

Störmer, Norbert und Kischkel, Wolfgang

Festhaltetherapie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 8, S. 326-333

urn:nbn:de:bsz-psydok-33050

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Autismus

- Buchard, F.*: Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children) 89
- Dalferth, M.*: Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism) 69
- Kischkel, W.*: Autistisches Syndrom bei Störung des fronto-limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report) 83
- Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.*: Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children) 79

Erziehungsberatung

- Buchholz, M.B.*: Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate) 281
- Domann, G.*: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre) 257

Familientherapie

- Buchholz, M.B.*: Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy) 48
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.*: Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure) 17
- Reich, G., Bauers, B.*: Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy) 346
- Sperling, E.*: Familienselbstbilder (Family-Self-Images) 226

Forschungsergebnisse

- Berger, M.*: Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents) 333
- Blanz, B., Lehmkuhl, G.*: Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence) 362

- Disch, J., Hess, T.*: „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestic Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children) 304
- Gerlach, F., Szecsenyi, J.*: Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care) 150
- Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.*: Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8-jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years) 34
- Hobrücker, B., Köhl, R.*: Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach) 154
- Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.*: Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior) 122
- Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.*: Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances) 121
- Torbahn, A.*: Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers) 247
- Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.*: Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties) 2

Jugendhilfe

- Brönneke, M.*: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities) 220
- Holländer, A., Hebborn-Brass, U.*: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification) 212

Praxisberichte

- Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.*: Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families) 290

Psychotherapie

- Bauers, W.:* Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents) 298
- Ebttinger, R., Ebttinger, J.:* Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children) 131
- Jernberg, A. M.:* Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child) 161
- Maxeiner, V.:* Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) . . . 252
- Streeck-Fischer, A.:* Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) . . 366
- Neuser, J.:* Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments) 43
- Schleiffer, R.:* Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior) 242
- Strehlow, U.:* Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten – Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears – Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infection) 322
- Strömer, N., Kischkel, W.:* Festhaltungstherapie (Holding Therapy) 326

Tagungsberichte

- Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg 58
- Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna . . . 24

Übersichten

- Braun-Scharm, H.:* Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents) 38
- Bölling-Bechinger, H.:* Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) . . . 175
- Diepold, B.:* Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations) 274
- Engel, B.:* Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“) 374
- Herzka, H. S.:* Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology) 180
- Hummel, P.:* Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) . 198
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology) 167
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments) 204
- Kiese, C., Henze, K. H.:* Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatischen Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) . . 11
- Lanfranchi, A.:* Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie – Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries) 124
- Buchbesprechungen**
- Affolter, F.:* Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache . . 139
- Beaumont, J. G.:* Einführung in die Neuropsychologie . . 186
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20 142
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21 191
- Bettelheim, B.:* Ein Leben für Kinder – Erziehung in unserer Zeit 138
- Borbély, A.:* Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung 357
- Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):* Arbeit mit Familien von Heimkindern 356
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder . . . 185
- Collischonn-Krauss, M.:* Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr 356
- Dalferth, M.:* Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität . . 235
- Dam, M., Gram, L.:* Epilepsie 313
- Diergarten, A., Smeets, F.:* Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung 188
- Dietl, M. W.:* Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung . . . 236
- Dimitriev, V.:* Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom 61
- Eagle, M. N.:* Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse 185
- Ebertz, B.:* Adoption als Identitätsproblem 63
- Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):* Gewalt und Erziehung 191
- Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):* Heilpädagogische Psychologie 384
- Friedmann, A., Thau, K.:* Leitfaden der Psychiatrie 141
- Gruen, A.:* Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit – eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität 380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direkte Spieltherapie	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie	265	<i>Schlung, E.</i> : Schulphobie	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance?	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children	140
<i>Kooij, R. v. d., Hellendoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40)	60
<i>Kornmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41)	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42)	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie	383	Autoren der Hefte: 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		Tagungskalender: 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		Mitteilungen: 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

Festhaltetherapie

Von Norbert Störmer und Wolfgang Kischkel

Zusammenfassung

Die Festhaltetherapie ist eine umstrittene Methode bei der Behandlung von psychischen Störungen im Kindesalter. Die zentralen Argumente von Befürwortern und Gegnern werden gegenübergestellt und der Versuch einer Bewertung aufgrund der vorliegenden Argumente und ergänzender Literatur vorgenommen. Diskutiert werden Fragen des Bindungsaufbaus unter ethologischen und psychoanalytischen Gesichtspunkten, das Problem der Gewaltanwendung in der Therapie und die vorliegenden empirischen Befunde. Abschließend erfolgt eine Gesamtbeurteilung.

1 Einleitung

Selten ist eine Methode so gegensätzlich beurteilt worden wie die Festhaltetherapie. Auf der einen Seite wird sie als intensiver Ausdruck von Liebe und als Vermittlung von Geborgenheit betrachtet, die die Wiederbelebung der ursprünglichen Bedürfnisse und Werte anbahnt (Prekop 1985 a). Auf der anderen Seite wird sie als menschenunwürdige Behandlungsform und als Foltermethode gekennzeichnet, die bei den damit Behandelten

hochgradige Angst und eine Zerstörung der Persönlichkeit bewirke und deren Annahmen auf unwissenschaftlichen und irrationalen Grundlagen fußen (Feuser 1987, Jantzen & v. Salzen 1986). Diese Auseinandersetzung wird deswegen mit solcher Schärfe geführt, weil es um so zentrale Fragen geht, welche Behandlungsmethoden geistig Behinderten und psychisch Gestörten gegenüber vertretbar sind. Wie diese unterschiedlichen Auffassungen zu bewerten sind, soll anhand der zentralen kontroversen Punkte geklärt werden.

2 Der Aufbau von Bindung

Die Absicht der Festhaltetherapie besteht darin, bei psychisch gestörten Kindern eine enge Bindung an die Mutter anzubahnen, um die beeinträchtigten Grundbedürfnisse der Kinder nach Kontakt zu befriedigen und ihnen Liebe und Geborgenheit zu vermitteln. Diese guten Absichten werden von den Kritikern in keiner Weise bestritten. Energisch bestritten wird allerdings, daß das praktische Vorgehen und dessen theoretische Legitimation dazu geeignet sind, diese Ziele zu verwirklichen. Es wird kritisiert, daß Anspruch und Praxis nicht nur nicht deckungsgleich sind, sondern daß in der Praxis etwas

völlig anderes geschehe, als es in den Absichten zum Ausdruck kommt.

