sind:

- Standardisierter Anamnesebogen (KBAP 2006)
- Checkliste zur Erfassung des Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehens (Trautmann-Voigt & Wetzorke 2007)
- Checkliste zur Erfassung von Konfliktdynamik und Struktur in Anlehnung an die OPD-KJ (Trautmann-Voigt & Wetzorke 2007)
- Projektive Verfahren:
  - Sceno-Test (→ Foto und Protokoll)
  - Mensch-Zeichen-Test
  - Familie in Tieren Test

## **(2) Prozess-Evaluation**

- Standardisierte Dokumentation der Therapiestunden durch TherapeutIn (Protokollbögen)
- mindestens zwei Video-Ausschnitte (Beginn, [Mitte,] Ende ); Focus: TherapeutIn– Kind-Interaktion; Analyse nach dem Bonner Modell zur Interaktionsanalyse (BMIA, Trautmann-Voigt & Voigt 2007)

## **(3) Erfassung der Arbeit mit dem Umfeld (Eltern, LehrerInnen, ErzieherInnen...)**

- Fragebögen für die Bezugspersonen
- Standardisierte Dokumentation der Gespräche/Arbeit mit den Bezugspersonen durch TherapeutIn (Protokollbögen)
- Standardisierte Dokumentation der Gespräche/Arbeit mit dem Umfeld durch TherapeutIn (Protokollbögen)

## **4. Zeitplanung/Umsetzung**

- Die Studie wird gemeinsam von den vier Partnerinstitutionen (bkj, DFT, KBAP, ZfKJ) realisiert.
- Die inhaltliche *Koordination* erfolgt durch das Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der EFH Freiburg (0761-4781224; roennau@efh-freiburg bzw. froehlich-gildhoff@efh-freiburg.de)
- Die „Werbung“ (Gewinnen von StudienteilnehmerInnen) erfolgt über die Verbände und Ausbildungsinstitute.
- *Start* der Studie ist der 1.5.2008; die Laufzeit ist zunächst bis 31.12.2010 projektiert; eine Auftaktveranstaltung findet am Sa. 26.4.2008 in Bonn (KBAP) statt.
- Mindestens einmal im Jahr finden *Tagungen* aller StudienteilnehmerInnen statt zur Reflektion und Fortbildung sowie zur Diskussion erster Ergebnisse; das erste entsprechende Treffen wird i.R. des bkj-Kongresses (6.-8.3. 2009) geplant.
- Der *Aufwand* wird pro TeilnehmerIn bei etwa 15-20 Std. für die Studie insgesamt liegen. Die StudienteilnehmerInnen sollen Anerkennungen (Fortbildungspunkte, Zertifikate als Studienteilnehmerin) erhalten

- Die *Kosten* für die wissenschaftliche Begleitung liegen bei 15 – 20 T€; hier müssen entsprechende Mittel akquiriert werden.

### Kontaktadressen

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff

Dipl. Sozpäd. Maike Rönnau

Dipl. Psych Eva-Maria Engel

Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Fachhochschule  
Freiburg

Bugginger Str. 38

79114 Freiburg

Tel. 0761-4781224; 0177-8126700

Email: [fruehlich-gildhoff@efh-freiburg.de](mailto:fruehlich-gildhoff@efh-freiburg.de)

[roennau@efh-freiburg.de](mailto:roennau@efh-freiburg.de)

## Anhang

### Handlungsleitlinien:

#### **Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS-Symptomatik auf der Grundlage eines tiefenpsychologischen Therapie- und Störungsverständnisses.**

**Stand: 28.10.2007**

(verantwortliche VerfasserInnen: Klaus Fröhlich-Gildhoff, Friederike Wetzorke, Sabine Trautmann-Voigt)

#### *Grundbestandteile/ Essentials tiefenpsychologischen Verständnisses.*

Ausgangspunkt ist ein Bio-Psycho-Soziales Modell zur Erklärung menschlichen Verhaltens und menschlichen Seelenlebens. Dies bedeutet, dass Menschen mit unterschiedlichen genetisch, prä-, peri- oder postnatal erworbenen Voraussetzungen auf die Welt kommen. Diese werden von der ersten Lebensminute an in der Interaktion mit der Umwelt, insbesondere mit anderen Menschen, „modelliert“. Aus diesen Erfahrungen bilden sich innerpsychische Strukturen, insbesondere des Selbst als innerseelische handlungsleitende Instanz. Dieser Prozess entspricht der Entwicklung neuronaler Strukturen entsprechend der Plastizität der Hirnentwicklung.

Symptome sind zu verstehen als Bewältigungs- und Lösungsversuche von kurz- oder längeranhaltenden Traumata, von innerseelischen Konflikten oder als nicht bewältigbar erlebbaren Entwicklungsanforderungen. Symptome können auch der Abwehr abgespaltener, bedrohlicher oder nicht wahrnehmbarer Selbstanteile dienen. Symptome sind in diesem Sinne nicht in erster Linie handlungsleitend für den therapeutischen Prozess.

Die innerseelischen Prozesse erfolgen überwiegend unbewusst. Auch die Gestaltung von Beziehungsprozessen – und damit Übertragung und Gegenübertragung - erfolgen zumeist unbewusst; innerseelische Prozesse sind allerdings bewusstseinsfähig.

