



Wirksamkeit und Komplexität der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie¹

Manuel Macias

¹ Antrittsvorlesung anlässlich der Ernennung zum Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie und zum Chefarzt der Abteilung für Heilpädagogik an der Medizinischen Fakultät der Universität Genf vom 5. November 2004.

Quintessenz

- Die Frage nach der Therapiewirksamkeit ist heute kein Tabu mehr, sondern in Anbetracht der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, der zunehmenden Zahl von Konsultationen und dem immer lauter werdenden Ruf nach konkreten Resultaten innert kürzester Zeit schlichte Notwendigkeit.
- Es besteht ein Konsens darüber, dass bei Phobien und Angststörungen kognitive Therapien im Vordergrund stehen.
- Auf eine Therapie mit Psychopharmaka wird man bei Psychosen und schweren depressiven Störungen nicht verzichten können.
- Eine Psychotherapie ist indiziert bei depressiven Kindern und Jugendlichen.
- Systemische Interventionen sind bei psychosozialen Störungen und Anorexia nervosa indiziert.
- Psychoedukative Interventionen bei den Eltern zeigen oftmals rasche Resultate bei Kleinkindern.
- Ein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst muss sich auf alle vier therapeutischen Säulen, die sich in den letzten 30 Jahren als wirksam erwiesen haben, abstützen, nämlich auf die psychotherapeutische Kurztherapie, auf kognitive und systemische Therapien sowie auf die Behandlung mit Psychopharmaka.
- Die zukünftigen Psychiater und Psychotherapeuten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen lernen, bei der Behandlung ihrer Patienten alle diese Optionen im Auge zu behalten.
- Die Auswahlmöglichkeiten in der Therapie werden immer vielfältiger, ihre Bewertung immer komplexer. Man muss heute auf die im Rahmen der «Evidence Based Medicine» gewonnenen Erkenntnisse zurückgreifen, um im Einzelfall eine Behandlungsform wählen zu können, die nachweislich erfolgversprechend ist. Die Beschränkung auf eine einzige Methode erschwert im Gegenzug oftmals dem Einzelnen den Zugang zu gewissen Therapien und führt dazu, dass diese nur einem engen Kreis von Experten vorbehalten bleiben, die sich eines hochspezialisierten Vokabulars bedienen und mit für Aussenstehende schwerverständlichen Theorien arbeiten.

Summary

Efficacy and complexity of therapy in child and adolescent psychiatry

- *Today the efficacy condition for therapy is no longer taboo but much more a requirement, bearing in mind escalating health costs, the growing number of consultations and the demand for earliest possible concrete results.*
- *There is a consensus that for phobic and anxiety disorders cognitive therapies are the treatment of choice.*

Einleitung

Die folgenden Überlegungen zu einem zentralen, wenn auch oft verkannten Aspekt basieren auf meiner eigenen langen, intensiven Erfahrung als Kinder- und Jugendpsychiater: Die Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapien darf heute nicht mehr als Tabu behandelt werden. Denn einer der Hauptkritikpunkte an die Adresse der Psychoanalyse war und ist, dass sie keine objektivierbaren, messbaren, wissenschaftlichen Beweise für ihre klinische Wirksamkeit geliefert habe. Lange Zeit widersetzten sich die Psychoanalytiker den Forderungen der wissenschaftlichen Gemeinschaft, die Resultate ihrer Arbeit etwas weitergehend als nur aufgrund ihrer eigenen Einschätzungen zu dokumentieren. Und als sie schliesslich ihre Technik zu hinterfragen begannen, blieb das Problem, dass sich die Vorgänge nur schlecht messen liessen.

Heute ist die Frage nach der Wirksamkeit kein Tabu mehr, sondern im Gegenteil in Anbetracht der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, der zunehmenden Zahl von Konsultationen und dem immer lauter werdenden Ruf nach konkreten Resultaten innert kürzester Zeit eine schlichte Notwendigkeit. Aus diesem Grund begann man nach Therapien zu suchen, deren Wirksamkeit allgemein anerkannt ist. So entstanden und entwickelten sich die psychotherapeutischen Kurztherapien und die kognitiven Therapien.

Die Forschung geht heute nicht mehr der Frage nach der Wirksamkeit der Psychotherapie an sich nach, man weiss, dass eine Psychotherapie besser ist als keine Behandlung. Man interessiert sich vielmehr für den Effekt verschiedener Therapien bei spezifischen Indikationen, man vergleicht verschiedene psychotherapeutische Techniken und versucht zu verstehen, wie sie wirken.

