

Wenn Kinderkrankheiten Eltern hilflos werden lassen

Familienmedizinische Erfahrungen in einer Kinder- und Jugendklinik¹

Barbara Ollefs

Zusammenfassung

Der Artikel beschreibt anhand von drei Fallvignetten exemplarisch familiäre Entwicklungen, denen wir in der Pädiatrie häufiger begegnen. Aus der Perspektive einer Psychologin und Familientherapeutin, die im Rahmen ihrer Arbeit im Psychosozialen Fachbereich am Christlichen Kinderhospital in Osnabrück tätig ist, werden das familienmedizinische Vorgehen, die Einbeziehung der Eltern und die interdisziplinäre Zusammenarbeit skizziert. Daneben werden Veränderungen in der Morbidität bei Kindern und Jugendlichen vorgestellt, die bei den betroffenen Eltern häufig mit Hilflosigkeit und dem Verlust von elterlicher Präsenz mit entsprechenden Eskalationsdynamiken einhergehen. Um die Eltern in ihrer Präsenz, d. h. ihrer Anwesenheit im Leben ihrer Kinder, wieder zu stärken, werden Interventionen aus dem Elterncoaching in gewaltlosem Widerstand vorgestellt, die Veränderungen in der elterlichen Haltung anregen möchten und die Eltern darin unterstützen sollen, Sicherheit zu entwickeln und eine konstruktive Beziehung zu ihren Kindern aufzubauen.

Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, die eine Tendenz zur Chronifizierung zeigen, können die betroffenen Eltern und Familien vor besondere Herausforderungen stellen. Die damit verbundenen elterlichen Gefühle von Hilflosigkeit gehen häufig mit einer starken Fokussierung auf das Problem, im Sinne einer selektiven, negativen Wahrnehmung, als auch mit Unsicherheiten im Erziehungsverhalten einher (Pleyer, 2003). Auf der Elternebene kann es in diesem Zusammenhang zu einem mehr oder weniger starken Kooperationsverlust kommen, sodass die Eltern sich in ihren elterlichen Funktionen gegenseitig schwächen. Ausgehend von verschiedenen Praxisbeispielen² soll in diesem Text zum einen die Dynamik des Verlustes der „elterlichen Präsenz“ angesichts der chronischen Erkrankung eines Kindes aufgezeigt werden, zum anderen werden immer wieder die Interventionen des systemischen

- 1) Dieser Artikel wurde mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber der „Familiendynamik“ abgedruckt. Wir danken an dieser Stelle für die Erlaubnis.
- 2) Fallbeispiele wurden anonymisiert und gegebenenfalls leicht verändert. Die Therapeutin der Familien war jeweils die Autorin. Sie ist als Psychologin und Familientherapeutin am Christlichen Kinderhospital Osnabrück tätig.

Elterncoachings vorgestellt, das sich auf das Konzept des gewaltlosen Widerstands beruft (Omer, v. Schlippe, 2004, 2009, 2010).

Fallbeispiel 1: Ein elfjähriger Junge mit Bauchschmerzen

Ein Kinderarzt bat um Unterstützung in der Betreuung eines Jungen und seiner Familie: Tim, elf Jahre alt, war zur diagnostischen Abklärung von immer wiederkehrenden Bauchschmerzen und damit verbundenem Gewichtsverlust stationär aufgenommen worden. Nachdem die somatischen Untersuchungen keine Befunde ergeben hatten, nahmen Tim und seine Eltern das Gesprächsangebot an. Im Familiengespräch mit den Eltern vermittelte Tim einen traurigen, antriebslosen und ängstlichen Eindruck. Er berichtete, aufgrund der starken Schmerzsymptomatik seit fünf Wochen nicht mehr in die Schule gegangen zu sein, die er eigentlich gerne besuche. Auch fühle er sich nachts einsam und würde seit einigen Wochen im Schlafzimmer seiner Eltern nächtigen. Lange Jahre habe er im Verein Fußball gespielt, doch weil er sich viel zu schwach fühle, habe er dies aufgegeben. Aktuell seien die Bauchschmerzen zwar etwas rückläufig, aber sein Befinden sei von starker körperlicher Mattigkeit, Angst, Rückzug und Melancholie dominiert. Tim fragte sich, ob er „jemals wieder gesund“ werde. Die Eltern wirkten stark verunsichert und besorgt. Zudem machten sie sich Sorgen, denn es war auf der Paarebene bereits zu Auseinandersetzungen über den „richtigen“ Umgang mit der Symptomatik gekommen: Während der Vater eher eine „strengere“ Handhabe suchte, zeigte sich die Mutter eher fürsorglich-nachgiebig gegenüber ihrem ältesten Sohn, zu dem sie in einer besonders engen Beziehung stand (es gab noch zwei jüngere Geschwisterkinder).

Im Laufe der weiteren Gespräche wurde im berufsgruppenübergreifenden Betreuungsteam der Teufelskreislauf von Stress, Angst, Rückzug, Mattigkeit, depressiver Verstimmung und dessen Einfluss auf ein hochsensibles Schmerzempfinden thematisiert. In vorheriger Absprache mit dem interdisziplinären Team, bestehend aus den Kinderkrankenschwestern und dem Arzt, wurde Tim und seinen Eltern folgende Botschaft vermittelt: „Deine Bauchschmerzen sind tatsächlich vorhanden, auch wenn wir hier im Christlichen Kinderhospital keine körperliche Ursache dafür gefunden haben. Es ist nachvollziehbar, dass du mit deiner Familie die Beschwerden als große Belastung erlebst. Wir gehen davon aus, dass dein Körper eine erhöhte Empfindlichkeit für die Bauchschmerzen entwickelt hat, im Sinne eines ‚empfindsamen Bauches‘, sodass du aufgrund von früheren Infekten eine besondere Darmsensitivität entwickelt hast, die gegeben ist, vergleichbar dem Schwindel beim Karussellfahren oder einem flauen Gefühl vor Anforderungen.“ Dieses Erklärungsmodell schien für die Familie anschlussfähig zu sein.

Vor dem Hintergrund einer diagnostischen Abklärung, die die Familie mit Erleichterung aufgenommen hatte, da der Junge „an nichts Schlimmerem erkrankt“ sei, war gleich im

Erstkontakt vereinbart worden, dass die Familie umgehend mit der Mobilisation (Bewegungsübungen und Rückkehr in den normalen Familienalltag) beginnen sollte, um das Muster der Chronifizierung frühzeitig zu unterbrechen: Tim wurde dies in diesem Gespräch angekündigt, er wurde darauf vorbereitet, dass ihn die Mobilisation in den ersten Tagen körperlich und psychisch belasten könne; es könne möglicherweise sogar zu einer Verstärkung der Symptomatik kommen, die in den Folgetagen jedoch abnehmen würde. Er nahm dies unter Tränen zur Kenntnis.

