

Burchard, Falk

Verlaufsstudie zur Festhaltetherapie - Erste Ergebnisse bei 85 Kindern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 3, S. 89-98

urn:nbn:de:bsz-psydok-32677

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
- Ebtinger, R., Ebtinger, 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

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 Phoniatrien 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

- 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.:* Festhaltetherapie (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

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 direktive 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., Helledoorn, 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>Kormmann, 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	

Verlaufsstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern

Von Falk Burchard

Zusammenfassung

Es wird über erste ausgewählte Zwischenergebnisse aus einer teilprospektiven, hypothesengenerierenden Längsschnittuntersuchung zur Festhaltetherapie (HT) nach *Tinbergen/Welch* an 49 autistischen und 36 „omnipotenten“ Kindern berichtet. Ziel der Untersuchung ist es, den zeitlichen Verlauf des Festhaltens bis zum Zeitpunkt von zweieinhalb Jahren nach Beginn der Therapie zu studieren, besonders auch unter dem Gesichtspunkt der Wirkungen des Festhaltens in der Familie, um daraus Hinweise für eine sinnvolle Anwendung dieser Therapie gewinnen zu können. Die Intensität des Festhaltens im Zeitverlauf, die Dynamik der Einzelsitzungen, Kurzzeitwirkungen nach einer Haltesitzung, sowie Veränderungen bei den Kindern und bei den Eltern nach Beginn der Therapie sind Themen des Berichts.

1 Einleitung

Bei der Festhaltetherapie (HT), die vorwiegend für autistische, zunehmend aber auch für Kinder mit vornehmlich expansiven Störungen empfohlen wird, versucht die

Mutter mit ihrem Kind in einen zunächst von ihr selbst dominierten Kontakt zu kommen. Dabei hält sie es auf ihrem Schoß fest und blockiert damit seine Bewegungsfreiheit. Die meisten Kinder reagieren darauf kurze Zeit positiv, dann jedoch oft mit Gegenwehr und Angst. Diese Phase dauert unterschiedlich lange und soll in eine Entspannungs- und Kommunikationsphase übergehen.

Wenn sich das Kind dem Willen der Mutter nach einem Kontakt untergeordnet hat und beginnt, ohne Widerstand mit ihr zu kommunizieren, soll die Mutter den Wünschen des nicht mehr vorwiegend auf die Abwehr des Kontaktes bedachten Kindes stärker entgegenkommen und ihr ganzes Streben auf ein gutes Gelingen von Kommunikation und Körperkontakt mit ihm konzentrieren. Vorher soll sie zwar die verschiedenen Signale des Kindes aufmerksam registrieren und auch in ihr Kommunikationsangebot an das Kind einfließen lassen (vgl. *Wenk* 1986), jedoch ausschließlich selbst über die Situation und darüber, worauf sie sich im Kontakt mit dem Kind einläßt, bestimmen. Damit hat sie die Gelegenheit, sich einerseits gegen das Kind abzugrenzen und die meist fehlende elterliche Kontrolle zu üben und ihm andererseits Kontakt zu geben (zur Entwicklung der HT siehe *Burchard* 1984, 1985).

Prekop legitimiert das Festhalten aus dem Grundbedürfnis eines jeden Kindes, mit seinen Eltern zu kommunizieren und im Kontakt zu ihnen Sicherheit zu erfahren (*Prekop* 1986a, *Tinbergen* 1984). Basis dafür sei nur die Liebe zum Kind (*Prekop* 1987). Autistische und auch „omnipotente“ Kinder (*Prekop* 1988) könnten aus dem gestörten Kontakt zu ihren Eltern heraus eine personen-gebundene Sicherheit nur in geringem Maß erfahren. Durch die Stärke, die die Mutter während des Festhaltens zeige, den gleichzeitigen intensiven Kontakt und die große Nähe, der beide sich nicht entziehen könnten, mache das Kind beim Festgehaltenwerden elementare Erfahrungen von Schutz und Geborgenheit.

Zwischen den Befürwortern der HT ist umstritten, ob die Gegenwehr des Kindes und das Provozieren des Widerstandes notwendig sei, wenn er nicht spontan vom Kind kommt, sondern das Kind sich beispielsweise „tot stellt“ oder nur eine Scheinkommunikation mit der Mutter führt. *Prekop* tendiert eher zum Provozieren des Widerstands, da ein Spannungsbogen von der Anspannung hin zur Entspannung beim Halten entstehen müsse und bei einer Reihe von Kindern die Tendenz bestehe, sich nach außen hin an die Situation anzupassen, um möglichst schnell der Haltesituation zu entkommen.

Wenk, die einige festhaltende Familien autistischer Kinder im Elternhaus gefilmt und die Interaktionen ausgewertet hat, sieht eine notwendige Provokation des Widerstandes ausschließlich darin, daß die Mutter das Kind immer wieder an ihre Gegenwart erinnert, wenn es sich zurückziehen will. Als wesentlich für einen positiven Verlauf der Therapie sieht *Wenk* die Kompetenz der Mutter an, auf die Signale des Kindes adäquat reagieren zu können und sich dem Kind als verantwortliches, führendes Wesen erlebbar zu machen.

Auch *Rohmann* und *Hartmann* (1985), die das Festhalten, im Gegensatz zu *Prekop*, je Sitzung auf ca. 30 Minuten begrenzt einsetzen, räumen dem Widerstand des Kindes nicht den Stellenwert ein und fördern parallel zum Festhalten besonders die Interaktionsfähigkeit der Mütter in einem kombinierten Therapieansatz (*Hartmann* 1986).

2 Bedenken gegenüber der Haltetherapie

Die Therapieform ist umstritten. Bedenken betreffen hauptsächlich die Gewaltausübung, Probleme der widersprüchlichen Botschaft an das Kind und Widersprüche zwischen Anspruch und Praxis. Es wird befürchtet, daß die Haltetherapie auch unkontrollierte und destruktive elterliche Gewalt mit den damit verbundenen Folgen für die Kinder legitimieren könnte.

Feuser (1987) und *Jantzen* (1986) meinen, daß die nun „Therapie“ genannte Machtausübung während des Festhaltens den Eltern auf Kosten ihrer Kinder ein zweifelhaftes Gefühl von Stärke und Macht geben könne. Durch Zwangsmaßnahmen eingeleitete Veränderungen müßten ichfremd sein, und könnten dadurch eventuell spätere psychotische Entwicklungen begünstigen.