Die Psychoanalyse bildet nach wie vor die unverzichtbare theoretische und klinische Grundlage, welche die kinderpsychiatrische Praxis zusammenhält (übrigens war es Anna Freud, die Tochter des Begründers der Psychoanalyse, die bereits 1936 die normale und pathologische Entwicklung des Kindes beschrieben hat). Diese Feststellung steht keineswegs im Widerspruch zur Forderung nach für den praktischen Ge-

- *Psychopharmacological therapies are inseparable from the treatment of psychoses and severe depressive disorders.*
 - *Psychotherapy is indicated in depressive children and adolescents.*
- Systemic treatment is indicated for psychosocial problems and anorexia nervosa.*
- *Parental psychoeducative interventions produce rapid results in young children.*
 - *The therapeutic arsenal of a child and adolescent psychiatry department must be multidimensional and include the four basic therapies which have been of proven efficacy in the last 30 years: brief psychotherapy, cognitive therapy, systemic therapies and psychopharmacological treatment.*
 - *Future child and adolescent psychiatrists-psychotherapists must learn to take the four above levels into account in treating their patients.*
 - *The introduction of complexity, by widening the available therapeutic arsenal, claims neither more nor less than to use the data of evidence based medicine to bring to bear, in each clinical situation, therapeutic resources of proven efficacy. In contrast, confining therapy to a single approach often complicates access to the therapeutic domain and limits it solely to the initiated, who, by the use of specific jargon and abstruse theoretical contents, restrict the opportunities for exchanges to a small circle of fellow initiates.*

brauch angepassten Evaluationsmassstäben, Interventionsstrategien und Therapien mit bewiesener kurz- bis mittelfristiger Wirksamkeit. Denn so wie man gleichzeitig Schweizer Bürger und Kosmopolit sein kann, spricht nichts dagegen, trotz psychoanalytischem Hintergrund in der praktischen Arbeit auch ganz andere Methoden anzuwenden.

Bis in die 1980er Jahre war die psychoanalytische Psychotherapie die bevorzugte Methode, mit der Folge, dass sie zu häufig eingesetzt wurde, was meist viele Sitzungen über Jahre hinweg nach sich zog.

Heute ist die Auswahl an therapeutischen Möglichkeiten mit der Entwicklung der Kurztherapien, der systemischen und der kognitiven Therapien wesentlich reichhaltiger, was es erlaubt, die Indikation viel besser auf die zu erwartenden Resultate ausrichten:

- Es besteht heute ein Konsens darüber, dass bei Phobien und Angststörungen kognitive Therapien die erste Wahl sind.
- Auf eine Therapie mit Psychopharmaka wird man bei Psychosen und schweren depressiven Störungen nicht verzichten können.
- Eine Psychotherapie ist indiziert bei depressiven Kindern und Jugendlichen.
- Systemische Interventionen sind bei psychosozialen Störungen und Anorexia nervosa indiziert.
- Psychoeducative Interventionen bei den Eltern zeigen oftmals rasche Resultate bei Kleinkindern.

Es sei darauf hingewiesen, dass historisch gesehen die Erzieher die Vorgänger der Psychothe-

rapeuten waren. Heute sind die Erzieher Mitarbeiter der ärztlichen Psychotherapeuten, und ihr Beitrag liegt in erster Linie im Bereich psychosozialer Massnahmen, das heisst in der Betreuung des Kindes ausserhalb der Familie.

René Henny [1] unterscheidet in der Psychotherapie beim Schulkind drei Phasen:

1. Eintrittsphase, in welcher der Therapeut mit den Eltern die Regeln und die Rahmenbedingungen der Psychotherapie festlegt;
2. Phase der Durchführung, in der sich die Übertragungsneurose entwickelt;
3. Beendigung der Behandlung.

Heute ist man weit von einer extrem grosszügigen Indikationsstellung für Psychotherapien bei Kindern entfernt, wie sie beispielsweise von einigen Leuten aus dem Umkreis Mélanie Kleins befürwortet worden war, welche die Meinung vertraten, eine Psychotherapie sei die beste Prophylaxe gegen zukünftige Anpassungsstörungen im Erwachsenenalter. Nach René Henny haben zahlreiche epidemiologische Studien ergeben, dass gegen 50% der Kinder in Familie oder Schule – wo man sie leichter erfassen kann – klare Zeichen eines neurotischen Leidens zeigen, die als Indikation für eine Behandlung gelten könnten. Das vermöchte kein kinderpsychiatrischer Dienst je zu bewältigen. Schliesslich ist es an den Eltern, eine Konsultation zu verlangen. Wenn diese es nicht tun, «kann auch die Kinderpsychiatrie keine prophylaktische Behandlung an die Hand nehmen» [1].