Die Eltern berichteten in einem Elterngespräch mit der Therapeutin, dass sie sich im Zuge der starken Symptomentwicklung zunehmend weniger präsent im Leben ihres Sohnes wahrnahmen und sich zunehmend hilflos fühlten. Sie waren jedoch bereit, Tims Rückzugsverhalten nicht länger zuzusehen, sondern ihre „elterliche Stimme“ wieder stärker zu äußern, u. a. indem sie ihren Wunsch nach Mobilisation in die Tat umsetzten. Sie wurden in ihrer geeinten Haltung unterstützt und ermutigt, sich von Tims möglichen Protesten nicht in ihrer Präsenz verunsichern zu lassen. Gleichzeitig überlegten wir, wie die Beziehung zu Tim gestärkt und wie „gute Momente“ des Miteinanders unabhängig von der Symptomatik wieder häufiger auftreten könnten (z. B. Gesellschaftsspiele). Diese waren in den letzten Wochen zunehmend in den Hintergrund getreten.

In zwei weiteren nachstationären Gesprächskontakten, die ohne Tim, aber mit seinem Wissen um diese Gespräche stattfanden, berichteten die Eltern, wie sich der Familienalltag verbessert hatte: Nach dem Erstgespräch schien Tim motiviert zu sein, trotz seiner körperlichen Schwäche sein Krankenlager unter Anstrengungen zu verlassen. Die Eltern hatten seine Freunde eingeladen, die Tim darin unterstützten, die Schule wieder zu besuchen. Die Eltern begleiteten dies im Gespräch mit den Lehrern aktiv. Sie kommunizierten die Situation, in der Tim sich befand, gegenüber den Lehrern, die ihrerseits Tim bei der Wiedereingliederung in die Schule unterstützten. Nach einigen Tagen konnte er wieder in seinem eigenen Zimmer nächtigen, was die Eltern als große Entlastung beschrieben.

Für somatoforme Störungen, v. a. für Schmerzen im Magen-Darm-Bereich, ist es typisch, dass sich die Beschwerden zu Beginn meist monosymptomatisch zeigen und häufig infolge eines Magen-Darm-Infektes auftreten, mithin also tatsächlich eine somatische Erkrankung vorliegt (Kölch, 2012). Die Schmerzen können dabei eine zentrale Sensitivierung im Schmerzgedächtnis verstärken und so Anspannung, Stress und die Aktivierung sogenannter silenter Nocirezeptoren (stille, bislang noch nicht vernetzte Schmerzrezeptoren) verstärken. Vor dem Hintergrund dieses Erklärungsmodells besteht in der medizinischen Literatur mittlerweile die Auffassung, dass eine Trennung zwischen organischen und psychischen Ursachen für Bauchschmerzen nicht mehr zeitgemäß ist (Claßen, 2012). Deshalb wird in der Pädiatrie zunehmend nahegelegt, z. B. psychosoziale Mitarbeiter einzubeziehen. Aus einer

systemischen Sicht werden in komplexen bio-psycho-sozialen Zusammenhängen einseitig-vereinfachende „Ursachen“-Modelle ohnehin als problematisch angesehen (s. u.).

Die ungewöhnlich starken Symptome hatten bei Tim und in der Familie diffuse Ängste ausgelöst, die sich gegenseitig begünstigt und in ihrer Wechselbeziehung verstärkt hatten. Eine Genogrammarbeit und der Blick auf die Mehrgenerationenperspektive konnte dazu beitragen, ein Verständnis für die Dynamik zu entwickeln: Tims Vater hatte auf starke Rückenschmerzen ein halbes Jahr zuvor einige Monate im Sinne einer depressiven Verstimmung reagiert, was möglicherweise zu Tims ängstlicher Reaktion auf seine Beschwerden beigetragen haben mag, die er eventuell in eine als bedrohlich wahrgenommene Familiengeschichte eingeordnet hatte.

Im Gespräch thematisierten die Eltern ihre eigene Verunsicherung als Verlust ihrer „elterlichen Stimme“ (s. u.), dies empfanden sie als eine Verminderung ihrer Fähigkeit und Bereitschaft, sich und ihrem Sohn Halt zu geben. Die Symptomatik hatte bei ihnen Beschützerinstinkte ausgelöst, sie hatten ihn geschont, weil sie von seinem Leid berührt waren. Es war für sie jedoch nachvollziehbar, dass Tim längerfristig von einer aktivierenden Unterstützung profitieren würde, im Sinne einer elterlichen „Ankerfunktion“ – davon wird gesprochen, wenn die Eltern aus eskalierenden Machtkämpfen aussteigen und sich statt dessen auf ihre Präsenz beziehen. Sie zeigen ihre Stärke dabei eher in eigener Beharrlichkeit, nicht im Streben danach, das Kind zu kontrollieren oder zu besiegen (Omer, v. Schlippe, 2009, 2010).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Fallvignette zeigt exemplarisch, dass Fachpersonen in der Kinder- und Jugendmedizin häufiger mit körperlichen Symptomen unklarer Genese konfrontiert sind. Hier erweist sich ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis häufig als hilfreich. Im Christlichen Kinderhospital Osnabrück besteht seit Jahren eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Pflegeassistenten, Ärztinnen/Ärzten und dem Psychosozialen Fachbereich, in dem u. a. mehrere systemische Familientherapeuten/innen tätig sind. Eine zeitnahe Kooperation, Koordination und eine Tradition offener Kommunikation ermöglichen den frühen Einbezug psychosozialer Mitarbeiter im Kontext körperlicher Erkrankungen. Die Einladung zum Familiengespräch wird dabei häufig zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes von den Ärzten und als Teil eines familienmedizinischen Krankheitsverständnisses ausgesprochen.