Kirschkel (1986) schreibt, HT habe zum Ziel störendes Verhalten abzubauen. Das Kind lerne nur zu differenzieren welche Impulse oder Verhaltensweisen nicht erwünscht seien. Wegen der hier möglichen überaus direkten Konditionierung sei die HT die wirkungsvollste Form aversiver Verhaltenstherapie.

Alle Gegner der HT gehen davon aus, daß eine Situation, in der das Kind mit Zwang und gleichzeitig liebevoll tröstend behandelt wird, zu einer widersprüchlichen Botschaft an das Kind führen müsse. *Biermann* (1985) sieht darüber hinaus für die Mutter den Konflikt, es einerseits dem lehrenden Therapeuten in der Arbeit mit dem Kind recht machen zu wollen, gleichzeitig aber mit dem sich wehrenden und schreienden Kind mitzuleiden. Er meint, aus dieser Situation heraus könnte die Mutter widersprüchliche Botschaften senden („double bind-Kommunikation“), wie es seiner Ansicht nach auch bei der Vojta-Gymnastik häufiger anzutreffen sei (*Biermann* 1984), woraus sich Abhängigkeit und Verstrickung ergebe (vgl. auch *Burchard* 1987).

Trotz der ernstzunehmenden Argumente der Gegner der HT erscheint das Festhalten als Versuch besonders für autistische Kinder durchaus sinnvoll, da es in Einzelfällen bemerkenswerte Erfolge zeitigte, bei diesen Kindern eine schlechte Gesamtprognose besteht und eine Alternative zum Ignorieren problematischer Verhaltensweisen gegeben wird.

3 Forderungen für die Durchführung der Haltetherapie

Der Autor stimmt mit *Stosch* (pers. Mitteilung) überein, daß diese Therapie nur von psychotherapeutisch kompetenten Personen durchgeführt werden sollte. *Stosch* fordert für Festhaltetherapeuten eine spezielle Ausbildung mit festem Curriculum, familiendynamische und entwicklungspsychologische Kenntnisse, psychotherapeutische Kompetenz im Umgang mit Eltern und Kindern. Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Eltern und Therapeut vor Beginn des Festhaltens müsse Voraussetzung für den Beginn der HT sein, damit die Eltern über Beziehung und Bindung zu ihrem Kind sprechen und sich auch über Befürchtungen, Erwartungen an die Therapie u. ä. auseinandersetzen könnten. Bei behinderten Kindern müsse die Behinderungsverarbeitung der HT voraus gehen, um einem späteren Abbruch der Beziehung vorzubeugen. Die Belastbarkeit der Eltern müsse genau abgeschätzt werden, wobei deren Widerstände gegen das Festhalten zunächst eine Kontraindikation darstellten.

4 Ziele und Hypothesen der eigenen Studie

Ziel dieser hypothesengenerierenden Untersuchung ist es, den zeitlichen Verlauf des Festhaltens zu studieren und daraus Hinweise für eine sinnvolle Anwendung der Therapie zu gewinnen, bzw. die Frage zu klären, ob HT überhaupt unter den jetzigen Gegebenheiten verantwort-

bar erscheint. Die grundsätzliche Wirksamkeit des Festhaltens soll nicht nachgewiesen werden. *Rohmann/Hartmann* (1985) haben im Rahmen einer 4wöchigen Therapiestudie mit einem kontrollierten Gruppenvergleich eine eindeutige symptomreduzierende Wirksamkeit der Festhaltetherapie festgestellt.

Hypothesen zum Verlauf sind aufgrund des Forschungsstands eher allgemein ausgefallen:

- a) Primäre Auswirkungen der Therapie liegen im affektiven und im Verhaltensbereich. Änderungen im Leistungsbereich folgen, soweit sie sich ergeben, zeitlich nach, sofern Leistungsdefizite vorlagen und diese, zumindest teilweise, auf affektiven Blockierungen beruhten.
- b) Es ist zu erwarten, daß jüngere Kinder mit einer leichteren Störung langfristig gesehen eher positive Veränderungen zeigen als ältere mit einer schwereren Störung, da bei diesen das Störungsmuster weniger automatisiert ist.
- c) Festhaltetherapie kann sehr unterschiedliche Bedeutungen in der Kommunikation zwischen Kind und Eltern haben. Insbesondere spannen sich die Dimensionen der Gewaltanwendung und Machtausübung auf der einen, sowie der Bindungsorientiertheit und Verfügbarkeitssteigerung der Eltern auf der anderen Seite aus. Jede Kombination beider Aspekte erscheint möglich.

Wichtig für eine erfolgreiche Durchführung der HT scheint die gesteigerte Verfügbarkeit der Eltern auf der einen und eine verbesserte Abgrenzung zum Kind auf der anderen Seite. Übereinstimmend wird von Eltern und Therapeuten häufig angegeben, daß Handlungsspielraum und Macht der Eltern dem Kind gegenüber zunehmen würden. Indikator für die Bedeutung des Haltens im Einzelfall ist der verständnismäßige Hintergrund der Eltern hinsichtlich Bindungs- oder Machtorientiertheit zum Festhalten und die Frage, wie sich die Mutter beim Festhalten selbst erlebt. Hinsichtlich der Frage wie sich Verläufe bei unterschiedlichem verständnismäßigen Hintergrund der Eltern unterscheiden, sollen Familien aufgrund ihrer Angaben gruppiert werden. Ergebnisse liegen hierzu noch nicht vor.

- d) Es sind Verläufe bekannt, bei denen sich das Festhalten eher negativ auf das Kind ausgewirkt hat. Hier sollen Gründe und typische Konstellationen gefunden werden.

4.1 Methodik

Das gesamte Studienprojekt ist in drei Teile gegliedert: einen retrospektiv-prospektiven, einen rein prospektiven, sowie eine Befragung nach ca. 5 Jahren ohne Verlaufsinformationen. Hier wird nur über die retrospektiv-prospektive Teilstudie berichtet.

Der Fragebogen, der in unterschiedlichen Versionen 4 bis 14 Monate nach der Anleitung zum Festhalten zeitparallelisiert alle vier Monate verschickt wurde, enthält Fragen

- zur Intensität und Art der Durchführung,
- zu emotionalen Gesichtspunkten des Festhaltens,

- zur Familiensituation,
- zur therapeutischen Begleitung,
- zur Leistungsfähigkeit - und -bereitschaft des Kindes, sowie eine Checkliste zum Verhalten des Kindes.

Durch ein abgestuftes Erinnerungssystem konnte die Abbruchrate mit 5% gering gehalten werden.

