

Reiter-Theil, Stella / Eich, Holger und Reiter, Ludwig

## **Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42 (1993) 1, S. 14-20

urn:nbn:de:bsz-psydok-36096

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# INHALT

## Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) ..... 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

## Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) ..... 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) ..... 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) ..... 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) ..... 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) ..... 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) ..... 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) ..... 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) ..... 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) ..... 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) ..... 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') ..... 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) ..... 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology an Results of a Pilot Study) ..... 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Spezialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) ..... 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) ..... 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) ..... 208

## Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) ..... 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy) . . . . .	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers) . . . . .	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach) . . . . .	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies) . . . . .	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation) . . . . .	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving) . . . . .	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume) . . . . .	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES)) . . . . .	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma) . . . . .	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study) . . . . .	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence) . . . . .	171
<b>Psychotherapie</b>		<b>Werkstattberichte</b>	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy) . . . . .	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell . . . . .	345
<b>Übersichten</b>		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung . . . . .	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families) . . . . .	49	<b>Tagungsberichte</b>	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy) . . . . .	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen . . . . .	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System) . . . . .	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg . . . . .	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics) . . . . .	373	<b>Buchbesprechungen</b>	
FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study) . . . . .	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2 . . . . .	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training) . . . . .	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch . . . . .	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome) . . . . .	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt . . . . .	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care) . . . . .	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie . . . . .	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde . . . . .	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence . . . . .	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work . . . . .	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen . . . . .	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28 . . . . .	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29 . . . . .	220

FABER, F. R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien . . . . .	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter . . . . .	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie . . . . .	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes . . . . .	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen . . . . .	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt . . . . .	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert . . . . .	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen . . . . .	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST) . . . . .	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter . . . . .	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen . . . . .	382	RUBIN, J. A.: Kunsttherapie als Kindertherapie . . . . .	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung . . . . .	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung . . . . .	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen . . . . .	221	SCHAFER, M. R.: ... und was geschieht mit den Kindern? . . . . .	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung . . . . .	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik . . . . .	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie . . . . .	353	SOLNIT, J. A./NEUBAUER, P. B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46 . . . . .	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis . . . . .	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen . . . . .	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie . . . . .	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie . . . . .	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS . . . . .	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen . . . . .	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen . . . . .	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen . . . . .	220
MORDIER, J. P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926 . . . . .	351	WITTE, E. H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung . . . . .	309
MUSSEN, P. H./CONGER, I. J./KAGAN, I./HUSTON, A. C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1 . . . . .	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung . . . . .	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule . . . . .	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien . . . . .	59	<b>Editorial</b> 232, 273	
OTTO, H. U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention . . . . .	311	<b>Mitteilungen der Herausgeber</b> 350	
		<b>Autoren der Hefte</b> 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		<b>Diskussion/Leserbriefe</b> 27	
		<b>Zeitschriftenübersicht</b> 58, 139, 216, 306, 380	
		<b>Tagungskalender</b> 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		<b>Mitteilungen</b> 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

## Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie<sup>1</sup>

Stella Reiter-Theil, Holger Eich und Ludwig Reiter

### Zusammenfassung

Die Implikationen der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen in Psycho- und Familientherapie werden aufgezeigt. Bezugnehmend auf den medizinethischen Diskurs zur Patientenaufklärung und Informierten Zustimmung schlagen die Autoren vor, Minderjährige – ihren Kompetenzen entsprechend – verstärkt in Entscheidungen über die Teilnahme an Therapie und Behandlungsziele einzubeziehen. Mängel herkömmlicher Vorgehensweisen werden analysiert und im Lichte ethischer Prinzipien diskutiert. Empirische Daten zur angemessenen Beurteilung der Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen werden ausgewertet und Möglichkeiten für die praktische therapeutische und beraterische Arbeit empfohlen.

### 1 Der ethische Diskurs über das Kind als Patient/in (Klient/in)

In den vergangenen zwei Jahrzehnten entwickelte sich im angloamerikanischen Raum, besonders in den USA, eine immer breiter und differenzierter werdende Diskussion ethischer Fragen in der Medizin und in anderen Heilberufen. Eines der zentralen Prinzipien ist der *Respekt vor der Autonomie des Patienten* und, daraus abgeleitet, die Forderung nach *Aufklärung* und *Informierter Zustimmung* (Informed Consent) zur Behandlung jedes Leidenden. Interessanterweise wird die juristische Sonderstellung des Kindes und Jugendlichen bezüglich der Informierten Zustimmung in der Behandlungssituation bisher wenig diskutiert (vgl. etwa FADEN und BEAUCHAMP, 1980), obwohl gerade der Umgang mit kindlichen Patienten zentrale ethische Fragen und Unsicherheiten für die Praktizierenden

den – und nicht zuletzt für die Eltern – birgt. Für den Praxisbereich der Psychotherapie und Familientherapie mit Kindern liegen nach aktuellen Ergebnissen von Literaturrecherchen ebenfalls keine deutschsprachigen Arbeiten vor, die sich mit diesen ethischen Fragen auseinandersetzen. Eine spezifische Arbeit zum Problem der Informierten Zustimmung in der Familientherapie wurde 1991 als erster Teil eines Fortsetzungsprojektes veröffentlicht (REITER-THEIL et al., 1991). Als Weiterführung findet in der vorliegenden Arbeit eine Auseinandersetzung mit dem ethischen Status des Kindes in der Familien- und Psychotherapie statt.