„Niemand ist alleine krank“

Wenn ein Kind/Jugendlicher von einer Krankheit betroffen ist, wird die Symptomatik von den einzelnen Familienmitgliedern gedanklich, emotional und in der Kommunikation begleitet (v. Schlippe, Theiling, 2005). Krankheit kann zu einem signifikanten Bestandteil familiärer Interaktion werden, um die herum sich Muster von Kommunikationen und Narrationen entwickeln. Die Familie stellt den Rahmen zur Verfügung, wie mit dieser Belastung durch eine Krankheit umgegangen wird, welche Kommunikationen darüber entstehen, welche Gefühle geäußert werden (dürfen), wie mit den Gefühlen umgegangen wird und welche Schritte zur Veränderung bzw. Verbesserung möglich sind. Die Familie ist gemäß dieser Perspektive nicht „schuld“ an einer Krankheit, doch sie bietet den Rahmen, wie mit Krankheit umgegangen wird (Simon, 1995). Die Familie ist der zentrale Ort des gemeinsamen Lebensvollzugs. Die Mitglieder entwickeln fein aufeinander abgestimmte Kommunikationsmuster, die von wechselseitigen Erwartungsstrukturen geprägt sind. Diese sind eng aufeinander bezogen und können sich im Sinne „geeichter Kommunikationen“ mit hoher Geschwindigkeit entfalten. Im Fallbeispiel beispielsweise wurde deutlich, wie Tim innerhalb weniger Wochen von einem aktiven, sozial gut eingebunden Jungen im Zuge der anfänglichen Bauchschmerzen drohte, in seiner Entwicklung „ausgebremst“ zu werden.

Und, wie schon gesagt, das Kind ist nicht allein in der Familie. Studien zu somatoformen Störungen bei Kindern zeigen hohe Depressionswerte bei den beteiligten Eltern (Noeker, 2008). Die Beschwerden der Kinder werden ganz offensichtlich zum Familienthema. Vor diesem Erfahrungshintergrund ist es umso wichtiger, die Familie in der Pädiatrie miteinzubeziehen.

„Neue Morbidität“ in der Kinderheilkunde

Einer repräsentativen, bundesweiten und zukunftsweisenden Studie³ zufolge, die im Auftrag des Bundesministerium für Soziales mit fast 3000 Familien durchgeführt wurde, scheint der Einfluss von psychischen Belastungsfaktoren bei Kindern und ihre Prävalenz in den letzten Jahren deutlich gestiegen zu sein. Hinweise für psychische Auffälligkeiten liegen demnach bei 21,6 % aller Kinder und Jugendlichen vor. Ängste (10 %), Störungen des Sozialverhaltens (7,6 %), wie aggressive und dissoziale Verhaltensweisen, nehmen dabei einen großen Anteil ein. In diesem Zusammenhang sprechen die Autoren von einer „neuen Morbidität“, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie sich weg von den körperlichen Akuterkrankungen hin

3) Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2006). Bella-Studie im Rahmen von KIGGS, Robert Koch Institut Berlin. Verfügbar unter <http://www.kiggs.de/index.html> [letzter Zugriff am 24. Januar 2013].

zu den chronisch-körperlichen Krankheiten verlagert. Ebenso ist sie durch eine Verschiebung von den somatischen Krankheiten hin zu psychischen Auffälligkeiten gekennzeichnet. Auch die Prävalenz von depressiven Störungen nimmt bei Kindern und Jugendlichen (2 bis 8 %, vgl. Ihle et al., 2012) zu. Die Risikofaktoren, die das Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen deutlich begünstigen können, sind nach Angaben der Verfasser: Familienkonflikte, Konflikte in der Familie der Eltern, Unzufriedenheiten in der Partnerschaft bzw. psychische Erkrankungen der Eltern. Weitere Erhebungen zeigen eine zwei- bis dreifache Erhöhung des Risikos für eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (Schwenkmezger, Schmidt, 1994). Dies hat mit der um ein Vielfaches erhöhten Anzahl an belastenden Momenten zu tun, denen Kinder mit chronischen Erkrankungen und ihre Familien ausgesetzt sind. Chronisch-somatische Erkrankungen wie Asthma, Diabetes, Neurodermitis, Adipositas, Cystische Fibrose (eine Stoffwechselerkrankung, auch Mukoviszidose genannt, die autosomal-rezessiv vererbt wird) etc. können nicht nur erziehungsunsichere Eltern an den Rand ihrer Belastbarkeit führen und die elterliche Präsenz im Leben des Kindes/Jugendlichen gefährden.

Auch im Bereich der somatoformen Störungen liegen die Prävalenzen, der Bremer Jugendstudie folgend, für Kopfschmerzen bei 15,5 %, gefolgt von Schmerzen im Bauchbereich mit 12,4 %. Erwiesenermaßen gehen unklare körperliche Beschwerden mit psychischen Störungen, insbesondere Angststörungen und Depressionen einher (Noeker, 2008). Der Familie kommt bei dem Umgang mit der Symptomatik eine hohe Bedeutung zu, sie sollte deshalb früh in die Behandlung mit einbezogen werden. Wenn die betroffenen Kinder wenig Kooperationsbereitschaft zeigen, fokussieren wir unsere Familiengespräche stark auf die Eltern, die in aller Regel eine größere Veränderungsbereitschaft mitbringen. Insbesondere Jugendliche erleben den Gang zum/zur psychosozialen Mitarbeiter/in häufig wie einen Gesichtverlust, wobei sie nicht selten gleichzeitig eine „leisere Stimme“ in sich tragen, die Verbesserung wünscht, aber den Ansatzpunkt nicht bei sich selbst sieht. Daher führen wir die Gespräche häufig mit den Eltern allein. Wir unterstützen sie darin, die Gespräche transparent und mit Wissen der Jugendlichen zu führen, nicht hinter deren Rücken. Diese Klarheit ist ein wesentliches Moment des systemischen Elterncoachings im gewaltlosen Widerstand, sie stärkt die elterliche Präsenz. Dies soll in der folgenden Falldarstellung illustriert werden.

Fallbeispiel 2: Ein Jugendlicher mit juvenilem Diabetes

Die Eltern von Nils, einem 16-jährigen Jugendlichen mit Diabetes, den wir bereits über einige Jahre in unserer Diabetesambulanz betreuen, baten in Sorge um ein Gespräch. Nils hatte in den letzten Wochen und Monaten zunehmend die Diabetestherapie verweigert, was von hohen Blutzuckerwerten, einer kaum mehr beeinflussbaren Stoffwechseleinstellung, einer Konzentrationschwäche, einem Antriebsmangel und einer gereizten Stimmung (Symptome,