Fundamente und Pfeiler

In der Architektur von Moscheen und Kathedralen gibt es zahlreiche Beispiele, wo man auf romanischen Fundamenten neue Gebäude errichtet hat. Die berühmte Moschee von Córdoba (El Mezquita) beispielsweise wurde durch Abdal-Rahman I. innert eines Jahres (von 785/6 bis 786/7) auf romanischen Fundamenten erbaut, wobei die Säulen vom wisigotischen, byzantinischen, korinthischen, christlichen und natürlich arabischen Stil beeinflusst waren. Wenn wir diesen Vergleich nun weiterführen, dann gründen die Säulen der psychotherapeutischen Praxis auf der Psychoanalyse. Auf diesem Fundament erheben sich gleichsam als Pfeiler die heutigen therapeutischen Werkzeuge, die eine Klinik, welche rasch gute Resultate erzielen will, heute braucht.

Die vier grundlegenden Therapien

Ein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst muss im Sinne eines mehrdimensionalen Ansatzes über alle vier Hauptpfeiler in Behandlung und Forschung verfügen, die sich in den letzten

30 Jahren klar als wirksam erwiesen haben: psychotherapeutische Kurztherapien, kognitive, systemische und psychopharmakologische Therapien.

Sicher gibt es weitere therapeutische Möglichkeiten wie Psychotherapien unbestimmter Dauer, Gruppenpsychotherapien, Tageszentren, eine Hospitalisation usw. Mir scheint jedoch, dass sich mit den erwähnten vier Behandlungstechniken die meisten konkreten klinischen Situationen bewältigen lassen.

Psychotherapeutische Kurztherapien

Die psychotherapeutischen Kurztherapien haben sich aus der klassischen psychoanalytischen Methode entwickelt, wobei Rahmenbedingungen, Indikationen und die Technik modifiziert wurden.

Ein englischer, zu seiner Zeit sehr innovativer Pädiater und Psychoanalytiker, Donald W. Winnicott, hatte die Idee, therapeutische Konsultationen auf die Lösung der Symptomatik beim Kind hin zu fokussieren.

Das Kind ist ja in seiner verbalen Ausdrucksmöglichkeit und seiner Fähigkeit zu klarer sprachlicher Kommunikation mit dem Psychotherapeuten zweifellos benachteiligt, dafür ist sein Ausdruck beim Spiel voller Symbolkraft, und wenn der Therapeut es versteht, das Kind dabei zu beobachten und sich ohne jeden Spott daran zu beteiligen, gewinnt er durch diesen Kunstgriff einen relativ einfachen Zugang zum Innenleben des Kindes und seinen unbewussten Phantasien [1].

- Was den Rahmen anbelangt, so sind Kurztherapien gekennzeichnet durch eine zeitliche Limitierung, sie dauern nicht mehr beliebig lange wie früher die Psychoanalyse.
- Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber und schauen sich an, der Patient liegt nicht mehr auf der Couch. Diese Anordnung fördert eine semidirektive und empathische Haltung beim Therapeuten. Das ist weit entfernt von der früheren Neutralität und Distanz in der Analyse.
- Die Technik gründet auf der Möglichkeit, einen konkreten Konflikt in einer Krisensituation zu bearbeiten, es wird hierbei mehr investiert als lediglich eine unverbindliche Aufmerksamkeit für die allgemeinen psychischen Funktionen und Konflikte. Die Vorgehensweise kann nach der psychodynamischen Grundhypothese als ein «heuristische guide to inquiry» [2] beschrieben werden.
- Die Interpretationstechnik verlangt zugleich Aufmerksamkeit und selektives Ausblenden des psychischen Materials [3]. Sie konzentriert sich auf aktuelle Konflikte zwischen dem Individuum und dessen unmittelbarer Umwelt, weniger auf Konflikte in der Kindheit.
- Die psychotherapeutischen Kurztherapien legen starkes Gewicht auf die Bildung einer

therapeutischen Allianz mit dem Patienten und verlangen vom Therapeuten, dass er seine Fähigkeiten voll einbringt (vor allem die Fähigkeit zu interpretieren, affektive Empathie ...) [4].

