

Remschmidt, H.

**Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für
Kinder-und Jugendpsychiatrie vom 4.-8. Juli 1983 in Lausanne**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 8, S. 312-315

urn:nbn:de:bsz-psydok- 30112

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

Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager)	224
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases)	93
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305
<i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132
<i>Gehring, Th. M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry)	218
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery)	95
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation)	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H. G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities)	293
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems)	161
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis)	181
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation)	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy)	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom)	206
<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation)	252
<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy)	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome)	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families)	89
<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors)	166
<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Realations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior)	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders)	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic)	286
<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children)	193
<i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children)	150
<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism)	261
<i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation)	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . .	142
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71

Berichte aus dem Ausland

<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein „Mental Health Institute“ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute) . .	26

Tagungsberichte

<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg	310
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich	186

Kurzberichte

<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-	
---	--

lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“	82
<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315

Literaturberichte: Buchbesprechungen

<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland	233
<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick	157
<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik	157
<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition	269
<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen	317
<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . .	234
<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses	268
<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung	316

Mitteilungen: 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318

Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli 1983 in Lausanne

Von H. Remschmidt

Rund 500 Teilnehmer aus zahlreichen europäischen Ländern waren nach Lausanne gekommen, um am VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie teilzunehmen, der unter dem Vorsitz von Prof. Dr. W. *Bettschart* vom 4. bis 8. Juli 1983 in Lausanne stattfand. Das Rahmenthema des Kongresses lautete: „*Aggression, Aggressivität und Familie*“. Es ist nicht möglich, im Rahmen eines kurzen Kongreßberichtes die Qualität, Vielfalt und den Perspektivenreichtum der zahlreichen

Vorträge, Arbeitsgruppen und Diskussionssitzungen zu würdigen. Es kann aber schon eingangs gesagt werden, daß dieser Kongreß für die Europäische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und deren Präsidenten Prof. *Bettschart* ein voller Erfolg war.

Vom *organisatorischen Ablauf* her war besonders gelungen, daß jeder Tag in der Zeit von 9.00 bis 12.00 Uhr mit einer gemeinsamen Plenarsitzung begann, auf der führende Fachvertreter der europäischen Kinder- und Jugendpsychia-

trie mit Übersichtsreferaten zur Sprache kamen, die mit Hilfe der Simultanübersetzung in deutsch, englisch und französisch zu hören waren. Auf diese Weise wurde eine gemeinsame „Basisinformation“ erreicht, die in den später stattfindenden Diskussionen aufgegriffen werden konnte. Dadurch, daß die Hauptvorträge unmittelbar nach ihrem Ende nicht diskutiert wurden, geriet der Zeitplan nicht aus den Fugen, und die Diskussion konnte mit jedem Referenten in der Zeit von 13.00 bis 14.00 Uhr im sogenannten *Rencontre* ausführlich nachgeholt werden. Diese „Neuerung“ stieß auf allseitiges Interesse. Sehr vielfältig waren die Arbeitsgruppen, die am Nachmittag in kleinen Räumen (bis zu 40 Teilnehmern) stattfanden und zu lebhaften Diskussionen Anlaß gaben. Im Rahmen der Arbeitsgruppen wurden u.a. folgende Themen behandelt: Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (*Mussert*, Niederlande), nosographische Klassifikation (*Remschmidt* und *Schmidt*, BRD), psychologische Aspekte der Epilepsien (*Berg*, Großbritannien), Aggressivität, Todestrieb und Psychotherapie (*Chiland*, Frankreich), Kindesmißhandlung und Vernachlässigung (*Lange*, Norwegen), direkte Intervention in der Familie (*Wille*, Schweiz), Anorexia nervosa (*Tolstrup*, Dänemark), Migration (*Steinhausen*, Berlin), Psychoanalyse und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (*Sanders-Woudstra*, Niederlande), Organisation und Kooperation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik und Poliklinik (*Nissen & Spiel*, BRD & Österreich), Kompensation frühkindlicher biologischer und psychosozialer Risikofaktoren in der weiteren Entwicklung (*Goellnitz & Kleinpeter*, DDR), Methoden zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Vorschulkindern (*Richman & Graham*, Großbritannien), Neuropsychologie (*Schmidt & Esser*, BRD), kinderpsychiatrische Familiendiagnostik (*Remschmidt & Mattejat*, BRD), Machtkämpfe in der Familie (*Buddeberg*, Schweiz), psychosomatische Erkrankungen (*McCarthy*, Irland). Aufgrund der Vielzahl der Arbeitsgruppen schwankte die Teilnehmerzahl zwischen 5 und 30 Teilnehmern, so daß eine fruchtbare Arbeit unter starker Eigenbeteiligung der Teilnehmer möglich war. In der Zeit von 14.00 bis 15.00 Uhr waren jeweils die *Poster-Sessions* angesetzt, die sich ebenfalls auf eine Vielzahl von Themen bezogen und außerordentlich gut besucht waren. Diese Erfahrung zeigt, daß die vielfach zu beobachtende Gering-schätzung von *Poster-Sessions* im Vergleich zu Vorträgen nicht berechtigt ist. Wir konnten im Gegenteil beobachten, daß viel intensivere Diskussionen stattfanden, als in der im allgemeinen kurzen Diskussionszeit nach einem Vortrag möglich ist und daß sich die Besucher der *Poster-Sessions* auch gezielt nach wissenschaftlichen Untersuchungen umsaßen, die zu ihrem eigenen Arbeitsgebiet Beziehung hatten. An einzelnen Stellen wurden auch neue Projekte dadurch angeregt bzw. in ihrer Konzeption konstruktiv weiterentwickelt. In der Zeit von 14.00 bis 15.00 Uhr fanden ferner Kurzvorträge und Video-Demonstrationen statt.

