

Inhalt

| | |
|--|-----|
| Editorial: Fachspezifische Therapie <i>Ingo Spitzczok von Brisinski</i> | 2 |
| Gruppentherapie zur Förderung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen bei Kindern mit Verhaltensproblemen (FESKKO) <i>Sabine Maur-Lambert, Christina Schwenck, Klaus-Ulrich Oehler</i> | 6 |
| Das Präventionsprojekt am Ludwigshafener St. Marienkrankenhaus: Erste Erfahrungen mit einem Müttercaféangebot <i>Jochen Gehrman, Silvia Müller, Anne Meiners, Sandra Hofmann, Barbara Filsinger, Alexandra Neugebauer, István Bechtold, Elke Boida</i> | 15 |
| Ressourcenorientierte Teamentwicklung <i>Ute Lauterbach</i> | 28 |
| Reflektierende Familien - oder Bench-Marking für Familiensysteme <i>Filip Caby</i> | 46 |
| Kindheit und Jugend in Ost und West - Auswirkungen auf die therapeutische Haltung und den therapeutischen Prozess <i>Renate Sannwald, Ulrich Bahrke</i> | 60 |
| <i>Zur Diskussion gestellt:</i> Die Psychiatrie im 20. Jahrhundert – ein Rückblick <i>Reinhard Lempp</i> | 72 |
| Kinder- und jugendpsychiatrische Gedanken zum 60. Jahrestag der Deklaration der Menschenrechte <i>Christoph Funk</i> | 85 |
| Qualitätsmanagement Toolbox (3) <i>Julia Bellabarba</i> | 92 |
| <i>Buchrezensionen</i> | |
| Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen | 95 |
| Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie | 98 |
| ADHS – kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst | 100 |
| <i>Hinweise für Autoren</i> | 102 |

Editorial: **Fachspezifische Therapie**

„Erkennt der Hausarzt, dass sein begrenzten Möglichkeiten nicht ausreichen, den Fall diagnostisch und therapeutisch erfolgversprechend zu betreuen, so wird er den Patienten an einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie überweisen. Dies sollte er insbesondere dann tun, wenn die Diagnose unklar ist, eine intensive fachspezifische Therapie notwendig ist und längerfristige AU (Arbeitsunfähigkeit) droht oder bereits eingetreten ist“ schreiben Frieboes et al. (2005, S. 51) und Maur-Lambert et al. (2008, S.) „FESKKO richtet sich an Kinder mit externalisierenden und internalisierenden Verhaltensschwierigkeiten sowie mit Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung im Alter zwischen 7 und 13 Jahren. ... Der Grund für die breite Indikationsstellung liegt darin, dass viele Kinder zwar Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die eher einen externalisierenden oder internalisierenden Schwerpunkt haben, dass aber fast immer auch Auffälligkeiten aus dem jeweils vermeintlich entgegengesetzten Störungsspektrum zu beobachten sind. ... Hinzu kommt, dass sich Behandler zumindest im stationären Bereich ihre Patienten nur selten „aussuchen“ können und zudem oft nicht über die erforderlichen zeitlichen Ressourcen verfügen – ganz pragmatisch muss man also sehr voneinander verschiedene Kinder in einer Gruppe behandeln. Zur Förderung von Ressourcen und Kompetenzen scheint uns sogar die *komplementäre* Besetzung von therapeutischen Gruppen im Kinderbereich besonders geeignet und wichtig“. Aus diesen beiden Zitaten wird bereits deutlich, dass störungsspezifische Ansätze oftmals um störungsunspezifische, aber fachgebietspezifische Ansätze ergänzt werden müssen. Weitere Ansätze, die eher fachgebietspezifisch denn störungsspezifisch und dennoch unverzichtbar sind (Aufzählung ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

Ressourcenaktivierung: Empirisch breit abgestützter Wirkfaktor bei vielen Therapieformen und –settings, der an den positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen des Patienten anknüpft, indem die Art der Hilfe so gestaltet wird, dass der Patient sich in der Therapie auch in seinen

Stärken und positiven Seiten erfahren kann. Dazu gehört auch die Aktivierung der Ressourcen von Angehörigen (Karpel 1986, Spitzcok von Brisinski 2004) sowie von Schule, Jugendamt und anderen größeren Systemen (Conen 2008, Imber-Black 2006).

Fördermaßnahmen zur Erhöhung der Resilienz: Interventionen bzw. Programme zur Verbesserung der Fähigkeit, Lebenskrisen, Krankheiten, Verlust von nahestehenden Menschen usw. ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen bzw. keine sekundären Störungen zu entwickeln oder auch rasch zu genesen (Welter-Enderlin & Hildenbrand 2008).

Therapeutische Klärung: Empirisch gut belegter Wirkfaktor, bei dem es darum geht, dass dem Patienten dabei geholfen wird, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden. Der Zustand und die Lebenssituation des Patienten werden nicht unter der Perspektive des Könnens oder Nichtkönnens, sondern unter dem motivationalen Aspekt betrachtet. Beispiele für diesen Ansatz finden sich u. a. in der klassischen nichtdirektiven Gesprächspsychotherapie nach Rogers, in der Psychoanalyse, in Techniken der Gestalttherapie und in manchen Formen der systemischen Therapie. Nachweislich bedeutsame Symptomveränderungen, Befindlichkeitsverbesserungen, Persönlichkeitsveränderungen und positive Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich bei Patienten mit ganz unterschiedlichen Störungen treten ein, obwohl der Therapeut vermeidet, dem Patienten mit spezifischen Maßnahmen aktiv bei der Überwindung konkreter Schwierigkeiten zu helfen (Grawe et al. 1994).

Therapeutische Gemeinschaft: Diese Gesamtheit aller in einem Krankenhaus wirkenden therapeutischen Kräfte, die auch die Gemeinschaft aller Patienten, die sich gegenseitig bei ihrem Therapieprozess unterstützen, beinhaltet (Yablonsky 1990). Je nach Störungsbild kann es dabei nützlich oder auch kontraindiziert sein, eine störungshomogene Patientengruppe zu behandeln. So hat sich beispielsweise eine störungshomogene Patientengruppe bei Jugendlichen mit Suchterkrankungen bewährt und auch bei Jugendlichen mit sexueller Delinquenz (Spitzcok von Brisinski et al. 2007), während dies bei Störungen des Sozialverhaltens kontraindiziert ist (Barkley 2006).

Psychopharmakotherapie: Weder Neuroleptika noch SSRI wirken im engeren Sinne störungsspezifisch. Vielmehr gibt es kaum ein kinder- und jugend-

psychiatrisches Störungsbild, für das nicht Studien existieren, die eine positive Wirkung eines der beiden oder gar beider Substanzgruppen beschreiben (DGKJP et al. 2007, Spitzcok von Brisinski & Habermeyer i. Dr.). Zudem spielen Motivationsfaktoren beim Patienten, bei den Angehörigen, in der Peer Group, bei den Lehrkräften und auch im therapeutisch-pflegerischen Team eine wichtige Rolle (Spitzcok von Brisinski 2003).

In diesem Forum-Heft stehen störungsübergreifend wirksame Ansätze und Faktoren mehr im Vordergrund als störungsspezifische. Außer zwei Arbeiten über unterschiedliche Formen von Gruppentherapie werden Angehörigenarbeit, Teamentwicklung und kulturell-historische Erfahrungen näher beleuchtet. Alle hier erläuterten Konzepte verstehen sich nicht als Ersatz für störungsspezifische Interventionen, sondern als Ergänzung. Oder, wie Grawe (1994) es ausdrückte: „Am wirksamsten ist Psychotherapie dann, wenn Therapeuten alle Wirkfaktoren in Betracht ziehen und sie, wann immer sich die Möglichkeit dazu bietet, systematisch zu nutzen versuchen. Es geht um Schwerpunktsetzungen und nicht um eine Entscheidung für das eine oder das andere.“

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

Barkley, R. (2006) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford

Conen, M.-L. (Hg.) (2008) Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 4. Auflage

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (Hg.) (2007) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag

Frieboes, R.-M., Zaudig, M., Nosper, M. (Hg.) (2005) Rehabilitation bei psychischen Störungen. München, Jena: Urban & Fischer

Grawe, K. (1994) Was sind die wirklich wirksamen Ingredienzien der Psychotherapie? Einführungreferat von Prof. Klaus Grawe auf dem Psychotherapiekongress 1994 in Hamburg. <http://klaus.psychotherapie.org/ref-grawe.html>

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

- Imber-Black, E.* (2006) Familien und größere Systeme. Im Gestrüpp der Institutionen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 5. Auflage
- Karpel, M. A.* (Ed.) (1986) Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy. New York: Guilford Press
- Maur-Lambert, S., Schwenck, C., Oehler, K.-U.* (2008) Gruppentherapie zur Förderung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen bei Kindern mit Verhaltensproblemen (FESKKO). Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 18(4),
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2003) Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. Zeitschrift für systemische Therapie 21, 157-167
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2004) Elternberatung in der Lerntherapie aus systemischer Sicht. Sprachrohr, 2, 8-21
- Spitzcok von Brisinski, I., Gruber, T., Hinrichs, G., Schaff, C.* (2007) Sexuell delinquentes Verhalten. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (Hg.) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 437-452
- Spitzcok von Brisinski, I., Habermeyer, E.* (im Druck) Pathologische Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle In: Fegert, J.M.; Streeck-Fischer, A.; Freyberger, H. J. (Hg.) Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer
- Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B.* (Hg.) (2008) Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 2. Auflage
- Yablonsky, L.* (1990) Die Therapeutische Gemeinschaft. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit. Weinheim: Beltz
- Eggers, C., Fegert, J. M., Resch, F.* (2004) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin - Heidelberg: Springer

Gruppentherapie zur Förderung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen bei Kindern mit Verhaltensproblemen (FESKKO)

*Sabine Maur-Lambert, Christina Schwenck
und Klaus-Ulrich Oehler*

Konzept der Gruppe

Das FESKKO-Konzept ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiertes Gruppentherapiemanual zur Förderung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen im Kindesalter. Gefördert werden sollen:

- die De- und Enkodierung von Emotionen, der funktionale Umgang mit negativen Emotionen (Emotionsregulation), Perspektivenübernahme und Empathie;
- die Identifikation und Korrektur dysfunktionaler Wahrnehmungsmuster (Selbst- und Fremdwahrnehmung), Kognitionen und Schemata;
- selbstsicheres und prosoziales Verhalten;
- Selbstwertgefühl und Selbstfürsorge;
- Handlungskontrolle und Problemlösefähigkeiten.

Das Konzept ist modulartig konzipiert. Das Manual stellt eine Vielzahl von Materialien bereit, die Therapeuten individuell einsetzen können. Es stellt eine erhebliche Erweiterung des Gruppentrainings für ängstliche Kinder von Maur-Lambert, Landgraf und Oehler (2003) dar.

Unser Konzept ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert i.S. des für Kinder wichtigen Pragmatismus der Verhaltenstherapie: Vorgabe klarer Strukturen, direktives Vorgehen, positives und korrekatives unmittelbares Feedback, Aktivieren von Ressourcen, aktives Problembewältigen, Erleben alternativen Verhaltens, Erleben stabiler interpersoneller Beziehungen, Förderung korrekativer emotionaler Erfahrungen (vgl. Lammers, 2006), Umstrukturierung dysfunktionaler kognitiver und emotionaler Prozesse.

Zielgruppen und Ziele

FESKKO richtet sich an Kinder mit externalisierenden und internalisierenden Verhaltensschwierigkeiten sowie mit Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung im Alter zwischen 7 und 13 Jahren. Es ist für die Durchführung in Gruppen gedacht, die eine Größe von etwa 5 bis maximal 8 Kindern haben sollten. Die Gruppen können offen oder geschlossen sein. Die Durchführung kann ambulant oder im stationären Rahmen erfolgen. Weiterhin sind Vorschläge für die Elternarbeit integriert (Elternabend und wöchentliche Elternarbeit).

Der Grund für die breite Indikationsstellung liegt darin, dass viele Kinder zwar Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die eher einen externalisierenden oder internalisierenden Schwerpunkt haben, dass aber fast immer auch Auffälligkeiten aus dem jeweils vermeintlich entgegengesetzten Störungsspektrum zu beobachten sind. So kämpfen viele hyperaktiv-aufmerksamkeitsgestörte Kinder mit Versagens- und Leistungsängsten und einem geringem Selbstbewusstsein, viele dissoziale Kinder mit einem zu ausgeprägten Selbstbewusstsein und wenig Empathie, viele ängstliche und depressive Kinder mit Wutanfällen und oppositionellem Verhalten. Die Kombination der Auffälligkeiten lässt bei einer Reihe dieser Kinder ein unsicheres Bindungsmuster und die frühe und wiederholte Verletzung elementarer Grundbedürfnisse wie Kontrolle, Lust, Bindung und Selbstwerterhöhung vermuten (Grawe, 2004). Bei einigen dieser Kinder weisen Qualität und Quantität der Verhaltensschwierigkeiten bereits in Richtung einer Gefährdung der Persönlichkeitsentwicklung (vgl. Adam und Peters, 2003).

Hinzu kommt, dass sich Behandler zumindest im stationären Bereich ihre Patienten nur selten „aussuchen“ können und zudem oft nicht über die erforderlichen zeitlichen Ressourcen verfügen – ganz pragmatisch muss man also sehr voneinander verschiedene Kinder in einer Gruppe behandeln. Zur Förderung von Ressourcen und Kompetenzen scheint uns sogar die *komplementäre* Besetzung von therapeutischen Gruppen im Kinderbereich besonders geeignet und wichtig. Wer einmal versucht hat, eine Gruppe mit ausschließlich hyperaktiv-dissozialen Kindern zu leiten, wird uns zustimmen (es kann als belegt gelten, dass eine Gruppe mit ausschließlich dissozialen Kindern kontraindiziert und iatrogen ist; Barkley, 2006).

Der gruppentherapeutische Ansatz bietet dabei für Kinder mit internalisierenden, mit externalisierenden und mit Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung Lernmöglichkeiten. Das gemischte Gruppensetting hat dabei drei Vorteile:

- Das Sozialverhalten eines Kindes ist automatisch (diagnostischer und therapeutischer) Gegenstand des Settings.
- Die Kinder lernen voneinander und miteinander – nicht nur Defizite, sondern auch bereits vorhandene Kompetenzen und Ressourcen können genutzt werden.
- In der Gruppe lernen Grundschul Kinder (insb. auch schwächer begabte) deutlich besser als in der therapeutischen Einzelsituation mit einem erwachsenen Therapeuten.

Die in der Gruppe bearbeiteten Themen und die Verhaltens- und Erlebensweisen des jeweiligen Kindes können in der Einzeltherapie mit dem Kind aufgegriffen und vertieft werden.

Die gruppentherapeutische Behandlung ist natürlich nur ein Baustein innerhalb der multimodalen Behandlung von externalisierenden und internalisierenden Störungsbildern bei Kindern. Es kann andere indizierte Maßnahmen nicht ersetzen, insbesondere nicht die Arbeit mit den Eltern, einzeltherapeutische Ansätze, Maßnahmen der Jugendhilfe oder eine Medikation (vgl. dazu ausführlich Adam und Peters, 2003). Im Rahmen eines individuell angepassten Behandlungskonzeptes für das jeweilige Kind ist über Sinn und Notwendigkeit einer solchen gruppentherapeutischen Maßnahme zu entscheiden. Eine gewisse Gruppenfähigkeit sowie grundlegende Kenntnisse im Lesen und Schreiben sind Voraussetzung für die Teilnahme. Auch lernbehinderte Kinder können profitieren.

Struktur der Gruppe

Im ambulanten Setting haben wir die Gruppe bisher so durchgeführt, dass einem zweistündigen Elternabend 10 Einheiten mit den Kindern folgten. Jede Einheit dauerte etwa 60-70 Minuten, und im Anschluss daran wurde noch einmal eine halbe Stunde mit den Eltern gesprochen.

Im stationären Bereich wird FESKKO als offene Gruppe durchgeführt; dies ist nach unseren bisherigen Erfahrungen ohne Probleme möglich. Der Einbezug der Eltern hängt wesentlich von den Ressourcen der Eltern ab.

Jede Stunde des Manuals ist gleich strukturiert und umfasst folgende Punkte:

(1) *Rückmeldebogen*: Für jedes Kind füllen die Therapeutinnen am Ende jeder Stunde den sogenannten „Rückmeldebogen“ aus: es wird ihnen rückgemeldet, was sie gut gemacht haben und was sie noch lernen können. Zu Beginn der nächsten Stunde wird der Bogen dann vom jeweiligen Kind vorgelesen und es wird noch einmal ermuntert, in der folgenden Stunde besonders auf das zu achten, was es noch lernen kann.

(2) *Übungsaufgabe besprechen*: Die Hausaufgabe der Kinder wird gemeinsam besprochen.

(3) *Aktuelle Übung*: Die aktuelle Übung bildet das Kernstück der jeweiligen Stunde, zeitlich sind dafür etwa 30 Minuten vorgesehen. Für die Übungen kommen meist Rollenspiele und Arbeitsblätter zum Einsatz sowie verschiedene Hilfsmaterialien.

(4) *Neue Übungsaufgabe*: Die neue Hausaufgabe wird erläutert.

(5) *Selbsteinschätzung*: Der Bogen zur Selbsteinschätzung greift individuelle Probleme des Kindes auf und ist insbesondere für Kinder gedacht, bei denen Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung bestehen. Den Selbsteinschätzungs-Bogen füllt das Kind am Ende der Stunde aus, die Therapeutin kreuzt ihre Einschätzung dann mit einer anderen Farbe an. Diskrepanzen und Übereinstimmungen können im Einzelgespräch besprochen werden.

Zur Struktur gehört auch, dass es klare Regeln gibt und entsprechende positive und negative Konsequenzen (Kontingenzmanagement).

Inhalte der Gruppe

FESKKO umfasst folgende verschiedene Module, die im folgenden ausführlich beschrieben werden. Die Auswahl und Reihenfolge der Module hängt vom Setting (ambulant vs. stationär), von der Dauer der Gruppe, vom Alter der Kinder und von ihren Problemen ab. Die Module können beliebig kombiniert und ergänzt werden. Für alle Themen sind zahlreiche kindgemäße Aufgaben, Rollenspiele und Arbeitsblätter entwickelt worden. Diese Materialien können teilweise auch in der Einzeltherapie zum Einsatz kommen.

Modul Selbstwert: In diesem Modul geht es zunächst darum, eigene Fähigkeiten und Talente herauszuarbeiten, zu benennen und visuell darzustellen. Weiter werden positive Rückmeldungen von anderen schriftlich eingeholt (von Eltern, Großeltern, Betreuern, anderen Kindern in der Gruppe). Zur Ressourcen- und Stimmungsförderung wird auch Wert auf den Aufbau positiver Aktivitäten und die Durchführung euthymer Maßnahmen gelegt.

Modul Emotionen: Im Zentrum steht die Förderung des De- und Enkodierens der wichtigsten Basisemotionen (glücklich, traurig, ängstlich, wütend) und die Verknüpfung mit Erfahrungen des eigenen Lebens. Die Kombination aus Psychoedukation, kreativer Beschäftigung und Rollenspielen fördert das emotionale Erleben und die prozessuale Aktivierung. Dieses Modul enthält auch Hinweise auf ergänzendes Therapiematerial zum Thema Emotionen (z.B. GefühleMix-Spiel, 2008).

Modul Kognitionen: Zunächst werden dysfunktionale Kognitionen („Wolkengedanken“) identifiziert und dann sukzessive durch funktionale Gedanken („Sonnengedanken“) ersetzt. Dies wird in Rollenspielen zu verschiedenen Themen eingeübt. Zentrale „Sonnengedanken“ werden auf Kärtchen notiert und in den Alltag des Kindes implementiert.

Modul Selbst- und Fremdwahrnehmung: Hier geht es zum einen um die Förderung von Perspektivenübernahme und Empathie, zum anderen das Bewusstmachen der Auswirkungen eigenen Verhaltens auf andere (z.B. „Wie mache ich andere glücklich?“). Entsprechende Rückmeldungen ziehen sich darüber hinaus natürlich kontinuierlich durch die therapeutische Gruppe.

Modul Problemlösen: Die Förderung des Problemlösens setzt auf zwei Ebenen an: zum einen auf der kognitiven Ebene im Sinne des Generierens verschiedener Lösungsmöglichkeiten und des Durchspielens der damit verbundenen Konsequenzen. Zum anderen auf der Ebene der Verbesserung der Emotionsregulation, nämlich des Umgangs mit Traurigkeit („Der Tröster“), Wut („Der Wutbändige“, Förderung der Selbstkontrolle) und Angst („Der Mutmacher“, Mut-mach-Pläne).

Modul Familie: Dieses Modul beginnt mit einer Imaginationsübung zum Thema Familie und leitet über zur kreativen Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensumwelt der Kinder.

Modul Psychoedukation: Zur Vertiefung des Wissens der Kinder über ihr eigenes Störungsbild haben wir drei spezifische psychoedukative Einheiten zu folgenden Störungen entworfen: ADHS/ADS, Angststörungen und Depressionen. Gemeinsam mit den Kindern werden Symptome, einfache Zusammenhänge (z.B. zwischen Stimmung und Aktivierung) und die Behandlungsmöglichkeiten erarbeitet.

Modul Förderung sozialen Verhaltens: Dieses Modul hat zwei Ebenen: zum einen läuft die Förderung des sozialen Verhaltens selbstverständlich in allen Stunden aktiv mit. Maßgeblich sind hier Rückmeldebogen und die aktive Haltung der Therapeutinnen. Darüberhinaus können aber – insbesondere mit den etwas älteren Kindern – noch Techniken zur Einübung selbstsicheren Verhaltens angewandt werden (orientiert sich an Hinsch und Pfingsten, 2007, dem Kindesalter angepasst).