Es hat zwischen Untersucher und den Eltern eine mehr oder weniger rege Kommunikation stattgefunden, die zwar mit einer therapeutischen Begleitung nicht zu vergleichen ist, jedoch in Einzelfällen Züge davon getragen haben mag. Ein Einfluß der Untersuchung auf den Verlauf hat sicher stattgefunden.

Zu begründen ist dies einerseits mit dem Bestreben, einen guten Rücklauf auch und gerade bei sich problematisch entwickelnden Fällen zu sichern, ohne dabei aber in ethische Konflikte zu geraten. Die Eltern empfanden diese Telefonkontakte auch durchweg als fürsorgliches Nachfragen und bedankten sich meist für das Gespräch. Andererseits boten diese Gespräche die Gelegenheit, über die im Fragebogen erhobenen Daten hinaus zusätzliche Hintergrundinformationen zu erhalten. Hinter diesen beiden Zielen stand das methodisch geforderte Vermeiden des Einflußnehmens auf die zu untersuchenden Familien zurück.

4.2 Untersuchungsgruppe

Prekop, die bereits mehr als 400 Eltern in die Durchführung des Festhaltens eingeführt hat, vermittelte für diese Studie ihre Patienten. Das Festhalten wird hier meist erstmalig angeleitet, oder manchmal auch den Eltern nur anhand von Video-Aufnahmen demonstriert und für zu Hause empfohlen. Die weitere Durchführung findet dann hauptsächlich im Elternhaus statt. Die therapeutische Begleitung der Familien gestaltet sich sehr unterschiedlich.

Aufgrund der *Prekopschen* Anwendung der Festhaltetherapie ergab es sich, neben den autistischen Kindern auch die ‚omnipotenten‘ Kinder (*Prekop*) zu untersuchen. *Prekop* ist, in Anlehnung an *Mahler* und *Winnicott* der Ansicht, daß Omnipotenzstreben zur normalen Entwicklung eines Kleinkinds vor der Ich-Entwicklung gehöre. Wenn es sich in seiner Umgebung nicht optimal geborgen fühle, könne es zwanghaft abhängig von seiner eigenen Allmacht werden und daraus emotionale Sicherheit gewinnen wollen. Auch autistische Kinder hätten dieses Machtstreben, aus dem heraus sie versuchten, die häufig als zu komplex und unsicher erlebte menschliche Umwelt zu kontrollieren. Dabei reduzierten sie den Kontakt zu den Menschen auf sehr enge Felder, gingen autokratisch-manipulierend mit ihrer Mitwelt um und blockierten damit auch ihre Lernfähigkeit. Da eine kontrollierbare Mitwelt ihre emotionale Sicherheit stütze, reagierten sie auf Angriffe auf ihr Kommunikationssystem mit starker Verunsicherung, die jedoch durch das beschützende Festhalten aufgefangen werden könne (vgl. *Prekop* 1986 b,c, 1988).

Es ist dem Autor durchaus klar, daß direkte Vergleiche autistischer und „omnipotenter“ Kinder problematisch sind. Auch die Problematik der Omnipotenz-Diagnose und die

Gefahr dabei, für unterschiedlich gestörte Kinder ohne Blick auf die Zusammenhänge der jeweiligen Störung Gegenmaßnahmen im Sinne von Festhalten zu legitimieren, bleibt im Blick. Trotzdem werden hier zum jetzigen Stand der Studie die Angaben beider Diagnosegruppen zur Anwendung der Festhaltetherapie direkt verglichen. Sie ermöglichen auch, die unterschiedliche Bedeutung des Haltens für die beiden Diagnosegruppen herauszuarbeiten.

Für die Untersuchung waren zunächst alle 130 Elternpaare angeschrieben worden, deren Kinder unter den genannten Diagnosen zwischen Oktober 1984 und August 1985 mit erstmaliger Festhaltetherapie-Empfehlung beraten worden waren. 92 Eltern waren zur HT angeleitet, 34 Eltern war es nur empfohlen und demonstriert worden.

66 der Kinder waren als autistisch, 64 als omnipotent diagnostiziert worden. Tendenziell wurde bei autistischen Kindern die HT eher angeleitet als bei omnipotenten Kindern ($p=0.62$). Die Eltern von 6 Mädchen und 2 Jungen führten das Festhalten zu Hause nicht mehr durch, womit sich die untersuchte Stichprobe auf $N=122$ reduziert. Auffällig ist, daß hier der Anteil der Mädchen besonders hoch ist ($p=0.0016$). Auch bei den Familien, die dann nicht an der Untersuchung teilnahmen, ist der Mädchenanteil erhöht. Es fällt vermutlich den Eltern schwerer, eine Tochter festzuhalten als einen Sohn.

Die Fragebögen wurden von 85 Familien (69.7%) ausgefüllt. Das mittlere Alter der Kinder betrug 4,92 Jahre, bei einer Standardabweichung von 2,78. Es verweigerten häufiger Eltern „omnipotenter“ als autistischer Kinder, und Eltern denen das Halten nur demonstriert worden war, die Beantwortung.

Tab. 1: Teilnahme an der Untersuchung, bezogen auf Geschlecht, Diagnose und Anleitung versus Anraten der HT

	Jun	Mäd	Aut	Omn	Dur	Ang	
Teilgen.	69	16	49	36	68	17	85
N. Teilg.	25	12	14	23	20	17	37
Gesamt	94	28	63	59	88	34	$n=122$
	$p=0.962$		$p=0.414$		$p=0.004$		

Die Kinder der letztlich untersuchten Stichprobe hatten folgende Einzeldiagnosen: Autistisches Syndrom ohne anzunehmenden organischen Schaden ($n=11$), autistisches Verhalten bei organischem Schaden oder geistiger Behinderung ($n=38$), omnipotente Verhaltensweisen ohne ($n=13$), bei bestehender leichter ($n=15$) und bei schwerer Hirnfunktionsstörung ($n=8$).

4.3 Auswertungsvorgehen

Trotz der Problematik des direkten Vergleichs autistischer und nicht autistischer Kinder, wurden die Diagnosen ordinalskaliert, um die Schwere der Störung zu charakterisieren.

Die leichteste Störung hat dementsprechend ein Kind mit omnipotenten Verhaltensweisen ohne organischen Schaden, die schwerste ein Kind mit Autismus und organischem Schaden. Die Diagnoseeinteilung korrelierte hoch signifikant mit

dem Intensitätsniveau des Festhaltens sowie mit dem von den Eltern angegebenen Leistungslevel; signifikant mit der Gesamtdauer der Festhaltetherapie, der Stärke von Verhaltensauffälligkeiten, sowie einer geringeren Verbesserung der subjektiven Schwierigkeit des Kindes für die Eltern im Gesamtverlauf.