die häufig mit einem zu hohen Blutzucker einhergehen) begleitet wurde. Auslöser für diese Situation sei die Trennung von seiner Freundin gewesen, mit der er eine intensive Beziehung hatte. Die Freundin hatte ihn in der Vergangenheit im Umgang mit dem Diabetes unterstützt. Zudem war die Situation gekennzeichnet durch Leistungsabfälle in der Schule (Nils besuchte die 11. Klasse des Gymnasiums) sowie insgesamt durch eine allgemeine „Schulmüdigkeit“, die durch die vermehrten Leistungsanforderungen in der Oberstufe des Gymnasiums wie auch durch die hohen Blutzuckerwerte begründet werden konnte. Insbesondere dann, wenn die Mutter nach den Blutzuckerwerten fragte, reagierte er mit zunehmendem Widerstand, Wut und Rückzug. Dies löste jeweils heftige Streitigkeiten über den Umgang mit dem Diabetes in der Familie aus. Aus Angst vor weiteren Eskalationen hatten sich die Eltern nach und nach aus der Therapie zurückgezogen. So hatte sich ein Teufelskreis komplementärer Eskalation ergeben (s. u.): die Eltern erlebten Gefühle von Sorge, Angst, Schuld und Hilflosigkeit, ohne ihrerseits eine Vorstellung zu haben, wie sie selbst aktiv eingreifen könnten. Die „guten Momente“ des Miteinanders und Nils' Kooperationsbereitschaft wurden vor diesem familiär angespannten Hintergrund als stark beeinträchtigt beschrieben. Bei allen Beteiligten herrschte eine niedergedrückte Stimmung vor, die durch geringes Selbstwertgefühl und eine ständige Befangenheit gekennzeichnet war. Die Eltern kamen in dem Wunsch, die Beziehung zu ihrem Sohn wieder zu verbessern und seinen Blutzuckerverlauf und seine Stoffwechselsituation positiv verändern zu helfen. Insgesamt hofften sie, dass sich in der Familie wieder eine optimistischere und konstruktivere Kommunikation etabliere.

Im Gespräch wurden die Eltern zunächst ermutigt, in der aktuellen Krisensituation den Kontakt mit Nils zu suchen, sich wieder für ihn erkennbar in der Familie präsent zu zeigen und so mit ihrer „elterlichen Stimme“ vernehmbarer zu werden. Es wurde vereinbart, dass die Eltern ihren Sohn bei der Diabetestherapie wieder aktiv unterstützen und beaufsichtigen, im Sinne einer „wachsamen Sorge“ (Omer, v. Schlippe, 2009, 2010). Es wurde vereinbart, dass die Eltern Nils einen freundlichen kurzen Brief schreiben, indem sie ihm ankündigen, dass sie sich wieder aktiver an seiner Diabetestherapie beteiligen würden, weil ihnen sein Wohlergehen wichtig sei. Der Brief sollte in einer entspannten und kooperativen Situation, außerhalb von Streitigkeiten nach dem Essen vorgelesen und übergeben werden, um Nils auf die stärkere Präsenz seiner Eltern vorzubereiten. Die Erfahrungen zeigen, dass das gemeinsame Verfassen einer solchen „Ankündigung“ als Ausdruck der elterlichen Selbstverpflichtung mit einer Verbesserung der elterlichen Kooperation einhergehen kann. Darüber hinaus kann eine Ankündigung dazu beitragen, die Situation für den Jugendlichen transparenter und verbindlicher zu machen, weil sie auf eine Stärkung der elterlichen Präsenz vorbereitet.

Darüber hinaus wurde gemeinsam überlegt, wie die Beziehung zu Nils (unabhängig von seinem problematischen Verhalten) wieder verbessert werden könnte, etwa durch kleine Gesten der Wertschätzung: Die Eltern schlugen vor, gemeinsame Aktivitäten wiederaufzu-

nehmen, die aus Ärger aufeinander beigelegt worden waren, wie etwa: gemeinsam Holz schlagen (Vater und Sohn) und gemeinsame Fernsehabeude bzw. Mahlzeiten, etwa in einem Restaurant. Im Gespräch war überlegt geworden, dass Nils wohl auf seinen Vater kooperativer reagieren würde. Daher beschlosssen wir, dass in den folgenden Wochen zunächst der Vater gemeinsam mit Nils die Therapiezuständigkeit übernehmen sollte. Die Mutter übergab ihrem Mann die Verantwortung für den Therapieprozess, um Eskalationen mit Nils zu vermeiden und um die Mutter-Sohn-Beziehung zu entlasten.

In der nächsten Sitzung berichteten die Eltern, dass sie nach dem letzten Gespräch in einer entspannten Situation Nils gegenüber angekündigt hatten, wieder stärker hinsichtlich seiner Diabetestherapie präsent zu sein. Nils habe dies zwar nicht mit Freude, aber akzeptierend aufgenommen. Seither kümmerte sich der Vater um die tägliche Therapie und sprach jeweils abends mit ihm das Blutzuckertagesprofil durch. Nils Blutzuckerwerte erfuhren eine deutliche Verbesserung. Die Erfahrung, wieder einen positiven Einfluss auf den Blutzuckerlauf nehmen zu können, schienen Vater und Sohn motiviert zu haben, der Diabetestherapie neue Aufmerksamkeit zu schenken. „Ich erlebe Nils wieder aktiver, ausgeglichener und zufriedener. Er ist wieder der Alte. Und ich fühle mich zuversichtlicher und kraftvoller“, fasste die Mutter ihre Erfahrungen mit dem Beratungsprozess zusammen.

Im Gespräch wurde das Engagement der Eltern gewürdigt. Zugleich wurde ihnen deutlich, dass Nils auch längerfristig noch weitere elterliche Präsenz benötigen wird, da der Therapieaufwand beim juvenilen Diabetes mellitus sehr hoch ist.

Das Fallbeispiel ist durchaus als typisch zu bezeichnen, wengleich das Diabetesteam der Klinik (bestehend aus einer Diabetologin, d. h. Fachärztin für diabetesbetroffene Kinder und Jugendliche, Diabetesberaterin, Ernährungsberaterin und Psychologin) immer wieder die Erfahrung macht, dass die Bemühungen regelmäßig von Rückschlägen unterbrochen werden. Die diabetesbetroffenen Jugendlichen durchlaufen immer wieder Phasen, in denen sie mit ihrer Krankheit hadern und gegen die Regelungen protestieren – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Therapie. Das Team versucht, diesen Krisen mit Familiengesprächen zu begegnen, in denen in Absprache mit den Eltern vermehrte Einzelkontakte der Jugendlichen mit unserer Diabetesberaterin angeboten werden. Insbesondere geht es darum, die Eltern zu unterstützen, nicht aufzugeben, sondern beharrlich in ihrer Präsenz zu bleiben.