Arbeit mit den Eltern

Inhaltlich umfasst die Arbeit mit den Eltern im Rahmen dieser Gruppe folgende Punkte: intensive Psychoedukation, aktive Unterstützung des Kindes, Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, Stärkung der Erziehungskompetenz mit dem Ziel des Selbstmanagements sowie Austausch und Motivation der Eltern innerhalb der Gruppe. Ebenso wie bei den Kindern sind auch wöchentliche Hausaufgaben für die Eltern vorgesehen.

Anforderungen an die Therapeuten

Eine psychotherapeutische Ausbildung zur Führung einer solchen Gruppe halten wir für unabdingbar; cotherapeutisch stellen andere Berufsgruppen oft eine Bereicherung dar. Es hat sich als ausgesprochen vorteilhaft erwiesen, eine solche Gruppe mit zwei Therapeutinnen durchzuführen.

Es ist uns sehr wichtig zu betonen, dass in diesem Konzept zwar Anregungen für die Gestaltung der therapeutischen Stunden gegeben werden im Sinne von konkreten Übungen und Techniken, dass aber diese Übungen und Techniken nur „erfolgreich“ sein können, wenn sie innerhalb einer intensiven therapeutischen Beziehung eingesetzt werden. Dazu gehört unseres Erachtens:

- eine genaue Kenntnis des Kindes, seiner Problematik und seiner familiären Situation,
- die Fähigkeit zur komplementären und ressourcenorientierten Beziehungsgestaltung,
- positiv-warmherzige Autorität, Zugewandtheit, Klarheit und Humor im Umgang,
- prozessorientiertes Wahrnehmen und Handeln,
- bewältigungsorientierte Hilfestellungen,
- die Fähigkeit, positive und negative Verstärkungen im richtigen Maß einzusetzen,
- Flexibilität im Umgang mit Materialien und Techniken.

Die Kombination von Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie, Gruppensetting, therapeutischer Beziehung und störungsspezifisch zugeschnittenen Inhalten soll eine verbesserte Bedürfnisbefriedigung für das jeweilige Kind zum Ziel haben. Die beispielsweise von Grawe (2004) ausführlich referierten vier Grundbedürfnisse, deren frühe und andauernde Verletzung so erhebliche Auswirkungen auf die Kinder hat, mit denen wir arbeiten, versuchen wir durch unser Konzept in folgender Weise anzusprechen:

| Das Bedürfnis nach | ... wird angesprochen durch: |
|-------------------------|---|
| Kontrolle | Immer gleiche Struktur der Stunden, feste Rituale, klare Regeln, Transparenz, individuelles Anforderungsniveau, nachvollziehbare und faire Rückmeldungen, Bewältigungserfahrungen bei Problemen, Verlässlichkeit der Therapeuten, Psychoedukation |
| Lust | Motivierung, kindgemäße, ansprechende Materialien, Humor, Erfolgserlebnisse, neue positive Erfahrungen |
| Bindung | Positive, tragfähige, komplementäre therapeutische Beziehung, positive Beziehungen zwischen den Kindern |
| Selbstwerterhöhung | Interesse an den Kindern, positive Rückmeldungen, häufige Erfolgserlebnisse, Ressourcenaktivierung, Bewältigungserfahrungen bei Problemen |

Fallbeispiel

Die 8jährige Sophie kam wegen einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode sowie einer spezifischen Phobie (nämlich der, an Essen zu ersticken) in unsere Behandlung. Die Phobie wurde im Rahmen der Einzeltherapie behandelt und remittierte schnell.

In der Gruppe imponierte ein sehr gehemmt und unsicher wirkendes Mädchen, das nur leise und zaghaft sprach, kaum Blickkontakt hielt und von sich aus nicht auf andere Kinder zuging. Aufgrund der Depression war Sophie nur ansatzweise emotional schwingungsfähig mit nahezu eingefrorener Mimik, die sie für andere Kinder „unattraktiv“ machte, was sie wiederum als Zurückweisung erlebte. Sophie neigte sehr stark zum Grübeln und äußerte typisch depressiv gefärbte Ängste. Sie versuchte ihre Eltern und auch die Therapeutinnen stark unter Druck zu setzen, sie möglichst postwendend wieder zu entlassen. An den Wochenenden führte sie Stimmungsprotokolle.

Sophie profitierte in zweierlei Hinsicht besonders von der Gruppe: erstens verbesserte sie ihre soziale Kompetenzen deutlich, d.h. sie sprach lauter, sie meldete sich von sich aus, sie achtete mehr auf die anderen Kinder (nicht nur auf die Therapeutinnen) und trat verstärkt mit ihnen in Interaktion, konnte sich auch besser durchsetzen. Die anderen Kinder bemerkten die Veränderungen und zeigten sich wieder interessierter an ihr. Zweitens konnten im kognitiven Teil – da sie für ihr Alter außergewöhnlich reflektiert war – sehr gut dysfunktionale Kognitionen identifiziert und modifiziert werden. Dafür benutzten wir vor allem den Bogen „Was fühle, denke und mache ich?“, den Sophie jeden Tag (also nicht nur um Rahmen der Gruppe ausfüllte). Von diesem Bogen profitierte Sophie sehr, weil er nicht nur die kognitive Seite der Depression reflektiert, sondern auch die Aktivierung des Kindes beinhaltet (auf deren Umsetzung die Betreuer im Alltag achteten).

Die Eltern wurden eng in die Behandlung eingebunden, insb. auch die ängstliche und sehr besorgte Mutter. Anfänglich standen psychoedukative Maßnahmen im Vordergrund, dann wurde auf die Eltern-Kind-Beziehung fokussiert. Sehr hilfreich war, dass die Eltern die auf Station eingesetzten therapeutischen Materialien auch zuhause benutzten.

Nach vier Wochen konnten wir Sophie vollständig remittiert und guter Laune nach Hause entlassen. Ambulant besuchte sie einmal wöchentlich eine mototherapeutische Kindergruppe. Im 6-Monats-Follow-up sahen wir ein fröhliches, locker erzählendes, humorvolles Mädchen, das uns mit einer glänzenden Parodie ihrer Lehrerin verblüffte und erfreute.

Aussicht

Das Konzept wurde auch auf dem letzten BKJPP-Kongress in Bad Homburg in einem Seminar dargestellt. Weitere Seminare dazu finden Interessierte unter www.fkjp.de.

Literatur

Adam, A. & Peters, M. (2003). *Störungen der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: BeltzPVU.

Lammers, C. (2006). *Emotionsbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Maur-Lambert, S., Landgraf, A. & Oehler, K.U. (2003). *Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern*. Dortmund: verlag modernes lernen.

Vogt, M. (2008). *Das GefühlMix Spiel*. Bremen: Manfred Vogt Spieleverlag.

Verfasser

Sabine Maur-Lambert, Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis (www.psychotherapie-mz.de), Leiterin des Fortbildungsinstituts für Kinder- und Jugendpsychologie (www.fkjp.de), An der Markthalle 4d, 55127 Mainz, Email: sml@fkjp.de.

Dr. Christina Schwenck, Diplom-Psychologin, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Fuchsleinstr. 15, 97080 Würzburg.

Dr. Klaus-Ulrich Oehler, Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg, www.dr-oehler.de

Das Präventionsprojekt am Ludwigshafener St. Marienkrankenhaus: Erste Erfahrungen mit einem Müttercaféangebot

*Jochen Gehrman¹, Silvia Müller¹, Anne Meiners¹,
Sandra Hofmann¹, Barbara Filsinger², Alexandra Neuge-
bauer², István Bechtold und Elke Boida¹*

¹Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und ²Psychotherapie und Klinik für Geburtshilfe des St. Marien- und St. Annastifts-Krankenhaus in Ludwigshafen a. Rh.

Zusammenfassung

Seit 2007 nimmt das St. Marien- und St. Annastifts-Krankenhaus mit einem eigenen Standortkonzept am Vier-Länder-Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ mit wissenschaftlicher Begleitung der Universität Ulm teil. Einer psychosozialen Anamnese kommt dabei in der Geburtshilfe eine Schlüsselfunktion zu. Der *Ludwigshafener peripartale Erhebungsbogen (LupE)* hat sich inzwischen bewährt, um gravierende psychosoziale Risiken bereits im Kreissaal zu erfassen. Eine Familienhebammennachsorge und eine interdisziplinäre Fallarbeit in einer Clearingstelle bewähren sich ebenfalls, um Kinder mit expliziten Risikokonstellationen früh zu schützen. Wir berichten hier nun über erste, wenn auch durchaus kritisch zu bewertende klinische Erfahrungen mit einem weiteren frühen Hilfsangebot: einem Müttercafé als offenes Gruppenangebot für Risikomütter und ihre Kinder. Das Müttercafé soll junge Eltern mit kumulierten psychosozialen Risiken und daher hohem Unterstützungsbedarf aktivieren und motivieren, verlässlich Verantwortung für ihre Kinder zu übernehmen, um durch einen kontinuierlicheren Kontakt zu helfenden Institutionen Krisensituationen und Schwierigkeiten besser zu be-

wältigen. Die Inanspruchnahme des offenen und letztendlich unverbindlichen Unterstützungsangebots erleben wir bis auf Einzelfälle bisher aber als eher gering. Nach unseren ersten Erfahrungen dürften daher aufsuchende Hilfen für junge Mütter mit kumulierten psychosozialen Risiken langfristig effektiver sein als ein offenes und unverbindliches Gruppenangebot innerhalb einer Klinik. Perspektivisch gehen wir außerdem davon aus, dass solche offenen Beratungs- und Kontaktangebote auch im Sinne einer geringeren Stigmatisierung letztendlich besser im Bereich freier Träger bzw. von Beratungsstellen als innerhalb eines Krankenhauses angesiedelt werden können und sollten. Die Finanzierung des erhöhten Ressourcenbedarfs bei der Umsetzung früher Kinderschutzmodelle insgesamt bleibt aber eine nicht zu unterschätzende und bislang ungeklärte Herausforderung.

„Guter Start ins Kinderleben“

Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder sind besonders gefährdet, Opfer von Kindesmisshandlungen bis hin zu -tötungen zu werden (Ziegenhain, 2005, 2006; Ziegenhain & Fegert, 2007). Die Phase zwischen Kreißsaal und etwa dem fünften Lebensjahr ist präventiv entscheidend (Filsinger et al., 2008; Kratzsch, 2005). Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder sind besonders gefährdet (Gehrmann, 2007). Zwei Drittel aller misshandlungsbedingten Todesfälle ereignen sich innerhalb der ersten zwei Lebensjahre – oder anders ausgedrückt – gerade im ersten Lebensjahr sterben mehr Kinder als Folge von Vernachlässigung und Misshandlung als in jedem späteren Alter (Deegener & Körner, 2005). Bedauerlicherweise verlassen gerade Mütter mit kumulierten psychosozialen Risiken (Laucht et al., 1998; Rutter, 2001) häufig abrupt und besonders früh die Wochenbettstation, bevor Hilfsangebote zu ihrer Unterstützung und zum Schutz ihrer Kinder tatsächlich greifen können. Kinder von Beginn an zu schützen und hilfsbedürftige Mütter früh zu unterstützen, ist das Ziel des Vier-Länder-Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ unter der wissenschaftlichen Begleitung der Universitätsklinik Ulm (Frau PD Dr. Ziegenhain, Prof. Fegert) (<http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-undjugendpsychiatrie-psychotherapie/home/forschung/guter-start-ins-kinderleben.html>).

Das Ludwigshafener Präventionsprojekt

Zunächst wurde in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI; Dr. Kindler) und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Ulm ein Erhebungsbogen, der *Ludwigshafener peripartale Erhebungsbogen (LupE)* (Abb. 1), entwickelt, der sich im Praxialltag schnell und problemlos anwenden lässt und folgende Schwerpunkte erfasst: (1.) besondere (auch soziale Belastungen), so Alter der Mutter < 18 Jahre, schwere Konflikte in der Schwangerschaft, Kinder bereits in Pflege, bekannte psychische Erkrankung der Mutter, Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch; (2.) mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen; (3.) deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen des Kindes, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen, zum Beispiel schwere Behinderung, Mehrlinge, extreme Frühgeburtlichkeit; (4.) beobachtete deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes; (5.) starke Zukunftsängste, erkennbare Überforderung oder Ablehnung des Kindes der Hauptbezugsperson und (6.) sonstige erhebliche Risiken. Anschließend schulten Mitarbeiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie die Ärzte, Hebammen und Krankenschwestern der Klinik für Geburtshilfe darin, diesen Screeningbogen, den *Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (LupE)*, anzuwenden. Die Fallbewertung erfolgt vor oder kurz nach der Geburt – zur besseren Visualisierung analog den Ampelfarben nach einem festgelegten Bewertungsschema - in den Kategorien: grün (kein erhöhter Unterstützungsbedarf), gelb (leicht erhöhter Unterstützungsbedarf) und rot (hoher bis sehr hoher Unterstützungsbedarf). Im letzten Fall wird der Familie über die Teilnahme am Modellprojekt eine besonders ausgebildete Hebamme angeboten. Freiwilligkeit und die Motivation, Hilfen freiwillig als solche zu akzeptieren, haben Vorrang, d.h. die Mutter entscheidet freiwillig über das Angebot. Falls die werdenden Eltern diese Hilfe nicht annehmen, erfolgt ein zusätzliches Gespräch mit einer von zwei besonders geschulten Fachärztinnen der Abteilung. Dies beinhaltet zum einen die nochmalige Vermittlung der Hilfe, dient aber vor allem auch der Abschätzung, ob eine akute Kindeswohlgefährdung vorliegt. Wird dies bejaht und die Mutter lehnt trotz motivierender Gespräche erforderliche Hilfen vehement ab, erfolgt nach § 8a SGB ggf. eine Mitteilung an das zuständige Jugendamt.

Müttern, deren Ressourcenbedarf höher eingeschätzt wird als die tatsächlich vorhandenen Ressourcen, bieten speziell geschulte und motivierte Familienhebammen (Schneider, 2006) eine relativ niedrig schwellige, psychosoziale und medizinische, aufsuchende Hebammennachsorge über sechs Monate an.

Diese individuelle Nachsorge dient auch dazu, den mittelfristigen individuellen Hilfsbedarf der Familie vor Ort zu ermitteln. Die Hebammen haben den direkten Kontakt mit den Müttern häufig schon vor der Geburt und besuchen sie auch danach noch zu Hause. Eine gute Gelegenheit, mehr über das soziale Umfeld der Eltern herauszufinden: Wie sieht es in der Wohnung aus, hat die Mutter einen festen Partner, Freunde und Familie? Wenn zum Beispiel kein Geld für den Kinderwagen da ist oder Möbel fehlen: Die Familienhebammen wissen, wo es Hilfe gibt und vermitteln die entsprechenden Kontakte. Denn oft kennen die Betroffenen die rund 20 komplementären Angebote in Ludwigshafen nicht. Oder die Hürden scheinen unüberwindlich: Die Anträge auf eine größere Wohnung auszufüllen oder als Ausländerin die vielen Behördengänge zu erledigen.

In einer Clearingstelle besprechen unter der Leitung der Klinik für Geburtshilfe interdisziplinär Ärzte der Geburtshilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, des sozialpädiatrischen Zentrums, Sozialarbeiter, Hebammen und Mitarbeiter der zuständigen Jugendämter anonymisiert alle laufenden Fälle des Präventionsprojekts in monatlichen Treffen. Gegen Ende der Familienhebammenachsorge, d.h. etwa nach sechs Monaten, erfolgt in der Clearingstelle eine abschließende Bewertung und die Empfehlung ggf. weiterführender Hilfsangebote, so der ambulanten Jugendhilfe, von Beratungsstellen oder des sozialpädiatrischen Zentrums. Im Falle eines Abbruchs der Teilnahme durch die Mutter erfolgt stets zeitnah eine interdisziplinäre Bewertung, ob tatsächlich eine Kindeswohlgefährdung vorliegt und ggf. dann die Einschaltung des zuständigen Jugendamtes (Übersicht zum Ludwigshafener Präventionsprojekt: Filsinger et al., 2008; Abb. 2).

Beispiele für Elterncaféangebote

Elterncaféangebote sind bereits vielerorts und in unterschiedlichen Bereichen etabliert. Interessierte und hilfesuschende Eltern erhalten dabei meist ein kontinuierliches Angebot zur Unterstützung von Erziehungsfähigkeit, Sprach- und Gesundheitsförderung sowie interessengeleitet weiteren Unterstützungsangeboten. Das Elterncafé stellt dabei Kontakte zwischen den Eltern und weiteren Institutionen und Beratungseinrichtungen her. Bereiche, in denen sich Elterncafés bewähren, sind zum Beispiel der schulische Bereich, so in Berlin, Dortmund, Hamburg, Köln, mit einem Schwerpunkt, Kontakte und Austausch zwischen Lehrern, Eltern und Schülern zu fördern.

Andere Angebote wenden sich an umschriebene Zielgruppen, so das Elterncafé für werdende Eltern im Studium der Fachhochschule, Universität, des Studentenwerks und des Bündnis für Familie der Stadt Osnabrück oder ein

ähnliches Angebot der Universität Wien, die neben Kennen lernen, Austausch, Vernetzung einen besonderen Schwerpunkt auf Informationen zum Thema „Studieren mit Kind“ für die Zielgruppe junger studierender Eltern legen. Offene Elterncaféangebote zum Erfahrungsaustausch unter Eltern, Informationen, insbesondere Anstöße für die Erziehung, aber auch zu einer sinnvollen gemeinsamen Freizeitgestaltung finden darüber hinaus in vielen anderen Institutionen statt, so in Familienzentren bzw. Mehrgenerationenhäusern, z.B. in Moers, in Kindertagesstätten, z.B. in Hamburg, Offenbach, in Stadtteiltreffs, so im Heinz-Fitschen-Haus in Osnabrück, oder auch in Familienbildungsstätten, so z.B. in Hamburg-Harburg, um nur einige wenige Beispiele zu nennen.

Das Müttercafé im Rahmen des Ludwigshafener Präventionsprojektes

Ein Müttercaféangebot (federführend organisiert durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie) mit offenen Gesprächs- und Informationsangeboten ergänzt das Angebot der Familienhebammennachsorge und soll die Bindung der Mütter zum Projekt fördern. Hier sollen sich Mütter und Kinder in einer Gruppe treffen und Informationen zu Themen wie, Säuglingsgesundheit, der eigenen psychischen und physischen Gesundheit von Müttern, Arbeit, Wohnraum, Hilfsangebote usw., erhalten.

Zielgruppe

sind junge Mütter mit kumulierten psychosozialen Risiken, d.h. konkret der Kategorie rot (hoher bis sehr hoher Unterstützungsbedarf) mit dem Instrument des *Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (LupE)*. Das Müttercafé soll junge Eltern mit kumulierten psychosozialen Risiken und daher hohem Unterstützungsbedarf aktivieren und motivieren, verlässlich Verantwortung für ihre Kinder zu übernehmen, um durch einen kontinuierlicheren Kontakt zu helfenden Institutionen Krisensituationen und Schwierigkeiten besser zu bewältigen.

Unsere ersten Erfahrungen

Das Müttercafé konnte anfänglich leider aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen nur alle vier Wochen, inzwischen aber alle zwei Wochen für jeweils anderthalb Stunden Dauer angeboten werden. Durch die kürzeren Zeitabstände soll den Müttern nun ein besserer Kontaktaufbau untereinander, aber auch zum Team, ermöglicht werden und es sollte ein kontinuierlicheres

Angebot geschaffen werden, falls eine Mutter an einem Termin nicht teilnehmen kann.

Den Rahmen gestalten wir bewusst unverbindlich, damit bei den Müttern weniger eine klassische „Therapie-Atmosphäre“ oder gar das Gefühl einer rigiden Kontrolle aufkommt. Zwei Mitarbeiterinnen (Sozialpädagoginnen, Psychologinnen) gestalten es als eine Art Café, wo bei Kaffee und Plätzchen die Möglichkeit eines informellen Austauschs, aber auch von gezielten Informationen und Beratung besteht. Meist kommen die Mütter nach einander und selten pünktlich, so dass der Anfang (und auch das Ende) eher fließend sind. Die Mütter bringen ihre Säuglinge und ggf. auch Geschwisterkinder mit. Wenn eine Mutter das erste Mal kommt, stellen sich alle Teilnehmerinnen zunächst vor und dann kommt daraufhin in der Regel rasch ein Gespräch in Gang. Uns fiel auf, dass sich die Mütter häufig zunächst über subjektiv negative Erfahrungen austauschen, die sie im Laufe der Schwangerschaft bzw. auch im Krankenhaus gemacht zu haben glauben.

Ziel des Treffens sind keine fest umrissenen therapeutischen Maßnahmen, sondern vorrangig den Müttern die Möglichkeit des Austauschs mit anderen betroffenen Müttern in ähnlichen Situationen zu bieten. Allein der Austausch über ihre Erfahrungen und solidarische Unterstützung in der Gruppe sind für die jungen Mütter entlastend. Außerdem stellen die Müttern auch konkrete Informationsfragen, die wir beantworten oder zu denen wir bis zum nächsten Treffen Informationen sammeln; so gab es z.B. Fragen zu spezifischen Ausbildungsmöglichkeiten in Teilzeit für junge Mütter, was wir beim nächsten Müttercaféerneut aufgriffen und diskutierten.

Dadurch dass wir z.B. die Entwicklung des Kindes betreffende Fragen beantworten, lassen sich Sorgen und Unsicherheiten der Mütter abbauen. Allerdings fällt uns auch auf, dass viele der Mütter sich relativ wenige Gedanken darum machen, ob die Entwicklung ihres Kindes tatsächlich alters angemessen oder verzögert ist. Bei ihnen scheint wenig Hintergrundwissen über die kindliche Entwicklung vorzuliegen, wodurch ein Gespräch darüber natürlich noch wichtiger wird. Einige der Mütter sagen dann auch durchaus. „*das habe ich ja gar nicht gewusst*“ oder „*das ist ja interessant.*“ In solchen Situationen fällt gerade bei sehr jungen Müttern auf, dass sie im Grunde selber noch recht kindlich-unreif strukturiert sind und nur über relativ wenige bzw. lückenhafte Kenntnisse im Umgang mit und über die normale Entwicklung von Säuglingen verfügen.