Die Angaben aus der Verhaltens-Checkliste wurden zunächst zu einem ungewichteten Score zusammengefaßt. Um den Informationswert der Verlaufsdaten zu erhöhen, wurden neue, beschreibende Variablen generiert, und zwar für die

- Festhalteintensität (Dauer/Häufigkeit),
- Schwierigkeit des Kindes (Elternrating),
- Verhaltens-Checkliste,
- Lernbereitschaft, Rigidität, Konzentrationsspanne, Sprachkompetenz (beschreibt grob orientierend die Leistungsfähigkeit).

5 Ergebnisse

5.1 Der äußere Rahmen der Festhaltetherapiesitzung

In den meisten Familien halten nur die Mütter fest, in 18% beide Eltern abwechselnd oder gemeinsam, in 6% nur der Vater. Tendenziell scheint sich diese Verteilung im Zeitverlauf zugunsten des Vaters zu verschieben, möglicherweise wegen der wachsenden Körperkraft der Kinder oder Erschöpfung der Mutter. 10% der Eltern halten auch noch ein anderes Kind fest, 5% sich auch gegenseitig. 55% der Eltern halten das Kind, wenn es aggressiv ist (s. Abb. 1). Das auffälligste Ergebnis ist hier, daß die meisten Eltern nicht regelmäßig sondern situationsbezogen festhalten.

Die längste Festhaltesitzung wurde von 14% mit länger als 3 Stunden, von 21% mit unter einer Stunde angegeben. Der Mittelwert für die längste Sitzung liegt bei knapp zwei Stunden. Im Mittel hielten die Eltern ihr Kind ca. dreimal im Monat für ca. 25 Minuten fest. Die Häufigkeit variiert innerhalb einer Familie wesentlich stärker als die Dauer der einzelnen Sitzung.

5.2 Dynamik der Einzelsitzungen

Bei 65% der Kinder kommt es während der Haltesitzung zu einem positiven Umschwung im Verhalten hin zu Kontakt und Kommunikation. Bei 35% gibt es keinen Umschwung. Der von Prekop favorisierte steile Anstieg des Widerstandes mit Umschwung hin zum Kontakt wird nur in 15% der Fälle angegeben. In der Praxis wird dieser idealtypische Verlauf in der Regel nicht erreicht. Ein Unterschied hinsichtlich der mittleren Therapiedauer bei den Kindern, bei denen es regelmäßig zu einem Umschwung kam, und bei denen, wo dies nicht der Fall war, konnte nicht festgestellt werden.

Der Widerstand des Kindes wird von 13% der Eltern nicht provoziert. 29% der Eltern erreichen den Widerstand des Kindes durch Bestimmen deren körperlicher Lage, 19% durch stärkeren körperlichen Zwang. Andere Provokationsmaßnahmen des Widerstandes, wie das Fordern von etwas, was das Kind nicht tun will oder das

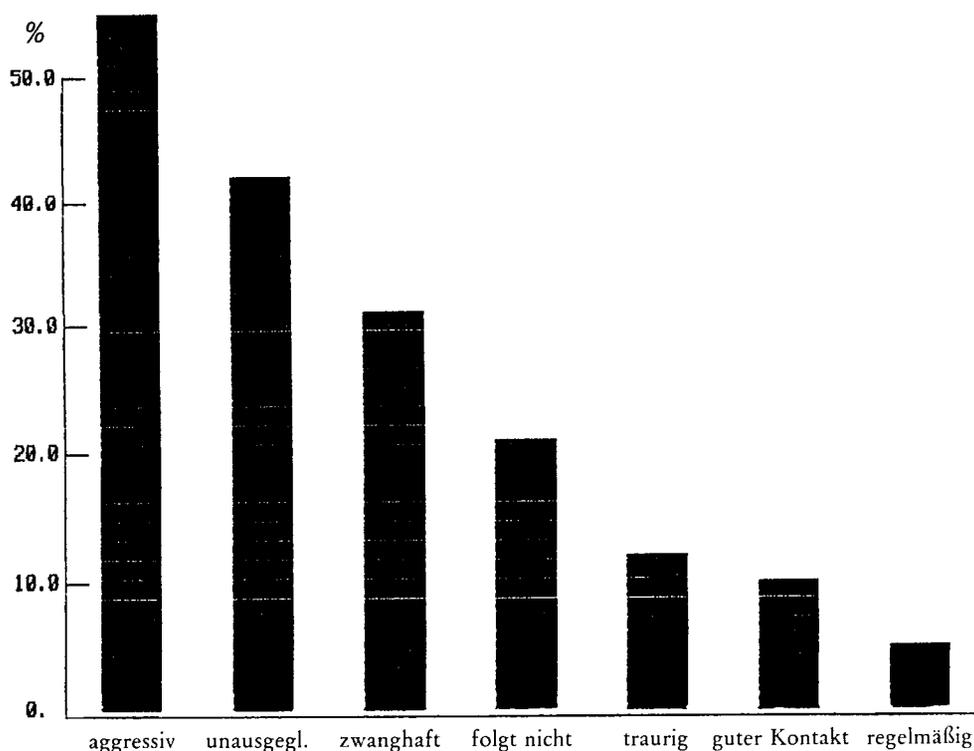


Abb. 1: Gelegenheiten, bei denen die Eltern ihr Kind festhalten (Mehrfachnennungen)

Tab. 2: Dynamik der HT-Sitzung und Widerstand

	Was tut das Kind am Ende der HT-Sitzung? (n=75)					Provozieren Eltern den Widerstand? (n=79)				
	schmust	schläft	paßt s. an	geht weg	Widerstand	nein	körp. Lage	körp. Zwang	and. Zwang	
Umschw. ja, Widerst. gleichf.	3		2			1	1		3	
Umschw. ja, Widerst. wellenf.	29	3	2			4	8	9	13	
Umschw. ja, Widerst. ansteig.	7	1	1	1		1	6	1	4	
Umschwung gesamt: 51	Summen	39	4	5	1	0	6	15	10	20
k. Umschw., Widerst. gleichf.			1		1	1		1	1	
k. Umschw., Widerst. wellenf.	4		7	2	1		7	3	6	
k. Umschw., Widerst. ansteig.	1		3	1		1		1	3	
Kein Widerstand vom Kind		1		2		2	1		1	
k. Umschwung gesamt: 28	Summen	5	1	11	7	2	4	8	5	11
Insgesamt:		44	5	16	8	2	10	23	15	31

Verhindern von Zwängen, werden von 39% der Eltern durchgeführt (vgl. Tab. 2).