### 2 Therapeutischer Alltag und die U.N.-Konvention über die Rechte des Kindes

„Psychotherapy is most often the idea of some adults, rather than of the child.“ Diese scheinbar lapidare Bemerkung des Kinderpsychiaters GERALD P. KOOCHER (1983, S.112) weist auf ein häufig übersehenes Problem in der Psycho- und Familientherapie mit Kindern hin. Kinder sind nicht nur mitbeteiligt und anwesend, sondern vielfach direkte Adressaten und Hauptpersonen in der Therapie. Unklar bleibt dabei jedoch nicht selten, aus welchen Beweggründen sie teilnehmen, welche Vorstellungen sie davon haben, was ihnen im Verlauf der Therapie widerfahren soll oder was von ihnen erwartet wird. Je mehr in letzter Zeit auf der einen Seite die Rechte des Kindes und ihr Schutz vor Ausbeutung thematisiert werden, um so deutlicher wird auf der anderen Seite das weitgehende Fehlen einer bewußten Auseinandersetzung mit den Rechten des Kindes als Patient oder Klient. So werden etwa im Rahmen der Familientherapie Kinder u.U. als reine „Bestandteile“ des familiären Systems gesehen, deren spezifische Bedürfnisse und Ängste ignoriert werden. Für die Kinderpsychotherapie gilt demgegenüber, daß das Kind meist nach anderen als ihm eigenen Kriterien zum „Patienten“ und für therapiebedürftig erklärt wird. Es bleibt dann unklar, ob Kinder aus eigenem freien Entschluß an

<sup>1</sup> Wir danken dem Jugendamt der Stadt Wien und dem Verein Wiener Sozialdienste für die großzügige Förderung des Projektes „Die Kontaktpase in der Systemischen Familientherapie“, aus der die Arbeit hervorgegangen ist.

einer Therapie teilnehmen und ob ihnen bewußt ist, welche Nutzen und welche Risiken eine Therapie mit sich bringen kann.

Wenn Eltern ihre Kinder in die Therapie „mitbringen“, erscheint das vielen Therapeuten als hinreichend. Dem liegt die durchaus unzeitgemäße Überzeugung zugrunde, daß Kinder einen Besitz der Eltern darstellen, über den diese frei verfügen könnten (HART, 1991; LANGHAM, 1983). Die Zustimmung allein der Eltern zu Behandlungsmaßnahmen, die das Kind betreffen, reicht jedoch weder aus therapeutischer noch aus ethischer Sicht aus. Persönliche Interessen der Eltern, ihre emotionale Verfassung, medizinische oder psychologische Unkenntnis können dazu führen, daß die Entscheidung der Erziehungsberechtigten nicht „im besten Interesse des Kindes“ ausfällt. Im therapeutischen Kontext treten charakteristischerweise Situationen auf, in denen Interessen des Kindes und seiner Eltern konfliktieren; hier sollte das Interesse des Kindes als vordringlich gelten, fordern COHEN und NAIMARK (1991, S.60). So lautet auch der Tenor der „U.N.-Konvention über die Rechte des Kindes“, die die Generalversammlung der Vereinten Nationen am 20.11.1989 verabschiedete. Sie garantiert Kindern die Grundrechte der Menschenrechtskonvention von 1948 sowie Sonderrechte zu ihrem besonderen Schutz (CASTELLE, 1989). Die Konvention versteht „Kindheit“ als Entwicklungsprozeß, im Laufe dessen Kinder (Jugendliche) einerseits vor schädigenden Einflüssen behütet, andererseits in ihrer Autonomie gestärkt werden sollen. Der Auftrag der Förderung und Sicherung kindlicher Selbstbestimmung ist Kernpunkt der Konvention und stellt einen bemerkenswerten Fortschritt dar. Nach COHEN und NAIMARK (1991) intendiert die Konvention, Kindern in vollem Umfang die Menschenrechte zu garantieren und eine nichtpaternalistische Einstellung Kindern gegenüber zu fördern (zum Begriff des „Paternalismus“ siehe z.B. REITER-THEIL, 1990). Die garantierten Rechte umfassen das Recht auf eigene Meinung, freie Meinungsäußerung, Versammlungsfreiheit, Religionsfreiheit<sup>2</sup> und geschützte Intimsphäre, ebenso sozio-kulturelle Rechte wie jene auf Bildung, Gesundheit und Familienplanung. Das Kind wird vor allem als *Individuum* geschützt. Seine Rolle als *Teil der Familie* wird unmißverständlich als zweitrangig bestimmt (COHEN, 1990):

„Prior to the drafting of the Convention, international recognition of children's rights was basically paternalistic and aimed at the protection of the child and the provision of services. There was no effort to identify the child as a human being, separate from the family and having an individual personality and corresponding human rights“ (COHEN u. NAIMARK, 1991, S.60).

Angesichts dieser fundamentalen Neuorientierung kann gerade im Rahmen der prinzipiell autonomieorientierten Psycho- und Familientherapie (REITER-THEIL, 1988) das Recht des Kindes auf freie Meinungsbildung (Art.12), -äußerung (Art.13), Gedankenfreiheit (Art.14) und Pri-

vatsphäre (Art.16) nicht ignoriert werden. Wenn Kinder den Konsens zur Psychotherapie verweigern, berührt das die Konvention; dies gilt auch, wenn sie (gegen den elterlichen Willen) Psychotherapie oder eine andere Art der Behandlung oder Beratung aufsuchen und in Anspruch nehmen wollen (Art.27, 39, 23).