Die komplementäre Eskalation

Das beschriebene Fallbeispiel geht von der Erfahrung der Eltern aus, zunehmend an den Rand der Familie gerückt zu sein. Ihre „elterliche Stimme“ wurde sukzessive leiser, während ihr Sohn immer stärker „das Zepter in die Hand genommen“ hatte. Krankheitserfahrungen

können Familien die „Power“ nehmen (Cohen, 1999) und sie zutiefst verunsichern. Die chronische Krankheit kann die Gleichgewichte in der Familie massiv verschieben, sodass es zu einer Beeinträchtigung bzw. gar zu einem Verlust der elterlichen Präsenz kommen kann, nicht nur bei erziehungsunsicheren Eltern. Die Eltern können sich – beispielsweise aus Mitleid oder aus Schuldgefühl über ihren Anteil an der sogenannten „psychosomatischen Verursachung“ hoher Blutzuckerwerte, z. B. bei Streitigkeiten, – gebunden fühlen. Sie wagen nicht, ihre elterliche Autorität einzusetzen, verlieren so ihre moralische Überzeugung, als Eltern handeln zu können und dürfen. So rücken sie zunehmend an den Rand der Familie, in deren Zentrum mehr und mehr das Kind mit seiner Krankheit steht, die es machtvoll einsetzt. Die Eltern scheuen möglicherweise den Konflikt mit einem diabetesbetroffenen Kind bzw. Jugendlichen aus Sorge und Angst. Häufig meinen sie, ihm entstünden doch ohnehin schon viele Nachteile durch die chronische Erkrankung. Doch in Familien kollidieren die Bedürfnisse von Kindern und Erwachsenen immer wieder und unweigerlich, die Auseinandersetzungen zwischen ihnen sind wichtig für den Entwicklungsverlauf des Kindes bzw. Jugendlichen. So sieht etwa Juul (2000) die Fähigkeit, Konflikte durchzuhalten, als geradezu lebenswichtig an: Kinder lernen in der gesunden Auseinandersetzung, ihr Verhältnis zu Mitmenschen zu klären wie auch Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen, anstatt anderen die Schuld für Misserfolge zu geben. Auch Omer und v. Schlippe (2010) beschreiben kindliche Entwicklung als einen Prozess von Anstrengungen, die Schwierigkeiten auf dem Lebensweg zu bewältigen. Kindern, die durchgängig vor diesen Erfahrungen geschützt werden, fehlt ein wesentlicher Baustein, um ihr Selbstbild und ihren Selbstwert zu entwickeln.

Die nicht geführten Auseinandersetzungen zwischen dem Kind bzw. Jugendlichen mit Diabetes können in eine Dynamik münden, in der die Eltern immer wieder den Forderungen ihres Kindes nachgeben, das Kind seine Forderungen steigert, die Eltern in ihrer Unsicherheit und Hilflosigkeit weiter nachgeben und so eine Form der gegenseitigen Eskalation entsteht, die in Anlehnung an Bateson (1981) als „komplementär“ (Nachgiebigkeit erzeugt gesteigerte Forderungen) bezeichnet wird (Omer, v. Schlippe, 2002, 2004). Diese Dynamik ist Teil eines Musters, das häufig in Familien mit chronischen Erkrankungen zu beobachten ist. Diabetesbetroffene Jugendliche können ihren Eltern z. B. den Einblick in die täglichen Blutzuckerläufe verwehren und wollen in der Diabetestherapie selbst „das Heft in die Hand nehmen“ (wie Nils). Dies kann jedoch bei selbst reifen Jugendlichen eine Überforderung darstellen, weil die Therapie (mindestens sechs tägliche Blutzuckermessungen, morgens und abends Injektionen von langwirkendem Insulin und dazwischen zu jeder Mahlzeit die Berechnung der Nahrungsmittel und die dazu passenden kurz wirksamen Insulinmengen plus Applikation, s. Hürter, Lange, 2001) sehr aufwändig ist.³

4) Eine ausführliche Beschreibung der Diabetestherapie und psychosozialer Belastungsfaktoren findet sich in Ollefs (2011).

Der hier vorgestellte Beratungsansatz, der mit einer Veränderung in der elterlichen Haltung mithilfe von Deeskalationsmethoden, Ankündigungen, Versöhnungsgesten und Aktivierung sozialer Unterstützung einhergehen kann, beruht auf der Idee des gewaltlosen Widerstands als Mittel des Protestes gegen Unterdrückung von Mahatma Gandhi und Martin Luther King (Sharp, 1973). Das Systemische Elterncoaching wurde auf der Basis der sozial-politischen Doktrin des gewaltlosen Widerstandes als Beratungsansatz für Eltern von Kindern mit massiven Verhaltensproblemen von dem israelischen Psychologen Haim Omer entwickelt und gemeinsam mit Arist v. Schlippe in Deutschland vorgestellt (Omer, v. Schlippe, 2002, 2004). Das Systemische Elterncoaching im Modell des gewaltlosen Widerstandes möchte einen Rahmen anbieten, in dem die *Beziehung* zwischen Jugendlichen und ihren Eltern wieder möglich wird, die Kontrolle des kindlichen Verhaltens steht nicht im Vordergrund.

Das Vorgehen im Coaching ist zwar zunächst handlungsorientiert, doch die Interventionen zielen auf eine Veränderung der elterlichen Haltung ab. Es wird eine Haltung angestrebt, die von folgender Botschaft getragen wird: „Wir sind deine Eltern und uns liegt an dir. Und weil du uns wichtig bist, können wir es nicht zulassen, dass du dir schadest bzw. du dich schlecht gegenüber uns bzw. anderen zeigst. Wir werden alles dafür tun, dass sich dein problematisches Verhalten ändert, aber wir werden dich nicht attackieren bzw. dir Gewalt antun. Wir wissen, dass wir dich nicht kontrollieren können, wir kämpfen *um* dich, aber nicht *gegen* dich!“

Im Mittelpunkt des Coachings steht das Bestreben der Eltern,

- Selbstkontrolle über ihr eigenes Verhalten im Sinne von Deeskalation zu gewinnen,
- ihren Protest gegen Zustände auszudrücken, die sie als unhaltbar erleben,
- aus der Isolation herauszutreten und
- soziale Unterstützung zu aktivieren.