5.3 Einstellung der Kinder zum Halten im Urteil der Eltern

Die Frage nach der inneren Haltung des Kindes zum Festhalten reflektiert z.T. auch die der Eltern. 7% der Kinder sind grundsätzlich einverstanden gehalten zu werden; 5% fordern das Halten mittlerweile ab. 49% der

Kinder haben eine ambivalente Einstellung dem Halten gegenüber, 22% Angst vor der Festhaltetherapie, 16% lehnen sie deutlich und aus tiefstem Herzen ab. Einem Kind sei das Halten egal.

5.4 Durchführung des Festhaltens im Längsschnitt

Nach 20 Monaten halten noch 50% der Eltern ihr Kind gelegentlich fest. Jedoch fangen 37% der Eltern

nach Beendigung der Therapie, möglicherweise nur für kurze Zeit und mit geringer Intensität, wohl als Rückgriff auf eine alte Problemlösungsstrategie, wieder an, ihr Kind festzuhalten. Dies geschieht besonders oft im Zeitraum von ca. 12 bis 16 Monaten nach Beginn der Therapie. Im Mittel lag die Gesamtdauer der Anwendung des Festhaltens unter Einschluß der Familien, die zwischenzeitlich pausierten, bei 17,7 Monaten (Standardabweichung 7 Monate).

Auch die Intensität der Festhaltetherapie nimmt im Zeitverlauf stark ab, und zwar in der Regel bei den leichter gestörten Kindern schneller als bei den Autisten. Besonders im Verlauf der ersten acht Monate nach Beginn der Therapie ist in fast allen Fällen eine starke Abnahme, im Mittel etwa eine Halbierung der Therapieintensität zu verzeichnen.

5.5 Das kindliche Verhalten direkt nach der Haltesitzung

In den ersten beiden Stunden nach einer Festhaltesitzung ergeben sich die in Abbildung 3 aufgeführten Veränderungen (Mehrfachnennungen). Die genannten Negativangaben meinen: das Kind ist unruhiger, zieht sich zurück, ist weniger leistungsfähig oder trauriger. Keines der Kinder fügt sich schlechter ein als vor der Haltesitzung. Insgesamt scheinen also die Kurzzeiteffekte direkt nach dem Festhalten positiv zu sein.

5.6 Elterneinschätzungen zu Veränderungen beim Kind seit Beginn der Haltetherapie

In die allgemeinen Veränderungseinschätzungen der Eltern gehen z. B. die ursprünglichen Erwartungen an die HT und der Ausgangszustand mit ein. Wenn man die Einschätzungen mit den objektiven Befunden vergleicht, so fallen diese eher geringer aus, als nach den Angaben (Abb. 4) zu erwarten wäre. Trotzdem sollten die subjektiven Einschätzungen der Eltern nicht unterbewertet werden.

5.7 Veränderungen der Angaben zu den Kindern im Zeitverlauf

Bei der ersten Übersicht der Mittelwerte pro Zeitabschnitt ergaben sich für die „omnipotenten“ Kinder bei Leistungsfähigkeit und Verhalten deutlich stärkere positive Veränderungen als bei den autistischen Kindern. Insgesamt erscheinen die sich in den Mittelwerten der einzelnen Beobachtungszeitpunkte niedergeschlagenen Veränderungen dieser ‚Erfolgsvariablen‘ geringer, als es nach den Angaben aus Abbildung 4 zu erwarten war.

Der Widerspruch zwischen den so positiv scheinenden Angaben der Eltern und Zeitreihenvergleichen könnte aus einer Anfangseuphorie der Eltern zu erklären sein (die Auswertung der wiederholten Messung der Items aus Abbildung 4 liegt noch nicht vor). Die Angaben

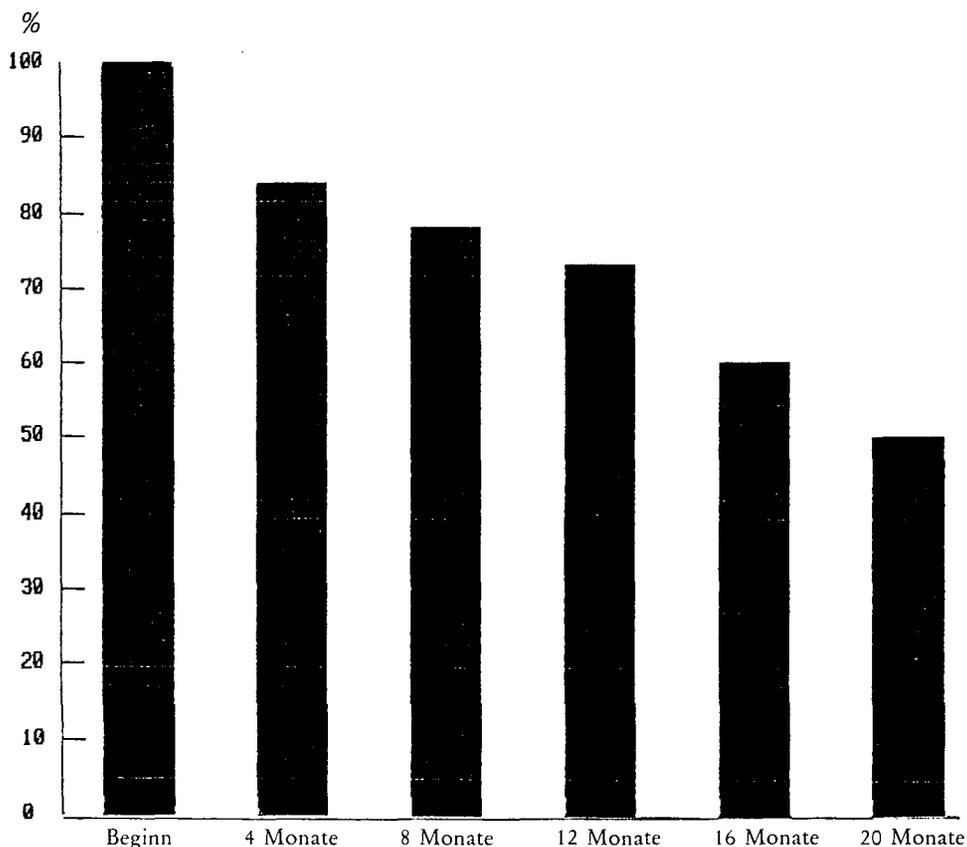


Abb. 2: Beendigung der Festhaltetherapie im Zeitverlauf (n = 81)