In den beobachteten Mutter-Kind-Interaktionen wird häufig deutlich, dass viele der teilnehmenden Mütter relativ rasch mit der Versorgung ihres Kindes überfordert wirken, die Bedürfnisse des Säuglings nicht richtig verstehen,

Signale des Säuglings nicht richtig interpretieren und als Konsequenz dann auch unangemessen reagieren. Nur wenige Mütter können in solchen (Überforderungs)situationen allerdings spontan und bereitwillig Hilfen annehmen; den meisten Müttern hingegen fällt es eher schwer, fremde Hilfen zu akzeptieren. Vorrangig auch die intuitive Fähigkeit, einen Säugling zu beruhigen, fehlt den Müttern häufig und sie werden selber rasch unruhig „*warum es denn ausgerechnet jetzt nicht klappt?*“

Viele Mütter sind jedoch nur ein- oder zweimal zum Müttercafé gekommen, danach leider nicht mehr. Dass sie zunächst kommen und danach nicht mehr, kann verschiedene Gründe haben, so dass die Hebammennachsorge endete bzw. die Teilnahme am Müttercafé ihnen zu aufwendig wurde, zumal es sich nicht um ein aufsuchendes Angebot handelt zum Beispiel im Gegensatz zu der Arbeit der Familienhebammen.

Lediglich eine Mutter kommt seit Beginn des Projekts sehr regelmäßig: sie steht einer besonders belasteten familiären Situation gegenüber: ihr zwei Jahre jüngerer Bruder liegt seit gut einem Jahr im Wachkoma in einer Klinik; alles drehe sich zu Hause nur um ihn; sie besuche ihn mit dem Kind mehrmals die Woche, macht sich große Hoffnungen, dass er noch mal aufwacht. Diese Mutter nutzt das Mütter-Café, um „einfach mal raus zu kommen.“ Da sie mitunter sogar auch alleine beim Müttercafé war, bietet sich ihr die Gelegenheit für intensive Gespräche über ihre persönliche familiäre Problematik. Dadurch kann sie sich in sehr persönlichen Gesprächen entlasten. Konkret hat das Team mit ihr berufliche Perspektiven überlegt und dazu mögliche Ansprechpartner und Informationsstellen vermittelt.

Trotz regelmäßiger schriftlicher Einladungen, persönlicher Telefonate, Einbindung der Familienhebammen, melden sich nur sehr wenige Mütter zu einem Treffen des Müttercafé vorher an (oder entschuldigen sich), so dass es immer schwer vorhersehbar ist, wie viele Mütter tatsächlich zu einem Treffen kommen werden.

Trotz häufiger telefonischer Nachfragen, früher Motivationsarbeit schon auf Entbindungsstation und auch dem Angebot einer persönlichen Teilnahme bzw. Begleitung durch die Familienhebammen, erweist es sich im Alltag schwierig, die Mütter zu einem nachhaltigen und konstanten Besuch des Müttercafé zu bewegen. Telefonische Zusagen sind dabei meist unzuverlässig.

Zentrale Ziele des Müttercafés am St. Annastiftskrankenhaus sind die Förderung

- stabiler **Bindungen**,
- so der Mutter-Kind-Beziehung, Unterstützung bei der Stabilisierung von Partnerschaften, Förderung stabiler Bindungen zu professionellen Ansprechpartnern, so Familienhebammen, Sozialarbeiterinnen, MitarbeiterInnen von Beratungsstellen, freien Trägern, Ärzten, sozialpädiatrischem Zentrum, Frühförderung, MitarbeiterInnen der Jugendhilfe; Schaffung eines Rahmens zur Kontaktaufnahme und zur Organisation von gegenseitiger Hilfe und Selbsthilfe; Abbau von Schwellenängsten bzw. Ressentiments vor der Inanspruchnahme externer Hilfen,
- der **Ressourcen** von Müttern (und Vätern),
- so psychische Entlastung bzw. Stabilisierung auch im Sinne eines Selbsthilfeaspekts, d.h. der Solidarität von Betroffenen, Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen, grundlegender Selbstregulationsmechanismen, Aufbau bzw. Erweiterung der Erziehungskompetenz, Förderung einer selbständigen Bewältigung von Alltagssituationen.
- der **Verantwortung**(sübernahme) der Mütter (und Väter),
- so für die eigene und die psychischen und physischen Gesundheit der Kinder, der Mütter und Väter selber, Unterstützung bei der Suche von Arbeit, angemessenem Wohnraum; damit zugleich Schutz der Kinder vor evtl. Vernachlässigung bzw. Misshandlung, Förderung eines aktiven und verlässlichen Engagements von Müttern und Vätern, Kooperation und Kommunikation, angemessene Bedürfnisregulierung und Konfliktbewältigung.

Erstes Fazit für die Praxis

- (1) Ärzte und Hebammen können die wesentlichsten Aspekte des Ludwigshafener Risikoscreenings im Kreissaal im Klinikalltag gut umsetzen. Der *Ludwigshafener peripartale Erhebungsbogen (LupE)*, hat sich als Screeninginstrument im Kreissaal bewährt.
- (2) Eine freiwillige Familienhebbammennachsorge bewährt sich ebenfalls.
- (3) Eine interdisziplinäre Clearingstelle nutzt Synergieeffekte, fördert zeitnahe und koordinierte Interventionen.

- (4) Da die jungen Mütter oft sehr isoliert leben, ist das hier vorgestellte Müttercafé eine gute Gelegenheit, andere betroffene Müttern kennen zu lernen, sich mit Ihnen auszutauschen und auch solidarische Unterstützung zu erfahren. Ratschläge von anderen Betroffenen werden besser akzeptiert als von professionellen Helfern.
- (5) Schwellenängste gerade auch im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ein solches Müttercafé aufzusuchen, stellen aber eine nicht zu unterschätzende Hürde bei der realen Inanspruchnahme dar.
- (6) Gerade für junge Hochrisikomütter mag der persönliche Aufwand zumindest subjektiv zu hoch erscheinen, um aus eigener Initiative regelmäßig ein Müttercafé zu besuchen. Sie sind besonders schwer zu einer aktiven Teilnahme zu motivieren und es fehlt auch ein für sie relevantes Anreizsystem.
- (7) Eine Teilnahme am Müttercaféangebot setzt daher häufig eine intensive Begleitung der Mutter, so durch eine Hebamme, voraus. Die Inanspruchnahme des offenen und letztendlich unverbindlichen Unterstützungsangebots erleben wir bis auf Einzelfälle bisher als eher gering.
- (8) Perspektivisch gehen wir davon aus, dass solche offenen Beratungs- und Kontaktangebote wie das hier vorgestellte Modellprojekt eines Müttercafés auch im Sinne einer geringeren Stigmatisierung besser im Bereich freier Träger bzw. von Beratungsstellen als innerhalb eines Krankenhauses angesiedelt werden können und sollten.
- (9) Für eine Hochrisikogruppe junger, allein stehender und auch psychisch stark belasteter Mütter mit geringen sozialen Kompetenzen dürfte darüber hinaus eine individuelle und aufsuchende Hilfe mit verbindlichen Absprachen (und durchaus auch Kontrollen) aber eine praktikablere und verbindlichere Alternative sein.
- (10) Das Präventionsprojekt deckt bislang nur die ersten sechs Monate nach der Geburt ab. Sofern nicht weitere ambulante Jugendhilfen oder insbesondere eine Anbindung an ein sozialpädiatrisches Zentrum früh erfolgen, bleibt somit gegenwärtig eine kritische Zeitlücke wenigstens bis zum 3. Lebensjahr.
- (11) Die Finanzierung des erhöhten Ressourcenbedarfs bei der Umsetzung früher Kinderschutzmodelle, so auch des hier dargestellten Müttercaféangebots, mit der Reduzierung von späteren Folgekosten sowohl im Gesundheits-, als auch im Sozialwesen, bleibt aber noch eine nicht zu unterschätzende und bislang letztendlich ungeklärte Baustelle. Tragfähige Finanzierungskonzepte

zu entwickeln, stellt unverändert einen Lackmустest dar, um solche Modellprojekte in den Alltag zu überführen. Ob wir das Müttercafé auch künftig anbieten können, wird entscheidend davon abhängen, ob wir es künftig weiter finanzieren können.

Danksagung

Das Müttercaféangebot wurde durch den Verein zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz (Kuratoriumsvorsitzende Roswitha Beck) finanziell gefördert. Wir danken Dres. Kindler (München), Kratzsch (Düsseldorf), Frau PD Dr. Ziegenhain (Ulm) und Frau Claudia Porr, Herrn Bernhard Scholten sowie Frau Ministerin Malu Dreyer (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, das das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ für das Rheinland-Pfalz trägt,) für ihre zahlreichen Anregungen und kritischen Diskussionen.

Literatur

Deegener G., Körner W. (2005) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.

Filsinger B., Bechtold I., Gehrman J. (2008) Die geburtshilfliche Anamnese als Schlüssel für frühe individuelle Hilfen nach der Geburt: das Präventionsprojekt am Ludwigshafener St. Marienkrankenhaus. *Frauenarzt* 49 (6), 528-530.

Gehrman J. (2007) Kindeswohlgefährdung aus ärztlicher Sicht. *Jugendhilfe* 45, 197-207.

Laucht M., Esser G., Schmidt M.H. (1998) Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung. Empirische Befunde. *Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26, 6-20.

Kratzsch W. (2005) Früherkennung und Prävention bei Kindern aus psychosozialen Hochrisikofamilien. *Kinderärztliche Praxis* 76, 370-377.

Rutter M. (2001) Longitudinal change in parenting associated with developmental delay and catch-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42, 649-659.

Schneider E. (2006) Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.

Ziegenhain U. (2005) Bindungstheoretisch konzeptualisierte Konzepte zur frühen Prävention. *Kinderärztliche Praxis* 76, 378-383.

Ziegenhain U. (2006) Wie erkennt man vernachlässigte und gefährdete Kinder. Münchner Medizinische Wochenschrift 24, 24-26.

Ziegenhain U., Fegert J.M. (Hrsg). (2007) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär, Bd.15. München: Reinhardt.

Silvia Müllers Adresse lautet inzwischen: c/o Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis Rösrath, Sülzthalplatz 1, 51503 Rösrath

Adresse des Erstautors:

Dr. med. Jochen Gehrman
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
St. Marien- und St. Anastiftskrankenhaus
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Karolina-Burger-Str. 51
67065 Ludwigshafen
Tel.: 0621 – 5702 4222
Fax: 0621- 5702 4242
Email: jochen.gehrmann@st-annastiftskrankenhaus.de
Internet: www.st-marienkrankenhaus.de


 Nr. 1.0 09.05.2007
 St. 1

Guter Start ins Kinderleben

| | | |
|--|--------------------------|--|
| Patientenidentität (oder Name, Vorname, Geburtsdatum der Mutter) | | Datum |
| | | Nr. |
| A. Besondere (auch soziale) Belastung | | |
| A.1 | <input type="checkbox"/> | Alter der Mutter <= 18 Jahre |
| A.2 | <input type="checkbox"/> | Alter der Mutter <= 20 Jahre und bereits ein Kind oder mehrere |
| A.3 | <input type="checkbox"/> | Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als ein Jahr) |
| A.4 | <input type="checkbox"/> | Unerwünschte Schwangerschaft |
| A.5 | <input type="checkbox"/> | Allein erziehend |
| A.6 | <input type="checkbox"/> | Schwere Konflikte in der Partnerschaft |
| A.7 | <input type="checkbox"/> | Gewalt in der Partnerschaft |
| A.8 | <input type="checkbox"/> | Kinder bereits in Pflege oder Adoption |
| A.9 | <input type="checkbox"/> | Familie bereits beim Jugendamt bekannt |
| A.10 | <input type="checkbox"/> | Heimeziehung der Mutter |
| A.11 | <input type="checkbox"/> | Eigene Misshandlungs- oder Misbrauchserfahrungen in der Kindheit |
| A.12 | <input type="checkbox"/> | Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen |
| A.13 | <input type="checkbox"/> | Nikotinkonsum > 20 Zig. am Tag |
| A.14 | <input type="checkbox"/> | Alkoholkonsum |
| A.15 | <input type="checkbox"/> | Drogenkonsum |
| A.16 | <input type="checkbox"/> | Mangelnde körperliche Hygiene |
| A.17 | <input type="checkbox"/> | Armut (beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, kein Schulabschluss) |
| A.18 | <input type="checkbox"/> | Soziale / Sprachliche Isolation |
| A.19 | <input type="checkbox"/> | Sonstiges/Bemerkungen: _____ |
| B. <input type="checkbox"/> mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen | | |
| C. <input type="checkbox"/> Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen | | |
| C.1 | <input type="checkbox"/> | Frühgeburtlichkeit |
| C.2 | <input type="checkbox"/> | Mehrlinge |
| C.3 | <input type="checkbox"/> | Angeborene/neonatal erworbene Erkrankungen |
| C.4 | <input type="checkbox"/> | Sonstiges/Bemerkungen: _____ |
| D. <input type="checkbox"/> Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes | | |
| D.1 | <input type="checkbox"/> | wirkt am Kind desinteressiert |
| D.2 | <input type="checkbox"/> | macht ablehnende Äußerungen über das Kind |
| D.3 | <input type="checkbox"/> | wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig |
| D.4 | <input type="checkbox"/> | gibt auffallend häufig das Kind ab |
| D.5 | <input type="checkbox"/> | fehlendes Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse des Kindes, reagiert überzogen gestresst z.B. wenn das Kind schreit oder spuckt |
| D.6 | <input type="checkbox"/> | kein Besuch |
| E. <input type="checkbox"/> Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden | | |
| F. <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |
| _____ | | |
| Beurteilung | | |
| <input type="checkbox"/> | grün | Hebamme möglich |
| <input type="checkbox"/> | gelb | Hebamme empfohlen (nur A - oder nicht A und bis 2 Punkte bei B-E oder F) |
| <input type="checkbox"/> | rot | Familienhebamme (A und mind. 1 Punkt bei B-E oder 3 Punkte bei B-E oder F) |
| <input type="checkbox"/> | sonstiges | _____ |

Der Ludwigshafener peripartaler Erhebungsbogen (LuPE) wurde im Rahmen der Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ von Dr. Barbara Pfäfers, Dr. Jochen Gellmann, Dr. Ingrid Bachold, St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus Ludwigshafen, Priv.-Doc. Dr. Urs Ziegenhans, Universitätsklinikum Ulm und Dr. Heinz Kinfde, Deutsches Jugendinstitut e.V., München, entwickelt. Eine Verwendung außerhalb des Projektes ist nur unter Angabe dieser Quelle und der Autoren zulässig.

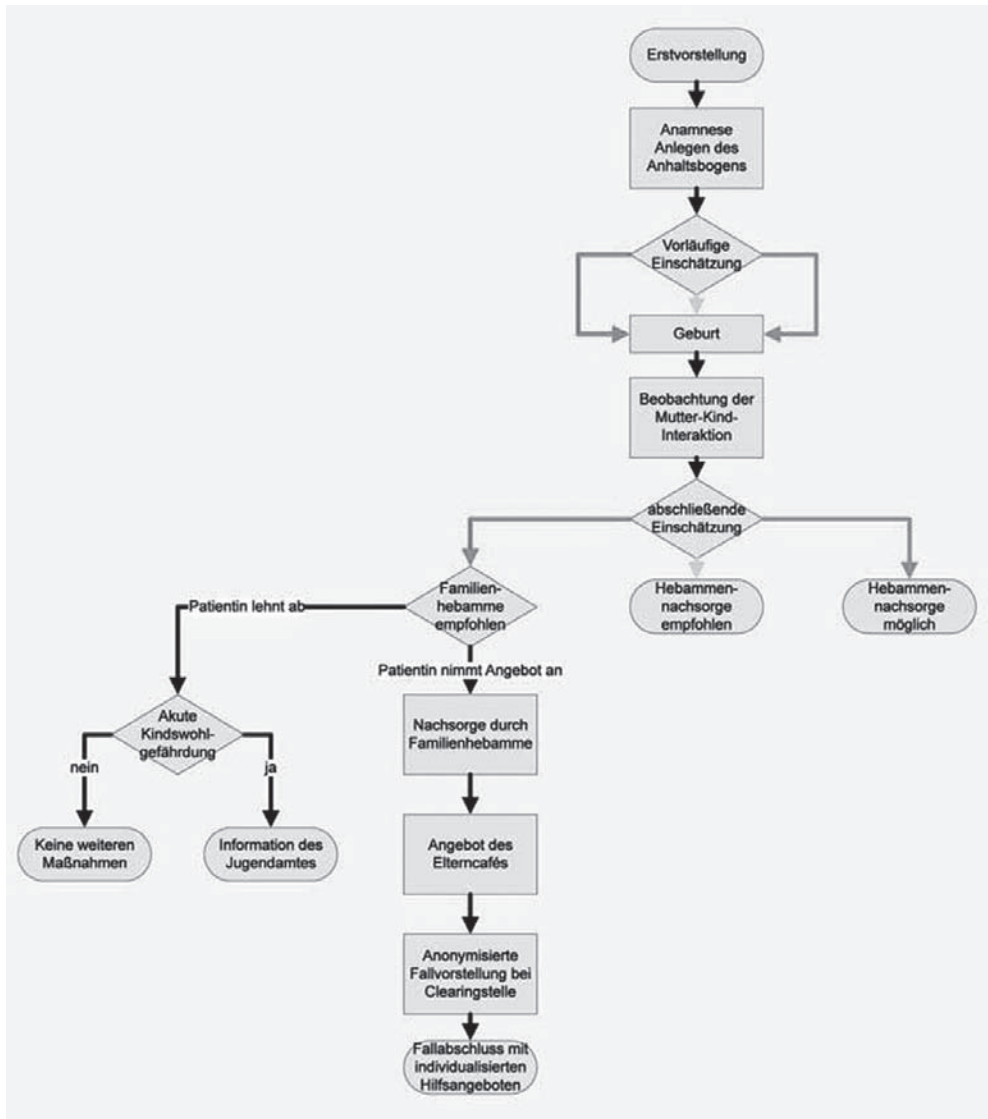


Abb. 2: Ablauf des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ am St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus

Ressourcenorientierte Teamentwicklung

Ute Lauterbach

Einführung

Da wir systemisch-konstruktivistische Ideen nicht nur für die Psychotherapie nutzen, sondern sie auch als Grundlage für unser gesamtes professionelles Handeln betrachten, erschien es uns konsequent, entsprechende Handlungskonzepte auch für den Aufbau und die Weiterentwicklung eines multiprofessionellen Teams anzuwenden. Das daraus entstandene Konzept einer ressourcenorientierten Teamentwicklung einer Kinder- und Jugendpsychiatrie mit seinen Auswirkungen sowohl auf die klinische Arbeit als auch auf unser Arbeitsklima und die entsprechenden von uns entwickelten Methoden soll Gegenstand dieses Beitrags sein.

Eine Idee nimmt Formen an

Unsere Aufgabenstellung, mit der wir im Frühjahr 1994 in Papenburg starteten, war eine systemisch orientierte Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an einem Allgemeinkrankenhaus aufzubauen. Am Krankenhaus selbst und auch im weiteren Einzugsgebiet war bisher keine psychiatrische Abteilung zu finden. Wir begannen mit 6 so genannten „Streubetten“ auf der pädiatrischen Station. Nach einem halben Jahr bezogen wir eine eigene Station mit 12 Behandlungsplätzen. 1997 wurde eine Tagesklinik mit 10 Plätzen eröffnet. Im August 1997 folgte ein Umzug nach Aschendorf, dort konnten wir nun 26 Kinder und Jugendliche aufnehmen auf 2 Stationen. Schließlich erweiterten wir unser Behandlungsspektrum um eine Station für besonders schutzbedürftige Jugendliche mit 6 (geschlossenen) Plätzen. Insgesamt verfügen wir inzwischen über 50 Behandlungsplätze, davon 12 teilstationär, 42 vollstationär. Zur Abteilung gehört außerdem eine Institutsambulanz. Zurzeit besteht das kinder- und jugendpsychiatrische Team aus ca. 80 Personen, darunter 10 MitarbeiterInnen im Nachtdienst mit Teilzeitstellen und Honorarkräften.

Gewissermaßen „aus dem Nichts“ eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung aufzubauen hatte den Vorteil, mit den eigenen Ideen werben zu können und dadurch interessierte Menschen aus den verschiedenen Arbeitsfeldern für unser Projekt zu gewinnen. Außerdem befanden wir uns in einem Haus und auch in einer Region, in der Psychiatrie bisher nicht präsent war, so dass zum einen vielerlei Vorurteile, Vorbehalte und Ängste bestanden, zum anderen aber auch erhebliche Spiel- und Freiräume existierten.

Schon bezogen auf den Teamaufbau und die dafür notwendige Personalauswahl spielten systemische Gedanken eine wichtige Rolle. In jedem Vorstellungsgespräch stellten wir den BewerberInnen unseren Denkansatz ausführlich vor und interessierten uns für die Ressourcen, seien es berufliche, solche, die sich aus der Freizeit ergeben oder persönliche, die von den BewerberInnen in die kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit eingebracht werden könnten. Zur konstruktiven Klärung dieses Themenbereiches griffen wir manchmal schon im Bewerbungsgespräch auf spezielle lösungsorientierte Fragetechniken (wie z. B. Varianten der „Wunderfrage“ (de Shazer, 1989) zurück: „Angenommen, Sie würden ein Jahr bei uns arbeiten, was hätten Sie/wir gemeinsam erreicht? Angenommen, Sie könnten Ihren Arbeitsplatz völlig frei gestalten und ihnen würden alle gewünschten Bedingungen erfüllt, wie sähe er dann aus? Angenommen wir würden uns nicht für Sie entscheiden, was hätten wir dann verpasst?“). Diese Fragestellungen schafften häufig eine aufgelockerte Atmosphäre und gaben viele Möglichkeiten, über die Ambitionen und Wünsche der beteiligten Menschen ins Gespräch zu kommen.