Nachdem der Kongreß durch den Präsidenten der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Prof. *Bettschart* (Lausanne) und Vertretern der Universität Lausanne eröffnet worden war, hielt Prof. *Michael Rutter* (Großbritannien) das Einleitungsreferat zum Thema „Ag-

gressionen und Familie“. Dieser breit angelegte Vortrag beschäftigte sich zunächst mit genetischen, biochemischen, psychosozialen und interaktionellen Grundlagen aggressiven Verhaltens und stellte verschiedene empirisch abgesicherte Tatsachen heraus. So kann nach Ausführung des Referenten gar kein Zweifel daran sein, daß es im Hinblick auf aggressives Verhalten Geschlechtsdifferenzen gebe, die biologisch und psychosozial bedingt sind. An der biologischen Grundlage sei gar kein Zweifel. Dies könne man schon daran sehen, daß diese Differenzen in frühester Kindheit zwischen Jungen und Mädchen auftraten, daß die pränatalen Androgene einen Einfluß haben (auch auf die Hirnstruktur) und daß offenbar auch genetische Faktoren am ausgeprägteren aggressiven Verhalten von Jungen gegenüber Mädchen beteiligt seien. Natürlich könne man aggressives Verhalten nicht rein biologisch sehen. Es gebe auch zahlreiche psychosoziale Einflüsse und auch eine Wechselwirkung zwischen hormonellen Einflüssen und sozialen Verhaltensweisen. Zumindest seien für die Androgene entsprechende Beobachtungen bei Tieren abgesichert. Es sei durchaus wahrscheinlich, daß dies auch für den Menschen zutrefte. An sozialen Einflüssen für die Entstehung aggressiven Verhaltens stellte der Referent folgendes heraus: (1) Imitation (Kinder imitieren aggressives Verhalten), (2) die Bedeutsamkeit des sozialen Kontextes, (3) die Konsequenzen, die auf die Aggression folgen. Wenn aggressives Verhalten erfolgreich sei, so führe dies zu einer weiteren Steigerung aggressiver Impulse. Ist sie nicht erfolgreich, so wird aggressives Verhalten seltener, (4) Bestrafung und Aggression rufen wieder aggressives Verhalten hervor, (5) in einer Atmosphäre, in der Gewalt und Aggression vorherrschend ist, können sich andere Möglichkeiten der Auseinandersetzung nicht oder nur unzureichend entwickeln. Aus all diesen Faktoren geht hervor, daß aggressives Verhalten durch den sozialen Kontext beeinflusst wird. Dies findet sich häufig in Familien. Innerhalb von Familien haben folgende Faktoren einen fördernden Einfluß auf aggressives Verhalten der Kinder:

- (1) abweichendes Verhalten der Eltern (häufig genetisch bedingt),
- (2) ausgeprägte Disharmonie in der Familie,
- (3) unzureichende Beziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern und
- (4) geringe elterliche Kontrolle.