Über den Aufbau von Bindung in der frühen Kindheit liegen verschiedene Modelle in der Festhaltetheorie vor. Einerseits finden sich ethologische Begründungszusammenhänge (Prekop 1983, 1984a, 1986), zum anderen psychoanalytisch orientierte Annahmen (Prekop 1986, Burchard 1984, 1987). In einigen Varianten wird auf derartige Begründungen ganz verzichtet (Mall 1983) oder sie werden für überflüssig erklärt (Rohmann & Hartmann 1984).

2.1 Ethologische Begründungen der Festhaltetherapie

Unter ethologischen Gesichtspunkten wird beim Bindungsaufbau dem Körperkontakt eine zentrale Rolle zugewiesen. Da der Mensch zur Gattung der „Traglinge“ gehöre, sei der Körperkontakt die natürliche Grundlage der Interaktion zwischen Mutter und Kind. „Das Bedürfnis nach solch engem Körperkontakt ist instinktiv angelegt“ (Prekop 1986, S.4). Dabei habe sich das Kind der Mutter unterzuordnen, denn nur so könne es Schutz und Geborgenheit erfahren. Die Natürlichkeit des Verfahrens werde auch dadurch deutlich, so eine mehrfach angeführte Begründung, daß auch kleine Kinder getragen werden, „ohne selber über die Lage und Dichte des Körperkontakts entscheiden zu können“ (Prekop 1986, S. 4f.). Dieser Praxis würden all jene Kulturen gerecht, in denen das Kind traditionsgemäß im Arm oder auf dem Rücken getragen werde.

Da den instinktiven Bedürfnissen bei autistischen und psychisch gestörten Kindern vermutlich nicht genug Rechnung getragen wurde, sei es notwendig, diese frühen Kommunikationsformen nachzuholen, um dem Kind dieses Grundbedürfnis zu erfüllen. Aufgrund einer ambivalenten Einstellung des Kindes anderen Menschen gegenüber (Prekop 1986, S.8f.) weigern sich diese Kinder aber, das Angebot anzunehmen. Daher sei es unumgänglich, den Widerstand des Kindes gegen diese Interaktion mit allen möglichen Mitteln zu überwinden und es gegen seinen Willen solange festzuhalten, bis es die Gegenwehr aufgibt, auch wenn dies bis zu 6 Stunden dauern kann (Prekop 1986, S.7). Dabei solle dem Kind keine Entscheidungsfreiheit und keine Verschnaufpause gegönnt werden (Prekop 1986, S.4). Beim Nachlassen des Widerstandes sollen Kommunikationsangebote gemacht werden, die dem Entwicklungsniveau dieser Stufe angemessen sind.

2.2 Kritik an den ethologischen Begründungen

Gegen die ethologischen Begründungen sind mehrere Einwände erhoben worden. Kritisiert wird vor allem die mangelnde begriffliche Differenzierung, die den Körperkontakt schlechthin mit dem erzwungenen Körperkontakt gleichsetzt, wenn etwa das „Im-Arm-Tragen“ vorbehaltlos mit dem Festhalten identifiziert wird, obwohl beide Verhaltensweisen nicht vergleichbar sind. Diese

Unterscheidung wird in den Texten zur Festhaltetherapie ständig verwischt, wenn z. B. aufgefordert wird, auch Geschwister festzuhalten, damit sie keine Neidgefühle entwickeln (siehe Gruen & Prekop 1986, S.250) oder wenn sich Erwachsene gegenseitig festhalten sollen (siehe Prekop 1985a). Auf diese mangelnde Differenzierung verweisen auch Kane & Kane: „In diesem Falle wird der Begriff ‚Festhalten‘ mit sehr unterschiedlicher Bedeutung gebraucht, denn hier dürfte doch wohl kaum ein Halten gegen den Willen des Kindes mit gezielter Provokation von Widerständen bis zu deren totaler Aufgabe gemeint sein“ (1986, S.118). Feuser spricht statt von Festhalten von „erzwungenem Halten“, womit er den zentralen Unterschied dieser Vorgehensweise zum Körperkontakt im üblichen Sinne hervorhebt, wie es auch bei Tinbergen & Tinbergen (1984, S.322) mit dem Begriff des „forced holding“ zum Ausdruck kommt. Diesen Vorschlag werden wir im folgenden aufgreifen, wenn es darauf ankommt, die Unterschiede zwischen den beiden Aspekten deutlich zu machen.

Daß der Körperkontakt in der Interaktion zwischen Mutter und Kind eine wichtige Rolle spielt, wird nicht bestritten, aber es muß als widerlegt angesehen werden, daß ein Mangel an Körperkontakt die Ursache der autistischen Störung sei. Feuser weist darauf hin, „daß bis heute keine Untersuchungen vorliegen, die den Nachweis erbringen könnten, daß Eltern autistischer Kinder ursächlich für die Entstehung der Behinderung ihrer Kinder verantwortlich gemacht werden könnten“ (1987, S. 91). Vielmehr sei die Störung im Bereich taktiler Erfahrungen „bereits Folge noch basalerer Austausch- und Aneignungsprozesse“ (Feuser 1987, S.88). Somit seien die Grundannahmen zum kindlichen Autismus, wie sie die Vertreter des erzwungenen Haltens vortragen, nach heute vorliegenden Erkenntnissen nicht halt- und belegbar (Feuser 1987, S.107).

Auch der Rückgriff auf ein als überholt anzusehendes Verständnis des Instinktkonzepts wird bemängelt. Besonders vernachlässigt werde die Rolle der Umwelt für die nachgeburtliche Realisierung biologischer Sinn- und Bedeutungsstrukturen (siehe Feuser 1987, S.88f.). Von daher müsse „entschieden der Auffassung widersprochen werden, daß die Verhaltensweisen des neugeborenen Kindes und des Säuglings im Sinne des Begriffs des ‚Instinkts‘ und seiner Realisierung hervorgebracht werden“ (Feuser 1987, S.108). Biologisch verankerte Tätigkeitsmuster entfalten ihre Wirksamkeit nicht mechanisch, sondern erfahren ihre Ausgestaltung im sozialen Dialog.