Wenn klassische Konzepte der Familientherapie fordern, daß die gesamte Familie zur Behandlung erscheint, stehen die Interessen der Wiederherstellung der Gesundheit eines Familienmitgliedes bzw. eines funktionalen Familiensystems im Vordergrund. Auf welche Weise Eltern ihre Kinder in die Therapiesitzung „bewegen“, bleibt zweitrangig. Hier wird das Interesse und das Recht des Kindes dem der Familie untergeordnet. So beurteilen beispielsweise STIERLIN et al. es (1977) in ihrem richtungweisenden Buch als „wünschenswert, daß zum ersten Gespräch tatsächlich alle Familienmitglieder gemeinsam erscheinen“ (S.67). In ihrem Ansatz werden Kinder bewußt zum strategischen „Bundesgenossen des Therapeuten“ (S.68), sie sollen den „Eingang in die Familie“ erleichtern. Zwar geben die Autoren an, daß der therapeutische Kontrakt nicht nur mit den Eltern erarbeitet werde, sondern auch die Kinder mit einbezogen würden (S.167), doch die Realität ihres Fallbeispiels sieht anders aus: Beim Abschluß des therapeutischen Vertrages (S.166f.) übersehen die Therapeuten kommentarlos das jüngste Familienmitglied – die 10jährige Annette. Auch die 12jährige Brigitte wird in den Entscheidungsprozeß erst einbezogen, nachdem sie von sich aus eine Frage an den Therapeuten stellt (S.166). Annette dagegen bleibt ungefragt und ungehört.

Vorgehensweisen dieser Art sind auch heute kein Einzelfall: Familientherapeuten mögen glücklich darüber sein, daß sie endlich das gesamte Problemsystem versammelt haben und jeglichen Verlust fürchten, der den Therapieerfolg gefährden könnte. Hier überwiegt strategisches Denken bzw. Handeln, das im günstigsten Falle – über die angestrebte Zweck-Mittel-Relation „Setting und Methoden als Garanten des positiven Therapieergebnisses“ – mit dem Prinzip des Nutzens (beneficence) gerechtfertigt wird. Die Meinung des Kindes selbst wird nicht thematisiert – die Achtung der prinzipiellen Autonomie des Kindes bleibt (entgegen der euphemistischen Proklamation) ohne erfahrbaren Ausdruck.

Die Anwesenheit des Kindes vereinfacht den therapeutischen Prozeß. Daß sie aber auch Risiken gerade für das Kind birgt, wird nicht auf einer prinzipiellen Ebene problematisiert, sondern stillschweigend hingenommen. Nach SELVINI-PALAZZOLI et al. (1977, S.158) ist im Rahmen der Therapie zu erwarten, daß, sobald ein Indexpatient sein Symptom aufgibt, ein anderer Angehöriger der jüngeren Generation dieses „übernehmen“ wird. Hier wird das Wohlergehen des Indexpatienten respektive des Familiensystems über eine zumindest temporäre Verschlechterung des psychischen Zustandes eines anderen (Kindes) erkaufte. Das Wohlergehen des Gesamtsystems wird somit über das Wohlbefinden des einzelnen (Kindes) gestellt. Diese Prioritätensetzung bedürfte sorgfältiger ethischer Begründung. Werden solche Konzepte verfolgt, ohne daß die Familie und die betroffenen Kinder darüber informiert

<sup>2</sup> Um den Bestimmungen des Koran nicht zuwiderzulaufen spricht der Vertragstext hier von der „Achtung“ des Rechtes auf freie Religionswahl – nicht von „Garantie“ desselben.

wurden, daß eine derartige Symptomverschiebung möglich ist, erreicht der therapeutische Paternalismus eine kritische Schwelle. Ohne eine sorgfältige therapeutisch-ethische Begründung, die beispielsweise auf die unmittelbare Notwendigkeit von Maßnahmen im Sinne einer Krisenintervention zugunsten bzw. zulasten einzelner Familienmitglieder (Kinder) rekurrieren kann, wäre ein solches Vorgehen gleichbedeutend mit einer unerlaubten Manipulation und Instrumentalisierung von Personen.

Kinder erweisen sich also in der Therapie (für den „Einstieg“ in das System sowie für das Verschieben oder Beseitigen des Symptoms) als Mitglieder von zentraler Bedeutung. Trotzdem (oder gerade deshalb!) wird ihre Verfügbarkeit vorausgesetzt und in Anspruch genommen; sie selbst werden gar nicht, nur unzureichend oder nicht altersgemäß aufgeklärt – ihr informiertes Einverständnis wird nicht explizit eingeholt.

### 3 Bedingungen und Schwierigkeiten der praktischen Umsetzung

#### 3.1 Einwände gegen die Kompetenz von Kindern

Herkömmlich wird angenommen, daß Kinder nicht in der Lage seien, ein „freiwilliges informiertes Einverständnis“ (free and informed consent) zu erteilen. Hierfür werden Mangel an intellektueller und emotionaler Reife, Mangel an Erfahrung und eine verminderte Fähigkeit, den eigenen Willen zu realisieren, als Argumente herangezogen (WEITHORN, 1983). Diese Auffassung muß insofern differenziert werden, als sie häufig an das juristische Konzept der „gültigen“ (valid) Zustimmung geknüpft wird, die tatsächlich an die Bedingung der Volljährigkeit gebunden ist. Diese juristische Vorgabe ist für die *ethische* Diskussion der Freiwilligkeit einer Therapie und des Rechts auf Information, auf Zustimmung oder Verweigerung nicht ausschlaggebend.