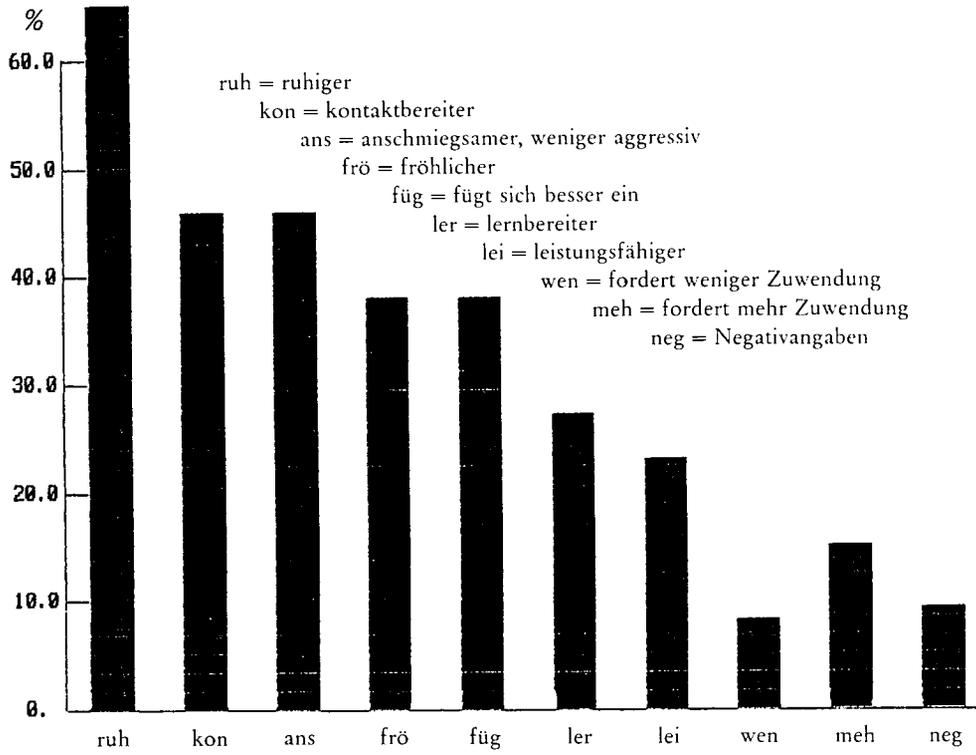


Abb. 3: Kurzzeitveränderungen bei Kindern nach Festhaltetherapie (n = 88)

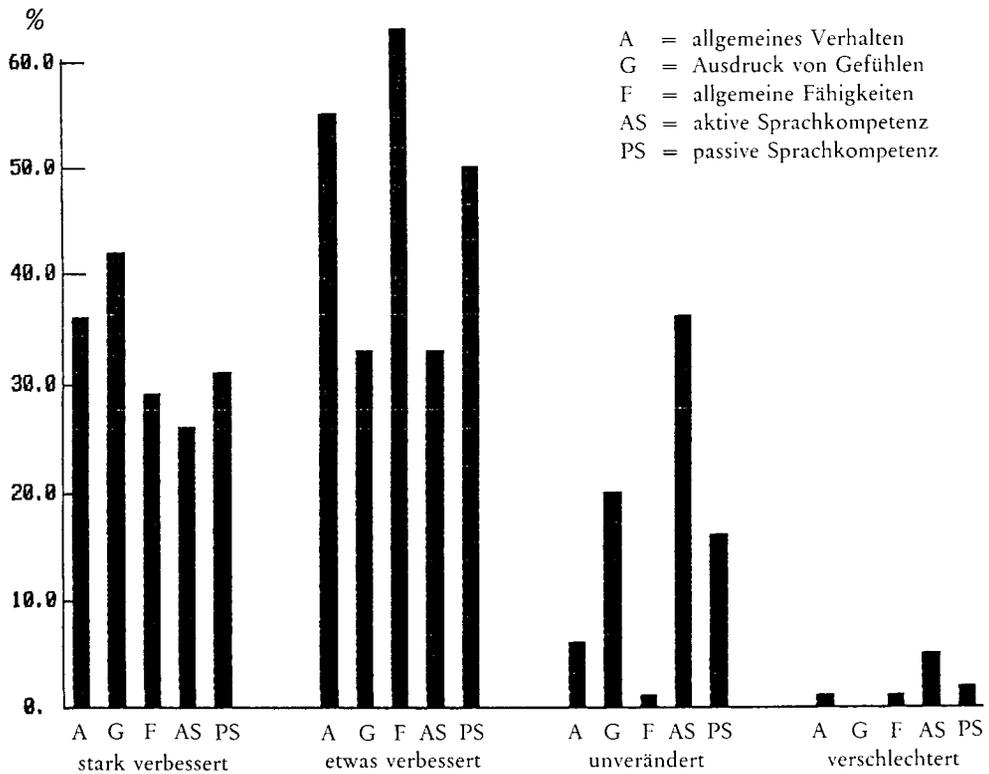


Abb. 4: Elterneinschätzungen zu den allgemeinen Veränderungen ihrer Kinder nach Beginn der HT

stammen aus den ersten 4–14 Monaten nach Beginn der HT. Eine weitere Erklärung könnte darin bestehen, daß möglicherweise positive emotionale Veränderungen in der Beziehung zwischen Kind und Eltern im Fragebogen nicht ausreichend erfaßt werden konnten.

5.8 Festhaltetherapie: Intensität, Diagnose, Gesamtdauer

Eine hohe Festhalteintensität über die Zeit korreliert mit geringeren Verhaltens- und Leistungsverbesserungen sowie mit einer schwereren Gesamtdiagnose. Die autistischen Kinder werden also häufiger, mit längeren Sitzungen und insgesamt länger festgehalten, wobei es zu geringeren Veränderungen kommt als bei den omnipotenten Kindern. Die Intensität des Haltens ist um so höher, um so schwerer gestört das Kind ist, um so schwieriger das Kind von den Eltern insgesamt im Umgang eingeschätzt wird, um so mehr Punkte die Eltern auf der Verhaltenscheckliste angeben, und um so weniger leistungsfähig das Kind insgesamt von den Eltern beschrieben wird.