2.3 Beurteilung der gegensätzlichen Standpunkte

Da die Differenzierung zwischen erzwungenem Halten und Körperkontakt nicht berücksichtigt wird, fehlt es an begrifflicher Eindeutigkeit. So verlieren wesentliche Argumente der Festhaltetheorie an Gewicht. Insbesondere die wissenschaftliche Diskussion leidet darunter, daß viele Literaturhinweise über Körperkontakt als Aussagen über das erzwungene Halten gedeutet werden, womit die ursprünglichen Bedeutungsgehalte aus dem Zu-

sammenhang gerissen und in einem anderen Kontext verwandt werden, ohne darauf aufmerksam zu machen.

Die Diskussion ethologischer Tatbestände wird nicht in ihrer ganzen Bandbreite geführt, sondern beschränkt sich nur auf wenige ausgewählte Bereiche, die sich wegen ihrer Suggestivkraft anbieten mögen, nicht aber wegen ihrer wissenschaftlichen Dignität. So lassen die interkulturellen Vergleiche eine differenzierte Betrachtungsweise vermissen. Unbekümmert der Tatsache, daß zu allen Zeiten Kulturen ihre Kinder nicht durch Tragen am Körper erzogen haben, wird dies für *Prekop* zur einzig natürlichen Vorgehensweise, ohne daß dessen Funktion und Stellenwert im Rahmen der Gesamtentwicklung des Kindes analysiert werden. Dabei kann nach heute vorliegenden Erkenntnissen (siehe *Großmann* 1977) davon ausgegangen werden, daß sich die Entwicklung des sozialen Dialogs beim Menschen gerade durch seine Vielfalt und Variabilität auszeichnet. Für die vorsprachliche Kommunikation sind kennzeichnend „der körperliche Kontakt, die Entfernung und gegenseitige körperliche Orientierung zwischen den Partnern, die Körperhaltung und -lage, die äußere Aufmachung, Körperbewegung, Mimik und Gestik, das Blickverhalten und die nonverbalen Sprachkomponenten, ...“ (*Papousek & Papousek* 1981, S. 184). Es ist also eine Verkürzung, wenn *Prekop* den Körperkontakt als das Grundbedürfnis sieht und somit eine Komponente des Sozialverhaltens isoliert und überhöht.

Da es neben den theoretischen Mängeln an empirischen Untersuchungen fehlt, die bestätigen könnten, daß Kinder, die nicht getragen werden, anfälliger für eine autistische Pathologie sind, muß man davon ausgehen, daß der ethologische Ansatz nicht dazu geeignet ist, eine Begründung des erzwungenen Haltens zu liefern. Eine zaghafte Zustimmung zu dieser Einschätzung findet sich bei *Burchard* (1987, S. 16), der schreibt, die Ethologie lange nur unzureichend an das Wesen dieser Interaktion heran. Vor dem Hintergrund dieser Einschätzung unterzieht er aber die bisherigen Thesen keiner Revision. Auch führt dies nicht zur Konsequenz, beim erzwungenen Halten auf ethologische Begründungen zu verzichten.

Abschließend sei angemerkt, daß die Schlußfolgerungen, die die bedingungslose physische Unterordnung des Kindes unter die Mutter zum Grundprinzip des psychischen Dialogs erheben wollen, die wesentlichen Aspekte der Interaktion zu verfehlen scheinen. Über Fragestellungen, die einer sorgfältigen und differenzierten Begründung bedürften, wird von den Befürwortern eher nachlässig hinweggegangen. Die Diskussion von Machtfragen gerät dabei zum entscheidenden Dreh- und Angelpunkt der Persönlichkeitsentwicklung.

2.4 Psychoanalytisch orientierte Begründungen des erzwungenen Haltens

Unter Verweis auf die Arbeiten von *Mahler*, *Winnicott* und *Spitz* wird der Dialog zwischen Mutter und Kind als entscheidend für den Aufbau einer sicheren Bindung angesehen. „Auf Seiten der Mutter ist die Fähigkeit im Erkennen und Beantworten der kindlichen Signale offen-

sichtlich ausschlaggebend für die Ausbildung sicherer Bindungen ihrer Kinder“ (*Burchard* 1987, S. 13). Bei Autisten besteht keine Bindung, was zum Fehlen eines entscheidenden Faktors für den Aufbau von Sicherheit und Urvertrauen führt. Die fehlende Bindung könne also als nicht erfülltes Grundbedürfnis angesehen werden.

Durch das erzwungene Halten werde die frühkindliche Kommunikation zwischen Säugling und Mutter nachgeholt, der gestörte Bezug zur menschlichen Umgebung und zu sich selbst wiederhergestellt (siehe *Burchard* 1984, S. 289). Das Kind bekomme das Grundbedürfnis nachträglich erfüllt, was gleich in mehrfacher Hinsicht Auswirkungen habe. Zum einen vermittele diese Vorgehensweise das Gefühl von Geborgenheit und erfülle damit die Funktion der Angstreduktion. Zum anderen werden dem Kind durch dieses Vorgehen Grenzen gesetzt, eine wesentliche Grundlage für das Gefühl der Sicherheit (*Burchard* 1984, S. 283). Durch das erzwungene Halten werde dem Kind somit Halt geben. Außerdem werde die Mutter durch das Festhalten als eigenaktiv erlebt, was die Trennung von Außen- und Innenwelt begünstige (*Burchard* 1984, S. 289). Gleichzeitig gibt man dem Kind durch die Außensteuerung „die Möglichkeit, seine Eigensteuerung, also sein Ich aufzubauen“.

Zu diesem Zweck ist der Antrieb des Kindes in andere Tätigkeiten umzuleiten. Durch diese Umleitung in „zielgerichtete, möglichst soziale Tätigkeiten in echten Situationen“ soll ihm die „Wirksamkeit ich-gesteuerten Handelns“ vermittelt werden. „Entscheidungen zu fällen, Verantwortung zu tragen, selbständig zu sein, hat auf dieser Stufe besondere Bedeutung.“ „Falls das Kind die Ablenkung wegen seiner zwanghaften Abhängigkeit nicht zulassen kann, ist das Festhalten wieder angezeigt“ (*Prekop* 1986, S. 13).