Nach diesem ersten Entwicklungsschritt hatten wir ein multiprofessionelles Team gewonnen, das sich offen und interessiert an der systemischen kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit zeigte und auch unter zum Teil schwierigen Bedingungen, wie sie in Aufbauphasen üblich sind, in der Lage zeigte, die gemeinsamen Entwicklungsaufgaben voranzutreiben. Als Indikator für diesen positiven Prozess lässt sich festhalten, dass über den Zeitraum von 14 Jahren ein stabiles Team mit relativ wenig Personalfuktuation entstanden ist. Nicht zuletzt hat auch die emsländische Freude daran, Veränderungen auch außerhalb der Arbeitszeit intensiv und ausgelassen zu feiern, die Entwicklung einer kreativen Arbeitsatmosphäre wesentlich unterstützt.

Am Anfang war der Alltag

Ausgangspunkt für unsere ressourcenorientierte Teamentwicklung war, dass die allermeisten MitarbeiterInnen unseres Teams zu Beginn mit systemischen Ideen nicht bzw. wenig vertraut waren. Deshalb wurden die ersten Entwicklungsschritte durch die alltägliche Arbeit initiiert. Dies erschien uns als eine gute Möglichkeit, die systemische Denk- und Handlungsweise in unserem Gebiet kennen und beurteilen zu lernen, da das Anknüpfen an die eigenen Arbeitserfahrungen als konkreter Ankerpunkt nutzbar ist. Einerseits geschah dies natürlich durch die alltäglichen Erfahrungen mit den Kindern und Jugendlichen und deren Familien, andererseits bemerkten wir, dass je mehr wir unsere systemischen Ideen auch auf unsere teaminternen Kommunikationen anwendeten, die Freude an der Arbeit sowie das Potential, diese Denkhaltung gegenüber den Kindern und Jugendlichen stringent einzunehmen, stiegen. In dem Maße, in dem wir begannen, die ganze Abteilung mit allen Abläufen als „konstruktiven Koevolutionsprozeß“ zu denken, um so stärker wurde der ressourcenorientierte Ansatz zu einer grundlegenden Arbeits- und Klimabedingung und entwickelte sich weg von einer psychotherapeutischen Arbeitstechnik hin zu einer alltäglichen Denk- und Handlungsweise.

Da die Kinder und Jugendlichen, die sich bei uns aufhalten, allermeist ein sehr feines Gespür für wesentliche Informationen auf der Beziehungsebene haben, d. h. sehr genau heraushören können, wie etwas gemeint ist, z.B. als Trick, sie zu bewegen, sich anders zu verhalten, als Technik, die wie die Verabreichung eines Medikamentes funktioniert oder als Gesamthaltung, allen Menschen in der Klinik gegenüber, wirkte diese Veränderung in unserer Arbeitsgrundhaltung auch positiv im Sinne von Glaubwürdigkeit gegenüber den Kindern und Jugendlichen.

Von der Verführung pathologiezentriert zu denken oder: Was brauche ich, um in einer psychiatrischen Abteilung ressourcenorientiert zu arbeiten?

In Zuge dieses „konstruktiven Koevolutionsprozesses“ zeigte sich, dass eine durchgängige und konsequente ressourcenorientierte Haltung eine Herausforderung darstellt. Es wurde in der gemeinsamen Arbeit sehr schnell deutlich, dass die Verführung, in pathologisierenden Kategorien zu denken, nicht einfach aufzugeben war. Eine defizitorientierte Grundhaltung wurde wahrscheinlich als ein grundlegendes gesellschaftliches Bewertungsmuster in-

tensiv eingeübt und durch die Institution Psychiatrie als medizinische, d. h. krankheitsorientierte Einrichtung zusätzlich stark gefördert (durch Erwartungen anderer Fachleute, des Krankenhauses, der Kostenträger/Krankenkassen und nicht zuletzt seitens der Kunden). Es existieren offensichtlich in der Arbeit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung eine Vielzahl professioneller und gesellschaftlicher Handlungs- und Kommunikationskontexte, die im wesentlichen defizitorientierte Sprachmuster benutzen (Siehe auch Zeitschrift für systemische Therapie, Heft 3, Juli 2003 mit Schwerpunktthema Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Außerdem sind die MitarbeiterInnen selbst jahrelang in diesen defizitorientierten Kategorien ausgebildet worden, so dass es immer wieder einer aktiven Auseinandersetzung oder einer konkreten Erfahrung bedarf um „am Ressourcen-Ball zu bleiben“ und gewohnte Denkmuster zu verlassen. Dieser Prozess setzt jedoch die Bereitschaft voraus, alte Denk- und Sprachmuster zu reflektieren und mitunter auch die daraus resultierende Verunsicherung bewältigen und für sich nutzen zu können.

Angesichts der Häufigkeit von Krisen und der ständigen Konfrontation mit ungewöhnlichen und z. T. extremen Verhaltens- und Erlebensweisen im psychiatrischen Alltag, die auch Angst oder Ärger auslösen können, können sich Hilflosigkeit, Klagen und Resignation im Team einschleichen, die oft durch „schwerere“ Diagnosen oder durch den Wunsch nach „härterem Durchgreifen“ ausgedrückt werden. Dies sind meist den Kindern allzu vertraute Reaktionsweisen auf ihr Verhalten und können somit eher keine Veränderungsprozesse anregen, sondern stabilisieren das Problemmuster nach dem Watzlawickschen Motto „mehr desselben“ (Watzlawick, 1974). Um diese Dynamik wirkungsvoll zu unterbrechen, haben wir ressourcenorientierte Routinen für den stationären Alltag entwickelt, die helfen, immer wieder neue Blickwinkel auf uns, unsere Aufgabe und die uns anvertrauten Menschen einzunehmen.

Als Leitlinie ergab sich für uns dann auch in der alltäglichen Arbeit:

Welche Stärken bringt jede/r Mitarbeiter/in (sei es aufgrund seiner/ihrer Berufsausbildung oder aufgrund seiner/ihrer Persönlichkeit) mit und wie können diese ausgebaut werden, um sie zum Wohle der KollegInnen, KundInnen und der Person selbst sich optimal entfalten zu lassen und um gemeinsam ein wohlthuendes und effizientes Arbeitsklima zu kreieren?

Nach dieser Einführung möchte ich im folgenden die konkreten Strategien erläutern, die uns helfen, der Verführung einer pathologisierenden Sicht zu widerstehen und statt dessen konstruktive Beschreibungen zu (er-)finden, die allen Beteiligten nützen können, ihre formulierten Ziele zu erreichen und zu Spaß und Lust an der Arbeit verführen.

Strategien der ressourcenorientierten Teamentwicklung: Pflege des Teamgeists vs. Gespenst des Burn-out

Hier sollen eine Reihe von Strategien der ressourcenorientierten Teamentwicklung erläutert werden, die sich im Schwerpunkt durch die inhaltliche Ausgestaltung als solche qualifizieren und nicht insgesamt als neue Vorgehensweise zu betrachten sind. So finden sich hier Anregungen zu teaminternen Fortbildungen, Gestaltungsideen für Teambesprechungen, Beispiele für ressourcenschaffende Teamtage und ähnliches.

Teaminterne Fortbildungen als systemische Grundübungen: Kinder- und Jugendpsychiatrie als multiprofessionelles „Sprachlabor“

Teaminterne Fortbildungen stellten für uns von Anfang an eine Gelegenheit dar, aus einer „zurückgelehnten Perspektive“ (ohne Handlungsdruck bezüglich konkreter Kunden) unser Arbeitsfeld zu reflektieren. Sie werden regelmäßig veranstaltet, um einen gemeinsamen Wissenspool aufzubauen und weiterzuentwickeln, eine gemeinsame Sprache zu fördern, konkrete Ideen zur praktischen Arbeit auf den Stationen zu sammeln sowie das Behandlungskonzept beständig zu ergänzen. Die Themenwahl wird von den Interessen und Bedürfnissen aller MitarbeiterInnen geleitet.

Zunächst war ein Schwerpunkt unserer Fortbildungen die Vermittlung systemischer Grundgedanken und das gemeinsame Ausloten von Anwendungsmöglichkeiten im stationären Alltag. Die Ideen von Durrant (1996) konnten wir z. B. nutzen, indem wir sein Buch „Auf die Stärken kannst du bauen“ gemeinsam studierten, Ideen aufgriffen und auf unseren Kontext und Klientel zugeschnitten weiterentwickelten. In der Folgezeit wurden in Übergaben und Fallbesprechungen häufig Vorschläge zum Umgang mit Kindern eingebracht, die hiervon inspiriert waren. Wesentlich war für uns dabei, dass alle Berufsgruppen der Einrichtung an diesem Prozess beteiligt wurden und klassische

„Hierarchieschranken“ medizinischer Einrichtungen dieses Vorgehen nicht blockierten.

Da wir, wie oben erwähnt, viele psychiatrieunerfahrene MitarbeiterInnen für unser Arbeitsteam gewinnen konnten, veranstalten wir auch Fortbildungen mit kinder- und jugendpsychiatrischen Inhalten (Diagnoseschlüssel, Wirkung und Einsatz von Psychopharmaka, Psychodiagnostik, Störungsbilder u.ä.). Wir gehen dabei von der Idee aus, dass sich alle MitarbeiterInnen in dem Kontext Krankenhaus auskennen müssen und dementsprechend auch die Fachsprache beherrschen sollten. Gleichzeitig entwickelte sich eine ressourcenorientierte Sprache immer stärker zu unserer Alltagssprache. Außerdem brachten unsere MitarbeiterInnen und unsere Kunden weitere Sprachspiele in unsere Arbeit ein. In diesem Sinne war und ist unsere Arbeit durch eine „Vielsprachigkeit“ zu charakterisieren, in deren Rahmen die Fachsprache eher den Status einer wichtigen Fremdsprache (weg von unserem alltäglichen Denken) im Kontext der Kommunikation mit anderen ExpertInnen und VertreterInnen des Gesundheitssystems innehat.

Vielsprachigkeit kann deshalb überlebenswichtig und perspektiverweiternd sein und gehört damit zu unserem Handwerkszeug. Metaphorisch könnte man unsere Klinik als ein „Sprachlabor“ betrachten, mit der Aufgabe, im Rahmen der alltäglichen Arbeit aus der Vielsprachigkeit eine funktionale „Arbeitssprache“ zu entwickeln, die den verschiedenen AuftragsgeberInnen möglichst gerecht werden kann.

So könnte z. B. bei dem Stichwort „Hyperaktivität“ ein Wissenspool entstehen von klassischen Diagnosekriterien, Stigmatisierungen und deren Auswirkungen auf Kunden/Familien, Stellenwert von Medikamenten, Ankopplungsmöglichkeiten an das System Schule, Geschichten über Perspektiven, Lösungen, Nischen, Karrieren, Sensibilisierung hinsichtlich Diagnose als Identitätsmerkmal des Menschen („ich bin ein Zappelphilipp“) vs. Beschreibung beobachtbaren Verhaltens („ich verhalte mich lebhaft, hyperaktiv“ (Simon, 1990).

Beim Fortbildungsthema „Psychodiagnostik“ lautete z.B. eine wichtige Fragestellung, wie wir Psychodiagnostik so betreiben können, dass Kompetenzen unserer Kunden zum Vorschein kommen im Sinne einer Ressourcendiagnostik (Andrecht & Geiken 1999).

Einen weiteren Schwerpunkt der Fortbildungen bilden Fragen, die durch aktuelle Begebenheiten auf den Stationen aufgeworfen werden: z.B. Stellenwert von Hausordnung, Regeln, Disziplin, Umgang mit grenzüberschreitenden Verhalten, Macht/Ohnmacht/Kontrolle, Wochenplan („was können wir bieten?“) und vieles andere mehr.

Des Weiteren veranstalten wir Tagungen und Workshops mit externen KollegInnen, motiviert durch die Lust, sich inspirieren und in die Karten schauen zu lassen, indem wir unsere Arbeit mit unseren Kunden vorstellten (unter anderem mit Yvonne Dolan, Kurt Ludewig, Wilhelm Rothhaus, Michael Durrant, Luc Isebart, Jeffrey Zeig, Lutz Besser).

Dem Vorgehen liegt dabei die Idee zugrunde, dass eine möglichst vielfältige und umfangreiche Beschäftigung mit Denkformen, Konzepten und praktischen Umsetzung aus dem gesamten Feld der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit und den systemisch-lösungsorientierten Arbeitsfeldern mit allen Randerscheinungen einen „Wissenspool“ schafft, in dem die MitarbeiterInnen je nach Zielsetzung entspannt oder gerichtet „umher schwimmen“ können, um sich je nach Aufgabe und Zielvorstellungen dafür nützlich erscheinende Konzepte aneignen zu können.

Ressourcenorientierte Teambesprechungen: Der „Ressourcen-Akku“ wird aufgeladen, denn Dampf ablassen allein reicht nicht aus

Üblicherweise dienen die täglichen „Übergaben“ oder Teambesprechungen in Krankenhäusern dem Informationsaustausch zwischen den MitarbeiterInnen im Schichtdienst. Wir bewerten diese Organisationsstruktur als ein wichtiges, auf drei Ebenen wirksames Ritual:

- Teamarbeit
- Information und Wirklichkeitskonstruktion
- Teamatmosphäre/körperliches und psychisches Wohlbefinden

Im alltäglichen Handeln zeigen sich diese drei Ebenen natürlich nicht separat. Die analytische Trennung hat den Zweck, einige Aspekte dieses komplexen Prozesses zu reflektieren.

An erster Stelle steht bei den Besprechungen die Teamarbeit, da aufgrund des Schichtdienstes ein möglichst reibungsloser Übergang zwischen den verschiedenen Betreuungsteams ermöglicht werden sollte. Dazu brauchen die beteiligten Personen relevante Informationen über die Vorgänge, die bis zu diesem Zeitpunkt „bemerkenswert“ waren. Da dieser Weitergabe von Informationen eine erhebliche Reduktionsleistung aus der Fülle der Geschehnisse und möglichen Perspektiven vorausgeht, entsteht eine von vielen möglichen Wirklichkeitskonstruktionen über den (All-)Tag in der Klinik. Schließlich beinhalten diese Informationen eine Vielzahl von Gefühlen (positive wie nega-

tive), Verunsicherungen, Bedürfnisse und Appelle, die aus dem Arbeitsalltag der MitarbeiterInnen entstehen und das körperliche und psychische Wohlbefinden fördern oder beeinträchtigen.

Zu Beginn unserer Teamentwicklung beobachteten wir an uns, dass sich häufig folgende Dynamik entfaltete: Die MitarbeiterInnen der Frühschicht berichteten an anstrengenden Tagen aus einem legitimen Bedürfnis heraus, Dampf abzulassen und sich auf diese Weise zu entlasten über „schwere Fälle“ und „entmutigende Vorfälle“. Die MitarbeiterInnen der Spätschicht, die meist mit vielen Ideen und neuem Schwung zur Arbeit erschienen, fühlten sich schwerer und schwerer, belasteter und belasteter und manchmal schließlich gelähmt. Nun gingen sie geprägt von dieser Haltung auf die Stationen und trafen mit den Kindern und Jugendlichen zusammen. Der/die LeserIn kann diese Geschichte nun für sich weiterphantasieren.

Mittlerweile haben wir uns dazu entschlossen, Teambesprechungen unter folgender Überschrift zu gestalten:

Wie können wir für/mit den MitarbeiterInnen der Frühschicht ein wohltuendes und befriedigendes Arbeitsende kreieren, ausreichend Information austauschen und den MitarbeiterInnen der Spätschicht einen motivierenden Arbeitsbeginn ermöglichen?

Interessanterweise begegnen wir seitdem den Kindern und Jugendlichen auf den Stationen eher in einer anderen Haltung. Da wir uns einerseits bewusst waren, dass in einem einstündigen Übergabegespräch die Gesamtinformationen eines Tages drastisch reduziert und selektiert werden müssen und dass dies beobachterabhängig geschieht, entwickelten wir dazu als Leitlinie der Informationsauswahl, möglichst Geschichten über unsere Kunden und unsere Arbeit mit ihnen zu erzählen, die weiterführen, die Veränderungsschritte beinhalten, die Ressourcen veranschaulichen und Überraschendes, Ausnahmen und Neues berichten. Dazu gehören z. B. folgende Arten von Fragen:

- Welche Geschichten sind hilfreich im Sinne unseres Arbeitsauftrages?
- Was war nützlich im Umgang?
- Welches Verhalten ist ein kleiner Schritt in Richtung Ziel?
- Was geschah Neues/Überraschendes?
- Wie erzähle ich die Geschichten möglichst beschreibend, nicht bewertend?

- Wie benutze und verantworte ich die Sprache, mit der ich die Geschichten erzähle bzw. konstruiere?
- Was sagen die gewählten Beschreibungen über meine eigenen inneren Landkarten?

Zunächst erschienen diese Kriterien der Informationsauswahl „einseitig“, d. h. was geschieht mit dem Anteil der problematischen, ängstigenden, vielleicht als gefährlich oder bedrohlich wahrgenommenen Verhaltensweisen und wie kann man erlebte Belastungen artikulieren ohne beschönigen oder verharmlosen zu müssen. Außerdem sollte die Möglichkeit, „Dampf abzulassen“ nicht einfach ersatzlos gestrichen werden.

Nach dem wir einige Erfahrung mit der neuen Gesprächsgestaltung gesammelt hatten, stellten wir fest, dass wir nach wie vor auch Situationen beschrieben, die wir als problematisch erlebt hatten. Wir wurden jedoch allmählich flexibler in unseren Bewertungen und in dem, was uns als angemessene Umgangsformen dazu einfiel. So wurde z.B. sehr viel deutlicher, dass nicht die Person an sich die Schwierigkeiten verursacht, sondern dass das Problem in unserer Wahrnehmung entsteht. Immer seltener kam es vor, dass wir in kollektiven Problemtrancen verharrten mit dem Eindruck: „Diese/r PatientIn ist wirklich sehr gestört“ verbunden mit dem Gefühl der eigenen Hilflosigkeit, Ohnmacht oder Wut (G. Schmidt 1985). Ein wesentlicher Grund für diese Veränderung war, dass immer häufiger zumindest eine Person in der Lage war, sich aus dieser kollektiven Trance zu lösen und alternative Betrachtungsweisen der gesamten Situation anzuregen, die den Blick wieder auf die vorhandenen Ressourcen der betroffenen Personen öffnete oder das Geschehene „in einen neuen Rahmen stellte“ und damit Möglichkeiten zu einem Wechsel in eine „kollektive Lösungstrance“ eröffneten.

Dazu ein kurzes Beispiel: Es wird über eine 17 Jahre alte Mädchen berichtet, die am vergangenen Abend zum wiederholten Mal sich Schnittwunden an den Armen zugefügt hat. Solche Verhaltensweisen von PatientInnen können im Team Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit wachrufen und Debatten über den angemessenen Behandlungsort in Gang setzen. Dieses Verhalten führte aber zu folgendem Dialog im Team: Es wurde berichtet, dass die Patientin diesmal weniger tief geschnitten habe und nicht chirurgisch versorgt werden musste und dass sie zu einem Teammitglied kam, um sich Hilfe zu holen und zu reden, statt sich im Bett zu verstecken. Wir begannen nun uns Gedanken darüber machen, wie wir diese Fortschritte mit ihr besprechen können, z.B. wie sie geschafft hat, Kontakt zu suchen; wie es gelungen ist, das Ritzen so-

weit zu kontrollieren, dass sie nicht genährt werden musste, welche Bedingungen sie demnächst unterstützen könnten, was sie eher hindert, was der nächste kleine Fortschritt wäre, wem sie wie die Fortschritte mitteilen möchte etc. Außerdem waren wir motiviert, auf unserer Seite nach hilfreichen Angeboten zu suchen. Für diese Jugendliche waren z. B. begleitete Kurzspaziergänge in kritischen Situationen nützlich, sowie Angebote zur Seidenmalerei. Insgesamt entstand im Kontext einer als massiv erlebten Symptomatik eine konstruktive und lösungsorientierte Gesprächssituation, die es allen Beteiligten ermöglichte, in (kleinen) Fortschritten zu denken und zu handeln.

In den Übergabegesprächen wird jedoch außer dem Informationsaustausch bezüglich der vergangenen Arbeitszeit auch eine Planung der nächsten Arbeitsstunden vorgenommen. Auch für diese Aufgabe haben wir einige handlungsleitende Fragen entwickelt:

- Was hat sich bewährt und sollte weiter getan werden?
- Was könnte noch hilfreich für das Kind und die Familie sein?
- Wer aus dem Team kann was anbieten?
- Wie kann in belastenden Situationen Entlastung aussehen, von wem, wobei genau und wie wird sie angefordert?
- Wie könnte man in festgefahrenen Situationen z.B. das als störend bewertete Verhalten noch anders oder besser verstehen?
- Welche Stärke könnte sich dahinter verbergen oder darin ausdrücken, welche neuen Bewertungen und Muster im Umgang sind möglich?
- Wie könnte das Kind/der Jugendliche/die Familie etwas Neues, Weiterführendes über sich oder die anderen Familienmitglieder erfahren?
- Wie könnte man spielerisch mit der Situation umgehen oder etwas Verrücktes, Unerwartetes tun?