- *In der psychoanalytischen Klinik wird der Patient durch seine alten Konflikte und unbewussten Phantasien bestimmt.*

Die Symptome sind das Resultat eines Kompromisses aus bewussten und unbewussten Tendenzen.

- *Die Behandlung gründet auf der Interpretation dieser Konflikte in der Übertragung.*

In den psychotherapeutischen Kurztherapien wird der Patient durch seine aktuellen und aktualisierten Konflikte bestimmt.

- *Das Symptom ist die Folge einer Krise, welche Abwehrmechanismen auslöst.*

Die Therapie, bei der man sich gegenüber sitzt und ansieht, gründet auf selektiver Interpretation und Empathie; eine Interpretation in der Übertragung wird vermieden.

- *Diese Anpassungen der Technik gehen mit wesentlichen Änderungen der Einstellung auf der Seite des Therapeuten einher.*

Die nachstehende Tabelle 1 fasst diese zusammen.

Tabelle 1. Die neue Einstellung des Therapeuten.

Früher (Psychoanalyse)	Heute (psychotherapeutische Kurztherapie)
Distanziert	Nahe
Neutral	Empathisch
Kühl	Herzlich
Schweigend	Dialogisch
Wortkarg	Lächelnd!!

Kognitive Therapien

Bei den kognitiven Therapien [5] werden die Symptome als Produkt eines Lernprozesses aufgefasst, der zu fehlerhaften kognitiven Repräsentationen führt. Folglich besteht das Ziel der Therapie darin, dem Patienten zu helfen, andere kognitive Modelle zur Bewältigung der Furcht vor der Realität zu erlernen.

Auch dies sind zielgerichtete, kurzdauernde Therapien, die heute ohne Zweifel als wirksam gelten dürfen. Wenn das Symptom aufgrund eines fehlerhaften Lernprozesses entstanden ist, dann muss in der Therapie dieser Lernprozess verändert werden, indem alternative, der Realität besser angepasste Funktionsweisen vorgeschlagen werden.

- *Das Individuum wird durch Lernprozesse geprägt.*

Ein Symptom ist das Resultat fehlerhafter kognitiver Schemata.

- *Bei der Behandlung versucht man, diese pathologischen kognitiven Schemata zu verändern und durch angepasstere zu ersetzen.*

Systemische Therapien

Bei den systemischen Therapien geht man von der Annahme aus, dass ein Symptom das Resultat einer fehlerhaften Funktion innerhalb der Familie ist, wobei die Familie als ein sich in ständiger Interaktion und Entwicklung befindendes System verstanden wird. Die Funktion des Symptoms ist es, ein pathologisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten, wobei sich in der Familie selbst nichts verändert. Das Therapieziel besteht darin, der Familie zu helfen, sich zu verändern, ohne dass dies als Bedrohung für das eigene System wahrgenommen wird.

- *Das Individuum wird durch seine Rolle und seine Interaktionen im System bestimmt.*
- *Das Symptom ist das Resultat eines pathologischen Gleichgewichts.*
- *Bei der Behandlung versucht man, die Interaktionen in der Familie zu beeinflussen und eine Änderung herbeizuführen.*

Psychopharmakologische Therapien

Die Psychopharmaka schliesslich stehen nun (nachdem sie während Jahrzehnten in Misskredit geraten waren, weil durch die psychoanalytische Theorie und sogar durch die Bewegung der Antipsychiatrie der Vorwurf gegen diese chemischen Substanzen erhoben worden war, sie förderten durch die Ausschaltung des eigenen Willens und der eigenen Wünsche repressive Tendenzen), stehen nun dank der Fortschritte in den Neurowissenschaften und in der Grundlagenforschung wieder vermehrt im Vordergrund. Biologisch betrachtet ist das Symptom das Resultat einer neurophysiologischen Fehlregulierung, die sich in Veränderungen der Neurotransmitter im Synapsenspalt ausdrückt.

- *Das Individuum wird durch seine genetische und neurobiologische Ausstattung bestimmt.*
- *Das Symptom ist das Resultat einer neurochemischen Fehlregulierung.*
- *Die Behandlung versucht, das neurophysiologische Gleichgewicht durch die Zufuhr medikamentöser Substanzen wieder herzustellen.*

Die Suche nach dem Gleichgewicht

Wie man sieht, versuchen all diese therapeutischen Interventionen mit verschiedenen Mitteln, die alte, durch eine Fixierung auf das Symptom erreichte Regulation durch ein neues, anpassungsfähigeres, dynamischeres Gleichgewicht zu ersetzen, und zwar konkret durch ein:

- Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Neurotransmittern in den Synapsenspalten; hier orientiert man sich an der genetischen Grundausrüstung;
- Gleichgewicht zwischen den inneren Bedürfnissen des Individuums und den Ansprüchen der realen Aussenwelt, wobei man der unbe-

wussten Welt des Kindes Rechnung tragen muss;

- Gleichgewicht zwischen den Erkenntnissen, die das Kind erlernt hat, und den Anforderungen, welche die Umwelt stellt (grundlegende kognitive Prozesse);
- Gleichgewicht zwischen der innerfamiliären Homöostase und der Notwendigkeit zur Veränderung.