2.5 Kritik an den psychoanalytischen Begründungen

Kritisiert wird die Annahme, daß dem Kind hierüber Geborgenheit vermittelt werde. Nach *Biermann* (1985, S. 73f.) zeichne sich das Vorgehen durch eine hochgradige Künstlichkeit aus, die lediglich bemüht ist, das Bild äußerer Geborgenheit herzustellen. Eine echte Beziehung lasse sich aber nicht mit solch technischen Manipulationen erzwingen, sondern „kann nur schrittweise, mit größter Geduld und Vorsicht aufgebaut werden“ (*Biermann* 1985). Der Beziehungsaufbau gelingt nur, wenn er „von einer inneren Bereitschaft auf beiden Seiten begleitet ist“. Aber im Rahmen der Festhaltetherapie werden die Besonderheiten des Kindes außer acht gelassen. Auch *Feuser* bemängelt, daß kommuniziert und interagiert werde, „ohne daß aber auf das, was das Kind selbst erlebt und zum Ausdruck bringt, eingegangen würde“ (1987, S. 119). Vielmehr werde dem Kind gegenüber permanent eine Umdeutung seiner eigenen Empfindungen vorgenommen. *Feuser* sieht in einem solchen Vorgehen alle Bedingungen einer Double-Bind-Situation erfüllt, wodurch das Festhalten den Fundus zu schweren psychischen Störungen bis hin zu schizophrenen Psychosen legen würde. Auch *Biermann* hebt hervor, daß der stete Wechsel zwi-

schen dem Bild einer guten und einer bösen Mutter nach *Spitz* die Ursache früher und anhaltender emotionaler Störungen im Säuglingsalter ist (1985, S. 74).

2.6 Beurteilung der gegensätzlichen Standpunkte

Beim Versuch der Beurteilung dieser gegensätzlichen Standpunkte wird man mit der Tatsache konfrontiert, daß die Autoren *Spitz*, *Winnicot* und *Mahler*, auf die sich die Vertreter des erzwungenen Haltens beziehen, in zentralen Punkten diametral entgegengesetzte theoretische und praktische Standpunkte bzgl. des Bindungsaufbaus vertreten. Es ließe sich an jedem der genannten Autoren aufzeigen, wie wesentliche Begründungen aus dem Zusammenhang gerissen und unvollständig wiedergegeben werden. Wir beschränken uns bei diesem Nachweis auf das Beispiel *Mahlers*.

Nach *Mahler* ist das Bedürfnis nach Körperkontakt kein Grundbedürfnis, sondern bereits ein vollzogener wichtiger Entwicklungsschritt, dem die Fähigkeit vorausgeht, die Mutter libidinös zu besetzen. Die emotionale Bindung wird durch die Pflege und Fürsorge hergestellt. So „wird der Körper des Kindes durch die Pflegeleistungen der Mutter libidinös besetzt“ (*Mahler* u.a. 1982, S. 257).

Mahler betont den prozeßhaften Aspekt der Bindungsentwicklung: „Die durch die Pflegeleistungen der Mutter gewonnene Befriedigung hilft dem Kind, mit der Zeit zwischen ‚lustvollen‘ und ‚guten‘ sowie ‚unlustvollen‘ und ‚bösen‘ Erfahrungen zu unterscheiden“ (*Mahler* 1979, S. 14). Von wesentlicher Bedeutung ist ein bedürfnisbezogenes Vorgehen: „Sind hingegen körperliche Spannungszustände oder mütterliche Manipulationen eine Quelle von Schmerz und Unlust, behandelt der Säugling sie ebenso, wie er schädliche Reize im allgemeinen behandelt: ...“ (*Mahler* 1979, S. 50).

Aus diesen Überlegungen leitet sie folgerichtig ihre therapeutische Methode ab, die mit der Festhaltetherapie nicht vereinbar ist. Immer wieder wird ein behutsames Vorgehen betont: „So muß das autistische Kind allmählich in einen quasi zufälligen, tangentialen (nicht ‚frontalen‘) Kontakt mit dem menschlichen Objekt gelockt werden“ (*Mahler* 1979, S. 169). Physischer Kontakt wird nur soweit eingeleitet, wie das Kind ihn akzeptiert, denn man müsse stets bedenken, „daß grob körperlicher Kontakt, Berühren, Umarmen – womit man vielleicht ein tief gestörtes Kind zu beruhigen glaubte – bei diesen autistischen Kindern keinen Zweck hat und oft abschreckend wirkt“ (S. 171). Vor einem Vorgehen wie in der Festhaltetherapie wird direkt gewarnt: „Wenn dieser Schritt gewaltsam und überstürzt erfolgt, können Reaktionen eintreten, die der symbiotischen Panik ähneln“ (S. 169). „Immer wieder sehen wir, daß in Fällen von Autismus, wenn man sie zwingt, allzu rasch soziale Kontakte aufzunehmen und sich den Anforderungen ihrer Umgebung zu stellen, ein katatoner Zustand ausgelöst wird und schließlich ein ebenso fulminanter psychotischer Prozeß in Gang kommt, wie wir ihn bei manchen Fällen von symbiotischer infantiler Psychose beobachten“ (S. 171).

Insbesondere hält *Mahler* einen zu engen Kontakt deshalb für kontraindiziert, weil zu enge Kontaktwahrnehmungen die Wahrnehmungen von Distanz verdrängen oder ersticken, so daß keine Integration dieser beiden Aspekte möglich wird. In diesem Fall wird eine innere Strukturbildung verhindert, weil die Strukturierung des Ichs unter der desorganisierenden Kraft leidet (siehe *Mahler* 1979, S. 44).

Bereits an diesen wenigen Zitaten wird deutlich, daß *Mahler* sowohl über den Stellenwert des Körperkontakts und die Art, Nähe herzustellen als auch über die bedürfnisbezogene Vorgehensweise Ansichten vertritt, die der Festhaltetherapie entgegengesetzter nicht hätten sein können. Bemerkenswert sind ebenfalls die verschiedenen Beurteilungskategorien: was bei *Mahler* als „katatoner Zwischenzustand“ klassifiziert wird, deutet die Festhaltetheorie als „Entspannung“. Auf diese Unterschiede wird aber an keiner Stelle hingewiesen. Vielmehr wird versucht den Eindruck zu erwecken, als fände das erzwungene Halten durch *Mahler* eine Bestätigung. Dies ist sicher mehr als ein Manko der wissenschaftlichen Arbeit. Schließlich handelt es sich bei den zitierten Aussagen nicht um Details, die man bei flüchtiger Rezeption leicht übersehen kann, sondern um die zentralen Grundpositionen der Argumentation *Mahlers*. Man kann nicht umhin, einen solchen Umgang mit Texten als wissenschaftlich unseriös zu qualifizieren. In anderen Bereichen sind ähnliche Verfälschungen hinsichtlich der Desensibilisierungshypothese von *Kischkel & Störmer* (1986), hinsichtlich neuropsychologischer Argumentationen von *Jantzen & v. Salzen* (1986) aufgezeigt worden.