Es dürfte offensichtlich sein, daß gerade die Weigerung, Kinder als Entscheidungsträger zu akzeptieren, die postulierten Unfähigkeiten mitbedingt und perpetuiert: Neue Erfahrungen werden dem Kind vorenthalten, intellektuelle und emotionale Kompetenzen werden nicht geübt, der eigene Wille wird nicht einmal als Möglichkeit in Betracht gezogen. Diese Defizit-Begründungen (das Kind als „Mängelwesen“) greifen also zu kurz. Um zu einer differenzierten Sicht zu gelangen, werden im folgenden Elemente eines freiwilligen Einverständnisses dargestellt, die das Verständnis davon, an welchen Stellen Kinder u. U. an ihre Grenzen stoßen, vertiefen soll.

FADEN und BEAUCHAMP (1980) lehnen ihre Beschreibung des Prozesses, in dessen Verlauf Informiertes Einverständnis eingeholt wird, an bewährte Informationsverarbeitungsmodelle an: Zunächst muß dem oder der Betroffenen all jene Information vermittelt werden, die notwendig ist, damit eine vernunftbegabte Person (reasonable person) zu einem sachlichen Urteil gelangen kann (vgl. REITER-THEIL et al., 1991). Diesen ersten Schritt bezeichnen die Autoren als die Aufnahme (reception).

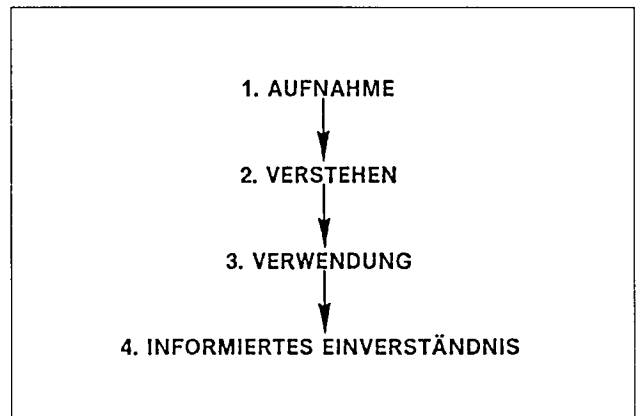


Abb.1: Phasen der Vorbereitung von Informiertem Einverständnis (nach Faden & Beauchamp, 1980)

In einem zweiten Schritt muß die betreffende Person die dargestellte Information verstehen (comprehension). Dann muß diese aufgenommene und verstandene Information von der betreffenden Person zur Entscheidungsfindung verwendet werden (utilization), bis schließlich – im Falle der Zustimmung zum Behandlungsvorschlag – von einem Informierten Einverständnis (informed consent) gesprochen werden kann. Jede Phase dieses Prozesses birgt in dessen eigene Probleme.

#### 3.2 Schrittweise Vorbereitung von informierter Zustimmung

##### 3.2.1 Aufnahme

Der Therapeut/die Therapeutin hat der betreffenden Person die für ihre Entscheidung notwendige und hinreichende Information zu liefern. Worin diese im einzelnen bestehen kann, haben wir – für Erwachsene – an anderer Stelle diskutiert (REITER-THEIL et al., 1991). Praktische Erfahrungen zeigen, daß Kinder und Jugendliche oft darüber hinaus Fragen an Therapeut(inn)en haben, die man in Gesprächen mit erwachsenen Klienten in Hinsicht auf Abstinenzregeln eher nicht beantworten würde: „Bist du verheiratet?“, „Hast du auch Kinder?“, „Wieviel verdient man da?“. – Wir geben zu bedenken, daß für Kinder Informationen dieser Art außerordentlich wichtig sein mögen, um das Beziehungsangebot des Therapeuten/der Therapeutin annehmen, also eine informierte Zustimmung erteilen, zu können. Die Darbietung dieser Information soll so geartet sein, daß der Patient/die Patientin sie verstehen kann. Andernfalls ist der Informationsprozeß per se sinn- und zwecklos. Jüngeren Kindern sollte sie demnach in altersgemäßer Form dargebracht werden. Anstelle eines medizinischen Aufklärungsgespräches könnte anhand von Bilder Geschichten (Comics) oder Videofilmen der Verlauf einer Therapie vergegenständlicht werden. Inwieweit der Einsatz solcher Medien, die jüngeren Kinder eher vertraut sind und deren kognitiver Verarbeitung ihnen wahrscheinlich besser gelingt, auch tatsächlich das Verstehen (Phase 2) positiv beeinflusst, bedarf empirischer Prüfung. Des weiteren ist der Informationswert für den

Adressaten dann höher, wenn es gelingt, die Informationsdarbietung dialogisch zu gestalten: Das Kind sollte angeregt werden, zu fragen, was ihm wichtig ist, um bei der Therapie mitzuwirken.