Es gilt also, komplexe Interaktionen des Kindes mit seiner Familie, der Schule, der Gesellschaft zu verändern, wobei der Einfluss des biologischen Ökosystems (wie z.B. Nahrung, Verschmutzung), des soziopolitischen Systems (z.B. der sich immer rasanter verändernden Welt mit ihren Migrationsproblemen) sowie des ideologischen Kontextes (Ethik, Glaube, Herkunftskultur) zu berücksichtigen ist.

In einer Umwelt, die sich in einem ständigen Wandel befindet, in der unsere Kinder mit der Tatsache konfrontiert sind, dass es Unterschiede gibt zwischen ihnen und anderen (wodurch sie früh, fast instinktiv Toleranz lernen gegenüber solchen, die anders sind), muss auch ein psychologischer Dienst offen sein für alternative, der transkulturellen Dimension Rechnung tragende Angebote. Man kann sich da nicht auf eine einzige Ausdrucksweise, eine einzige Sprache beschränken, sondern muss über verschiedenartige Wege für Interventionen verfügen, unter besonderer Berücksichtigung von Verfahren mit integrativem Charakter, die mehrdimensionale Skalen verwenden.

Die zukünftigen Kinderpsychiater und Kinderpsychologen müssen lernen, bei der Behandlung ihrer Fälle die vier erwähnten grundlegenden Therapien stets im Auge zu behalten. Jede klinische Situation lässt sich aus dem Blickwinkel des kognitiven, systemischen, biologischen respektive kurzpsychotherapeutischen Ansatzes betrachten. Schliesslich wird man sich im Einzelfall für jenen Ansatz entscheiden, der bei der entsprechenden Indikation erfahrungsgemäss die beste Wirkung erwarten lässt.

Die therapeutische Intervention: Abklärung und Behandlung

Wie überall in der Medizin hat die therapeutische Intervention zwei Phasen zu durchlaufen: Abklärung und Behandlung.

Bei der Abklärung folgt man dem Modell der psychodynamischen Kurzuntersuchung während vier Sitzungen. Ein erstes Gespräch dient dazu, eine psychodynamische Hypothese aufzustellen, die dann während der restlichen drei Sitzungen überprüft und vertieft wird. Am Ende des letzten Gesprächs kann der Therapeut entweder:

- die Behandlung abbrechen, weil die Krisen-

situation gelöst ist und die Symptome sich gebessert haben (das ist in etwa 60% der Fälle möglich);

- eine längerdauernde Therapie vorschlagen oder
- den Patienten an ein spezialisiertes Zentrum, eine Institution oder eine spezifische Fachperson überweisen.
- In einigen Fällen (etwa 10%) brechen die Familien die Konsultationen vorzeitig ab.

Es ist daher wichtig, die Zahl verpasster Konsultationen (missed appointments) so gering wie möglich zu halten, um die Abklärung möglichst effizient vorantreiben zu können. Nach einer Studie aus Genf beträgt der Anteil verpasster Konsultationen 8,1%, anderswo kann er zwischen 12 und 60% schwanken [6].

Komplexität der klinischen Situationen

Im folgenden möchte ich nun an vier praktischen Beispielen zeigen, wie hilfreich ein Vorgehen sein kann, das mehrere Dimensionen berücksichtigt:

Erstes Beispiel: Anorexie

Die Anorexie ist ein sehr häufiges und seit Jahrhunderten hartnäckig wiederkehrendes Problem. Bis in die 1970er Jahre propagierte die französischsprachige Literatur die Psychoanalyse als langfristige Therapie. Eine Hospitalisation wurde nur bei eindeutigem Misserfolg in Betracht gezogen. Ausser in Einzelfällen, die im eigentlichen Sinn «gewichtige» Argumente zugunsten dieser gelehrsam publizierten (Evelyn Kestemberg) beisteuerten, blieben die jungen Frauen, wenn sie überlebten, magersüchtig bis zum Klimakterium. Erst in den 1980er Jahren wurde ein im Geist der kognitiven Tradition entwickeltes Verfahren beschrieben, in welchem die Patientinnen in der ersten (nicht in der letzten) Phase ins Spital eingewiesen wurden, wo sie zunächst einmal ihr Körpergewicht steigern und halten sollten. Allerdings war das therapeutische Spektrum sehr begrenzt, vor allem, was die Pharmakotherapie betrifft.