Aus den Aussagen *Mahlers* wird deutlich, was die Mängel der Festhaltetheorie sind: Der Bindungsaufbau wird aus seinem emotionalen und sinnfälligen Zusammenhang herausgelöst und auf äußerliche und formale Aspekte reduziert. Insbesondere die bedürfnisbezogene Vermittlung von Entwicklung wird völlig außer acht gelassen. Aber nur wenn auf die Bedürfnisse des Kindes Rücksicht genommen wird, lernt es die schmerzlichen Einschränkungen seines primären Narzißmus zugunsten von Objektbeziehungen aufzugeben. Nur wenn die Forderungen nach Triebverzicht nach den Kräften des Kindes bemessen werden, kann es sich auf eine Beziehung einlassen, ohne zugleich sich selbst dabei völlig aufzugeben. Bei einem Vorgehen wie dem erzwungenen Halten muß es allerdings seine ganze Anstrengung gegen sich selbst wenden. Triebregungen werden so nur scheinbar beherrscht, indem sie unterdrückt werden.

Wo eine solche lückenlose, gar nicht vermittelte Anpassung an eine als natürlich verstandene Interaktionsform angestrebt wird, bleibt es bei einer undifferenzierten psychischen Organisation. Unter den Bedingungen des Festhaltens bildet sich ein Ich, das nicht gelernt hat, die eigenen Impulse mit den strengen sozialen Ansprüchen in Übereinstimmung zu bringen. Das Ich bleibt leer und wird zum hohlen Gehäuse, bei dem nach nicht sinnhaften Gegebenheiten Triebansprüche und soziale Forderungen kombiniert werden. Damit kommt es zur Zerstörung der psychischen Strukturen, die das Individuum

befähigt, selbständig seinen Bedürfnissen nachzugehen. Was bleibt sind äußerliche und äußerst strenge Verhaltensregeln. Eine solche psychische Struktur ist stets zugleich mit kindlicher Realangst behaftet, weil dieses nicht gelernt hat, selbständig zu beurteilen, wie es sich zu verhalten hat. Statt Liebe und Geborgenheit zu geben, fördert die Festhaltetherapie somit eine Entwicklung zur Realangst hin, zu einem Leben in Furcht und Abhängigkeit. Aufgrund der psychoanalytischen Überlegungen wäre vom erzwungenen Halten somit Abstand zu nehmen.

3 Das Problem der Gewalt

3.1 Rechtfertigungen der Gewaltanwendung

Von den Vertretern des erzwungenen Haltens wird mit der Relativität der Gewaltanwendung argumentiert. So äußert *Burchard*: „Es herrschen große Unklarheiten darüber, was als Gewalt anzusehen ist und was nicht. Sind die diversen Schulzwänge Gewalt? Ist es Gewalt, wenn Eltern ihren Kindern Geld statt Liebe geben?“ (1987, S. 16). In ähnliche Richtung gehen die Überlegungen von *Gruen & Prekop*: „Das, was auf Antrieb als böse Gewalt erscheint, mag keine sein, während das, was liebevoll und liebend angenommen wird, sehr wenig mit Liebe zu tun haben mag. Wahre Gewalt kommt uns oft als Güte entgegen, nur merken wir es nicht“ (1986, S. 251). Es sei einseitig, die Festhaltetherapie als Gewalt zu bezeichnen, da man zwischen gutartiger und bössartiger Gewalt unterscheiden müsse. Durch die Festhaltetherapie werde eine liebevolle Gewalt ausgeübt, die berechtigt ist, denn: „Autorität kann ein Teilbestand des Urvertrauens sein“ (*Gruen & Prekop* 1986, S. 252).

Prekop stellt die Frage: „Bis zu welcher Stufe der Persönlichkeitsentwicklung und bei welchen Anlässen darf man einen Menschen überhaupt gegen seinen Willen halten? Und wer darf es?“ (1986, S. 16). Als Kriterium gibt sie an, daß ein schon vorhandenes Ich-Bewußtsein eher ein Hinweis darauf sei, das Festhalten nicht durchzuführen. Autisten verfügen über keine Ich-Identität, was die Gefahr ausschließe, daß der Wille des Kindes gebrochen werden könne (*Prekop* 1985, S. 111). Ähnlich heißt es an anderer Stelle, „daß man dem Kinde noch kein Ich brechen kann, weil es noch ein Es ist“ (*Prekop* 1984b, S. 14).

3.2 Kritik an der Gewaltanwendung

Feuser bemängelt, daß die Kriterien für die Unterscheidung zwischen gutartiger und bössartiger Gewalt offen bleiben (1987, S. 85). Die vorliegenden Argumente betrachtet er lediglich als Versuch, die Bedenken gegen die Gewaltanwendung Kindern gegenüber zurückzudrängen, denn wissenschaftlich seien die Annahmen über die Ich-Entwicklung nicht gerechtfertigt. Die Ich-Entwicklung setze nicht auf irgendeiner späteren Stufe ein oder baue auf dem ‚Es‘ auf, sondern ist schon von Anfang an vorhanden und wird immer mehr ausdifferenziert (S. 99). Aufgrund der Tatsache, daß das frühkindliche Ich noch

nicht so differenziert ist wie das spätere Ich, kann der frühen Form aber auf keinen Fall das Moment der Willentlichkeit abgesprochen werden (S. 103), was in der Festhaltetherapie faktisch erfolge. Das erzwungene Halten operiere folglich mit der „Brechung des Willens“ (S. 105) und zerstöre das ‚Ich‘ bzw. die Ich-Kerne der behandelten Kinder (S. 99).

Biermann äußert aufgrund eigener Beobachtungen des Festhaltens, daß der „geäußerte Protest des Kindes schon als Zeichen wachsender Ich-Stärke anzusehen ist“ (*Biermann* 1985, S. 74). „Mit seinen gezielten Abwehrbewegungen und seinem Schreien bewies er schon durchaus eigenständige Ich-Kräfte.“ Die vorgeschlagenen Indikationskriterien stimmten also nicht mit dem praktischen Vorgehen überein. Weiterhin führt er aus, daß das Kind „diese Prozedur zweifellos schmerzhaft erlebt hat“ und Festhalten daher als aversive Methode zu betrachten sei (*Biermann* 1985, S. 74). Zu ähnlichen Folgerungen kommen *Feuser* (1985), *Jantzen & v. Salzen* (1986) und *Kischkel & Störmer* (1986).