Die Eltern werden im Coaching angeregt, wieder persönliche Präsenz zu erlangen und dabei zunächst ihre eigenen Entwicklungsschritte in Richtung Präsenz zu fokussieren und wertzuschätzen. Omer und Lebowitz (2012) zufolge können Eltern ihrer Rolle, als Anker für ihr Kind zu fungieren, nicht mehr gerecht werden, wenn sie die Stützpfiler ihrer eigenen Stärke verlieren, welche die folgenden vier Aspekte umfasst:

1. ihr „elterliches Gewicht“, das heißt die Selbstverwurzelung in ihrer elterlichen Pflicht, Präsenz und Fürsorge;
2. die Schaffung einer Lebensstruktur für die Familie (Familienregeln, Grenzen, Gewährleistung eines sicheren Rahmens für die Eltern, sowohl für sie individuell als auch für die Paarbeziehung);
3. die Verbindung zu einem sozialen Netzwerk, um Unterstützung zu finden und um eigene Sichtweisen zu reflektieren;

4. ihre Selbstkontrolle, das heißt die Fähigkeit, sich von impulsiven und destruktiven Reaktionen abzuhalten und elterliche Ziele geduldig und beharrlich (z. B. die Diabetestherapie) zu verfolgen.

Gleichzeitig werden die Eltern ermutigt, unabhängig vom Problemverhalten der Kinder, die Beziehung durch kleine Gesten der Wertschätzung wiederherzustellen bzw. zu festigen.

Beziehungsgesten: Unverzichtbare Signale der Wertschätzung und der Liebe

Mit den Eltern war gleich zu Beginn der Beratung überlegt worden, wie „Momente eines guten Miteinanders“ mit Nils wieder gepflegt werden könnten, die unter den beschriebenen Eskalationen gelitten hatten. Gesten der Wertschätzung und der Liebe sind nicht an materielle Geschenke gebunden, wie dies bei einer Belohnung oder positiven Verstärkung der Fall wäre. Vielmehr werden sie unabhängig vom kindlichen Verhalten angeboten, um zu zeigen, dass die Eltern trotz der Konflikte an einer guten Beziehung zu ihm interessiert sind. Deshalb orientieren die Gesten sich an den Interessen oder Vorlieben des Kindes bzw. Jugendlichen. Das kann z. B. eine Zeitschrift über ein Thema sein, das das Kind interessiert und die „beiläufig“ mitgebracht wird: „Als ich das gesehen habe, habe ich an dich gedacht und es für dich gekauft!“ Die Eltern werden darauf vorbereitet, dass das Kind die Geste zunächst vermutlich zurückweisen wird („Mir doch egal!“). Dies tut es vielleicht, um nicht das Gesicht zu verlieren oder weil es zeigen will, dass es sich nicht manipulieren lässt. Sie sollten die Versöhnungsgesten einseitig aufrechterhalten, im Sinne einer bewussten Haltung, die das Gegenüber nicht kontrollieren möchte, sondern langfristig darauf abzielt, eine positive Beziehung zu schaffen.

Das beschriebene Vorgehen setzt die Veränderungsbereitschaft von Eltern voraus, die zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes nicht immer gegeben ist, weshalb eine nachstationäre Betreuung manchmal notwendig und hilfreich ist. Abschließend soll die interdisziplinäre Betreuung einer Mutter im Christlichen Kinderhospital Osnabrück vorgestellt werden, die infolge einer sogenannten „postpartalen Depression“ zum Zeitpunkt der Krise kaum Hilfe und Unterstützung hatte annehmen können.

Fallbeispiel 3: Eine Mutter mit einer „Postpartalen Depression“

Ben war in der 26. Schwangerschaftswoche (d. h. Anfang des sechsten Schwangerschaftsmonats) als extrem frühgeborenes Kind per Kaiserschnitt entbunden worden. Während seiner Betreuung auf der Frühgeborenenintensivstation hatte er sich zunehmend stabilisiert und gut entwickelt. Die Mutter, die ihn während des gesamten Krankenhausaufenthaltes über 14 Wochen täglich besucht, begleitet und versorgt hatte, bat auf Vermittlung der be-

handelnden Ärztin um ein Gespräch wenige Wochen vor Bens Entlassung. Hier berichtete sie, sich angesichts der konflikthaften Paarbeziehung mit Bens Vater stark belastet zu fühlen. Dieser habe die Schwangerschaft von Anfang an abgelehnt und sich bislang wenig um seinen Sohn gekümmert. Sie hätten sich zwar räumlich auf der Paarebene getrennt, der Vater würde aber im Zuge der anstehenden Entlassung zunehmend sein Besuchsrecht einfordern. Diese Kontakte seien sehr konfliktreich und belastend, weil er wenig verlässlich sei und sie kaum unterstütze. Die Mutter berichtete darüber hinaus, dass sie noch einen gemeinsamen sechsjährigen Sohn hätten, bei dem ein ADHS diagnostiziert worden sei, dieser benötige sehr viel Aufmerksamkeit in der Erziehung und stehe kurz vor seiner Einschulung.

Gerade Frühgeborene, die nur über ein sehr eingeschränktes Wahrnehmungs- und Kommunikationsrepertoire verfügen, sind auf sensitive Bindungspersonen angewiesen: Je unreifer der Säugling ist, desto geringer sind seine Aufmerksamkeitsspanne und seine Fähigkeit, Reize zu verarbeiten, d. h., die Interaktionsfähigkeit ist eingeschränkt (Rose et al., 2005). Daher sind Frühgeborene auf Eltern angewiesen, die mit großer Feinfühligkeit ihre Signale aufgreifen, sie prompt beantworten, damit sie Selbstwirksamkeit erleben und ihre Kommunikationsfähigkeit erweitern können. Mechthild und Janus Papoušek haben den Begriff des „intuitiven Elternprogramms“ entwickelt, ein angeborenes Bindungsverhalten, das Eltern universell mitbringen und intuitiv einsetzen, um mit ihrem Säugling in Kommunikation treten zu können. Im Säuglingsalter ist ein komplementäres Kommunikationsmuster in der Eltern-Kind-Interaktion lebensnotwendig für die Bindungsentwicklung: Der Säugling, mit der Motivation und der Fähigkeit zum Lernen ausgestattet, und die Eltern, mit Motivationen und Fähigkeiten zur komplementären Unterstützung des Lernens versehen, bedingen sich gegenseitig in der Bindung (Papoušek, 2004). Dieses Muster ermöglicht es dem Kind, im Dialog mit der Mutter bzw. den Eltern sein Kommunikationsrepertoire kontinuierlich zu erweitern, zunächst durch Mimik und Gestik und später durch Sprache. Mit zunehmendem Alter des Kindes erprobt dieses – und die Eltern gleichermaßen – die Grenzen der Komplementarität in der Interaktion mit seinen Eltern („Warte!“ – „Nein, ich will es jetzt!“). Es macht so Erfahrungen mit unterschiedlichen Variationen von Komplementarität und Symmetrie – mit „ja“ und „nein“. Indem diese Grenzen ausgehandelt werden, geschieht soziales Lernen. Wenn Eltern durch eigene emotionale Krisen belastet sind, droht der intuitive Zugang zum Kind erschwert zu werden, weshalb die Unterstützung und Begleitung gerade junger Eltern zur Stärkung der Eltern-Kind-Bindung notwendig ist. In einigen Fällen und speziell bei Frühgeborenen kann die Eltern-Kind-Beziehung verändert sein, v. a. wenn der sozioökonomische Status niedrig ist bzw. Frauen über wenig nährenden Beziehungen, d. h. soziale Unterstützungssysteme, verfügen.