Ein Teil dieser Faktoren wirke sich auch negativ auf die moralische Entwicklung von Kindern aus, so daß deren Gewissensinstanz unangepaßtes und inadäquates aggressives Verhalten eher zulasse.

Auf der Grundlage dieser Ausführungen entkräftete der Referent zwei immer noch häufig gebrauchte Modellvorstellungen im Zusammenhang mit aggressivem Verhalten: das Modell der Katharsis und die Frustrations-Aggressions-Hypothese.

Das kathartische Modell, das mit dem energetischen Konzept der Psychoanalyse vielfach in Zusammenhang gebracht wird, habe sich empirisch als falsch erwiesen. Die These von der „Abreaktion der Aggression“ habe keinerlei empirische Evidenz. Vielmehr werde durch aggressives

Verhalten (auch wenn es sich als sogenannte Abreaktion zeigt) weiteres aggressives Verhalten hervorgerufen.

Auch die Frustrations-Aggressions-Hypothese könne nur für einen kleinen Teil aggressiven Verhaltens Gültigkeit beanspruchen. Es gebe nämlich zahlreiche Zustände, die Aggression hervorrufen, ohne daß eine Frustration entstehe. Dies sei z.B. bei Zuständen wie Hunger, Furcht und Angst oder bei Einnahme von Drogen und Alkohol der Fall.

Der nachfolgende Vortrag von René *Diatkine* (Frankreich) war stärker klinisch orientiert und ging von verschiedenen Beispielen aus der täglichen Praxis aus, wobei eine „positive Aggressivität“ von einer „negativen“ unterschieden wurde.

Die Nachmittagssitzungen des ersten Tages befaßten sich mit verschiedenen Facetten der Thematik „Aggression“, wobei unter den deutschen Beiträgen folgende Themen erwähnenswert sind: Eltern-Mißhandlung (*Lehmkuhl* und *Müller-Küppers*, Heidelberg), frühe Umwelteinflüsse auf die spätere Persönlichkeitsentwicklung (*Goellnitz* & Mitarbeiter, DDR), Kinder alkoholischer Eltern (*Steinhausen* et al., Berlin).

Einen breiteren Rahmen nahm ein von *R. Lempp* (Tübingen) organisiertes Symposium über Probleme der Adoleszenz ein, auf dem eine Vielzahl von Problemen der Altersphase Pubertät und Adoleszenz referiert und diskutiert wurden.

Der *zweite Tag* (Dienstag, der 5. Juli 1983) wurde mit einem Referat von *H. Remschmidt* (BRD) über biologische Aspekte der Aggressivität aus klinischer Sicht eingeleitet. Der Referent stellte das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und psychosozialer Faktoren dar, wobei er keinen Zweifel daran ließ, daß es eine biologische Grundlage für eine Aggressionsbereitschaft auch beim Menschen gebe, ebenso wie biologische Indikatoren für Aggression. Die Aggressionsbereitschaft könne allerdings durch Umweltereignisse bedeutsam gefördert werden. Bestimmte Verletzungen des zentralen Nervensystems (insbesondere innerhalb des limbischen Systems und der Amygdala) können die Aggressionsbereitschaft erheblich erhöhen. Die Vielzahl von Modellen zur Erklärung aggressiven Verhaltens lasse sich auf drei grundlegende Vorstellungen reduzieren: (1) Aktionsmodelle, die jeweils einen Aggressionstrieb oder eine Aggressionsbereitschaft annehmen, (2) Reaktionsmodelle, die Umgebungs- und Lerneinflüssen die hauptsächlich Wirkung zuschreiben und (3) Interaktionsmodelle, die den Schwerpunkt auf das Zusammenwirken von angeborener Aggressionsbereitschaft und Umwelt- bzw. Lerneinflüssen legen.