3.3 Beurteilung der gegensätzlichen Standpunkte

Die Rechtfertigungsversuche der Gewalt durch die Vertreter des erzwungenen Haltens überraschen durch ihre hilflosen Denkfiguren. Aus der Feststellung, man wisse nicht, ob etwas als Gewalt zu beurteilen sei, läßt sich ein bestimmtes Vorgehen auf keinen Fall rechtfertigen. Der Hinweis, daß auch in anderen Bereichen Zwänge ausgeübt werden würden, ist ebenfalls keine Legitimation. Schließlich geht es nicht um Zwänge allgemein, sondern um die Anwendung körperlicher Gewalt und das Zufügen von körperlichen Schmerzen. Aber das Thema Schmerz wird in der Diskussion über die Festhaltetherapie vermieden. Nur von „liebvoller Gewalt“ ist die Rede, eine Formulierung, die die Dramatik des realen Geschehens versucht zu neutralisieren. Von daher sind die Begründungen zur Legitimation der Gewalt als unzureichend anzusehen.

Die Beschränkung der Gewaltanwendung auf Personen mit mangelndem Ich-Bewußtsein vermag nicht zu überzeugen. Das Festhalten wird schließlich auch bei Schulängsten und anderen Störungen empfohlen, bei denen das Kind zweifelsfrei eine Ich-Identität entwickelt hat. Hier liegt ein gravierender Widerspruch der Begründungen, der an keiner Stelle diskutiert wird. Wenn man logische Widerspruchsfreiheit als ein Kriterium für Wissenschaftlichkeit anerkennt, dann genügen diese Begründungsversuche dem nicht.

Es ist um so überraschender, daß man mit Vermutungen über die Motive anderer, die die Methode ablehnen, schnell bei der Hand ist. Bedenken dagegen werden mit dem Beigeschmack des Pathologischen versehen: „Hinter dem Zögern des Fachmanns lassen sich Hemmungen vermuten, die nicht mit dem betroffenen Kind, sondern vielmehr mit sich selbst zu tun haben“ (*Prekop* 1986, S. 17). Sie werden als Angst vor Nähe und vor Gefühlen oder als „Aktivierung eigener neurotischer Ängste“ gedeutet (S. 19).

Aber nicht nur in der fachwissenschaftlichen Diskussion wird der Versuch gemacht, Bedenken gegenüber dem erzwungenen Halten zu tabuisieren. Auch mit den Eltern wird in ähnlicher Weise verfahren. So klassifiziert *Prekop* die Eltern, denen Zweifel bei der Durchführung kommen und die mit dem Therapeuten in Konflikt geraten (*Prekop* 1986, S. 20), als unerfahren, womit die Eltern in ihrer moralischen Integrität nicht ernstgenommen werden. Moralische Fragen werden als fachwissenschaftliche Angelegenheiten deklariert, die Betroffenen werden entmündigt. Die Festhaltetherapie fordert nicht nur von den Kindern, sondern auch von den Eltern die Unterwerfung unter ein angeblich zweifelsfreies Spezialistentum. In diesem Vorgehen kommt ein manipulatives Ausnutzen der Abhängigkeitsbeziehungen der Eltern vom Therapeuten zum Ausdruck. Unabhängig von der Eigenart der Beziehung der Eltern zu ihren Kindern wird versucht, ein unpersönliches und überpersönliches Prinzip zum bestimmenden Moment der Beziehung zu machen, dem sich alle zu unterwerfen haben. Die Individualität findet keine Berücksichtigung mehr.

4 Empirische Untersuchungen

4.1 Darstellung der Ergebnisse

Von *Burchard* (1988) liegt bislang die einzige umfassendere Dokumentation über Kurzzeit- und Langzeiteffekte vor. Im Rahmen seiner Untersuchung wurden den Eltern 4–14 Monate nach Beginn der Festhaltetherapie alle 4 Monate Fragebogen in unterschiedlicher Version bis zum Zeitpunkt 30 Monate nach Beginn der Therapie zugesandt, gemäß dem die Eltern im nachhinein Fragen zu Auswirkungen der Therapie zu beantworten hatten. Außerdem fanden Telefonkontakte mit den Eltern statt, die, wie er schreibt, die Untersuchungsergebnisse mit Sicherheit beeinflusst hätten (*Burchard* 1988, S. 91). Die Ergebnisse sind in dieser Zeitschrift veröffentlicht und brauchen nicht gesondert referiert zu werden.

4.2 Beurteilung der empirischen Ergebnisse

Nicht nur aufgrund der beschriebenen Einflußnahme durch den Untersucher ist die Erhebung von vornherein mit gravierenden Mängeln behaftet, da eine solche Vorgehensweise nicht dazu geeignet ist, objektive Ergebnisse zu liefern. Das Festhalten selbst unterscheidet sich beträchtlich hinsichtlich der Art der Anleitung, der Anlässe, der Zeitdauer und der Provokation des Widerstandes, so daß nicht von einem einheitlichen Setting gesprochen werden kann. Auch wird nicht berichtet, welche anderen therapeutischen Maßnahmen parallel zum Festhalten durchgeführt wurden.

Weitere Mängel der Untersuchung bestehen darin, daß es sich nicht um kontrollierte Beobachtungssituationen handelte, sondern im nachhinein Vorgänge aus dem Gedächtnis rekonstruiert werden mußten, die mindestens 4 Monate bis zu über einem Jahr zurücklagen. Die Beurtei-

lung erfolgte nicht durch unabhängige, nicht-teilnehmende Untersucher, sondern durch die durchführende Person selbst, die in vielfältiger Weise in die Interaktion verstrickt und zudem noch vom Untersucher beeinflusst worden war. Die Beurteiler waren hinsichtlich der Einschätzung klinischer Phänomene nicht ausgebildet, noch wurden sie darauf aufmerksam gemacht, so daß ihnen die Kategorien fehlten, um das Verfahren und dessen Effekte anders einschätzen zu können, als es vom Untersucher nahegelegt worden war. Es erfolgte z. B. kein Rückgriff auf valide und reliable halbstandardisierte Test- oder Beobachtungsverfahren.