Frau T. wirkte im Kontakt erschöpft, melancholisch, niedergeschlagen und, bezogen auf ihre Zukunftsperspektive, besorgt und ängstlich, im Sinne einer postpartalen Depression.

Sie berichtete darüber hinaus, dass sie in den letzten Jahren aufgrund von Depressionen psychotherapeutisch eingebunden war und kurzzeitig Antidepressiva genommen habe. Allerdings konnte sie sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vorstellen, angesichts der erforderlichen hohen zeitlichen Präsenz für ihre beiden Söhne und vor dem Hintergrund ihrer Antriebslosigkeit erneut um eine längerfristige psychotherapeutische Unterstützung anzufragen, was aus meiner Perspektive als Psychologin und Familientherapeutin indiziert gewesen wäre. Gleichwohl ist die verminderte Bereitschaft zur Psychotherapie, gerade postpartal, kein Einzelfall, weil sich die jungen Mütter vielfach belastet fühlen und keine Kraft und Zuversicht aufbringen können, die die Basis für eine Veränderung darstellen.

Wie konnten wir Frau T. gleichwohl ein niederschwelliges Angebot offerieren, um für sie und ihre Familie einen stabilisierenden Rahmen zur Verfügung zu stellen, zumal sie isoliert lebte (ihre Eltern wohnten weit entfernt) und es nur wenig Bezugspersonen gab, die ihr zur Seite stehen konnten?

Mit dem interdisziplinären Team erörterten wir Möglichkeiten und boten ihr schließlich im Rahmen der sozialmedizinischen Nachsorge (§ 43 SGB) 20 Kontakte mit einer erfahrenen Kinderkrankenschwester an, die in der Betreuung von Frühgeborenen versiert ist. Da Frau T. die Kinderkrankenschwester schon während Bens Krankenhausaufenthalt kennengelernt und zu ihr Vertrauen hatte, konnte sie sich auf diese Hilfe einlassen. Vereinzelt wurden mit Frau T. innerhalb dieser Nachsorge familientherapeutische Gespräche geführt, die von Ressourcenaktivierung, Ermutigung und der Einbeziehung von Bezugspersonen gekennzeichnet waren.

Die Familie T. wurde nachstationär regelmäßig ein bis zwei Mal pro Woche ambulant von der Kinderkrankenschwester besucht, betreut und begleitet und sie stand für Fragen und Unsicherheiten rund um Ben zur Verfügung. Gleichzeitig konzentrierten wir uns in Absprache mit Frau T. auf eine interdisziplinäre Vernetzung und Kommunikation mit der niedergelassenen Kinderärztin, Frau T.s Hausarzt wie auch auf den Kontakt zu anderen Hilfsstellen (Kooperation mit dem Jugendamt), im Sinne der Aktivierung von sozialer Unterstützung. Diese Begleitung und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit hat Frau T. sehr entlastend erlebt, weil sie sich aus eigener Kraft nicht in der Lage sah. Im Rahmen der Teambesprechungen (psychosoziale Mitarbeiterinnen mit den erfahrenen Kinderkrankenschwestern aus dem Nachsorgeprojekt), die 14-tägig stattfinden, wurden gemeinsam Ideen für weiterführende Unterstützungsangebote erörtert und die Kollegin aus der Kinderkrankenpflege im Kontakt zu Familie T. supervidiert.

In den darauf folgenden Monaten stabilisierte und verbesserte sich Frau T.s psychische Befindlichkeit zunehmend. Darüber hinaus konnte sie aus der sozialen Isolation heraustreten

und vermehrt die Beziehungen und den Austausch mit einigen Freundinnen suchen. Schließlich war es ihr mit Unterstützung aus der sozialmedizinischen Nachsorge möglich, sich an eine Beratungsstelle zu wenden und um eine längerfristige Unterstützung anzufragen.

Abschlussbemerkung

Schon vor über zwei Jahrzehnten wurden familienmedizinisch ausgerichtete Kurse, Schulungs- bzw. Betreuungsangebote für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen in Zusammenarbeit mit der psychologischen Fakultät der Universität Osnabrück initiiert und entwickelt, die in zahlreichen Publikationen beschrieben wurden (z. B. v. Schlippe, Theiling, 2005; Szczepanski et al., 2001). Im Bereich der somatoformen Störungen hat sich mittlerweile ein Betreuungsangebot etabliert, das den Betroffenen und ihren Familien neben einer somatischen Abklärung im Christlichen Kinderhospital eine psychosoziale Betrachtungsweise eröffnet. Zunehmend werden Säuglinge und Kleinkinder mit Regulationsstörungen (Schlaf-, Schrei-, Ess- und Gedeihstörungen) stationär aufgenommen, deren Eltern ebenfalls von einer psychosozialen Beratung profitieren.

Auch Kindern und Jugendlichen in akuten Krisen (z. B. nach Intoxikationen in suizidaler Absicht, bei Essstörungen), die in die Klinik stationär aufgenommen werden, kommt eine interdisziplinäre Betrachtungsweise und Konzeptualisierung zugute. In dieser hoch sensiblen Lebensphase bietet der Psychosoziale Fachbereich ein Beziehungs- und Betreuungsangebot, um die Patienten und ihre Familien für die psychosozialen Aspekte und für weiterführende professionelle Hilfsangebote zu sensibilisieren und gegebenenfalls bei der Suche nach einer längerfristigen Betreuung zu unterstützen. Dabei werden u. a. die Konzepte der systemischen Familienmedizin (Altmeyer, Kröger, 2003) sowie die der elterlichen Präsenz (Ollefs, 2011; Omer, v. Schlippe, 2002, 2004, 2010) miteinander verknüpft. Die Ansätze sind miteinander kompatibel, weil das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand auf der Basis des systemischen Familientherapieansatzes entwickelt wurde und v. a. bei eskalierten Konfliktsituationen indiziert ist, wenn Eltern Gefahr laufen, ihre Präsenz im Leben ihres Kindes zu verlieren. Es setzt daher bei den Eltern an, wenn die Kinder wenig Bereitschaft mitbringen, in die Gespräche einbezogen zu werden. An dieser Stelle werden die Eltern in der Beratung darin unterstützt, eine neue Rahmung auf der Basis und in der Haltung des gewaltlosen Widerstandes zu setzen, die eine Musterunterbrechung und neue Selbstorganisation ermöglicht.