Insgesamt ergab sich über dieses veränderte Vorgehen, dass sich die MitarbeiterInnen deutlich mehr in die lösungsorientierten Strategien unserer Aufgabenstellungen einbezogen fühlten, mit ihren Stärken und Kompetenzen größere Berücksichtigung und Beachtung fanden und der Perspektivwechsel hin zu den Ressourcen, Veränderungen und möglichen Lösungen eine deutliche Entlastung der MitarbeiterInnen und Kunden erbrachte. Deshalb betrachten wir diese Ideen sowohl als unsere alltäglichen Arbeitsinstrumente mit unseren Kunden wie auch als wesentliche Schritte im Prozess einer ressourcenorientierten Teamentwicklung.

Eine ressourcenorientierte Gesprächshaltung breitet sich aus

Ermutigt durch diese Erfahrungen bei der Umgestaltung der Teambesprechungen gingen wir nun daran, auch andere Kommunikationsforen unserer alltäglichen Arbeit nach ressourcenorientierten Gesichtspunkten umzugestalten.

In einem ersten Schritt wurden die „Fallbesprechungen“ (Leider haben wir uns noch nicht auf einen nützlicheren Begriff einigen können, Vorschläge wären Etappen-, Ziel-, Auftrags- oder Lösungskonferenz) nach den weiter oben beschriebenen Kriterien umgestaltet. Dazu versammelten sich alle am Behandlungsprozess beteiligten Personen und die wesentliche Aufgabenstellung bestand darin, den erreichten Stand der Fortschritte zu besprechen und weitere Lösungsperspektiven zu entwickeln. Konsequenterweise wurden dazu auch die betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihre Familien immer stärker mit einbezogen bis hin zur Teilnahme an diesen Besprechungen. Die Ergebnisse dieser Besprechungen werden den betroffenen Kindern, Jugendlichen und Familien aber auf jeden Fall ausführlich mitgeteilt.

Selbstverständlich gibt es auch in unserer Einrichtung eine externe Supervision als wichtiges Forum zur Reflexion unserer Arbeit.

Wie macht man Team-Ressourcen sichtbar und erfahrbar

Im Folgenden sollen weitere Teamentwicklungsinstrumente etwas ausführlicher beschrieben werden, die uns besondere Freude bereitet haben.

Um die Stärken der Teammitglieder für alle und erfahrbar zu machen und um dafür zu sorgen, dass sie nicht in Vergessenheit geraten, entwickelten wir einige neue Ideen bzw. Rituale:

Ressourcenprofile: An einem Teamtag erstellte z.B. jedes Team ein „Ressourcenprofil“ über sich. Eine Station wählte als Symbol einen Baum, der aus Karton gebastelt wurde. Jedes Teammitglied schnitt Blätter aus, auf die es seine Ressourcen und seinen Namen schrieb und die es an den Baum heftete. Der Baum wurde an der Tür des Teamzimmers aufgehängt und bekam neue Blätter, wenn neue Mitarbeiter ins Team kamen.

Eine andere Station, die sich „Fietspad“ (plattdeutsch für Radweg) nannte, organisierte ein altes Fahrrad, das bemalt wurde und mit Ressourcen- und

Angebotskarten geschmückt wurde. Dieses wurde im Flur der Station für alle sichtbar aufgehängt.

Ressourcenorientierte Feedbackrunden: Diese Runden finden wöchentlich für ca. eine halbe Stunde statt. Hier teilen sich die Teammitglieder gegenseitige Beobachtungen aus der vergangenen Woche zu Stärken/starken Verhaltensweisen mit. Dabei beeindruckt immer wieder die Menge positiver Rückmeldungen, die zur Sprache kommen und das persönliche Erlebnis, Motivation zu tanken.

Ressourcenbücher: Eine Station legte ein Ressourcenbuch an, in dem die Feedbackrunden festgehalten wurden, so dass auch Teammitglieder, die nicht an den Runden teilnehmen konnten (v.a. die Kollegen aus dem Nachtdienst) an dem Austausch teilnehmen konnten.

Auf einer anderen Station gibt es zwei Bücher, eines, in dem Gelungenes notiert wurde, eines, in dem offene Fragen und Fragwürdiges aufgeschrieben wurden, um es z.B. in einer Fortbildung aufzugreifen.

Ressourcenwichteln: Eine spielerische Variante der Ressourcenrunden entstand auf einer anderen Station und wurde „Ressourcenwichteln“ getauft wegen der Ähnlichkeit zu Ritualen, die gerne zwecks Geschenkaustauschs auf Weihnachtsfeiern getätigt werden. Dabei zog jedes Teammitglied ein Namensschild aus einem Säckchen, in dem für jeden ein Schild aufbewahrt wurde. Die Aufgabe bestand nun darin, in der folgenden Woche den/die Kollegen/Kollegin, die/den man gezogen hatte, zu beobachten, sich Kompetenzsituationen zu merken und diese am Ende der Woche in der Feedbackrunde mitzuteilen. Spannend daran war, dass niemand wusste, von wem er/sie beobachtet wurde.

Teamtage oder irgendwann muss der Arbeitsalltag auch einmal pausieren

Um über die Begrenzungen des Arbeitsalltags und der eigenen Berufsgruppe hinaus zu schauen und einen besonderen Raum für Teamentwicklung zu eröffnen, werden ungefähr zweimal jährlich Teamtage veranstaltet. Hieran nehmen alle MitarbeiterInnen aus allen Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie teil. Die Teamtage stehen unter einem bestimmten Motto und können aktuelle Themen aus Fortbildungen oder aus dem Arbeitsalltag vertiefen.

Zum Beispiel fanden sich bei dem bisher stattgefunden Teamtagen folgende Themenschwerpunkte:

- Vergrößerung der Abteilung: Wünsche und Befürchtungen
- Ethik und systemisches Menschenbild
- Krise als Chance
- Regeln: Von der Hausordnung zum Wegbegleiter
- Gesprächsgestaltung
- Reflecting Teams
- Konstruktivismus

Die Teamtage haben in ihrer organisatorischen Grundform Workshopcharakter. Zu Beginn werden meist Kurzvorträge zum Thema gehalten, die als Basisinformationen dienen sollen. Durch Diskussionen, praktische Übungen, Rollenspiele, Reflecting Teams, Arbeitsgruppen u. ä. werden Erfahrungen gesammelt und ausgetauscht. Um die Arbeit der anderen hautnah zu erleben gibt es theaterpädagogische, kunsttherapeutische, psychomotorische Angebote. Zur Konkretisierung sollen im Folgenden beispielhaft zwei Teamtage geschildert werden, die in besonderem Maß Teamentwicklungsfragen gewidmet waren.

Kurz vor der Vergrößerung unserer Abteilung um eine weitere Station und die Tagesklinik veranstalteten wir zu diesem Thema einen Teamtag, da sich dadurch die Anzahl der Teammitglieder mehr als verdoppeln würde. Zum einen warteten auf die meisten „alten“ MitarbeiterInnen neue Aufgaben und KollegInnen, so dass wir offen sein wollten für neue Entwicklungen. Zum anderen hatten wir in den vergangenen dreieinhalb Jahren wertvolle Erfahrungen gesammelt, die wir weitergeben wollten. Außerdem war es uns sehr wichtig, im Kontext starker Veränderungen unsere Teamkultur und unseren systemisch-ressourcenorientierten (Haus-)Geist zu bewahren. Der Umbruch war bei uns begleitet von baulichen Vorbereitungen, Diskussionen, Spannung, Wünschen und auch einigen Befürchtungen. Am Teamtag nahmen wir uns die Zeit, u.a. auch einmal spielerisch mit diesem Themenkomplex umzugehen, indem wir in Kleingruppen Zukunftsvisionen bauten, und zwar diesmal konkret aus Karton, Farbe, Stoff u.ä. So entstanden mehrere interessante Modelle einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, die wir uns gegenseitig vorstellten. Es zeigten sich unter anderem als Symbole der gewünschten Arbeitsatmosphäre Blumen, Dachterrassen zur Entspannung, Liegestühle, außerdem eine Galerie für die Kunsttherapie, einen Zoo, einen Swimmingpool und ein Jugendtreff. Zum Ab-

schluss des Teamtages führten wir eine Gruppenrance durch, die eine Zeitreise beinhaltete. Wer Lust hatte konnte sich seinen/ihren persönlichen Film über den Aufbau einer neuen Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder über ein gemeinsames Arbeitsprojekt innerlich vergegenwärtigen und zurück zum ersten Arbeitstag, zu ersten Eindrücken gehen und sich an mitgebrachte eigene Energien, Ideen, Wünsche und Befürchtungen erinnern. Dann wurde dazu eingeladen, den Film anzuhalten, um sich eine besonders wichtige und wertvolle Szene zu merken, in der jede/r schätzenswerte eigene Fähigkeiten gespürt hat und ein imaginatives Foto davon als Erinnerungsstück anzufertigen. Der innere Film konnte nun in die Zukunft blenden, um Ideen, Wünsche, Fähigkeiten und Potentiale auf der Leinwand lebendig werden zu lassen. Hier konnte wieder ein inneres Foto oder ein innerer Notizzettel – schön verpackt - mitgenommen werden, der einen wichtigen Leitsatz oder Szene beschrieb.

Nach der Vergrößerung nahmen an den nächsten Teamtagen statt bisher knapp 20 mehr als 50 Personen teil und aus einem Team waren 4 Subteams geworden (2 Stationen, Tagesklinik und Leitungsteam). So ergab sich einige Menge von Fragen und Anregungen für einen Teamtag, den wir folgendermaßen gestalteten:

Zuerst fanden Kurzvorträge zu den Themen „Systemische Therapie, Ressourcenorientierung und Konstruktivismus“ als gemeinsame Informationsbasis und Diskussionsanregung statt. Dann stellte sich jedes Team dar, indem es ein Gespräch führte darüber, was bei ihnen gut läuft und was sich in Zukunft noch verbessern könnte. Dieses Gespräch wurde von einem Beobacherteam reflektiert unter dem Aspekt, was im miteinander reden des ersten Teams positiv auffällt und was sie zukünftig noch anders machen könnten. Auf diese Weise stellte sich jedes Team einmal vor und arbeitete einmal als Beobacherteam. Daraus ergaben sich neue und ungewöhnliche Wege, sich untereinander kennen zu lernen (wichtige Stichworte dazu waren: Teamidentität, Ressourcenprofile u. a.). Im nächsten Themenschwerpunkt dieses Teamtages beschäftigten wir uns mit den „Berufsgruppenidentitäten“ der beteiligten MitarbeiterInnen. Jede Berufsgruppe diskutierte unter sich, welche Kompetenzen sie in die Arbeit einbringt und überlegte eine Darstellungsform, wie sie im Plenum diese zeigen wollen. Die Krankenschwestern präsentierten ein großes Herz, das mit verschiedensten Stichworten zu ihren Aufgaben beschriftet war, die ErzieherInnen veranstalteten ein Rollenspiel mit Musikeinlage zum Alltag mit den Kindern und Jugendlichen, die Ärzte saßen und hörten zu, die Sozial-

pädagogInnen führten ein Bewerbungsgespräch durch, die PsychologInnen versuchten sich schauspielernd über typische Vorurteile, selbst verrückt zu sein, die Heilerziehungspfleger zeigten ein Schaubild mit ihren Angeboten. Zum Abschluss des Teamtages führten wir eine Arbeit mit Symbolen durch. Dazu konnte sich jeder inner- und außerhalb des Krankenhauses ein Symbol suchen, das einen wichtigen Aspekt seines/ihres Engagements ausdrückt. Die Symbole wurden im Plenum gesammelt und jede/r, der/die wollte, konnte ein Schlagwort oder einen Satz dazu nennen. (Blume-Wachstum, Tonkarton-Buntheit, Kekse-Nahrung für das Team, Kalender-Struktur, Klebstoff-Zusammenhalten, Mülleimer-Wichtiges von Unwichtigem trennen u. s. w.).

Insgesamt resultierte aus solchen Veranstaltungen sowie der oben beschriebenen Gestaltung von Besprechungen eine ressourcenorientierte Sprach- und Rückmeldungskultur, die den Umgang miteinander auch außerhalb der beschriebenen Rituale bedeutsam veränderte, es entstand frei nach Bateson ein Unterschied, der auch einen „angenehmen“ Unterschied macht. In unserem Sinne kann dies ein sehr wirksamer Schutz gegen „Burn-out“ sein und ist sehr hilfreich zum „Energie aufladen“.

Im Folgenden sollen weitere Teamentwicklungsinstrumente etwas ausführlicher beschrieben werden, die uns besondere Freude bereitet haben.

Pflege des (Ressourcen-)Teamgeists – diese Anleitung ist keine Anleitung ...

Nimm die Stärken der KollegInnen und deine eigenen wahr. Spreche darüber.

Schätze die Vielfalt von Beobachtungen und Meinungen.

Fördere Unübliches und Neues im Team.

Erfinde lebenswerte Arbeitswelten.

Sei fehlerfreundlich.

Ko-kreiere Lösungen im Dialog.

Arbeit darf Spaß bereiten und leicht sein.

Reflektiere probierte Lösungen ressourcenorientiert im Team.

Entfalte Lust, über Tellerränder zu gucken und dir in die Karten schauen zu lassen.

... sondern eine Einladung ressourcenorientiert zu experimentieren.

Ressourcenorientierte Teamentwicklung im Prozess – eine Zusammenfassung

Ressourcenorientierte Teamentwicklung als Konzept greift auf eine relativ übersichtliche Zahl von systemischen Prämissen zurück, die eine auf den Prozess des Alltagshandelns bezogene Umsetzung erfordern, um sich optimal an die Bedürfnisse der betroffenen Institution und ihrer MitarbeiterInnen anzupassen. Die damit gemeinsam erzeugten qualitativen Veränderung in den Arbeitsabläufen, in der Arbeitsatmosphäre, in der Arbeitszufriedenheit und auch in der Zielerreichung gemäß unserer Auftragsformulierungen ermutigen uns, diesen begonnenen Weg weiter fortzusetzen. Dazu möchte ich zum Abschluss noch einmal die mir wesentlich erscheinenden Ideen und Strategien zusammenfassen.

1. Am Anfang stehen oft die Ideen, d. h. das Team der Einrichtung, Abteilung, Klinik sollte über für die Arbeit relevante Grundüberzeugungen verfügen, die miteinander geteilt, besprochen, reflektiert und verändert werden (z. B. systemisch-konstruktivistische). Dazu sind Informationsweitergabe, Fortbildungen und ein breit angelegter fachlicher Diskurs Foren. Eine gemeinsame Sprache zu sprechen heißt jedoch nicht, die vorhandene Sprachvielfalt aufzugeben oder zu missachten.

2. Für jede beteiligte Berufsgruppe sollten die Aufgabenstellungen und konstruktiven Beiträge im Sinne der Erreichung des Gesamtzieles der Einrichtung formuliert und transparent gemacht werden. Die Grundüberzeugung dabei ist, dass Veränderungen und Handlungen in einem Subsystem immer die gesamte Situation betreffen und verändern.
3. Jede an diesem Prozess beteiligte Person bringt ihre individuellen Ressourcen und Fähigkeiten in diesen ein und es sollten Strategien entwickelt werden, diese erfahrbar, kommunizierbar und transparent zu machen.
4. Aufgrund der mannigfaltigen Vorerfahrungen mit defizitorientierten Betrachtungs- und Erlebnisweisen erscheint es notwendig, konkrete Strategien zu entwickeln und im Arbeitsalltag umzusetzen, die den („klinischen“) Blick auf die Stärken, Fähigkeiten, vorhandene Lösungen und die dazu gehörigen kleinen Veränderungsschritte orientieren. So kann sich mit der Zeit ein strukturelles Unterstützungssystem im Arbeitsalltag aufbauen, das dabei behilflich sein kann, Wege aus der „Problemtrance“ hin zu einer „Lösungstrance“ zu finden und so mit der Zeit zu einem selbstverständlichen Teil des Vorgehens wird.
5. Von Zeit zu Zeit sollte das gesamte Team die Möglichkeit schaffen bzw. „finden“, gemeinsam vom Arbeitsalltag zu entspannen, um so das eigene Handeln reflektieren zu können, die zurückgelegte gemeinsame Wegstrecke wertzuschätzen und die Perspektive auf die zukünftigen Ziele und Wünsche zu orientieren. Welche Wege dazu benutzt werden, stellt eine immer neue Herausforderung der eigenen kreativen Potentiale dar.
6. Schließlich sollte auch gegenüber der „Systemumwelt“ eine größtmögliche Transparenz geschaffen werden. Dazu ist es oftmals günstig, seine konkrete Umwelt über das eigene Tun zu informieren und auch auswärtige „ExpertInnen“ einzuladen, die eigene Arbeit kennen zu lernen. Die daraus resultierenden „dialogischen Anregungen“ erweisen sich oft als wichtige Entwicklungsimpulse.
7. Im Sinne des systemischen Grundverständnisses ist eine solche Aufzählung selbstverständlich als „rekursiver Prozess“ aufzufassen. Dass heißt, sie ist nicht als etwas zu verstehen, was man linear und hintereinander abarbeitet, sondern als eine Herausarbeitung verschiedener

Prozesselemente, die auch simultan oder in umgekehrter Reihenfolge oder als zirkulärer Prozess mit verschiedenen Interpunktionsmöglichkeiten „passieren“ können.

Verfasserin:

Ute Lauterbach, Diplom Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
Kinder- und Jugendpsychiatrie des Marienkrankenhauses Papenburg-
Aschendorf
Marienstraße 8, 26871 Aschendorf
Tel.: 04962/502 137
e-mail: kjp@marienkrankenhaus-papenburg.de

Literatur

Andrecht, U., Geiken, G. (1999) Ressourcenorientierte Familiendiagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Vogt-Hillmann, M & Burr, W. (Hg.) (1999): *Kinderleichte Lösungen – Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie*. Dortmund: Borgmann

Durrant, M. (1996) *Auf die Stärken kannst du bauen*. Dortmund. Verlag modernes lernen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie (2003), 21. Jahrgang, Heft 3, Zeitschrift für systemische Therapie

v. *Schlippe, A., Schweitzer, J.* (1998) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmidt, G. (1985) Systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie. In: *Familiendynamik* 10 (3), 241–264

de Shazer, St. (1989) *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Auer

Simon, F. B. (1990) *Meine Psychose, mein Fahrrad und ich*. Heidelberg: Carl Auer.

Systemisches Arbeiten in Zwangskontexten (1996), 14. Jahrgang, Heft 3, Zeitschrift für systemische Therapie

Vogt-Hillmann, M & Burr, W. (Hg.) (1999) *Kinderleichte Lösungen – Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie*. Dortmund: Borgmann

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1974) *Menschliche Kommunikation*. Stuttgart: Huber

Watzlawick, P, Weakland, J & Fisch, R. (1979) *Lösungen*. Stuttgart: Huber

Reflektierende Familien Oder: Bench-Marking für Familiensysteme

Filip Caby

Nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es erfrischend überraschend, ungewohnte Wege zu gehen und dabei den spontanen Einfällen, die sich beim Tun ergeben, nachzugehen. Ohne mich mit Tom Andersen auf eine Ebene stellen zu wollen, hatte er im März 1985 auch die Gunst der Stunde genutzt und eine Idee, die schon seit längerem im Verborgenen schlummerte, zugelassen und umgesetzt. Er nutzte die Ressourcen des Festgefahreenseins während einer Therapiesitzung sowie die vorhandenen technischen Mittel, um eine Familie und ihren Therapeuten einzuladen, an den Ideen und Einfällen des Beobacherteams teilzuhaben. Das Reflecting Team war geboren (Tom Andersen, 1990).

In einer Aufbauphase einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung wird man oft mit scheinbar ausweglosen Situationen konfrontiert, die sich ergeben aus dem sich einspielenden Alltag und für die es wichtig ist, eine Lösung zu finden. Diese Situationen haben mit der Bausubstanz - dieser Wasserhahn steht hier völlig im Weg- oder mit der Koordination der Arbeitszeiten der Mitarbeiter - wie könnt ihr alle gleichzeitig Urlaub planen? - oder mit vielen anderen Faktoren zu tun. Diese Probleme sind meist mit einem Lächeln zu beseitigen, wenn auch unter gelegentlichem Zähneknirschen. Demgegenüber stehen die Kraft und die Phantasie, die Kinder und Jugendliche investieren, um auf ihre Probleme aufmerksam zu machen. Dem kann man nur begegnen, indem man ihnen mit genauso viel Phantasie entgegentritt, um die gebündelte Kraft zu nutzen für neue Lösungen.

Ich möchte die spannende Geschichte erzählen, die unsere Arbeit in Papenburg und Aschendorf bis heute sehr stark geprägt und verändert hat und die so interessant zu sein scheint, dass wir im Dialog mit anderen Kollegen anlässlich verschiedener Kongresse oder Tagungen feststellten, dass wir möglicher-

weise eine kleine Perle heranzüchten, die sich täglich in ihrer Farbe, in ihren Schattierungen und in ihrer Größe verändert.

Die Geschichte

Mit der Abteilung waren wir gerade von Papenburg nach Aschendorf gezogen - wir bezogen zum dritten Mal innerhalb von fünf Jahren neue Räumlichkeiten - und wollten dies natürlich möglichst reibungslos verlaufen lassen, da wir als unruhige Zweitfamilie in ein ruhiges Einfamilienhaus einzogen und entsprechend skeptisch von den gewohnheitsmäßigen Bewohnern - der orthopädischen Abteilung - beäugt wurden. Hinzu kam, wie sich später herausstellen sollte, dass die gleiche Skepsis auch bei den vielen Nachbarn des Krankenhauses vorhanden war, so dass es sehr wichtig war, von Anfang an einen guten Eindruck zu machen.

Da wir ja nun eine Familie mit vielen Kindern waren und Familien mit vielen Kindern es auf dem Wohnungsmarkt sehr schwer haben geeignete Räumlichkeiten für sich zu finden, mußten wir besonders gut aufpassen, um in der neuen Umgebung Fuß zu fassen und bestehende Vorbehalte bezüglich kinderreicher Familien nicht zu bestätigen.