Hinsichtlich des Gütekriteriums Objektivität zeigt das Vorgehen also gleich in mehrfacher Hinsicht gravierende Mängel. Vollends unbrauchbar wird diese Erhebung dadurch, daß die theoretischen Konzepte in keiner Weise mit den deskriptiven Beurteilungen verknüpft sind. Die postulierten Auswirkungen, wie mehr Halt geben, Sicherheit vermitteln, Ich-Strukturen aufbauen, weniger Angst zeigen, gesteigertes Selbsterleben von Mutter und Kind usw., finden in den Fragebogenkategorien keinen Niederschlag. Von daher bleibt die Interpretation der Ergebnisse in weiten Teilen relativ beliebig. Die Beliebigkeit wird noch dadurch gesteigert, daß die verwendeten Auswertungskategorien außerordentlich global und in ihrem Aussagewert nur schwierig einzuschätzen sind. Was z. B. als „positiver Umschwung im Verhalten hin zu Kontakt und Kommunikation“ gedeutet wird, überläßt der Autor weitgehend der Phantasie des Lesers. Was heißt es bei diesen unklaren Kriterien, daß 76% der Kinder als gebessert zu bezeichnen sind? Nach *Prekop* wird auch das passive Erdulden von Kontaktversuchen als Zunahme des Kontakts gewertet (siehe *Kane & Kane* 1986, S. 120). Das passive Erdulden korreliert wahrscheinlich außerordentlich hoch mit dem Umstand, daß die Kinder ruhiger sind, und läßt sich somit auch als Disziplinierungseffekt erklären. Das vorliegende Zahlenmaterial ist wenig geeignet, kritischen Einwänden zu begegnen.

Auch in anderer Hinsicht widersprechen die Daten eher den eigenen theoretischen Annahmen. Galt *Prekop* die Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit noch als vorrangiges Ziel, so ist das Auslösen von Angst bei 22% der Untersuchten dokumentiert. 16% zeigen eine massive Ablehnung und weitere 49% eine deutliche Ambivalenz, so daß insgesamt 87% der Kinder keine positive Einstellung dem erzwungenen Halten gegenüber haben. Diese Zahlen unterstützen unsere Ausführungen, daß hier keine Vermittlung von Liebe und Geborgenheit stattfindet, sondern eine Entwicklung zur Realangst hin. Auch *Feusers* Annahme zum erzwungenen Halten, der die Wirkung in einer psychischen Stabilisierung der Eltern auf Kosten der Kinder sieht, wird eindrucksvoll bestätigt. Es zeigt sich nämlich, daß das Festhalten auch dann fortgeführt wird, wenn es keinen objektivierbaren Nutzen für das Kind mehr hat.

Hervorzuheben ist aber, daß selbst bei diesen vagen Kategorien der Autor nicht umhin kann zuzugestehen, daß 19% aller Kinder sich problematischer verhalten als vorher. Dies ist ein erstes, zögerndes Eingeständnis, Fest-

haltetherapie könne auch schaden und widerspricht völlig den ungedeckten Behauptungen von *Prekop*, daß keinem Kind die Gewalt geschadet habe (1984, S. 170).

Über viele Fragen, die für die Klärung der Wirkungsweise wichtig wären, erfährt man aus der vorliegenden Untersuchung allerdings nichts. Bei den als omnipotent klassifizierten Kindern erhält man keine Aufschlüsse über die Kriterien und die Ausführlichkeit der diagnostischen Erhebung. Da die Anleitung zum Festhalten in der Regel schon in der ersten Begegnung mit den Eltern erfolgen soll (siehe *Tinbergen & Tinbergen* 1984, S. 300), ist davon auszugehen, daß hier mit ungenügenden Mitteln gearbeitet wurde. Die Diskussion von Erziehungsstilen und möglichen Erziehungsfehlern der Eltern nimmt bei diesem Vorgehen keinen großen Platz ein. Von daher ist eine Bemerkung von *Kane & Kane* auch hier zutreffend: Diese aufwendige und invasive Technik wird empfohlen, ohne abzuklären, „inwieweit sie durch unangemessene Umweltbedingungen (z.B. Überforderung oder Vernachlässigung) verursacht wurden. Trifft dies zu, so wäre die Bedingung zu ändern und nicht das Notsignal des Kindes zu unterbinden“ (1986, S. 119).

Die Zusammenfassung autistischer und omnipotenter Kinder in einer Gruppe erfolgt dabei wider bessere Einsicht. Bei einer getrennten Erhebung, die praktisch keinerlei Schwierigkeiten dargestellt haben dürfte, wäre wohl der Nachweis zu deutlich ausgefallen, daß die Festhaltetherapie gerade bei Autisten am wenigsten wirkt, was *Burchard* in seiner Arbeit nur am Rande andeutet. Aufgrund der vorliegenden Daten besteht für eine Euphorie wie bei *Prekop*, die meint, keine Therapie mehr verantworten zu können, ohne das Festhalten einzuleiten, überhaupt kein Anlaß (1985, S. 110).

Trotz der unpräzisen und widersprüchlichen Ergebnisse hält *Burchard* aufgrund von Einzelfällen die weitere Anwendung des erzwungenen Haltens für gerechtfertigt. Es muß allerdings dazu gesagt werden, daß es bislang keine Veröffentlichungen gibt, in denen eindeutige Beschreibungen der Kinder vor und nach dem Festhalten vorliegen. Im ganzen scheint es so, als ob *Burchard* überhaupt nur wenig daran interessiert ist, einen Tatbestand zu untersuchen. Die Kontrolle, ob die Wirklichkeit den eigenen Vorstellungen tatsächlich entspricht, wird von dem Interesse, daß etwas wahr sein muß, außer Kraft gesetzt.