Der Kern tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ist die Gestaltung entwicklungsförderlicher Beziehungsangebote, insbesondere das Anbieten korrigierender emotionaler Erfahrungen. Auf diesem Hintergrund geht es darum, spezifisch und reflektiert Beziehung zu gestalten, und unbewusste Prozess, insbesondere unbewusste Konfliktthematiken, dem Bewusstsein zugänglich zu machen – wobei immer davon ausgegangen wird, dass auch implizit repräsentierte Erfahrungen Beziehungsdynamiken maßgeblich beeinflussen.

In der tiefenpsychologische Kinder- und Jugendlichentherapie haben symbolische Ausdrucksweisen, insbesondere durch das Spiel, eine zentrale Bedeutung.

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist die Arbeit mit den Bezugspersonen ein integraler Bestandteil.

## *Störungsverständnis der ADHS*

Auf einer biologischen Grundlage können Temperamentsunterschiede, dysfunktionale Schwangerschaftserfahrungen oder auch Wahrnehmungs- bzw. Teilleistungsstörungen eine Bedeutung haben.

Wesentliche Bedeutung haben frühe Interaktionserfahrungen wie eine nicht stressfreie, altersgerechte Kommunikation, Über- oder Unterstimulierung sowie unsichere ambivalent-vermeidende oder desorganisierte Bindungsmuster. Dies führt dazu, dass die Affekte aber auch Erregungs- und Aktivitätsmuster von Kindern allgemein nicht ausreichend reguliert werden können und die Kinder zu wenige Möglichkeiten einer Selbstregulation entwickeln. Aus den unsicheren Bindungen ergeben sich nicht ausreichend entwickelte Fähigkeiten der Kinder Belastungen, Frustrationen und Versagung zu bewältigen. Es kommt insgesamt zu Schwächen der Selbst- und Affektregulierung. Die Kinder können ihre Anspannungen und Ängste nicht bewältigen, sondern müssen diese abwehren und unterdrücken. Dieser Prozess führt insgesamt zu den bekannten Symptomen wie Bewegungsunruhe, übersteigerte Impulsivität und Aggressivität, emotionaler Rückzug, Träumerei usw.

Die Symptomatik hat immer eine spezifische Bedeutung im System der Familie.

## *Therapeutische Grundprinzipien*

Grundlage der tiefenpsychologisch fundierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist die reflektierte, entwicklungsförderliche und Sicherheit bietende Beziehungsgestaltung. Wesentliche Kennzeichen sind Verlässlichkeit, Wertschätzung, Feinfühligkeit und Klarheit der Beziehungsgestaltung.

In der Therapie wird die Symptomatik nicht nur in ihrer Funktionsweise im Hier und Jetzt betrachtet, sondern es geht darum, ihre Symbolik zu erfassen, um die dahinterstehenden Bedeutungen, den subjektiven Sinn für die Kinder zu verstehen und im Prozess zu bearbeiten. Besondere Bedeutung hat die biografische Entstehung und hier ist der Aspekt der Regulation von Erregung, Affekten und Impulsivität spezifisch zu betrachten.

Die Interventionen haben also einen Bezug zur Zeitachse; das bedeutet, ein Zurückschauen aber auch eine Orientierung in die Zukunft.

Die Symptomatik ist in der spezifischen Geschichte des Kindes (und seines Umfeldes) zu verstehen und entsprechend aufzuarbeiten. Dies bedeutet, dass das

Symptom immer an der spezifischen, individuellen Psychodynamik in seiner Funktion als Abwehr- und Bewältigungsmodus zu verstehen ist.

Eine besondere Bedeutung hat eine genaue Affektspiegelung, die dem Selbstverstehen und der Mentalisierung der Kinder dient.

Es gilt, die Störung als eine Missbalance zwischen Bindungs- und Explorationssystem zu verstehen. Dies hat für die therapeutische Begegnung die Konsequenz, dass die Balance zwischen dem Geben und Gewähren von Halt einerseits und dem Stützen und Anregen von Exploration und Kreativität andererseits sorgsam focussiert werden muss.

Weiteres ergänzendes Element ist die gezielte Unterstützung der Selbstregulation der betroffenen Kinder; dies bedeutet, dass Kinder (und Jugendliche) in der Behandlung Strukturierungshilfen benötigen, wobei auch andere, z.B. verhaltenstherapeutische, Interventionen im Einzelfall genutzt werden können.

Die Zusammenarbeit mit weiteren Bezugssystemen wie den Eltern und Kindertagesstätten bzw. Schulen sind unabdingbar. In der Arbeit mit den Eltern geht es darum, eine mögliche transgenerationale Weitergabe von Traumafolgestörungen und Bindungsstörungen mit den Eltern zu thematisieren. Weiter geht es darum, die Bedeutung der Symptomatik für die Beziehungsdynamik im familiären System zu verstehen und darüber hinaus konkrete verbesserte Möglichkeiten des Zusammenlebens in der Familie zu entwickeln.

In der Arbeit mit den Bezugspersonen geht es gleichfalls darum, für das Kind eine unterstützende, entwicklungsförderliche Atmosphäre zu gestalten und langfristig zu realisieren (z.B. durch gezielte Interventionen in der Schule).