### 3.2.2 Verstehen

Ob und inwieweit Kinder in der Lage sind, ihnen dargebotenes Informationsmaterial zu verstehen, ist ein Gegenstand *entwicklungspsychologischer* Forschung. Im medizinischen und therapeutischen Alltag sind verschiedene Formen, dieses Problem zu handhaben bzw. zu umgehen, an der Tagesordnung:

- a) *Altersgrenzen* (de-jure-Inkompetenz): Das Kriterium der de-jure-Inkompetenz definiert Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe als inkompetent. Minderjährige bilden per Gesetz eine solche Gruppe. Erwachsene gelten hingegen bis zum Beweis des Gegenteils als kompetent (WEITHORN, 1983). Es ist eher unwahrscheinlich, daß eine solche de-jure-(In)kompetenz, die an willkürlich gezogenen Altersgrenzen festgemacht wird, mit tatsächlichen Fähigkeiten in bestimmten Situationen korreliert, da individuelle Unterschiede in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen völlig außer acht gelassen werden.
- b) *Assent*: Mit „Assent“ bezeichnet man „a child's affirmative agreement to participate... (The) mere failure to object should not ... be construed as assent“ (KINARD, 1985; LANGHAM, 1983). Hier liegt die Idee zugrunde, daß ein Kind zwar nicht selbst bestimmen kann (weil es nicht alle Informationen verstehen und zur Entscheidung heranziehen würde), ihm aber ein Recht auf *Mitbestimmung* eingeräumt werden sollte. Dieses Konzept ist jedoch nur solange problemlos anwendbar, als die Entscheidung der Eltern mit der des Kindes kongruent ist. In diesen Fällen trägt die „Option der kindlichen Mitbestimmung“ weder in pragmatischer noch in ethischer Hinsicht etwas Neues zum therapeutisch selbstverständlichen Repertoire bei; sie kann bestenfalls als Gemeinplatz, wenn nicht gar als Alibi, „regel“ betrachtet werden. Bei Meinungsdivergenzen (Eltern wollen Behandlung, Kind will nicht; bzw. Kind will Behandlung, Eltern lehnen sie ab) ergeben sich hingegen ethische Dilemmata für die/den Therapeutin/en. FERGUSONS (1978) traditionelle Ansicht: „Parental consent should be a necessary but not a sufficient condition for children's participation“, die die Teilnahme des Kindes grundsätzlich von der Zustimmung der Eltern abhängig macht, kann allenfalls für den Bereich der Forschung akzeptiert werden, da die Nichtteilnahme eines Kindes an einer wissenschaftlichen Studie kaum eine Gefährdung seiner Gesundheit oder Autonomie bedeuten dürfte. Medizinische und psychotherapeutische Behandlungswünsche von Kindern, die in besonderer Weise ihre bio-psycho-soziale Gesundheit oder die Intimsphäre des Kindes selbst betreffen (sexuelle Orientierung, Empfängnisverhütung, sexuelle Ausbeutung) sollten hingegen auch ohne Zustimmung der Eltern oder gegen deren Willen respektiert werden (HOLDER,

1983; SCHULTZ, 1980; SOBOCINSKI, 1990; EICH, 1991). Die UNO-Deklaration bietet einen entsprechenden normativen Rahmen für diese Position. Immerhin enthält auch FERGUSONS Postulat das Vetorecht für das Kind gegen die Meinung der Eltern.

Zur Frage der Kompetenz sind eine Reihe unterschiedlicher entwicklungspsychologischer Untersuchungen angestellt worden (KASER-BOYD et al., 1985; KOOCHER, 1983; WEITHORN u. CAMPBELL, 1982; KEITH-SPIEGEL, 1983; TAPP u. MELTON, 1983; KORSCH, 1974), deren Ergebnisse darauf hinweisen, daß die Fähigkeit von Kindern zu informiertem Einverständnis allgemein eher unterschätzt wird. Es ist davon auszugehen, daß bereits vierzehnjährige Information ebenso verstehen (und nutzen) wie Erwachsene. Neunjährige sind bereits „capable of meaningful participation in consent decisions“ (KINARD, 1985, S. 303). KINARD resümiert seine Überlegungen hinsichtlich der Teilnahme von Kindern an psychologischer Forschung weiter: „Even if a child cannot fully comprehend the nature of the research, it is important that the child understands that he or she is free to refuse participation or to withdraw from participation at any time“ (S. 303).

### 3.2.3 Verwendung

In den genannten entwicklungspsychologischen Untersuchungen wird die Entwicklung des moralischen Urteils in der Tradition PIAGETS oder KOHLBERGS thematisiert. Der Befund PIAGETS, daß Kinder in der Phase des „moralischen Realismus“ extrem autoritätshörig sind, weist auf ein weiteres Problem hin: Verwenden Kinder die Sachinformation, die ihnen zugänglich gemacht wurde, oder überlagern sozialpsychologische Variablen die rationale Entscheidung, zu der das Kind an sich entwicklungsgemäß in der Lage wäre? Zahlreiche Untersuchungen belegen, daß Frühadoleszente (10 bis 14 Jahre) für gewöhnlich zu konventioneller Argumentation (TAPP u. KOHLBERG, 1971; TAPP u. MELTON, 1983) fähig sind, jenem Niveau des moralischen Urteilens, dem auch die meisten Erwachsenen verhaftet bleiben. TAPP und MELTON (1983) schließen daher: „Consequently, insofar as a standard of understanding is used, there is likely to be no reason in most situations to deprive adolescents of power of consent on the basis of competence (S. 230).“