Nach einigen klärenden Gesprächen mit den Nachbarn gelang es die ersten Jahre in der neuen Umgebung in zunehmend freundlicher Atmosphäre zu gestalten.

In der Pubertät neigen Jugendliche allerdings dazu, sich undankbar zu zeigen und ohne Rücksicht auf Verluste eigene Wege zu gehen. So wurden wir als Eltern - das Team, um die Metapher mal kurz zu verlassen - erschüttert, als auf einmal von uns nicht verordnete Medikamente auf der Station in Umlauf gerieten und von den Kindern und Jugendlichen konsumiert wurden. Weder gruppentherapeutisches Krisenmanagement noch einzeltherapeutische Interventionen zeigten Wege auf, die aus dieser Krise hätten führen können. Es kam im Gegenteil sogar zu einer Verschlimmerung, so dass zu befürchten stand, dass nach jeder Wochenendbeurlaubung neuer medikamentöser Nachschub geliefert werden würde. Wir hatten die Wahl, disziplinarisch zu reagieren und Therapien deswegen abzubrechen, weil an eine therapeutische Atmosphäre nicht mehr zu denken war, oder uns etwas Konstruktiveres einfallen zu lassen.

Während einer erneuten Stationsbesprechung hatte ich die Idee - zurückgreifend auf den strategischen Teil meiner systemischen Ausbildung - unserer Hilflosigkeit Ausdruck zu verleihen und die Eltern der betroffenen Patienten zu Rate zu ziehen mit der Botschaft: „Wir wissen nicht weiter“. Wir luden sie zu einer gemeinsamen Sitzung ein und alle Eltern sind der Einladung gefolgt!

Ich fand es wichtig, dass die Eltern die Gelegenheit bekommen, ihre Kinder im Gruppenverband zu erleben und dies gemeinsam mit den anderen Eltern tun zu können. Die Jugendlichen waren auf die Sitzung vorbereitet worden und hatten die Aufgabe, miteinander über das Problem der unerlaubten Medikamenteneinnahme zu diskutieren und zu versuchen, eine Lösung für dieses Problem zu finden. Es wurde auch auf den experimentellen Charakter der Intervention hingewiesen und alle erklärten sich bereit, daran teilzunehmen. Dafür ein herzliches Dankeschön an die fast dreissig Teilnehmer für ihren Mut und Ihre Offenheit.

Der Prototyp

Eltern einzuladen war der erste Schritt. Damit war aber noch nicht klar wie dieses Gespräch stattfinden würde. Da erschien uns das Setting des reflektierenden Teams besonders geeignet.

Wir verfügten über zwei Räume, die beide mit Video ausgestattet waren, so dass es möglich war, in den jeweils anderen Raum zu schauen, ohne selbst gesehen zu werden.

Die Prototypsitzung verlief in drei Abschnitten: während der ersten halben Stunde hatten die Jugendlichen, begleitet von zwei Therapeuten, das Wort und die Eltern, ebenfalls begleitet von zwei Mitarbeitern, konnten im Nebenraum per Videoübertragung das Gespräch mit verfolgen, mit der Aufgabe der wohlwollenden Beobachtung: den Eltern wurde erklärt, dass wir aus der Ratlosigkeit heraus ein Experiment wagen wollten und haben alle gebeten, auf positive Aspekte der Diskussion der Jugendlichen zu achten und vor allem auch darauf, welche Aspekte sie bei ihren eigenen Kindern oder auch bei den anderen Jugendlichen besonders angenehm überrascht haben.

Im zweiten Abschnitt wurde das Video umgeschaltet, so dass die Eltern auf unser Bitten hin über die Sitzung der Jugendlichen unter Berücksichtigung

der oben erwähnten Vorgaben reflektieren konnten und die Jugendlichen zuhörten. Die Jugendlichen hatte die gleiche Aufgabe wie ihre Eltern: wohlwollend zu beobachten.

Im dritten Abschnitt hatten die Jugendlichen die Möglichkeit, über die Reflexion der Eltern zu reflektieren mit einer ähnlich konstruktiven Haltung, wie sie für die Eltern vorgegeben war.

Die Stimmung vor der Sitzung war sehr gespannt - allerdings nicht nur aufgrund des Problems, sondern auch aufgrund der neugierigen Erwartungen aller Beteiligten, nicht zuletzt unseren eigenen. Nach der Sitzung konnte man die Entspannung förmlich spüren. Die Therapeuten, in jeder Gruppe waren zwei Therapeuten, sowie auch Eltern und Jugendliche waren erleichtert und hatten gerade miterlebt, wie eine große Spannung sich innerhalb einer Stunde in ein gegenseitiges Wohlwollen und ein gegenseitiges Bemühen um eine konstruktive Lösung verwandelte.

Die erfreuliche Langzeitfolge war, dass das Problem der nicht-kontrollierbaren Medikamentenverteilung schlagartig gelöst war und produktives therapeutisches Arbeiten wieder möglich war.

Diese Erfahrung motivierte uns natürlich dazu, dieses Experiment zu wiederholen, was wir bis heute tun, sowohl im stationären, im tagesklinischen wie auch im ambulanten Bereich. Es finden Versuche in einer Jugendhilfeeinrichtung statt und das Setting wurde erfolgreich in der Therapiegruppe in Schule eingesetzt. Darüber wird an anderer Stelle in diesem Buch berichtet.

Die Technik

Die räumlichen und technischen Voraussetzungen, um das Setting der Reflektierenden Familien betreiben zu können, sind im Falle einer optimalen Ausstattung relativ aufwändig. Voraussetzung sind dafür zwei getrennte Räumlichkeiten, die jeweils groß genug sein sollten, weil mindestens 8 - 10 Personen auf der Jugendlichenseite und 14 - 16 Personen auf der Elternseite Platz finden sollten.

Unsere bisherigen Erfahrungen zeigten, daß die Akustik bei einer solchen großen Gruppe sehr wichtig ist und möglichst wenig hallgestört sein sollte. Dieses setzt entsprechend empfindliche Mikrofone voraus. Es macht wenig

Sinn mit einer schlechten Akustik zu arbeiten, weil der Auftrag vor allem für die Eltern so ungewohnt ist, dass er allein dadurch schon sehr anstrengend wird, geschweige denn dass man sich noch anstrengen muss, um überhaupt etwas verstehen zu können.

Zur Grundausstattung beider Räume gehört eine Videokamera, ein Videorekorder und ein Bildschirm. Diese sollten so miteinander vernetzt sein, daß ein problemloses Hin- und herschalten möglich ist.

Für Weiterbildungszwecke könnte es u. U. wichtig sein eine dritte reine Zuschauerstelle zu haben, von wo aus die Sitzungen protokolliert bzw. transkribiert werden können. Denkbar wäre allerdings auch der Einsatz der Einwegscheibe. Aus praktischen Erwägungen - es ist einfacher eine Videoausrüstung zu kaufen, als eine Baumaßnahme genehmigen zu lassen - haben wir uns für die Elektronik entschieden.

Aus der Not heraus wurde auch auf ein weniger aufwendiges Setting zurückgegriffen, wenn nicht genügend Räume zur Verfügung standen: Dann saßen beide reflektierenden Gruppen in einem Raum und schauten sich gegenseitig zu. Dieses ergab eine völlig andere Dynamik zwischen den beiden Gruppen. So machten wir die Erfahrung, daß bei der ambulanten Kindergruppe eine ständige Kommunikation zwischen Kinder- und Elterngruppe vorhanden war. Die kann man als störend empfinden, allerdings bietet das Setting auch neue Möglichkeiten neue Erfahrungen zu sammeln im Kommunikationsverhalten der Kinder bzw. deren Eltern, weil sehr viel selbstregulierende Mechanismen in beiden Gruppen aktiviert werden.

Zur Zeit praktizieren wir es so, dass wir mit einer Videoanlage arbeiten die es allerdings erforderlich macht, dass die beiden sich beobachtenden Gruppen den Raum auch wechseln müssen, um den nächsten Abschnitt anfangen zu können. Eltern und Jugendlichen müssen so zu sagen an einander vorbei gehen, um in den anderen Raum zu gelangen. Dadurch entsteht eine eigene, neue Dynamik die dem ganzen auch eine motorische Note verleiht. Die nonverbale Kommunikation zeugt beim Kreuzen der Wege bereits von einer veränderten Stimmung.

Ablauf der Sitzung

Außerordentlich wichtig ist, daß bei jeder neuen Sitzung das Setting sowohl in der Patientengruppe, wie auch in der Elterngruppe erklärt wird. Die Zusammensetzung der Patientengruppe ändert sich durch Entlassungen und Neuaufnahmen ständig, so dass die Gruppe der Patienten fast jedes Mal eine andere Zusammenstellung hat. Es ist daher wichtig, dafür Sorge zu tragen, dass alle Teilnehmer den gleichen Wissensstand haben.

Noch anfälliger für Veränderung ist allerdings die Elterngruppe, da nicht immer beide Eltern der jeweiligen Jugendlichen da sind, sondern manchmal der Vater, manchmal die Mutter, manchmal beide, manchmal keiner. Wir können nicht davon ausgehen, daß die Eltern sich gegenseitig vermitteln, wie der Ablauf der Sitzung ist. Mit der Veränderung der Zusammenstellung der Patientengruppe ändert sich selbstverständlich die Zusammenstellung der Elterngruppe. Hier ist die anfängliche einführende Erklärung daher besonders wichtig.

Die einführenden Worte sind sehr Ritualisiert und können etwa wie folgt aussehen:

„Liebe Eltern, wir freuen uns, dass Sie da sind und wir möchten Ihnen kurz erklären, was das Neuartige an der Sitzung ausmacht und wie sie in ihren einzelnen Abschnitten abläuft. Einige von Ihnen kennen es schon, einige von Ihnen sind heute zum ersten Mal dabei.

Die Sitzung fängt damit an, daß Sie aktiv zuhören. Ihre Kinder im Raum nebenan werden sich gleich über ein Thema mit einander unterhalten, worauf sie sich in einem vorbereitenden Gespräch geeinigt haben. Unsere Bitte an Sie ist, nicht nur ihr eigenes Kind, sondern auch die anderen Kinder und Jugendliche bzw. die Gruppe zu beobachten und für sich zu registrieren mit der Frage im Hinterkopf, was von dem, was Sie da beobachten, Ihnen besonders gut gefällt, oder was von dem, was Sie beobachten, für Sie völlig neu ist.

Die Jugendlichen wurden gebeten, einen lösungsorientierten Dialog miteinander zu führen über entweder ein vorgegebenes Thema (bei Jugendlichen ein aktuelles Thema, was sie gerade beschäftigt, wie z. B. Taschengeld, Eltern, Schule o. ä.). Manchmal wollen die Jugendlichen ein selbstgewähltes Thema diskutieren, oder die Gruppe unterhält sich über alles, was in der letzten Woche gut gelaufen ist, oder wer welche Fortschritte gemacht hat.

Im zweiten Teil möchten wir Sie bitten, diese Beobachtungen miteinander zu besprechen - wir nennen das reflektieren - und dabei werden Ihre Kinder zuhören mit dem gleichen Auftrag, den Sie hatten: Was fällt euch auf, was

neu ist, was gefällt euch besonders gut an dem, was eure Eltern miteinander besprechen.

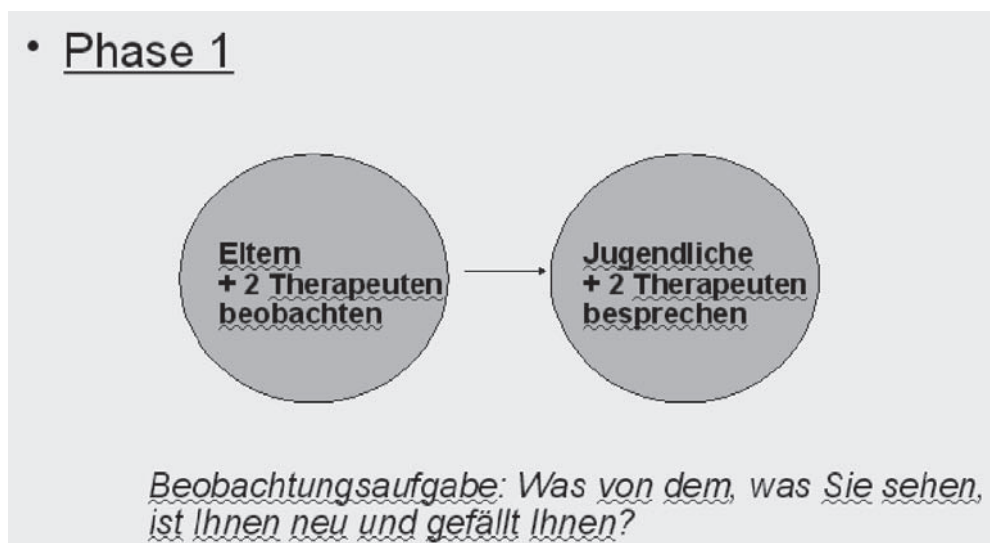
Im dritten Teil schalten wir noch mal um, so daß die Jugendlichen die Gelegenheit bekommen sich auszutauschen, über das was Sie miteinander reflektiert haben.

Das was wir hier machen ist neu, es wird an keiner anderen Klinik auf dieser Welt gemacht und trotzdem machen wir die Erfahrung, daß es schnell zu etwas Selbstverständlichem wird. Wir möchten mit diesem Setting Ihre Neugierde anregen, einerseits die Neugierde auf die Fortschritte, die Ihre Kinder machen, aber andererseits auch die Neugierde auf die Art und Weise, wie wir Therapie verstehen.

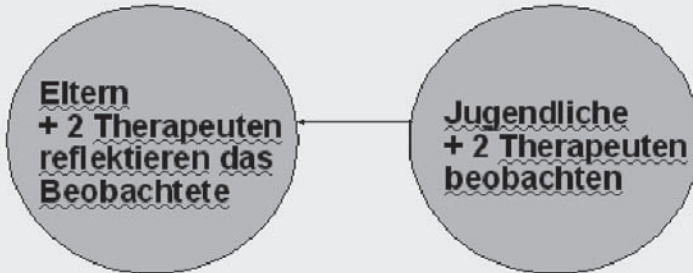
Es ist uns dabei wichtig, auf kleine Veränderungen zu achten, um sie sichtbar und erlebbar zu machen, weil diese kleinen Veränderungen sind die Voraussetzungen, um größere Veränderungen zu ermöglichen. Da Sie die Experten sind was das Beobachten von Veränderung bei Ihren Kindern betrifft, ist uns Ihre Meinung sehr wichtig bei für die Fortsetzung der Therapie.“

Die Abschnitte

Im Folgenden werden die drei Abschnitte noch einmal schematisch dargestellt.

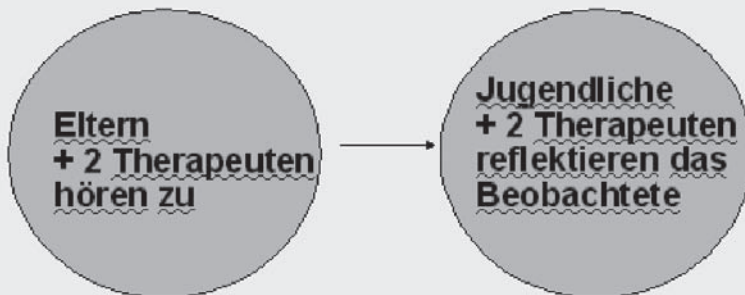


Phase 2



Beobachtungsaufgabe: Was von dem, was Ihr seht, ist Euch neu und gefällt Euch?

Phase 3



Aufgabe: Was von dem was ihr gehört oder gesehen habt gefällt euch oder was möchtet ihr aufgreifen?

Die Rolle der jeweiligen Therapeuten

Bislang - wir machen seit fast drei Jahren Erfahrungen mit dem Setting - haben wir es für ratsam gehalten sowohl in den Eltern- als auch in den Jugendlichenrunde mit zwei Therapeuten zu arbeiten. Es ist zwar kein absolutes Muss, aber es hat sich bewährt, und zwar dann, wenn die Eltern bzw. die Jugendlichen in ihren Reflektionen in das altbekannte defizitorientierte Fahrwasser kommen und Therapeuten der Verlockung nachgeben, ihre Arbeit zu verteidigen. In diesen Situationen war es wichtig, daß der zweite Therapeut - den ich bewußt nicht als Co-Therapeut bezeichne - das Gespräch mit einer lösungs- bzw. ressourcenorientierten Fragestellung lenkt. Bei stationären Gruppen ist es unerlässlich statt des zweiten Therapeuten ein Mitglied des Betreuerteams auf beiden Seiten mit dabei zu haben, um einerseits die Transparenz für alle Beteiligten - vor allem für die Mitarbeiter - größer zu machen, und andererseits den vielleicht bedrohlichen Aspekt des neuartigen Settings zu mildern, sowohl für die Patienten wie auch für die Eltern, weil die Mitarbeiter aus dem Betreuungsteam im Alltag doch sehr viel häufiger Ansprechpartner der Eltern und der Patienten sind als die Therapeuten.

Nachdem einer der beiden Therapeuten in der Patientengruppe noch einmal das Setting vorgestellt hat, greift er das Thema auf, worauf die Gruppe sich in einer vorhergehenden Sitzung geeinigt hatte. In einer Jugendlichengruppe ist der Verlauf der Sitzung oft relativ unkompliziert. Es stellt sich allerdings heraus, dass das vorgegebene Thema als Anschubthema zwar wichtig ist, allerdings auch gewechselt werden kann. Für einige Patienten scheint das Setting die Bühne zu sein, um auf positive Entwicklungen während der Therapie hin zu weisen, unter Bedingungen, die offensichtlich geschützter sind, als im Familiengespräch oder im Gespräch unter vier Augen zu Hause. Damit scheinen Jugendliche eine Basis schaffen zu wollen für weitere Gespräche nach der Sitzung.

In der Kindergruppe erscheint es schwieriger, themenzentriert zu arbeiten. Wir greifen dabei öfter auf kleine Theaterspiele, Gesellschaftsspiele oder Interaktionsspiele zurück. Damit lässt sich die inhärente Lebendigkeit einer Kindergruppe gut nutzen und bietet den Eltern gleichzeitig die Möglichkeit, ihre Kinder im gemeinsamen Spiel mit anderen Kindern zu beobachten und neue Fähigkeiten zu entdecken.

Es ist wichtig hin und wieder, sowohl in der Jugendlichen-, wie auch in der Kindergruppe nicht themenzentriert zu arbeiten, sondern einfach über die letzte Woche zu reflektieren oder darüber zu plaudern, welche Fortschritte die Patienten bei sich oder bei anderen gesehen haben oder konstruktive Kritik über den Stationsalltag los zu werden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Reflektierenden Familie zeigen sich auf zwei Ebenen. Einerseits die kurzfristigen, sofort wirksamen Ergebnisse und andererseits die Ergebnisse mit Langzeitwirkung.

Zu den ersten gehört die Stimmungsveränderung auf der Station, die schlagartig eine andere wurde, was letztendlich zu den Folgen mit Langzeitwirkung führte: das Problem der „illegal“ eingeschleusten Drogen und Medikamenten war vorbei. Viel wichtiger war allerdings die Neugierde, die bei den Eltern entstanden war, mehr von unserer Arbeit mitzubekommen und die Eltern haben letztendlich darauf bestanden, diese „Gesprächsrunden“ fortzuführen. Auf weitere Folgen kommen wir zum Ende dieses Kapitels noch einmal zurück.

Aus dieser spontanen Idee wurde ein Experiment, das aufgegriffen wurde und sich als sehr wirksames Instrument erwies, was wir zurzeit nicht nur im stationären, sondern auch im teilstationären und im ambulanten Bereich einsetzen. Mittlerweile wird es auch umgesetzt in einer Jugendhilfeeinrichtung (Johannesburg, Surwold), wo wir im Rahmen einer Konsiliartätigkeit auch eine psychotherapeutische Gruppe anbieten, die als klassische, frei assoziierende Jugendlichengruppe anfing, relativ direktiv geführt wurde und mittlerweile sehr lösungsorientiert unter Zuhilfenahme des reflektierenden Settings durchgeführt wird. Am Anfang reflektierten das Team der für die Jugendlichen zuständige Mitarbeiter der Einrichtung mit den Jugendlichen, mittlerweile gelingt es zwei Jugendlichenteams innerhalb der Gruppe sich gegenseitig beobachten zu lassen.

In letzter Zeit haben wir spannende Erfahrungen in einer Einrichtung für geistig Behinderte gemacht.

Wir setzen die „Reflektierenden Familien“ oft ein und wir stellen folgendes dabei fest:

Die Jugendlichen profitieren sehr weil sie einerseits die Erfahrung machen, daß andere Eltern mit ihren Kindern genau die gleichen Probleme haben, worüber die eigenen Eltern sich auch beschweren bei ihnen. Andererseits ist es denen auch wichtig auch von anderen Eltern positive Rückmeldungen über das eigene Verhalten während der Sitzung zu bekommen, da sie zum Teil als glaubwürdiger betrachtet werden als Rückmeldungen der eigenen Eltern. Für die Jugendlichen sind die Rückmeldungen der Eltern überhaupt wichtiger als das, was die Therapeuten vermitteln, da die ja schliesslich bezahlt werden für das, was sie sagen....

Erstaunlicher Weise machen Jugendliche sich gegenseitig darauf aufmerksam, daß ihre jeweiligen Eltern zu ihnen halten. Diese Interaktionsmodi wären ohne dieses Setting nie an das Tageslicht gekommen.

Die Jugendlichen profitieren natürlich auch davon wenn z.B. Eltern sich gegenseitig zurechtweisen, wenn zuviel negatives über einen bestimmten Jugendlichen berichtet wird. Diese Beobachtung trägt sehr stark zur Förderung des Selbstbewußtseins bei.