Die neuesten Fortschritte in der pharmakologischen Forschung sowie neue Technologien zur Bildung virtueller Realitäten haben die therapeutischen Möglichkeiten bereichert, und heute wird die Anorexie nun mehrdimensional angegangen:

- Die systemische Therapie der Anorexie [7] legt besonderes Gewicht auf ein therapeutisches Bündnis mit den Eltern, eine Veränderung der Machtbeziehungen, um das restriktives Verhalten zu beenden.
- Die kognitive Therapie setzt Änderungen in der Wahrnehmung des eigenen Körperbildes und der negativen Einstellung gegen eine

Gewichtszunahme in Gang. Ein vielversprechender Ansatz ist die experimentelle kognitive Therapie, welche die neuen Möglichkeiten für eine virtuelle Realität ausnutzt, um die verzerrte Wahrnehmung des Körperbildes zu verändern.

- Schliesslich haben bestimmte Medikamente wie Mirtazapin eine starke antidepressive und anxiolytische Wirkung und fördern zugleich den Schlaf und die Flüssigkeitsretention. Eine gleichzeitige Anwendung von Olanzapin verringert die Angst, vermindert die Wahrnehmungsverzerrung, vor allem aber ruft es eine eigentliche Lust zum Essen hervor, woraus eine nachhaltige Gewichtszunahme resultiert. Nun, da man diese äusserst wirksamen Medikamente zur Verfügung hat, muss man schon sehr nachlässig sein, es bei einem Mädchen noch zur Kachexie kommen kann.

Zweites Beispiel: Psychotherapie versus medikamentöse Behandlung

Bis in die 1980er Jahre war der Einsatz von Medikamenten während einer laufenden analytischen Psychotherapie sehr umstritten. Weitere Verbote kamen hinzu, etwa zu heiraten, sich scheiden zu lassen oder schwanger zu werden. Viele Publikationen und Debatten befassten sich mit dem Dilemma Psychotherapie versus Psychopharmakologie. Man war der Meinung, dass Medikamente die Angst dämpfen und damit die Arbeit stören. Nichts ist so falsch und bar jeder Evidenz wie das! Vernünftige Psychotherapeuten greifen heute bei depressiven Krisen oder schweren Ängsten auf Medikamente zurück, sonst laufen sie Gefahr, einen schweren Kunstfehler zu begehen, der für den Patienten nicht wieder gut zu machende Folgen haben kann.

Lange Zeit war auch nicht üblich, in der Behandlungsphase den Partner oder die Familie zu treffen. Heute empfiehlt man im Gegenteil, vor allem während der Abklärungsphase so viele Informationen wie möglich zu sammeln und dazu wenn nötig auch Angehörige in Anspruch zu nehmen. Sonst riskiert man, für die weitere Therapie wesentliche Informationen zu verpassen.

Drittes Beispiel: Behandlung von Psychosen in der Adoleszenz

Beginnende Psychosen

Beginnende Psychosen sind Vorläufer, bei denen noch keine Symptome wie Halluzinationen oder Delirien auftreten, sondern die sich lediglich in Veränderungen der Kommunikation, Sozialisation und der Funktion äussern. Zurzeit ist die Frage, ob bei solchen Psychosen eine Behandlung mit Neuroleptika angebracht ist, umstritten. Diese Psychosen treten an der Schwelle zwischen Jugend und Erwachsenenalter auf, und aus diesem Grund ist es wichtig, dass Ju-

gend- und Erwachsenenpsychiater miteinander kommunizieren, um solche Fälle frühzeitig zu erfassen. Um den weiteren Verlauf günstig zu beeinflussen, muss die Dauer, während der diese Krankheit ohne Behandlung bleibt, so kurz wie möglich gehalten werden. Es ist daher wichtig, die nötigen Vorkehrungen treffen, um eine möglichst frühzeitige Betreuung zu gewährleisten.