GRISSE und VIERLING (1978) geben aber zu bedenken, daß Jugendliche unter 15 Jahren durchaus noch sehr empfänglich für die Unterwerfung unter Autoritäten seien. Es ist anzunehmen, daß in einem Setting, das von Erwachsenen dominiert ist – zudem von natürlichen Autoritätspersonen wie den Eltern sowie von Personen mit großer professioneller Autorität wie Ärzten oder Therapeuten –, das Kind besonders starkem Autoritätsdruck unterliegt. Hier zeigt sich die *sozialpsychologische* Komponente des Problems. Familientherapie ist eine Gruppensituation, in der Kinder meist die hierarchisch schwächste Position innehaben. Sozialpsychologische Theorien lassen vermuten, daß gerade in der Anwesenheit vieler Personen (Beobachter) eher eine solche Handlungsalternative ergriffen wird, die gut eingeübt ist und in der Hierarchie möglicher



Handlungsweisen an vorderer Stelle steht und weniger eine neu erworbene und unerprobte (ZAJONC, 1965). Was ein Kind also in bestimmten (geschützten) Situationen durchaus schon beherrschen mag, zeigt es in solchen Umgebungen zunächst spontan eher nicht. So ist es fraglich, ob ein Kind, das aus entwicklungspsychologischer Sicht durchaus in der Lage wäre, Information kompetent zu verwerten, diese Fähigkeit auch in außergewöhnlichen, belastenden Situationen realisieren kann. Experimentalpsychologische Befunde – die Kompetenz – und sozialpsychologische Realität – die Performanz – könnten sich hier widersprechen. Wenn eine 14jährige ihre gegenteilige Meinung in einer ungewohnten Gruppensituation wie dem Erstgespräch beim Familientherapeuten gegen die Übermacht der Autoritäten allein artikulieren und vertreten soll, ist sie vermutlich überfordert. Das ist unabhängig davon, wie sie die verfügbaren Informationen in ihre persönliche Überzeugung verarbeitet. Wie immer ihr (ausgesprochenes) Urteil (Konsens oder Dissens) ausfällt, wird es von sozialpsychologischen Faktoren überlagert. Möglicherweise sind eher Angst und Autoritätshörigkeit die Grundlage ihrer (geäußerten) Entscheidung, als die Informationen des/der Therapeut/in.

### 3.2.4 *Informiertes Einverständnis*

Die Art, in der Kinder Konsens oder Dissens ausdrücken, kann sich von den für Erwachsene typischen Formen unterscheiden. Gerade junge Kinder neigen eher zu nonverbalen Äußerungen, wenn ihr Unmut über die laufende Therapie steigt. KEITH-SPIEGEL (1983) und KINARD (1983) deuten in bestimmten Fällen Passivität, Rückzug und Ablenkbarkeit als Anzeichen des Dissens bei Kindern. Besonders Kinder mit Mißhandlungserlebnissen haben Schwierigkeiten, verbalen Protest gegenüber Erwachsenen zu äußern. Auf die Möglichkeit, aus der therapeutischen Haltung (Intervention) heraus die Erfahrung von Fremdbestimmung und Unfreiheit zu wiederholen, wurde bereits von manchen Autoren hingewiesen (CRIVILLE, 1990). Gerade die Auseinandersetzung mit den Rechten und der informierten Zustimmung des – kindlichen – Patienten trägt zur Sensibilisierung für diese iatrogenen Risiken bei.

### 3.3 *Überforderung des Kindes durch überschätzte Autonomie*

Natürlich könnten Kinder mit den ihnen aufgebürdeten Entscheidungen auch überfordert sein. MELTON (1983) vermutet besondere Probleme bei komplexen Alternativen, von denen beide negative Effekte haben (können). Zwischen solchen Optionen auswählen zu müssen, könne angstinduzierend wirken. In zahlreichen Fällen werden Kinder sich einfach an die Entscheidungen der Eltern anlehnen, wenn sie sich überfordert fühlen. Eine paternalistische (oder besser: parentalistische) Vorgehensweise des Therapeuten kann unter diesen Umständen *dann* förderlich sein, wenn aus seiner professionellen und theoretisch fundierten Sicht dem Wohl des Kindes besser zu dienen scheint, die elterliche Entscheidung *nicht* zu akzep-

tieren (z. B. wenn diese eine Therapie ablehnen), obwohl das Kind selbst keinen Widerspruch erhebt. In diesem Fall würde jedoch nicht gegenüber dem (zustimmenden) Kind, sondern der Beziehung zu den widersprechenden Eltern die therapeutische Autorität im Sinne des Paternalismus eingesetzt und der Respekt vor deren Entscheidung dem Wohl des Kindes untergeordnet.

## 4 *Konsequenzen für die Rollen und Aufgaben von Therapeut/innen*

In der Umsetzung und Wahrung kindlicher Rechte fallen den Therapeut/innen verschiedene Aufgaben zu, die je nach Kontext spezifiziert und konkretisiert werden müssen. GLENN (1980) nennt folgende Rollen:

- Informationslieferant für Kinder,
- Kinderanwalt in legalen und paralegalen Situationen (Schule, Institutionen),
- Vermittler zwischen Kindern und Eltern/Erwachsenen,
- Agent für soziale, politische und rechtliche Veränderungen,
- Interpret und Vertreter entsprechender Forschungsinteressen: Welche Methoden helfen welchem Kind unter welchen Bedingungen, seine Entwicklung zu einem selbstbestimmten Wesen zu stützen?