Für die Gruppendynamik hat das Setting zur Folge, dass die Gruppe der Jugendlichen gestärkt wird, weil diese sich als Gruppe darstellt und als Gruppe auch positiv wahrgenommen wird.

Die Eltern profitieren, so wie sie selbst sagen, von der Möglichkeit, ihre Kinder im therapeutischen Geschehen zu beobachten und so immer neue Facetten derer Persönlichkeit kennen zu lernen. Erstaunlicherweise nahmen einige Eltern die Erfahrungen aus den Sitzungen mit, um selber auszuprobieren, was eigentlich ihre Kinder lernen wollten.

Die Stimmung in der Familie nach einer solchen Sitzung ist gut. Da wir diese Sitzungen am Freitagnachmittag stattfinden lassen, ist oft auch das darauf folgende Wochenende gut, weil die Patienten nach der Sitzung sofort ins Wochenende gehen. Zwischen Sitzung und Verabschiedung ins Wochenende findet oft noch ein Tee- oder Kaffeetrinken statt.

Insgesamt wird unsere Arbeit durch dieses neuartige Setting sehr transparent und es gelingt, einen Hauch des lösung- und ressourcenorientierten Geistes unseres Hauses mit in die Familien zu geben. Weitere wissenschaftliche Arbeit wird zeigen müssen ob sich das Setting auch auf die Dauer von Behandlungen und die Wiederaufnahmequote auswirken wird.

Die Reflektierenden Familien sind als Setting auch zu einer Möglichkeit für Familien geworden, von einander „ab zu schauen“ und zu profitieren, nach dem Motto, was bei anderen funktioniert, könnte bei uns auch wirken. Familientherapie als Bench-Marking Methode!

Morbus Defizitikus

In der Elterngruppe ist es die wichtigste Aufgabe der Therapeuten, den Ressourcosaurus (Vogt-Hillmann 1999) zu schützen. Der Ressourcosaurus ist bekanntlich fast ausgestorben nach einer rasch um sich greifenden Infektion, dessen Erreger *Helicobacter Defecitarius* nur mit Mühe isoliert und identifiziert werden konnte. Der Morbus Defizitikus geistert auch durch unsere Reflektierende-Familien Sitzungen, weshalb es notwendig ist das die Therapeuten, sowie auch die Betreuer genügend Ressorcilin bei sich tragen, um den gutmütigen und wohlwollenden Saurus zu schützen.

Viele Eltern - vor allem wenn Sie zum ersten Mal dabei sind - wollen das Forum nutzen um noch mal auf die erheblichen Probleme und Defizite ihrer Kinder, oder auf Unzulänglichkeiten des gesamten therapeutischen Settings hinzuweisen. Unserer Erfahrung nach ist es sehr wichtig, diese defizitorientierten Beiträge sehr ernst zu nehmen, sich für diese konstruktive Kritik zu bedanken und darauf hinzuweisen, daß es auch andere Foren gibt, wo solche Beiträge ihren Platz finden und gewürdigt werden können. Wenn jemand trotzdem hartnäckig auf dieser Schiene fortfahren möchte, ist es wichtig, nicht zu versuchen, ihn vom Gegenteil zu überzeugen, sondern nachzufragen und darauf hinzuweisen, daß der betreffende Jugendliche oder das betreffende Kind auf der anderen Seite sitzt, und die Aufgabe hat, Neues und Positives zu entdecken. Oft lenken Eltern dann ein.

Besonders „brenzlich“ sind Rückmeldungen darüber, dass der Sohn oder die Tochter sich in der Sitzung genauso daneben benommen hat, wie zu Hause auch. Überraschend oft fängt die Elterngruppe selber solche defizitorientierten Aussagen auf und gibt Rückmeldungen über Ihre eigenen, oft sehr positiven Beobachtungen des betreffenden Kindes. Als Therapeut braucht man dann lediglich nachzufragen, ob diese Sichtweise für das betreffende Elternpaar neu sei, oder auch zutreffen könnte, oder ob Sie nachvollziehen können, dass man die gleiche Situation auch so sehen kann. Als Therapeut kann und sollte man natürlich auch ohne Mitwirken der anderen Eltern auf die mögliche al-

ternative Sichtweise hinweisen oder auf andere positive Aspekte im Verhalten des Kindes. Wenn man auf die Diskussion einsteigen würde, gewinnt der defizitorientierte Anteil zuviel Gewicht und es kommt für die Beobachter auf der anderen Seite nichts Neues bei herum, weil alle diese Diskussionen zur genüge kennen. Es kommt zu einer symmetrischen Eskalation (Watzlawik et al. 2003) die keine Bewegung ermöglicht.

Stand der Forschung

Kerstin Hanekamp (2000) hat die Reflektierenden Familien zum Gegenstand ihre Diplomarbeit zum Abschluss ihres Psychologiestudiums an der Universität Osnabrück gemacht unter Betreuung von Prof. Arist von Schlippe. Ihre Stichprobe von fünf Jugendlichen und fünf Eltern war zwar sehr klein, ließ aber dennoch einige Ergebnisse erkennen: Vor allem die Jugendlichen scheinen von dem Setting zu profitieren. Für die Eltern ist das Setting möglicherweise zu ungewöhnlich und der Zusammenhalt innerhalb der Elterngruppe zu gering um auf Anhieb akzeptiert zu werden. Eltern und Jugendlichen regten an, eine alternative Einbindung der Eltern in die therapeutische Arbeit in Erwägung zu ziehen. Entsprechende Versuche sind im Anfangsstadium.

Erfreulich ist die Rückmeldung, dass fast alle Befragten bestätigten, dass die Teilnahme an den Reflektierenden Familien Spuren hinterlasse habe und demnach bedeutsam gewesen sei.

Zum Schluss

Die bisherige Arbeit mit und an diesem Setting hat uns sehr angeregt neue Versuche mit Familien zu machen, aber auch Fallkonferenzen und Teambesprechungen so durch zu führen, dass zwei Teile des Teams sich in der oben beschriebene Abfolge von Beobachtung und Reflektion begegnen. Die Besprechungen werden konkreter, kurzweiliger und produktiver. Sie machen Mut den reflektierenden Faden lösungsorientiert weiter zu spinnen.

Adresse des Autors:

Dr. Filip Caby
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Marienkrankenhaus Papenburg-Aschendorf GmbH
Marienstr. 8
26871 Aschendorf
Tel.: 04962/502100
Internet: www.marienkrankenhaus-papenburg.de
EMail: f.caby@marienkrankenhaus-papenburg.de

Literaturverzeichnis

- Andersen, T. (Hg.)* (1996) Das Reflektierende Team. Verlag Modernes Lernen, 4. Auflage
- Hanekamp, K.* (2000) Familien und ihre Ideen über ihre Ideen. Eine explorative Studie über die Reflecting Families. Diplomarbeit, Universität Osnabrück
- Vogt-Hillmann, M.* (1999) Vom Ressourcosaurus und anderen fabelhaften Wesen. In: Vogt-Hillmann, M. & Burr, W.(Hg.): Kinderleichte Lösungen. Borgmann, Dortmund
- Watzlawick, P., Beavin, J., H.; Jackson, D. D.* (2003) Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Verlag Hans Huber, Bern

Kindheit und Jugend in Ost und West - Auswirkungen auf die therapeutische Haltung und den therapeutischen Prozess

Renate Sannwald & Ulrich Bahrke

Als Ulrich Bahrke und ich uns im Herbst 2001 kennen lernten, entstand aus unserer ost-westdeutschen Zusammenarbeit die Idee, im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie (DGKIP) ein Seminar über die Einflüsse ostdeutscher und westdeutscher Sozialisation und ihre Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess anzubieten. Wir hatten beide persönliche Erfahrungen mit der Behandlung von Patienten aus dem jeweils „anderen Teil des Landes“ gemacht: ich wohnte zur Zeit der Wende in Lübeck und hatte kurze Zeit später die Gelegenheit, die ersten Patientenfamilien aus Mecklenburg zu behandeln, die zu uns an die Universitätsklinik kamen, weil die „dortigen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft“ waren. Ulrich hingegen behandelte die Übersiedler von West nach Ost, die sich infolge der strukturellen Veränderungen nach der Wende in den Raum Halle begeben hatten (s.a. Frommer 2001). Wir bemerkten beide, dass die therapeutische Arbeit mit solchen Familien „Merkwürdigkeiten“ aufwies, dass wir mit unvertrauten Konstellationen und unbekanntem Sozialisationsfaktoren konfrontiert waren, die uns irritierten und hinsichtlich unserer therapeutischen Kompetenz verunsicherten. Das brachte uns auf die Idee, uns diesen Phänomenen einmal anzunähern, indem wir sie in einem Seminar systematischer untersuchten, dem wir den Titel gaben: „**Kindheit und Jugend in Ost und West**“.

Die Zielsetzung dieses Seminars war eine am Einzelfall orientierte **Erkundung der Sozialisationsbedingungen in West- und Ostdeutschland** anhand biographischer, durch Altersregression (Leuner 1985) gewonnener Episoden. Die Imaginationen in diesem Seminar beleuchteten wesentliche biographische Erfahrungen, was beinhaltete, dass in ihnen wenig „Abmilderung“ durch Symbolisierungen stattfand. Die Auswertung der Imaginationen wurde auf soziale Aspekte fokussiert; Übertragung und Gegenübertragung, intrapsychi-

sche Konflikte und Abwehrstruktur hatten weniger Bedeutung als üblich. Die Bereitschaft und die Fähigkeit zu intensiver Selbsterfahrung war eine Voraussetzung für die Teilnahme am Seminar.

Bisher fanden zwei Seminare zu diesem Thema statt, eines davon im **November 2005** in **Bad Lauterberg**, eines im **September 2006** in **Berlin**, jeweils etwa paritätisch von ost- und westdeutschen Kollegen besucht. Die Seminararbeit erfolgte in drei Schritten: mit Hilfe einer **initialen Imagination** zum Thema „**mein Lieblingsspielzeug**“ konnte sich die Gruppe kennen lernen. Dann baten wir die Gruppe, sich in **Untergruppen von je drei Kollegen** zusammenzutun und gemeinsam zu imaginieren zum Thema „**Eine Szene aus Ihrer Jugend**“. Im dritten Teil der Seminararbeit imaginierten die gleichen Untergruppen zum Thema „**Eine Szene aus Ihrer Kindheit**“. Anschließend wurden die Imaginationen in der Gesamtgruppe nachbesprochen, assoziativ angereichert und psychodynamisch untersucht.

In der „Warming up“-Phase der Gruppe, der **Imagination** zum Thema „**mein Lieblingsspielzeug**“ war für uns eindrücklich, dass sich die Lieblingsspielzeuge in Ost und West wenig unterschieden: viele Teddys tauchten auf – in unterschiedlichen Zuständen von Abnutzung, wie es bei Übergangsobjekten (Winnicott 1966) üblich ist. Darüber hinaus gab es Roller, Bälle, Puppenstüben, Ausschneidepuppen und Knetgummi, auch einen Kaufmannsladen. Erste damit verbundene Beziehungserfahrungen tauchten auf: die Oma, die die Anziehpuppen kaufte; Geschwisterkinder und Spielgefährten auf der Straße; auch hier zunächst mehr Verbindendes als Trennendes.

Im folgenden werden wir einige der Szenen aus der **Arbeit der Dreiergruppen** zu den Themen „**Eine Szene aus Ihrer Jugend**“ und „**Eine Szene aus Ihrer Kindheit**“ beschreiben und dabei versuchen, bestimmte Charakteristika ost- und westdeutscher Sozialisation herauszuarbeiten, so wie sie sich in der Gruppenarbeit darstellten.

Zunächst ein Beispiel für die **ostdeutsche Sozialisation**:

Eine **psychologische Psychotherapeutin (*1953)**, aufgewachsen in Thüringen und seit 30 Jahren niedergelassen in **Berlin-Ost**, imaginierte zu dem vorgeschlagenen Thema „**Eine Szene aus Ihrer Jugend**“:

Ich sehe ein Foto unserer ersten Klassenfete, zwei Jungen und ich im Minirock mit einem riesengroßen Luftballon. Wir tanzten zu dem Song „Satisfac-

tion“, die Jugendlichen trugen Jeans, Kletterstiefel, lange Schals. Ich tanzte mit einem Freund; es ist ein Kreis von regimekritischen Jugendlichen. Wir führten ein Doppelleben, angepasst in der Schule, verfolgten in der Freizeit unsere eigenen Interessen. Wir trafen uns in der Wohnung eines Freundes, saßen auf der Erde und sangen zur Gitarre, fühlten uns wohl. Ich hatte ein berührtes und dankbares Gefühl, dass das möglich war.

Die Assoziationen der Gruppenmitglieder zu dieser Imagination waren: es gehe darum, die eigene Welt zu vergrößern, sein zu können wie man will, sich Raum nehmen zu können, im kleinen Kreise opponieren zu können: „Der Staat kam nicht vor.“ Dennoch empfand vor allem die mit der Kollegin arbeitende Therapeutin ein permanentes Gefühl der Bedrohung im Hintergrund. Der Probandin schien es stark um die nicht ausgedrückte Sehnsucht nach Freiheit und Wahlmöglichkeiten zu gehen: „Ich wollte auswählen können!“

Anschließend reflektierten wir in der Gesamtgruppe die vorherrschende **psychodynamische Thematik** der Imagination. Uns schien in der beiläufigen Aussage der imaginierenden Kollegin: „Da ist immer was im Hintergrund!“ ein Hinweis auf das latent stets anwesende **einengend-normierende politische System** zu liegen. Die Beschulung auf der Erweiterten Oberschule (EOS) und das damit verbundene staatliche Reglement machte zum Erreichen des Abiturs „Verbiegungen“ notwendig. Damit ging es um das Thema Anpassung versus „Rettung“ durch eine Subkulturgruppe der regimekritischen „Gegenwelt“. In dem Gefühl der „Rettung“ in der Peergroup spiegelt sich die Tatsache, dass diese Gruppe von gleich gesinnten Jugendlichen einen geschützten sozialen Raum für die Entwicklung einer eigenen Identität bot (Kaplan 1988, Streeck-Fischer 1994). In einem System, in dem die Zahl der Wahlmöglichkeiten eingeschränkt ist, ist es für die adoleszente Identitätsbildung umso wichtiger, einen „Übergangs“-Raum für die eigenen Sehnsüchte nach Freiheit und einer eigenständigen Entwicklung haben zu können. Die adoleszenztypische Abgrenzung von den Normen der Erwachsenenwelt erfordert hier eine stärkere Gegenkraft, um zur eigenen Identität zu finden. Häufig genug waren sogar diese Subkulturgruppen kontaminiert durch bespitzelnde Mitschüler; nach Behnke und Wolf (1998) sollen etwa 10.000 Jugendliche in der DDR zur Bespitzelung ihrer Mitschüler und Freunde und zur Überwachung von deren Freizeitaktivitäten eingesetzt worden sein. Entsprechend groß war bei unserer Probandin die Dankbarkeit für die Unterstützung und Stabilisierung durch die Gruppe ihrer Freunde, in der sie sich offenbar sicher fühlen konnte.

Nun ein Beispiel für die **westdeutsche Sozialisation**:

Ein im Münsterland aufgewachsener Kollege (*1955), der seit vielen Jahren als **ärztlicher Psychotherapeut** in **Hamburg** niedergelassen ist, gestaltete die Motivvorgabe „**Eine Szene aus Ihrer Jugend**“ folgendermaßen aus:

Ich sehe mich auf meinem Fahrrad auf der Straße vor dem Elternhaus. Mein Freund ist auch da; er hat einen Rennlenker am Rad und einen Fuchsschwanz hintendran. Wir fahren gemeinsam zum Festplatz des Städtchens, schreien und sprinten durch die Pfützen, dass es spritzt, vorbei an der Kirche mit ihrem großen weißen Kirchturm. Ich war Messdiener und morgens dreimal wöchentlich in der Kirche. Meine Oma wohnte mit bei uns im Haus oben; sie bestimmte: „Es soll jeden Tag einer in der Kirche sein!“ Oma bestimmte auch, dass Mädchen und Jungen nicht mehr zusammen in einem Zimmer schlafen durften; so wurde ich zum Lernen und zum Schlafen zur Oma ausquartiert, weg von meinen Schwestern. Dort sitze ich jetzt am Schreibtisch, hinter mir die Oma, die interessiert guckt, aber nicht alles versteht. Zwei Freunde klingeln und holen mich ab zum Eisessen. Wir sitzen auf einer Mauer, vor uns rechts das Jungengymnasium und links das Mädchenlyzeum; man könnte sich auf der Mitte treffen. Vier Mädchen schlendern jetzt an uns vorbei; eine davon, im blauen Sommerkleid, finde ich besonders nett. Die Mädchen gehen alleine weiter, es entsteht kein wirklicher Kontakt. Wir Jungen gehen hinterher und landen im Zimmer meines Freundes. Dort hören wir Schallplatten von „Cream“ und „Deep purple“, mit Gefühlen von Wehmut und unerfüllbarer Sehnsucht.

Die Gruppenmitglieder assoziierten zu diesem Tagtraum Gefühle von Einsamkeit und Traurigkeit, fehlende Rollenmodelle für den Umgang mit dem anderen Geschlecht, „auseinander gesperrt Sein“, mit den eigenen Gefühlen nicht verstanden und in seinen Wünschen gebremst werden.

In der **psychodynamischen Reflexion** dieser Imagination schien uns die **geschlechtsgetrennte Sozialisation** von Mädchen und Jungen charakteristisch für das Aufwachsen in der **katholischen Welt Westdeutschlands beispielsweise im Rheinland, im Münsterland oder in Bayern**. In der weiterführenden Schule war die Geschlechtertrennung bis in die 70er Jahre hinein obligatorisch, ebenso wie der Besuch der Frühmesse mehrfach wöchentlich. Die systematische und triebfeindliche Geschlechtertrennung hinterließ Spuren im Sinne einer unerfüllten Sehnsucht nach dem anderen Geschlecht, hier

nach der Frau, des Unverstandenseins und Unverständnisses. Im Diktum der Großmutter: „Es soll jeden Tag einer in der Kirche sein!“ wird der Einfluss der älteren Frau in einer ansonsten patriarchalen Welt deutlich. Die Macht der katholischen Kirche vermittelt sich über die Großmütter, die transgenerational für die Weitergabe und Einhaltung der Werte und Normen sorgen. Progression wird bestraft, Weggehen ist mit Schmerzen verbunden – eine **westdeutsche Thematik**.

Ein weiteres Beispiel für die **ostdeutsche Sozialisation**:

Die in **Mecklenburg** aufgewachsene und heute **als Ärztin tätige Kollegin (*1965)** sah sich in der Imagination zum Thema „**eine Szene aus Ihrer Jugend**“ als 15jährige morgens in der Küche des Internates, in dem sie ihre Gymnasialzeit auf der EOS verbrachte.

5.00 Uhr morgens in der Internatsküche. Alles ist ordentlich aufgeräumt. Der Kohleofen brennt schon. Ich habe einen großen Schlüsselbund und gehe auf der Treppe nach oben, das Brot aus dem großen Brotschrank vor der Tür zu holen. Draußen liegt Schnee, den ich erst mal mit dem Besen wegfege. Meine Hosenbeine rutschen hoch; es ist kalt und nass. Dann packe ich das noch warme Brot in den Brotsack. Der Duft des frischen Brotes steigt mir in die Nase. Ich bringe das Brot in die Küche, wo ich es aufschneide und in die Körbe auf den Servierwagen verteile. Dann ist noch Zeit. Ich mache mir einen Brotkanten mit Himbeermarmelade zurecht und setze mich mit der Zeitung auf den Nachbarstuhl, der ein Kissen hat. Die Küche ist warm, der Ofen knackt.

Die Gruppenassoziationen zu diesem Tagtraum wiesen einerseits auf die Macht und Verantwortung hin, die sich in dem großen Schlüsselbund symbolisierte. Die Protagonistin wirkte sehr autonom und fast stolz auf ihre Autonomie. Doch die Gruppe spürte andererseits auch die Kälte und Distanz, die sich in dieser Lebenssituation ausdrückte, eine Internatsgemeinschaft, die strenge Regeln erkennen ließ, wo kaum Raum für Individuelles war. Insbesondere die als Therapeutin fungierende Kollegin reagierte auf die Imagination mit mütterlich-fürsorglicher Gegenübertragung, machte sich Gedanken über die dünnen Schuhe der Kollegin, in denen diese den Schnee wegfege musste. Doch die Jugendliche gab ihr auch das Gefühl, dass sie sie nicht wirklich brauche, selbst autonom sei und sich gut alleine organisieren könne.

In der **psychodynamischen Reflexion** schien uns diese Imagination sinnbildlich für die **Entpersönlichung** der in ländlichen Gegenden der **ehemaligen DDR** üblichen **Internatserziehung**. Gut begabte Kinder wurden bereits im Alter von 12 Jahren in Internaten erzogen, zum Teil weit vom Heimatort ent-

fernt. Damit war de facto die Kindheit beendet; sie waren auf sich selbst gestellt in einer leistungsorientierten, strengen Regeln unterworfenen Welt ohne wirkliche Geborgenheit. Die Unterbringung erfolgte im Sechs-Bett-Zimmer, für Persönliches gab es keinen Raum, die Tagesabläufe waren aufgabenbezogen und funktional, Freiräume entstanden lediglich morgens um 5.00 in der Internatsküche. Das in der DDR aufgewachsene Kind musste schnell autonom und erwachsen werden; kindlich-regressive Wünsche wurden ignoriert und abgewehrt (Israel 1992).

Ein weiteres Beispiel für die **westdeutsche Sozialisation**:

Die im **Ruhrgebiet** geborene und seit zwanzig Jahren in **Lübeck psychotherapeutisch tätige Ärztin (*1955)** imaginierte zum Thema „**eine Szene aus Ihrer Jugend**“ eine Episode an einem Baggersee.