Ch. Eggers (BRD) beschäftigte sich mit der Entwicklung aggressiven Verhaltens und versuchte dabei hirnpysiologische Mechanismen mit klinischen Beobachtungen und psychoanalytischen Vorstellungen in Einklang zu bringen. *J. Bergier* (Schweiz) berichtete über eine Untersuchung an 32 institutionell untergebrachten Kindern mit aggressivem Verhalten und deren Katamnesen. Die Gruppe war sehr heterogen zusammengesetzt, so daß über die einzelnen Gruppen von Kindern nur wenig schlüssige Aussagen möglich waren. Der Referent stellte aber hauptsächlich die

Reaktionen des Personals und das Erleben der Mitarbeiter in den Vordergrund, und er erhielt für diese „hautnahe Darstellung“ der täglichen Praxis viel Beifall.

Der Nachmittag dieses zweiten Tages war wiederum in zahlreiche Kleingruppensitzungen mit Referaten und in Arbeitsgruppen aufgeteilt, deren Spektrum ungeheuer breit war. Die deutschsprachigen Beiträge befaßten sich u.a. mit folgenden Themen: aggressive Krankheiten (*Kiepenheuer*, Schweiz), Aggressivität in der kinderpsychiatrischen Poliklinik (*Leixnering*, Österreich), Agieren und Delinquieren (*von Salis*, Schweiz).

Der *dritte Kongreßtag*, Mittwoch, der 6. Juli 1983, begann mit einem Einleitungsreferat von *S. Lebovici* (Frankreich). Der Referent ging von klinischen Beobachtungen aus und beleuchtete aggressive Verhaltensweisen in einem sehr breiten Sinne. Dabei wurde der Zusammenhang zwischen aggressivem Verhalten von Kindern und deren Familien in den Mittelpunkt gestellt. Exemplifiziert wurde diese Beziehung am Beispiel eines „anorektischen Säuglings“, hinter dessen Symptomatik sich eine schwere Beziehungskrise der Eltern verbarg. *Lebovici* ging ferner auch auf autoaggressives Verhalten bei autistischen und psychotischen Kindern ein und hob die „regressiven Elemente“ derartigen Verhaltens hervor. Er machte darauf aufmerksam, daß bei Selbstverstümmelungen neuerdings auch Veränderungen im Haushalt der „Endorphine“ entdeckt worden seien, was für die „Insuffizienz des Empfindens“ bei sich selbst verletzenden Kindern verantwortlich sein könne. Die Diskussion um die Automutilation nahm im Referat von *Lebovici* einen breiten Raum ein. So wies der Referent daraufhin, daß viele sich selbst verletzenden Kinder keine hinreichende Unterscheidung zwischen der eigenen Person und der Außenwelt besäßen. Diese Kinder benötigten zur „Selbstvergewisserung“ eine „Selbststimulation“. *Lebovici* ging ferner auf aggressives Verhalten bei Epilepsien und bei Psychosen ein und versuchte zuletzt im Rahmen einiger Modellvorstellungen aggressive Verhaltensweisen und die Möglichkeiten zur Intervention zu integrieren.

H. Gebelt (DDR) referierte über aggressive Verhaltensweisen im Rahmen von kindlichen Anfallsleiden und stellte fest, daß 50–65 % aller anfallskranken Kinder an psychischen Störungen litten. Unter ihnen stelle das hirnorganische Psychosyndrom eine hohe Quote dar. Bei diesen Kindern komme es zu einer Wechselwirkung zwischen hirnorganischen Funktionsdefiziten und reaktiven Einflüssen, so daß häufig ein unkontrolliertes aggressives Verhalten resultiere. Dabei sei der Zeitpunkt der Hirnschädigung und auch die Lokalisation von Bedeutung, letztere erst bei älteren Kindern. Durch den bei diesen Kindern noch zu vollziehenden Reifungsprozeß bekomme das aggressive Verhalten eine phasentypische Prägung. Der Referent ging auf die Antriebsseite aggressiven Verhaltens und das hirnpysiologische Korrelat ein und schilderte sodann das Konzept einer geplanten Studie zur Objektivierung aggressiven Verhaltens bei anfallskranken Kindern. Frau *Beeckmans-Balle* (Belgien) berichtete über ein Modell zur Behandlung mißhandelter Kinder und deren Eltern. Das Thema der emotionalen Kindesmißhandlung wurde von *Fürniss* (Großbritannien) abgehandelt. Auch an diesem