Der Therapeut ist gehalten, auf dem Gebiet der psychosozialen Versorgung die Rechte des Kindes zu stützen und zu erweitern. Vor dem Hintergrund der dargestellten entwicklungs- und sozialpsychologischen Zusammenhänge kommt dem Familientherapeuten ebenso wie dem Kinderpsychotherapeuten die Aufgabe des Vermittlers zwischen den Generationen zu. Er sollte die Position des Kindes unterstreichen. Im Umgang mit Minderjährigen kann er als Lernmodell demonstrieren, wie Erwachsene die Wünsche und Belange von Kindern und Jugendlichen anhören, respektieren und diskutieren können. Dies beginnt mit der Darbietung von Information. Auch bei der Formulierung von Therapiezielen können Kinder beteiligt werden. Hierbei ist darauf zu achten, daß die betreffenden Therapieziele möglichst konkret oder konkretisierbar sind, und nicht abstrakte „Ideale“ darstellen (KOOCHER, 1983; REITER, 1976).

Der Therapeut sollte darauf achten, Autoritätsdruck dahingehend zu mindern, daß das Kind neue Verhaltensweisen üben kann. Dabei wird es unvermeidlich sein, daß der Therapeut den kindlichen Standpunkt gerade auch in solchen Fällen betont und unterstützt, wo Konflikte auftreten. So werden die Eltern für die Sicht des Kindes sensibilisiert. Gemeinsame Entscheidungsprozesse von Kindern und Eltern können Selbstbestimmung und gegenseitige Toleranz stärken – ein denkbares Therapieziel, welches außer dem ethischen Prinzip des Respekts vor der Autonomie auch dem Grundsatz der Hilfeleistung („benificence“) gerecht wird.

Wie WEITHORN (1983, S. 251) postuliert, sollte Kindern, deren Kompetenz fraglich ist – etwa Kindern unter sieben Jahren –, dennoch die Chance gegeben werden, im Rah-

men ihrer Möglichkeiten Einfluß auf die endgültige Entscheidung nehmen zu können. Bei Konfliktfällen sollte eine dritte Partei (Kinder- und Jugendanwalt) gehört werden. Zu oft verbinden Eltern mit der „Behandlung“ ihrer Kinder eher das Ziel der Wiederherstellung ihres eigenen Wohlbefindens als desjenigen der Kinder. Der Schutz fundamentaler Menschenrechte wie Freiheit und Intimität – so WEITHORN – überwiege in jedem Falle das Interesse an kurzfristigen, wenn auch imposanten, Therapieerfolgen.

In der komplexen Situation des familientherapeutischen Settings müssen Kinder sachgemäß vom Therapeuten unterstützt werden durch:

- Erfragen und Berücksichtigen ihrer Motivation,
- altersgemäße Information,
- explizites Ansprechen ihrer Wünsche und Ängste,
- Anerkennung ihrer Fähigkeiten und Rechte,
- Förderung ihrer Entscheidungsfähigkeit,
- Stützung ihrer Position und Sichtweise gegenüber den erwachsenen Therapieteilnehmern bzw. anderen Auftraggebern (Jugendamt u. ä.),
- Eingehen auf nonverbale Zeichen von Therapieablehnung,
- unbedingtes Akzeptieren des Wunsches eines Kindes, eine (begonnene) Therapie verlassen zu dürfen.

Die psychotherapeutische Beziehung bietet – wie gezeigt wurde – eine Reihe von Möglichkeiten, die Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen bereits im Vorfeld der therapeutischen Arbeit – in der Vertrags- oder Kontaktphase – zu fördern. Eine Therapie sollte nicht begonnen werden ohne altersgemäße Information und die aus dieser Aufklärung resultierenden Zustimmung der betroffenen Kinder oder Jugendlichen. Ein nicht-paternalistischer Umgang mit Minderjährigen im therapeutischen Kontext entspricht dem ethischen Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Klienten und hat u. E. darüber hinaus Beispielfunktion für einen Umgang mit Kindern und Jugendlichen, der der U.N.-Konvention entspricht.

### Summary

#### *The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy*

The implications of the United Nations' Convention on the Rights of the Child for psychotherapy and family therapy with the children are elaborated. Referring to the ethical discourse about patient information and informed consent, the authors suggest to integrate minors into decisions about participation in and goals of therapy. Shortcomings of common ways in dealing with minors in therapy are analyzed and discussed in the light of ethical principles. Empirical data concerning adequate judgments about competences of children are evaluated and suggestions for practical work in therapy and counseling are presented.