5 Schlußbetrachtung

Von ihrem Selbstverständnis her beansprucht die Festhaltetherapie mehr zu sein als eine spezifische Behandlungsform bei Kindern. Mit ihr verbinden sich Vorstellungen und Erwartungen über eine ideale Gesellschaft (siehe *Prekop* 1985a), wobei die bestehende Kraft dieser monströsen und zugleich skurrilen Vorgehensweise saniert werden soll. In diesem Anliegen wird ein politisches Moment sichtbar: es wird gegen Liberalität als Erziehungsziel und Geisteshaltung zu Felde gezogen. So fordert *Prekop* das Umdenken hinsichtlich des eigenen er-

zieherischen Konzepts, das durch Freiheitsideale geprägt wurde (siehe *Prekop* 1986, S. 17 u. 19). In diesem neuen Konzept ist weniger der harmonische als der schnelle Fortschritt das Ziel (siehe *Kane & Kane* 1986, S. 121), weniger die Berücksichtigung sozialer Bezüge und Bedürfnisse als die Manipulation zugunsten eines schnellen Funktionierens. Die Liebe zum Menschen deformiert zum Interesse für die Methode, sie zu behandeln. Autoritätsgläubigkeit gegenüber der Wissenschaft und mangelndes Urteilsvermögen sollen dazu führen, die Anweisungen für bare Münze zu nehmen. Eltern mit normalen Erziehungsschwierigkeiten werden durch die naive Verbreitung der Theorie in die Lage gebracht, sich zu fragen, ob es nicht doch geraten sei, sich an diese Normen zu halten (siehe *Grothe* 1987).

Bei sorgfältiger Abwägung der einzelnen Argumente kommen wir zu dem Ergebnis, daß die Festhaltetherapie über keine schlüssige Theorie verfügt. Durch ihre Annahmen zum kindlichen Autismus werden keine neuen forschungsleitenden Hypothesen gewonnen. Darüber hinaus widersprechen die theoretischen Begründungen zum erzwungenen Halten nicht nur elementaren wissenschaftlichen Grundanforderungen wie Eindeutigkeit der Begriffe und logischer Widerspruchsfreiheit, sondern es wird versucht, mit groben Entstellungen fremder Texte legitimes Vorgehen zu begründen. Die empirischen Untersuchungen sind nicht dazu geeignet, theoretische Annahmen zu bestätigen oder zu falsifizieren. Der Versuch, dieses Ziel wissenschaftlichen Arbeitens umzusetzen, muß eher bezweifelt werden.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse kommen wir nicht umhin, eine Beendigung der Festhaltetherapie zu fordern. Der Verzicht auf die Achtung der Individualität und der Würde des Kindes, wie er in dieser Methode zum Ausdruck kommt, ist ein zu hoher Preis für diese vermeintlichen Ergebnisse. Das erzwungene Halten wirft weniger die Frage auf, ob hier eine neue Therapieform kreiert wurde, sondern offenbart das Problem, wie Abhängigkeitsbeziehungen von Patienten und deren Angehörigen vor manipulativen Übergriffen von Therapeuten geschützt werden können.

Summary

Holding Therapy

Forced holding in the treatment of children with psychic disorders is regarded rather discrepant. The crucial controversial arguments are summarized and assessed. The points at issue concern ethological and psychoanalytical theories of bonding, the problem of force in therapy, and empirical data. Finally, a valuation of forced holding is attempted.

Literatur

- Biermann, G.* (1985): Stellungnahme eines Kinderanalytikers zur Festhaltetherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 34, 73–75. – *Burchard, F.* (1984): Praktische Anwendungen und

theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 33, 282-290. – *Burchard, F.* (1987): Die Kontroverse zur Haltetherapie. *Autismus* Nr. 24, 11-16. – *Burchard, F.* (1988): Verlaufsstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 37, 89-98. – *Feuser, G.* (1987): Aspekte einer Kritik des Verfahrens des „erzwungenen Haltens“. *Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie* 7/1987. Köln, S.73-134. – *Gruen, A. & Prekop, J.* (1986): Das Festhalten und die Problematik der Bindung im Autismus: Theoretische Betrachtungen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 35, 248-253. – *Großmann, K.* (1977): Frühe Einflüsse auf die soziale und intellektuelle Entwicklung des Kleinkindes. *Zeitschrift für Pädagogik*, 23, 847-880. – *Grothe, H.* (1987): Aggressive Kinder fest in den Arm nehmen! *Eltern* 12/87, 41-45. – *Hartmann, H.* (1986): Aufmerksamkeits- Interaktionstherapie mit autistischen Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 35, 242-247. – *Jantzen, W. & v. Salzen, W.* (1986): Autoaggressivität und selbstverletzendes Verhalten. Berlin: Marhold. – *Kane, G. & Kane, J.F.* (1986): Möglichkeiten und Grenzen der Festhaltetherapie. *Geistige Behinderung*, Heft 2, 113-123. – *Kischkel, W. & Störmer, N.* (1986): Kritische Überlegungen zur Festhaltetherapie. *Zur Orientierung* 3/86, 309-323. – *Mahler, M.S.* (1979): Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett-Cotta. – *Mahler, M.S.; Pine, F. & Bergman, A.*

(1982²): *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer. – *Mall, W.* (1983): Festhalte-Therapie bei Personen mit autistischem Verhalten im Heim für geistig Behinderte. *Zur Orientierung*, S.38-46. – *Papousek, H. & Papousek, M.* (1981): Frühentwicklung des Sozialverhaltens und der Kommunikation. In: *Remschmidt, H. & Schmidt, M.* (Hrsg.): *Neuropsychologie des Kindesalters*. Stuttgart, S.182-190. – *Prekop, J.* (1983): Anleitung der Therapie durch das Festhalten nach Welch/Tinbergen. *Autismus* Nr.15, 2-8. – *Prekop, J.* (1984a): Zu: Festhalte-Therapie bei autistischen Kindern. *Der Kinderarzt*, 15, 798-802, 952-954, 1043-1052, 1170-1176. – *Prekop, J.* (1984b): Festhalten. *Behinderte* 7, 6-22. – *Prekop, J.* (1985a): Festhalten – eine neue Therapie- und Lebensform. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, Heft 6, 389-404. – *Prekop, J.* (1985b): Festhalte-Therapie bei Autisten. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation*, S.110-112. – *Prekop, J.* (1986): Das Festhalten bei Menschen mit autistischen Verhaltensweisen. *Geistige Behinderung*, Heft 2, 1-24. – *Rohmann, U.H.; Hartmann, H.E. & Kehler, H.E.* (1984): Erste Ergebnisse einer modifizierten Form der Festhaltetherapie. *Autismus* Nr. 17, 10-13. – *Tinbergen, N. & Tinbergen, E.* (1984): *Autismus bei Kindern*. Berlin: Parey.

Anschr. d. Verf.: Norbert Störmer und Wolfgang Kischkel, Neuerkeröder Anstalten, 3305 Sickinge.