Es ist an dieser Stelle zu fragen, ob dies an der geringeren Veränderungsfähigkeit der schwerer gestörten Kinder liegt, oder ob ein zu intensives Festhalten u. U. auch schaden kann. Ersteres erscheint wahrscheinlicher; woher käme sonst der Antrieb für das von den Eltern meist als sehr anstrengend und belastend erlebte Festhalten über einen längeren Zeitraum, wenn nicht aus einem für die Eltern erlebbaren, vielleicht schlecht objektivierbaren Nutzen der Therapie? Hier tut sich allerdings auch die Frage nach der Abhängigkeit vom Festhalten, quasi der HT als Droge auf.

5.9 Festhaltetherapie bei älteren Kindern

Die Hypothese, daß Festhalten bei älteren Kindern schlechter wirkt, scheint sich nach den bisher vorliegenden Daten zu bestätigen. Es zeigte sich in der Faktoranalyse im vierten Faktor, daß ältere Kinder längere Zeit über gehalten werden, oft ohne daß sich nennenswerte Effekte im Verhalten einstellen.

5.10 Subjektive Schwierigkeit und Festhalteintensität

In 19% der Fälle wird das Kind jetzt als im Umgang problematischer beschrieben als bei Beginn der Festhaltetherapie, in 5% unverändert, in 76% gebessert. In 66% aller Fälle kommt es aber zu mindestens einem stärkeren Anstieg dieser subjektiven Schwierigkeit des Kindes im Beobachtungszeitraum.

Die im Einzelfall deutlich parallelen Verläufe der subjektiv erlebten Schwierigkeit der Kinder mit der Festhalte-Intensität lassen zwei Interpretationsmöglichkeiten zu: Zum einen könnte man annehmen, daß ein schwierigeres Kind als Reaktion öfter festgehalten wird; andererseits könnte aber auch vermutet werden, daß die starke Belastung durch das Festhalten sich in einer negativeren Beurteilung des Kindes niederschlägt. Die erste Möglichkeit erscheint wahrscheinlicher. Beide Interpretationen lassen annehmen, daß ein günstiger Verlauf der ist, bei

dem die Festhaltetherapie nach einiger Zeit wieder in ihrer Intensität nachläßt, bzw. ganz beendet wird.

Entgegen der Annahme zeigt die Faktorenanalyse einen positiven Zusammenhang zwischen Gesamtdauer des Haltens, stärkeren Schwankungen im Verlauf, positiver Leistungstendenz, Verbesserung des Verhaltens sowie (als schwachem Einfluß) der Zahl der Zimmer pro im Haushalt lebender Person (als Indikator für den sozioökonomischen Status der Familie). Es scheint also auch eine Reihe langer, von den objektiven Verbesserungen her als positiv zu bewertende Festhaltetherapieverläufe zu geben.

5.11 Veränderungen bei den Eltern

Abbildung 5 zeigt Angaben der Mütter (n=75) auf die Frage, was sich bei ihnen selbst seit Beginn der HT geändert habe. Die Angaben wurden von Müttern und Vätern getrennt erhoben, wobei sich bei Müttern und Vätern die gleichen Tendenzen zeigten, die Häufigkeit von Änderungsangaben war allerdings bei den Müttern höher, außerdem haben weniger Väter die entsprechenden Fragen beantwortet (n=40). HT scheint größere Auswirkungen auf die Mütter als auf die Väter zu haben.

Der von *Biermann* (1985) erwartete innere Konflikt der Eltern wegen der Gewaltanwendung beim Festhalten, der sich in einer größeren Zahl von Negativangaben besonders bei der Angabe ‚Erziehung stimmt, ist richtig‘ hätte niederschlagen können, fehlt hier.

6 Diskussion

Als Gesamteindruck bietet sich also ein eher positives Bild der Festhaltetherapie, wobei offensichtlich an meßbaren Erfolgen beim Kind keine Wunder zu erwarten sind. Die „omnipotenten“ Kinder werden wesentlich seltener und kürzer festgehalten als die autistischen, wobei die feststellbaren Veränderungen deutlich größer sind. Dies ist wohl aus den leichteren Störungen und dem größeren Änderungspotential der „omnipotenten“ Kinder zu erklären.

Hauptwirkmechanismen der HT scheinen zu sein:

- die gesteigerte Zuwendung und Verfügbarkeit der Eltern, die sich so intensiv mit dem Kind beschäftigen;
- die Möglichkeit verbesserter elterlicher Kontrolle und Abgrenzung gegenüber dem Kind;
- das gesteigerte Selbsterleben von Mutter und Kind;
- aktualisierter emotionaler Ausdruck im Kontakt während der Festhaltesitzungen.

Es kann vermutet werden, daß bei den Eltern, die eher zuwendungsorientiert und weniger machtorientiert festhalten, die subjektiven und auch objektiven Erfolge größer sind als bei den Eltern, die hauptsächlich machtorientiert festhalten.

Knölker (1983) stellte fest, daß auch mangelnde elterliche Kontrolle deprivierend wirken kann. Der Tendenz, Kindern möglichst viele Freiheiten und wenig Zuwen-