Behandlung voll ausgebildeter Psychosen bei Adoleszenten

Die Behandlung von voll ausgebildeten Psychosen bei Adoleszenten profitiert von neuen Entwicklungen in der medikamentösen Therapie (atypische Neuroleptika, neue Depotneuroleptika und schon bald Moleküle mit verlangsamter Freisetzung), bei den kognitiven Therapien und der Familientherapie. Auch die Möglichkeit von Tagesstätten und schliesslich von einer Spitaleinweisung bei schweren, dekompenzierten Fällen wollen wir erwähnen.

The Pittsburgh Sample

Schliesslich möchte ich auch das von der Universität Pittsburgh initiierte Betreuungsprogramm bei suizidgefährdeten und depressiven Jugendlichen erwähnen, das mir ein gutes Beispiel für einen integrativen Ansatz zu sein scheint. In dieser Stadt in Pennsylvania besteht eine sehr hohe Prävalenz für bipolare Störungen, Depressionen und Suizide bei Adoleszenten, was mit genetischen Faktoren zusammenhängt. Genetische Studien haben spezifische chromosomale Marker in den betroffenen Familien identifizieren können, und es gelang sogar, einen spezifischen Phänotyp bei diesen Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren zu beschreiben. Um dieser Situation, die zeitweise endemische Ausmasse angenommen hatte, zu begegnen, haben David Brent und Mary Margaret Kerr 1986 den Service for Teens at Risk (STAR-center) gegründet. Dieser bietet nicht nur die üblichen Interventionen (biologischer, familiärer, psychotherapeutischer und/oder pädagogischer Art) an, sondern führt in den Schulen, wo ein Tod durch Suizid zu beklagen war, ein Interventionsprogramm durch. Damit liessen sich Morbidität und Mortalität bei den Schülern, die vom Tod eines Kameraden betroffen waren, senken.

Viertes Beispiel: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Von ADHS sind heute rund 3–5% der Kinder betroffen, und zwar in einem Verhältnis von vier Knaben auf ein Mädchen [8]. Methylphenidat ist ein spezifisch für Kinder mit Hyperaktivität geeignetes Medikament. Lange wurde dessen Anwendung nur schwer akzeptiert, trotz guter Evidenz für Wirksamkeit und raschen Wirkungseintritt bei 75% der Fälle.

Bis vor kurzem interpretierte man in der psychoanalytisch orientierten Klinik die meisten Fälle

von ADHS als depressive Kinder, die hypomani-sche Abwehrmechanismen einsetzen. Hyperaktiv seien sie, weil sie so die Depression bekämpfen wollten – eine Überinterpretation der von Mélanie Klein beschriebenen Rolle der Manie. Eine weitere Diagnose, die bei diesen Kindern häufig gestellt wurde, war diejenige eines prä-psychotischen Kindes.

Eine Psychoanalyse ist in solchen Fällen wirkungslos, weil die Kinder sich ständig bewegen, den Interpretationen nicht zuhören, vor allem aber, weil derartige Therapien sich oft auf unfruchtbare Weise in die Länge ziehen; das ermüdet den Therapeuten, oder aber die Symptomatik erschöpft sich schliesslich von selbst.

Demgegenüber zeigt sich die Wirkung von Methylphenidat von den ersten Tagen an, und kombiniert mit einer kognitiven Therapie oder einer sensorischen Integrationstherapie nach Ayres erreicht man damit bemerkenswerte Verbesserungen.

In der Praxis decken die vier beschriebenen Methoden, einzeln oder kombiniert, das gesamte Spektrum der Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen ab.

Schlussfolgerungen

Ich möchte schliessen mit dem Zitat eines Graffiti, das ich auf der Autobahn Bern–Lausanne gesehen habe: «Lebe Deine Träume ... Ameisen haben keine.» Wir wollen nicht Ameisen sein, wir wollen unsere Träume leben. Die ausserordentliche Entwicklung der Datenautobahn ermöglicht jedem den Zugang zu Informationen. Wissenschaftliche Daten kennen kein Monopol, Information und Ausbildung keine Grenzen mehr. Für die Experten sind die Konsequenzen tiefgreifend, ihre Rolle ist nicht mehr, Wissen anzusammeln, sondern mehr und mehr werden sie zu Begleitern.

Einstein hat es klar gezeigt, der wissenschaftliche Fortschritt resultiert nicht aus einer kontinuierlich wachsenden Ansammlung von Wissen, das, einmal erworben, ein für alle Mal gültig bleibt, Wissenschaft ist eine ständige Baustelle, auf der die Grundprinzipien immer wieder neu definiert, die Fragestellungen des Subjekts immer wieder auf neue Weise mit seinem Objekt in Verbindung gebracht werden.