Tage war die Nachmittagssitzung wieder zahlreichen Spezialthemen gewidmet. Die deutschsprachigen Beiträge konzentrierten sich u.a. auf folgende Bereiche: Verhaltenstherapie bei lernbehinderten Jugendlichen (*Knölker*, BRD), Behandlung hyperaktiver Kinder (*Eisert & Eisert*, BRD), aggressives Verhalten von Kindern im 2. Lebensjahr (*Züblin*, Schweiz). Ein von *G. Nissen* (BRD) und *W. Spiel* (Österreich) organisiertes Symposium befaßte sich mit der „Organisation und Kooperation in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik und Poliklinik“. *P. Strunk* (BRD) organisierte ein Symposium zum Thema „Arbeit mit den Eltern bei stationärer Behandlung“, auf dem sich verschiedene Referenten mit der zum Teil schwierigen Kooperation oder auch der Therapie von Eltern kinderpsychiatrischer Patienten auseinandersetzten.

Der *vierte Kongreßtag*, Donnerstag, der 7. Juli 1983, begann mit Plenarvorträgen von *L. Kaufmann* (Schweiz), *J.P. Hendrick* (Niederlande) und *M. Dugas* (Frankreich), die sich alle mit dem Thema „Aggression und Familie“ beschäftigten. Am Nachmittag fanden fünf Symposien zu den Themen „Psychopathologie der Epilepsien“ (*Berg*, Großbritannien), „Migration“ (*Steinhausen*, BRD), „Aggressivität im Psychodrama“ (*Narbel & Pancheri*, Schweiz) statt.

Der *letzte Kongreßtag*, Freitag, der 8. Juli, schloß mit Plenarvorträgen von *Petri* (BRD) zu „Epidemiologie und Prävention familiärer Gewalt“, *Herzka* (Schweiz) zum Thema „Aggression, Widerspruchsentwicklung und Dialogik“ und *Bürgin* (Schweiz) zur Thematik „Jenseits der Selbstzerstörung“.

Der Preis der Merck-Stiftung wurde mangels preiswürdiger Arbeiten nicht verliehen. Er soll im Rahmen eines Symposiums in zwei Jahren verliehen werden an junge Wissenschaftler unter 40 Jahren. Dabei ist das Thema, das sich innerhalb des Gebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie bewegen sollte, nicht eingeschränkt worden.

Auf der Generalversammlung wurde die Namensänderung der Gesellschaft von „Union Europäischer Pädopsych-

iaten“ in „Europäische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ akzeptiert.

Als neue Mitglieder in die EGKJ wurden aufgenommen: Irland und Polen. Die Diskussion um die Neuaufnahme Israels unterblieb, da kein Vertreter Israels anwesend war, der den Aufnahmeantrag vertreten hätte.

Eine längere Diskussion ergab sich um die Einrichtung eines ständigen Sekretariats der EGKJ. Man einigte sich schließlich, ein Sekretariat einzurichten, wobei die Festlegung der Person und des Ortes sowie die Regelung der Finanzfragen dem neuen Vorstand übertragen wurden.

Die bisher existierende Arbeitsgruppe für Dokumentation und Klassifikation wurde als offizielle Arbeitsgruppe der Gesellschaft anerkannt. *Dr. Mussert* (Niederlande) wurde als Vorsitzender bestätigt.

Der nächste Kongreßort wird Bulgarien sein; mit der Ausrichtung des Kongresses wurde Prof. *Christosov* (Sofia) betraut.

Für das Jahr 1991 haben sich folgende Länder für die Ausrichtung des Kongresses beworben: Finnland, Holland, Italien und die Bundesrepublik.

Neu in den Vorstand aufgenommen wurden Prof. *Dr. G. Nissen* (Würzburg), Prof. *Dr. Giordano* (Genua) und Priv.-Dozent *Dr. Friedrich* (Wien).

Neuer Vorsitzender wurde Prof. *Dr. Christosov* (Bulgarien).

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der Kongreß sowohl von seinem wissenschaftlichen Gehalt als auch vom organisatorischen Ablauf und den reichhaltigen Gelegenheiten zur persönlichen Diskussion ein großer Erfolg war. Der Dank aller Teilnehmer soll auch an dieser Stelle dem Kongreßpräsidenten und scheidenden Präsidenten der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Herrn Prof. *Dr. W. Bettschart* (Lausanne) ausgesprochen werden.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt, Univ. Klinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hans-Sachs-Str. 6, 3550 Marburg.