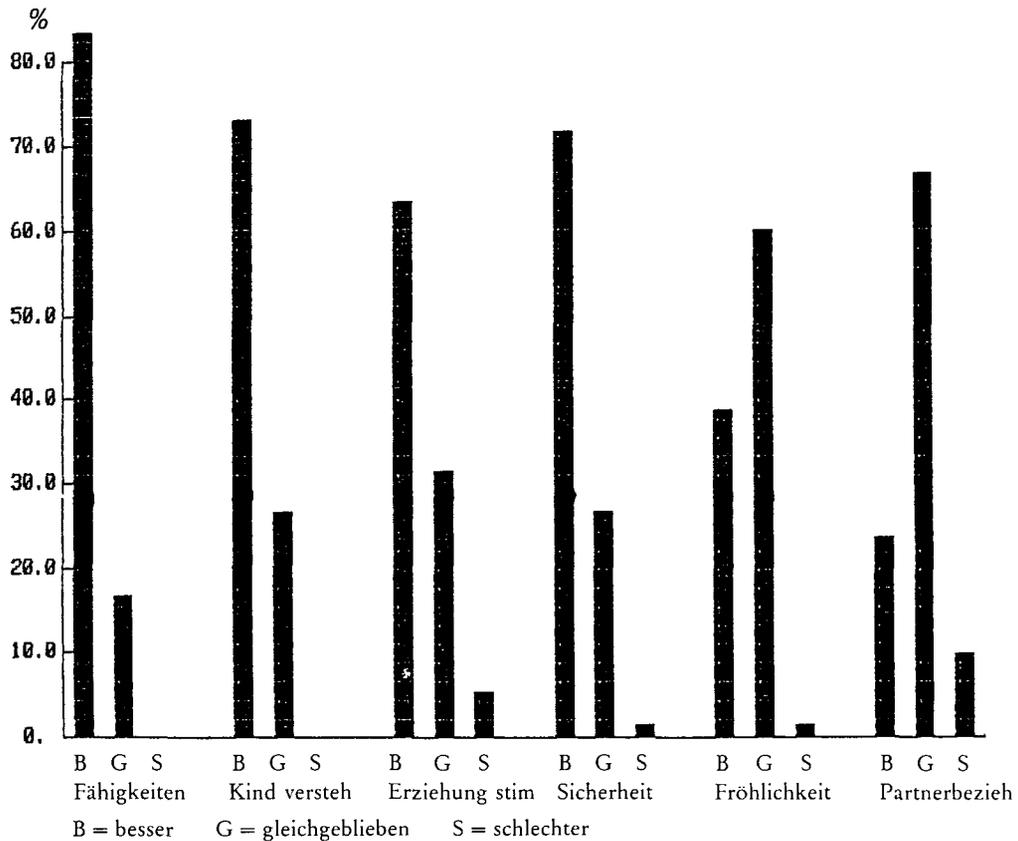


Abb. 5: Angaben der Mütter (n=75) über Änderungen in: 1. Fähigkeiten im Umgang mit dem Kind 2. Das Kind in seinem Verhalten verstehen 3. Die Erziehung stimmt, ist richtig 4. Allgemeine Sicherheit und Entschiedenheit 5. Allgemeine Fröhlichkeit 6. Beziehung zum Ehepartner

derung zu geben, kann das Festhalten, das von den Eltern später oft auch in modifizierter Form (mit dem Kind etwas bestimmtes tun) angewendet wird, entgegenwirken. Diese Dynamik dürfte besonders für die als „omnipotent“ bezeichneten Kinder gültig sein, deren Verhalten auch Kampf um Zuwendung bedeuten kann.

Die Wichtigkeit des Zuwendungsaspekts belegen auch die von den Eltern bei der Frage nach ihrem größten Problem beim und mit dem Festhalten häufig gemachten Angaben wie: „Zu wenig Zeit zum Festhalten“ – „Ich müsste viel häufiger halten, als ich es real tue“, etc. Die Analyse der in Einzelfällen durchaus vorhandenen Probleme steht noch aus. Es kann hier nur vermutet werden, daß bei Problemen mit dem Festhalten in einer Art Selbstregulation mit einem Abbruch der Maßnahme zu rechnen ist. Als Probleme tauchten in Einzelfällen auf:

- negative Reaktionen des Kindes;
- Schwierigkeiten der Akzeptanz der anderen Kinder oder des Ehepartners durch Zuwendungskonflikte;
- unterschiedliche Einstellungen der Eltern zur HT und zur Erziehung;
- Aktivierung eigener Probleme eines Elternteiles durch die Festhaltetherapie.

In einem bekannt gewordenen Fall dekompenzierte eine wohl vorher schon präpsychotische Mutter para-

noid-psychotisch. Es ist geplant, die als negativ erscheinenden Gesamtverläufe nachgehend nochmals besonders eingehend zu untersuchen und einzelfallorientiert darzustellen.

Summary

Course-Study at Holding Therapy - First Results with 85 Children

The report concerns initially selected interim results of a partially prospective longitudinal cross-section examination of the holding therapy, in accordance with the Tinbergen/ Welch principles, applied to 49 autistic and 36 omnipotent children. The object of the hypothesis-generating examination, which has not yet been completed, is to study the chronological course of holding up to a period of two and a half years after beginning the therapy, also particularly from the viewpoint of the effects of holding in the family, in order to derive indications for purposeful application of this therapy. The subjects of the report are the intensity of holding in the course of a given time, the dynamism of the individual sessions, the short-term effects following a holding-session, as well as changes in the children and in the parents after commencement of the therapy.

Literatur

- Biermann, G.* (1985): Stellungnahme eines Kinderanalytikers zur Festhaltetherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 34, 73-75. – *Biermann, G.* (1984): Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 33, 206-213. – *Burchard, F.* (1987): Die Kontroverse zur Haltetherapie. *autismus* 24, 11-16. – *Burchard, F.* (1985): Festhaltetherapie bei Kindern mit autistischen Verhaltensweisen – Der psychologische und der physiologische Ansatz. *Geistige Behinderung* 2, 108-113. – *Burchard, F.* (1984): Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 33, 282-289. – *Feuser, G.* (1987): Aspekte einer Kritik des Verfahrens des „erzwungenen Haltens“ (Festhaltetherapie). *Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie* 7. – *Hartmann, H.* (1986): Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 35, 242-247. – *Jantzen, W.* (1986): Autoaggressivität und selbstverletzendes Verhalten. Berlin. – *Kischkel, W./Störmer, N.* (1986): Kritische Überlegungen zur Festhaltetherapie. *Zur Orientierung* 3, 309-329. – *Knölker, U.* (1983): Das „tyrannische“ Kleinkind und seine Eltern. In: *Nissen, G.* (Hrsg.) *Psychiatrie des Kleinkind- und des Vorschulalters*, Bern: Huber. – *Prekop, J.* (1988): *Der kleine Tyrann*. München: Kösel (in Vorb.). – *Prekop, J.* (1987): *Mittwochs-Thema: Kinder im Käfig* – *Südwestfunk* 3, gesendet am 17.7.1987. – *Prekop, J.* (1986 a): Das Festhalten bei Menschen mit autistischen Verhaltensweisen. *Geistige Behinderung*, S. 1-24. – *Prekop, J.* (1986 b): *Der kleine Tyrann der Familie*. *Welt des Kindes* 4, 303-307. – *Prekop, J.* (1986 c): Störungen der Persönlichkeitsentwicklung in Wechselwirkung mit Teilleistungsstörungen. In: *Kongreßbericht Bundeskongreß Legasthenie Hannover 1986*. – *Rohmann, U.H./Hartmann, H.* (1985): *Modifizierte Festhaltetherapie – Eine Basistherapie für autistische Kinder*. *Z. f. Kinder-Jugendpsychiat.* 13, 182-198. – *Tinbergen, N.* (1984): *Autismus bei Kindern* Berlin. – *Wenk, I.* (1986): *Untersuchung zum Autismus bei Kindern – Unter besonderer Berücksichtigung der Festhaltetherapie*. Regensburg: Dipl.-Arbeit.
- Anshr. d. Verf.: Falk Burchard, Hölderlinstr.20 a, 2000 Hamburg 52.