Auch ganz junge Eltern werden in der Neonatologie (Frühgeborenenmedizin) häufig an ihre Grenzen geführt, wenn ihr Kind zu früh geboren wird bzw. sie mit akuten und möglichen langfristigen Einschränkungen bzw. Behinderungen ihrer Kinder konfrontiert werden. Diese Eltern gilt es in Krisen aufzufangen und sie in ihrer Elternrolle und in dem Aufbau einer sicheren Bindung zum Kind zu unterstützen.

Die Forschungen zeigen, dass die frühzeitige psychische Diagnostik und Intervention mit einer hohen Effektivität hinsichtlich des Therapieerfolgs korreliert, zumal die aufgezeigten psychischen Störungen eine Tendenz zur Chronifizierung zeigen. Hierbei kommt einer etablierten interdisziplinären Zusammenarbeit ein hoher Stellenwert zu, vor allem zwischen den Bereichen der Pflege, Medizin, Psychologie und Pädagogik als auch im Kontakt zu den niedergelassenen PädiaterInnen. So wird eine ganzheitliche Betrachtungsweise ermöglicht, in deren Rahmen ein familienmedizinisches Behandlungskonzept erarbeitet wird.

Aktuell steht die interdisziplinäre Zusammenarbeit in vielen Kinderkrankenhäusern auf dem Prüfstand, da die Rückvergütung der Personalkosten in der Pädiatrie (die im Vergleich zur Erwachsenenheilkunde deutlich höher sind) nur unzureichend ausfällt. Viele Kinderkrankenhäuser arbeiten mittlerweile an der wirtschaftlichen Belastungsgrenze und müssen finanzielle Defizite mittels anderer Abteilungen (Erwachsenenheilkunde, Sozialpädiatrische Zentren, Kinder- und Jugendpsychiatrie) kompensieren. Vor dem Hintergrund der genannten gesellschaftlichen Entwicklungen klafft eine Lücke zwischen dem Bedarf von Familien einerseits und der Tendenz zur „Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ andererseits.

Literatur

- Altmeyer, S., Kröger, F. (2003). Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bateson, G. (1981). Ökologie des Geistes. Suhrkamp: Frankfurt a. M.
- Claßen, M. (2012). Rezidivierende Bauchschmerzen – Rationelle Diagnostik und zielgerichtete Therapie. *Consilium infectiorum*, 3. Sonderheft zur Interdisziplinären Kinder- und Jugendmedizin – Der Blick über den Tellerrand. Infecto Pharm: Heppenheim, S. 1-4.
- Cohen, M. (1999). Family coping with childhood chronic illness: a research review. *Families, Systems & Health* 17, S. 149-164.
- Hürter, P., Lange, K. (2001). Kinder und Jugendliche mit Diabetes. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Ihle, W., Groen, G., Walter, D., Petermann, F. (2012). Depressionen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Bd 16. Göttingen: Hogrefe.
- Juul, J. (2000). Grenzen, Nähe, Respekt. Reinbek: Rowohlt.
- Kölch, M. (2012). Komorbidität bei somatoformen Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 160, S. 27-31.
- Noeker, M. (2008). Funktionale und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.
- Ollefs, B. (2011). Stärkung der elterlichen Präsenz im Modell des gewaltlosen Widerstandes in der Diabetesbetreuung bei Kindern und Jugendlichen. In: Schindler, H., Loth, W., v. Schlippe, A. (Hrsg.), *Systemische Horizonte*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 145-153.
- Omer, H., Lebowitz, E. (2012). Ängstliche Kinder unterstützen – die elterliche Ankerfunktion. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Omer, H., Schlippe, A. v. (2002). *Autorität ohne Gewalt. Coaching für Eltern mit Verhaltensproblemen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Omer, H., Schlippe, A. v. (2004). *Autorität durch Beziehung. Die Praxis des gewaltlosen Widerstands in der Erziehung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Omer, H., Schlippe, A. v. (2009). *Stärke statt Macht. „Neue Autorität“ als Rahmen für Bindung*. *Familiendynamik* 34, S. 256-265.
- Omer, H., Schlippe, A. v. (2010). *Stärke statt Macht. Neue Autorität in Familie, Schule und Gemeinde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Papoušek, M. (2004). *Regulationsstörungen in der frühen Kindheit*. Göttingen: Huber.
- Pleyer, K.H. (2003). *Parentale Hilflosigkeit, ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern*. *Familiendynamik* 28 (4), S. 467-491.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2006). *Bella-Studie im Rahmen von KIGGS*, Robert Koch Institut Berlin. Verfügbar unter: <http://www.kiggs.de/index.html> [letzter Zugriff am 24.1.2013].
- Rose, S. A., Feldmann, J. F., Jankowski, J. J., Van Rossem, R. (2005). *Pathways from prematurity and infant abilities to later cognition*. *Child Development* 76, S. 1172-1184.
- Schlippe, A. v., Theiling, S. (2005). *Niemand ist allein krank – Osnabrücker Lesebuch zu chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*. Lengerich: Pabst.
- Schwenkmezger, P., Schmidt, L. (Hrsg.) (1994). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke.
- Sharp, G. (1973). *The Politics of Nonviolent Action*. Boston, MA: Porter Sargent (Pub.).
- Simon, F. (1995). *Die andere Seite der Gesundheit*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Szczepanski, R., Schon, M., Lob-Corzilius, T. (2001). *Neurodermitis: Das juckt uns nicht!* Stuttgart: Thieme.

Dr. phil Barbara Ollefs, Dipl.-Psychologin, systemische Familientherapeutin und systemische Supervisorin, Fachpsychologin in der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Langjährige Erfahrungen in der Pädiatrie am Christlichen Kinderhospital Osnabrück, Lehrbeauftragte an der Universität Osnabrück, FB Humanwissenschaften, Fach Klinische Psychologie und am IF Weinheim – Institut für systemische Ausbildung & Entwicklung für das systemische Elterncoaching. In der Supervision und Weiterbildung tätig. Verheiratet, drei Töchter.