Um das weit gefächerte therapeutische Angebot möglichst sinnvoll zu nutzen, sind wir unbedingt auf die Daten der «Evidence Based Medicine» angewiesen, so dass wir für jede Situation die wirklich wirksamsten Methoden auswählen können. Die Beschränkung auf eine einzige Methode erschwert im Gegenzug oftmals dem Einzelnen den Zugang zu gewissen Therapien und führt dazu, dass diese nur einem engen Kreis von Experten vorbehalten bleiben, die sich eines hochspezialisierten Vokabulars bedienen und mit für

Aussenstehende schwerverständlichen Theorien arbeiten.

Wie Jean Martin im «VSAO-Journal» vom September 2004 festgestellt hat, «werden wir in Zukunft die Verwendung von Ressourcen in klinischen Situationen, wo sie (sehr) wenig Nutzen versprechen, hinterfragen müssen» [9]. In diesem Sinn möchte ich Sie ganz einfach dazu auffordern, sich an die Evidenz zu halten und bei Kindern und Jugendlichen die Behandlungen anzuwenden, die sich als wirksam erwiesen haben. Über Effizienz zu sprechen darf heute im Gegensatz zu früher, als die Psychoanalyse sich um den Erfolg ihrer Behandlungen wenig kümmerte, sondern diesen gleichsam als angenehmen Nebeneffekt auffasste, kein Tabu mehr sein. Lassen wir uns in der Klinik von Wirksamkeitskriterien leiten und lehnen wir Massnahmen, deren Erfolg zweifelhaft ist, ab, bedeutet das weniger Leiden für die betroffenen Familien und einen Gewinn für das Gesundheitswesen. Wenn wir uns auf ein mehrdimensionales Modell einlassen wollen, verlangt das Flexibilität im Denken und den Verzicht auf dogmatische und ver-

allgemeinernde Positionen. So wenig irgendein Gedankensystem allen Erscheinungen dieser Welt gerecht werden kann, so wenig kann irgendeine Therapie alle Leiden der Menschheit lindern. Es ist das Recht und die Pflicht von uns Ärzten, die besten Entscheidungen zum Wohl der Patienten zu treffen. Ich hoffe, ich konnte zeigen, dass dies schwierige Entscheidungen sein können, dass dazu eine lange Ausbildung nötig ist, vor allem aber auch, dass es Leute braucht, die motivieren, einführen und die Liebe zu diesem so spannenden Beruf weitergeben können.

Danksagung

Dem Autor liegt daran, an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. med. Jean-Nicolas Despland für seine anregende und innovative Lehre, Herrn Dr. med. Thierry Currat für den herzlichen Empfang in seiner Klinik sowie Herrn Prof. Dr. med. Claude Y. Genton für seine Hilfe und seine wertvollen Ratschläge zu danken.

Literatur

- 1 Henny R. Psychothérapies d'enfants. In: Schneider PB, Bovet J, Burner M, Gillieron E, Henny R, et al. Propédeutique d'une psychothérapie. Paris: Payot; 1976. p. 183–207.
- 2 Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books; 1984.
- 3 Gillieron E. Psychothérapie brève d'inspiration analytique. In: Schneider PB, Bovet J, Burner M, Gillieron E, Henny R, et al. Propédeutique d'une psychothérapie. Paris: Payot; 1976. p. 279–98.
- 4 Strupp HH. Psychotherapy. Can the practitioner learn from the researcher? *Am Psychol* 1989;44:717–24.
- 5 Beck AT, Rush AJ, Shaw BF. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
- 6 Eytan A, Gex-Fabry M, Ferrero F, Bertschy G. Missed appointments at outpatient psychiatric clinics in Geneva: a pilot study. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2004;155:125–8.
- 7 Selvini Palazzoli M, Cirillos S, Selvini M, Sorrentino AM. Anorexiques et boulimiques. Bilan d'une approche thérapeutique familiale. Genf: Médecine et Hygiène; 2002.
- 8 Menache CC, Urion DK, Haenggeli CH A. Hyperactivité avec déficit de l'attention. Le point de vue du neuropédiatre; 1999. <http://www.aspedah.ch/data/documentation/haenggeli-neuropediatre.htm>.
- 9 Martin J. Rationnement – Un point de vue d'éthique sociale et de santé publique. *VSAO-Journal* 2004;23:39–41.

Korrespondenz:
Dr. med. Manuel Macias
Los Toscanes 19
E-35307 Santa Brigida
psicomac@terra.es