### Literatur

- ABRAMS, N. & BUCKNER, M.D. (Hg.) (1983): Medical Ethics. Cambridge: MIT Press. – BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRRESS, J.F. (1989): Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press. – COHEN, C.P. (1980): Relationship between the child, the family and the state. In: M.D. BAYLES, R.C.L. MOFFAT & J. GRCIC (Hg.): Perspectives on the family. New York: Edwin Mellen Press. – COHEN, C.P. & NAIMARK, H. (1991): United Nations Convention on the Rights of the Child. American Psychologist, 46, S. 60–65. – CASTELLE, K. (1989): Zum Wohle des Kindes. Hamburg: Plan International. – CRIVILLE, A. (1990): From confusion to a wish to hurt or the violence of seduction. Vortrag am 8. Int. Kongreß über Kindesmißhandlung und -vernachlässigung, Hamburg, 5.9.1990. – EICH, H. (1991): Der Kuß der Macht. Zur kindlichen und erwachsenen Wahrnehmung von Sexualität. In: R.A. PERNER (Hg.): Zulia zu Leibe. Bad Sauerbrunn: Edition Tau, S. 50–74. – FADEN, R.R. & BEAUCHAMP, T.L. (1980): Decision-making and informed consent: A study of the impact of disclosed information. Social Indicators Research, 7, S. 313–336. – FERGUSON, L.R. (1978): The competence and freedom of children to make choices regarding participation in research: A statement. Journal of Social Issues 34(2), S. 114–121. – GLENN, C.M. (1980): Ethical issues in the practice of child psychotherapy. Professional Psychology, 4, S. 613–619. – GRISIO, T. & VIERLING, L. (1978): Minors' consent to treatment: A developmental perspective. Professional Psychology, 9, S. 412–427. – HART, S.N. (1991): From property to person status: Historical perspective on children's right. American Psychologist, 46, S. 53–59. – HOLDER, A.R. (1983): The minors' consent to treatment. In: N. ABRAMS & M.D. BUCKNER (Hg.), S. 302–306. – KASER-BOYD, N./ADELMAN, H. & TAYLOR, L. (1985): Minors' ability to identify risks and benefits of therapy. Professional Psychology: Research and Practice, 16, S. 411–417. – KEITH-SPIEGEL, P. (1983): Children and consent to participate in research. In: G.B. MELTON/G.P. KOOCHEER & M.J. SAKS (1983), S. 179–211. – KINARD, E.M. (1985): Ethical issues in research with abused children. Child Abuse and Neglect, 9, S. 301–311. – KOOCHEER, G.P. (1983): Competence to Consent: Psychotherapy. In: G.B. MELTON/G.P. KOOCHEER & M.J. SAKS (1983), S. 111–128. – KORSCH, B.M. (1974): The Armstrong lecture: Physicians, patients and decision. American Journal of Diseases of Childhood, 127, S. 328–332. – LANGHAM, P. (1983): Parental consent: Its justification and limitations. In: N. ABRAMS & M.D. BUCKNER (Hg.), S. 296–301. – MELTON, G.B./KOOCHEER, G.P. & SAKS, M.J. (1983): Children's Competence to Consent. New York: Plenum Press. – MELTON, G.B. (1983): Decision Making by Children: Psychological Risks and Benefits. In: G.B. MELTON/G.P. KOOCHEER & M.J. SAKS (1983), S. 21–40. – REITER, L. (1976): Systematische Überlegungen zum Zielbegriff in der Psychotherapie. Praxis der Psychotherapie, 21, S. 205–218. – REITER-THEIL, S. (1988): Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik. Berlin: Springer. – REITER-THEIL, S. (1990): „Paternalismus“ in der Reproduktionsmedizin – Ein Thema für Familientherapeuten? System Familie, 3, S. 148–156. – REITER-THEIL, S./EICH, H. & REITER, L. (1991): Informed consent in family therapy: Necessary discourse and practice. Changes, 9 (2), S. 81–90. – SCHULTZ, L.G. (1980): The age of sexual consent: fault, friction, freedom, in: L.G. SCHULTZ (Hg.): The sexual victimization of youth. Springfield Ill.: Charles G. Thomas Publ., S. 357–377. – SELVINI-PALAZZOLI, M./BOSCOLO, L./CECCHIN, G. & PRATA, G. (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett-Cotta. – STIERLIN, H./RÜCKER-EMBDEN, I./WETZEL, N. & WIRSCHING, M. (1977): Das erste Familiengespräch.

Stuttgart: Klett-Cotta. – SOBOCINSKI, M. R. (1990): Ethical Principles in the Counseling of gay and lesbian adolescents: Issues of autonomy, competence, and confidentiality. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, S.240–247. – TAPP, J. L. & MELTON, G. B. (1983): Preparing Children for Decision Making: Implications of Legal Socialization Research. In: G. B. MELTON/G. P. KOOCHER & M. J. SAKS (1983), S.215–233. – TAPP, J. L. & KOHLBERG, L. (1971): Developing senses of law and legal justice. *Journal of Social Issues*, 27(2), S.65–91. – VEREINTE NATIONEN (1989): Entwurf eines Übereinkommens über die Rechte des Kindes. In: K. CASTELLE (1989). – WEITHORN, L. A. (1983): Involving Children in Decisions Affecting Their Own Welfare:

Guidelines for Professionals. In: G. B. MELTON/G. P. KOOCHER & M. J. SAKS (1983), S.235–260. – WEITHORN, L. A. & CAMPBELL, S. B. (1982): The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Development*, 53, S.1589–1598. – ZAJONC, R. R. (1965): Social facilitation. *Science*, 149, S.269–274.

Anschr.d.Verf.: Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Stella Reiter-Theil, Akademie für Ethik in der Medizin, Institut für Geschichte der Medizin, Humboldtallee 36, 3400 Göttingen; Dipl.-Psych. Holger Eich und Ass.Prof. Dr. med Ludwig Reiter, Institut für Ehe- und Familientherapie, Praterstraße 40/10, A-1020 Wien.