Ich bin 15 Jahre alt, sitze in der Sonne auf einer Decke am Rand unseres Baggersees und mache meine Latein-Hausaufgaben. Peter ist auch da und fragt, ob ich mit ihm schwimmen gehe. Ich habe große Lust, aber ich habe meine Menstruation und traue mich nicht, es zu sagen. Vielleicht können wir das Schwimmen verschieben? Auf der Decke in der Sonne ist es schön, aber ich bin traurig, weil ich befürchte, dass wir uns bald trennen müssen.

Im Nachgespräch fühlte die Gesamtgruppe sich angerührt durch die in dieser Imagination anklingenden Gefühle von zarter jugendlicher Zuneigung, Liebessehnsucht und Versöhnlichkeit. Die Probandin erinnerte sich, wie sie in diesem Alter ihre Menstruationsbinden hinter dem Schrank versteckt hatte, damit sie niemand zu Gesicht bekam. Auch ein Gespräch über ihre Liebesgefühle dem Freund gegenüber war damals nicht möglich.

In der **psychodynamischen Reflexion** der Imagination war der Gruppe die **Tabuisierung der Körperlichkeit** sehr eindrücklich, die die westdeutsche Erziehung der 60er und 70er Jahre prägte. Es war kaum möglich, sich in seiner körperlichen Disposition und sinnlich-erotischen Bedürfnissen offen zu zeigen, was im Falle unserer Probandin offenbar auch mit der mangelnden emotionalen Unterstützung durch die Mutter zusammenhing. (Grundsätzlich gab es im Osten eher selten geschlechtsgetrennte Erziehung und auch weniger bürgerliche Kultiviertheit im Sinne von Körper- und Triebtabus.)

Ein weiteres **ostdeutsches Thema** spricht die folgende Episode an:

Die in der Lausitz niedergelassene **Ärztin für Psychotherapeutische Medizin (*1967)** imaginiert zum Thema „**Eine Szene aus Ihrer Kindheit**“ folgende Episode:

Ich bin 6 Jahre, in der 1. Klasse. Heute werden wir als junge Pioniere aufgenommen. Wir stehen auf einem Soldatenfriedhof in Reih und Glied. Die Grabsteine der Soldaten tragen Stahlhelme. Wir tragen blaue Röckchen und weiße Blusen. Es ist kalt, ein leichter Novemberregen nieselt auf uns herab. Die Lehrerin hat eine rote Nase und hustet, sie tut mir leid. Ich fühle mich ratlos und überfordert; wir sind hier hingefahren und hergestellt worden. Das ganze ist irgendwie absurd; ich muss lachen. Aber dazugehören ist wichtig! Was haben die mit uns gemacht ... Wir bekommen das blaue Halstuch und einen Pionierausweis. Auf einem Zettel lese ich: „Jungpioniere lernen immer fleißig und sagen immer die Wahrheit“. Es ist auch nicht anders als bei den zehn Geboten. Wir sollen immer hilfsbereit sein.

Im Nachgespräch erinnerten sich verschiedene Gruppenteilnehmer, wie sie, erfüllt vom Geist der jungen Pioniere, alten Menschen die Taschen getragen hatten: „Die meisten waren stolz dabei!“ Doch das Bild der Kinder in Reih und Glied auf einem Soldatenfriedhof weckte auch Scham- und Schuldgefühle, in missbräuchlicher Weise mit solch überdimensionalen und grotesken Projektionen Erwachsener überfrachtet worden zu sein. Sich in der eigenen kindlichen Unbedarftheit und Sprachlosigkeit zu zeigen, löste Schamgefühle aus; eigene kindliche Bedürfnisse konnten nur in Projektion auf die Lehrerin zugelassen werden.

In der **psychodynamischen Betrachtung** der Episode ging es vorrangig um den **narzisstischen und entpersönlichenden Missbrauch junger Menschen** in der ehemaligen DDR. Die Art und Weise, wie „Vater Staat über ein verfrühtes und monströses Ritual Zugriff nahm“ auf die Grundschul Kinder, ließ diesen keine Möglichkeit, sich differenziert und reflektiert mit der Situation auseinanderzusetzen, weil den Kindern die kognitiven und emotionalen Bewältigungsstrategien dazu noch nicht zur Verfügung standen. Stattdessen wurden sie narzisstisch verführt zu einer verfrühten Identifikation mit den vom Staat vertretenen Werten: „Im Pionierausweis war das erste Passbild meines Lebens.“ Transgenerationale Delegationen der Schuldübernahme: „Die sind für euch gestorben!“ wurden unreflektiert übernommen. Grundschul Kinder wurden „eingeschworen“ auf die Staatsräson, die über alle anderen Loyalitäten gehen sollte.

Nun eine **ost-westdeutsche Episode**:

Der in **Potsdam geborene**, dann aber mit seiner Mutter zu Verwandten nach **Südwestdeutschland** ausgereiste und dort **aufgewachsene Nervenarzt (*1942)**, der heute in Potsdam arbeitet, ließ in seiner Imagination eine wichtige Implikation der deutsch-deutschen Geschichte lebendig werden:

Ich sehe mich im Alter von neun Jahren an einem vereisten Bachbett stehen und einen Eisvogel beobachten, der vom Rande des Baches aus ins Wasser springt. Ich habe meine Brille in der Hand; meine Mütze aus harter Wolle ist leider abhanden gekommen. Das gibt eine Strafe zu Hause! Der Bach fließt weit oberhalb der Dorfschule auf der Schwäbischen Alp, wo ich eingeschult worden bin. Dort werde ich ausgelacht wegen der Brille; auch meine Mütze ist ein Lachobjekt. Einmal habe ich eine versteinerte Muschel mit in die Schule genommen, die mir der Onkel geschenkt hatte; der sammelte solche Versteinerungen auf der Alp. Als ich aus der Pause zurückkam, stak die Muschel im Tintenfass. Ich habe sie raus genommen und wieder saubergemacht. Im Unterricht mussten wir Evangelischen stehen, während die Katholischen bei den Gebeten niederknien durften. Und die junge Lehrerin, die alle verehrten, hat nur ganz harmlose Schläge mit den Rohrstock gegeben, die nicht wehtaten; alle standen bei ihr an, um sich von ihr schlagen zu lassen.- Nun kommt der Pfarrer auf der Straße am Bach daher gefahren und bietet mir an, dass ich im Beiwagen seines Motorrads mitfahren kann; dann komme ich nicht soviel zu spät, und die Strafe wird nicht so schlimm ausfallen.

Angesichts des Szenewechsels in der Imagination fühlte die Gruppe sich desorientiert. Erst als der Kollege anamnestisch ergänzte, er sei Kriegshalbweise gewesen, der Vater sei nach dem Krieg verschleppt worden, kommt mehr Klarheit in die Geschichte. Eine seiner wenigen Erinnerungen an den Vater sei ein Buch über den Eisvogel, das der Vater vor dem Krieg illustriert habe. Eigentlich sei der besagte Onkel der erste Mann im Leben des Kollegen gewesen. Es ging also um den Väterverlust, um Orientierungsprobleme nach der Übersiedelung in den Westen, um Ausgrenzung und Zugehörigkeit, um Konservierung und versuchte Zerstörung von Erinnerung, symbolisiert in der besudelten Muschel. „Wenn man nicht Acht gibt, passiert etwas Schreckliches!“ Der Kollege sagte von sich: „Ich wehre mich gegen Versorgung!“, wohl eine Strategie, mit den vielen nicht enden wollenden Härten im Leben des Flüchtlings zurecht kommen zu können.

In dieser Imagination wird ein **psychodynamisches Thema** deutlich, das **sowohl den Osten als auch den Westen Deutschlands betrifft**: die kriegsbedingten Migrationen von Ost nach West (oder auch aus dem deutschen Ostgebieten nach Mitteldeutschland). Die **Flüchtlinge** bekamen leicht in der neuen Heimat eine **Sündenbockfunktion** zugewiesen; das **Fremde** wurde lange Zeit **ausgegrenzt**, bevor es als zugehörig anerkannt werden konnte. In der Ausgestaltung des Kollegen wurde die Bewältigungsstrategie seiner Familie deutlich: einerseits sich den Glauben daran zu erhalten, dass sie etwas Besonderes sei, andererseits so wenig Angriffsflächen wie möglich zu bieten. Auch die Folgen des **traumatischen Väterverlustes** werden deutlich: ein Junge, der sich hart machen muss, um die Härten des ihn umgebenden Lebens ohne den väterlichen Schutz aushalten zu können.

Aus Platzgründen beschränken wir uns darauf, die übrigen inhaltlich bearbeiteten Themen kurz zu referieren:

Bei den **ostdeutschen Kollegen** ging es inhaltlich neben dem bereits dargestellten Thema des „doppelbödigen Lebens“ (Plänkers et al., 2005, S. 9, S. 18 ff.) in einem einengend-normierenden System auch um die „normierte Gesellschaftsbildung“, die unter anderem das Recht des Einzelnen auf bürgerliche und kultivierte Lebensformen beschnitt. Weiter stellten wir oben an einem Beispiel die **Entpersönlichung durch die** in weiten Gegenden der **ehemaligen DDR** übliche **Internatserziehung** dar, die zu einer Pseudo-Progressivierung in der Persönlichkeitsentwicklung führte mit mannigfaltigen Folgen (u.a. der einer frühen Entwicklung genitaler Sexualität auf der Suche nach ein wenig Geborgenheit). Auch die Art und Weise, wie „**Vater Staat Zugriff nahm auf die Kinder**“, wurde in einer bewegenden Imagination über das Ritual der Aufnahme zu den „jungen Pionieren“ als Sechsjährige auf einem Soldatenfriedhof zum Thema. Ein Teilnehmer aus einer bekannten ostdeutschen Widerstandsfamilie stellte dar, wie nach dem Verlust des Vaters im Gebot der Mutter an die Söhne: „Keiner von euch fasst eine Waffe an!“ die Familie im Widerstand gegen die Staatsgewalt zementiert war; die **Position als „Helden des Widerstandes“** gab zusätzliche **narzisstische Gratifikation**.

Bei den **westdeutschen Kollegen** standen einmal die Folgen der triebfeindlichen (hier katholischen) Erziehung im Vordergrund, die **geschlechtergetrennte Erziehung** von Mädchen und Jungen unter dem Gebot des **Triebverzichts**, welche zu einer unerfüllten und manchmal unerfüllbaren Sehnsucht nach dem anderen Geschlecht führte und zu einer großen Unbeholfenheit in

der Annäherung an dasselbe. Diese religiöse Erziehung hatte auch oft eine **Tabuisierung von Aggression** zur Folge. Weiter ging es um die **schwache Position des Vaters**, der sich häufig unbeteiligt von den Familienbelangen zurückhielt (wie im Falle einer Familie mit einem behinderten Geschwisterkind) oder infolge der Ehescheidung der Eltern entwertet wurde und für die Kinder quasi verloren ging. Eine häufig anzutreffende Bewältigungsstrategie im „Wirtschaftswunderland“ Westdeutschland bestand offenbar in einer **einseitigen Betonung des „Leistungsaspekts“** im Leben.

In dem Maße, in dem wir in die Thematik tiefer einstiegen, stießen wir zunehmend auf **gesamtdeutsche Themen**. Wir beschrieben bereits die **Ausgrenzungsproblematik der Flüchtlinge** in ihrem neuen Lebensraum. Daneben stellten wir fest, dass die Trennung Deutschlands in zwei Teile Phänomene ermöglichte wie **Väter**, die aus ihrem Kulturraum flohen, um sich der **Verantwortung** für ihre Vergangenheit zu **entziehen**, sei es der Verantwortung für ungewollte Kinder und Ehen oder der Verantwortung für frühere Straftaten. In dem Lebensmotto „Man soll sein Herz nicht an Dinge hängen, die nicht von Dauer sind“ gab die Großmutter einer Kollegin ihre eigene Erfahrung eines **durch die Migration zerstörten Lebensentwurfs** weiter - und auch den daraus entspringenden Hass und Groll.

Wir lernten, das bereits beschriebene **Phänomen der „schweigenden Väter“**, die sich scheinbar widerstandslos der Regie der Mütter unterordneten, als **Kriegsfolge** zu verstehen: vielfach bestanden bei den Vätern offenbar chronifizierte Depressionen oder Persönlichkeitsveränderungen infolge der erlittenen Kriegstraumatisierungen. Sie konnten ihren Platz als Väter der Familie nicht mehr einnehmen, was dann die Mütter in eine chronische Überforderungssituation brachte.

Wir stellten fest, dass viel von den **transgenerationalen Folgen der deutsch-deutschen Geschichte** noch unverstanden ist und weiterer Bearbeitung in der Selbsterfahrung und der theoretischen Auseinandersetzung damit bedarf. Hierzu bemerkte Misselwitz (2005): „Durch das Erzählen unserer Lebensgeschichten entsteht eine reale innere Verbundenheit, die wir für das Zusammenleben von Ost- und Westdeutschen wirklich benötigen. Es ist ein gutes, einfaches Werkzeug für die Vereinigungsarbeit, die bis heute längst nicht abgeschlossen ist.“

Die **Unkenntnis hinsichtlich der Sozialisationsbedingungen im anderen Teil des Landes** kann zu psychodynamischen Fehleinschätzungen und zu vorschnellen Urteilen über die „Gewordenheit“, die lebensgeschichtlichen

Prägungen des jeweiligen Patienten aus dem anderen Teil Deutschlands führen. Die mangelnde Beachtung der lebensgeschichtlichen Umstände kann zur Folge haben, beispielsweise einen westdeutschen Patienten in manchen Aspekten seiner krankmachenden Dynamik nicht ernst zu nehmen, bestimmte Facetten der Psychodynamik in der therapeutischen Bearbeitung zu vernachlässigen, und andere, dem Therapeuten vertrautere Facetten zu hoch zu bewerten (Drees 2005). Im schlechtesten aller Fälle fühlt der Patient sich so unverstanden, dass er die Therapie vorzeitig beendet.

Eine andere Schwierigkeit besteht darin, dass gerade die an die Ausübung staatlicher Autorität gewöhnten ostdeutschen Patienten sich unter Umständen einer auf ihre Weise ebenfalls normierten „westeuropäischen psychodynamischen Einschätzung“ unterwerfen, die ihrer früheren Lebensrealität nicht gerecht wird (Misselwitz 2005).

Die Arbeit mit Patienten aus dem anderen Teil Deutschlands bedarf einer **hohen Achtsamkeit** und einer **kritischen Reflexion der eigenen Gegenübertragungseinstellung**, immer auf der Spur von unzulässigen Verallgemeinerungen.

Ein weiterer Diskussionspunkt in unserem Seminar war die Frage, wofür man sich einem autoritären Regime gegenüber dankbar fühlen könne? Jedenfalls vermittelt ein solches politisches Umfeld unter Umständen Verlässlichkeit und Halt. „Freiheit hat auch ihre Schattenseiten!“ Strukturschwache Menschen bekamen nach der Wende in einem föderalistischen System zunehmend psychische Probleme; die Zahl der Angststörungen bei Männern und die Zahl der Essstörungen bei Frauen stieg deutlich an (Konzag und Fikentscher 1993; Geyer u.a. 1995). Ein hoher Grad von persönlicher Freiheit und eine große Zahl von Wahlmöglichkeiten erfordern letzten Endes die Übernahme von mehr Verantwortung für die eigene Entwicklung und die Inkaufnahme von Enttäuschungen, die aus Illusionen über die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten entstehen. Damit werden größere Anforderungen an die persönliche Reife gestellt.

Unsere Gruppe entwarf am Ende der gemeinsamen Arbeit aus den Imaginationen das **Zukunftssymbol einer grünen Bank auf rotem Teppich**, verbunden mit der Hoffnung, dass aus den Sozialisationsbedingungen im geteilten Deutschland, verbunden mit Missbrauch, Beschämung, Entmündigung und Verführung der Jugend letztendlich doch eine Entwicklung zur Autonomie und zur Besetzung des eigenen Platzes möglich sein wird.

Literaturverzeichnis

Behnke, K.; Wolf, J. (1998) Zwischen Jugendzimmer und Führungsoffizier. In: Behnke, K.; Wolf, J. (Hrsg.): Stasi auf dem Schulhof. Ullstein Verlag Berlin.

Drees, L. (2005) Über den Verrat zwischen Ost und West. Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung 9, 1 (16), 8 – 18.

Frommer, J. (2001) Umzug von West nach Ost im vereinten Deutschland. Forum der Psychoanalyse 19, 211 – 223.

Geyer, M.; Brähler, E.; Plöttner, G.; Scholz, M. (1995) Gesellschaftlicher Umbruch – individuelle Antworten. Veränderungen ausgewählter sozialer und gesundheitlicher Parameter nach der Vereinigung im Ost-West-Vergleich. In: Brähler, E. und Wirth, H. J. (Hg.) (2005): Entsolidarisierung – die Westdeutschen am Vorabend der Wende. Westdeutscher Verlag Opladen, S. 201 – 216.

Israel, A. (1992) Spezifische Konflikthaftigkeit sozialer Bedürfnisse in der Kindesentwicklung im Kontext der Sozialisationsbedingungen in der DDR. Gruppentherapie und Gruppendynamik 28/3, S. 232 – 244.

Kaplan, L.J. (1988) Abschied von der Kindheit: eine Studie über die Adoleszenz. Klett-Cotta, Stuttgart.

Konzag, T. A. und Fikentscher, E. (1993) Halt und Verlust – der Einfluss des Gesellschafts-systems auf Patientenschicksale. Psychologische Beiträge 35, S. 26 – 29.

Leuner, H. (1985) Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Huber, Bern.

Misselwitz, I.; Lenkitsch-Gnädinger, D. (2005) Endstation Sehnsucht – von der Schwierigkeit, mit der Realität zu leben. Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung 9, 1(16), 43 – 56.

Plänkers, T.; Bahrke, U.; Baltzer, M.; Drees, L.; Hiebsch, G.; Schmidt, M.; Tautz, D. (2005) Seele und totalitärer Staat. Zur psychischen Erbschaft der DDR. Psychosozial-Verlag Gießen.

Streeck-Fischer, A. (1994): Entwicklungslinien der Adoleszenz. Narzissmus und Übergangsphänomene. Psyche 48/6, 509 – 528.

Winnicott, D. W. (1966): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. Psyche 63, 666 – 682.

Zur Diskussion gestellt:

Die Psychiatrie im 20. Jahrhundert – ein Rückblick

Reinhart Lempp

Das 20. Jahrhundert habe ich als Psychiater nur in seiner zweiten Hälfte selbst kennen gelernt, und zwar vom 1. Juli 1953 an. An diesem Tag hatte ich an der Tübinger Nervenklinik als noch unbezahlter Gastarzt angefangen. Aber die damals die Psychiatrie in Mitteleuropa bestimmenden Psychiater – in Deutschland Ernst Kretschmer in Tübingen, Kurt Schneider in Heidelberg, Koller in München, Bürger-Prinz in Hamburg, Mauz im Münster, Conrad in Göttingen und viele andere, Manfred Bleuler und Binswanger in der Schweiz und Hoff in Wien - stammten alle aus der ersten Hälfte des Jahrhunderts und waren durch diese geprägt.

Erst kürzlich konnte ich mir aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch neue bzw. wieder entdeckte Literatur einiges erschließen. Das eine war eine neue Dissertation, die *Thomas Schmidt-Degenhardt* bei Herrn Hirschmüller verfasst hatte, über den berühmten Robert Ritter, der einer meiner Vorgänger in der Leitung des klinischen Jugendheimes in Tübingen war und über die Sinti – damals Zigeuner oder Jeuner genannt – forschte. Das andere war eine Arbeit von *Gerhard Zeller* über die Tübinger Psychiatrie-Schule, in dem schon 1972 erschienenen Buch von Schulte und Tölle über Wahn, zum 100. Geburtstag von Robert Gaupp. Gerhard Zeller stammt selbst aus einer württembergischen Psychiaterdynastie, war ein Studienkollege von mir. Ich erinnere mich noch, wie ich ihn 1952 in der Zeit meiner Tätigkeit an der inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Ludwigsburg auf dem Stuttgarter Bahnhof zufällig traf und er mir erzählte, er sei an der Nervenklinik Tübingen tätig. Ich versicherte ihm damals, dass ich nicht Psychiater werden wolle. Ein Jahr später traf ich ihn dann in der Tübinger Nervenklinik wieder (Schmidt-Degenhardt 2007, Zeller 1972).

Diese beiden Arbeiten machen deutlich, wie aus dem 19. Jahrhundert der Vorrang somatischer Ursachen psychischer Störungen schon seit Autenrieth und Griesinger auch in den Anfang des 20. Jahrhunderts von Gaupp übernommen wurde. In der Zeit, als durch die Entdeckung der Bakterien als Ursache der Infektionskrankheiten auch mit der Progressiven Paralyse durch den Erreger der Syphilis die Psychiatrie gewissermaßen erst in der Kreis der „echten“ Krankheiten aufgenommen und von ihren früheren unwissenschaftlichen Vorstellungen von Besessenheit befreit wurde.

Nach Zeller war es gerade die Tübinger Psychiatrie, welche schon früh durch Gaupp und Kretschmer im Zusammenhang mit der Paranoia und dem „Sensitiven Beziehungswahn“ zu einer gewissen Verbindung der sonst ziemlich streng getrennten Psychikern und Somatikern beitrug und sie auch in der „mehrdimensionalen Diagnostik und Therapie“ Ernst Kretschmers deutlich gemacht wurde. Zeller spricht von der „Tübinger Psychiater-Schule.“ Dass diese verbindende Vorstellung gerade im Süden Deutschlands gepflegt wurde, kann seinen Grund auch in den Unterschieden der Krankheitshäufigkeiten haben. Zeller zitiert Simmerling, den ersten Direktor der Tübinger Nervenklinik, der 1898 feststellte, dass 15 % Paralytikern in der Berliner Klinik nur 4,2 % in Tübingen gegenüberstehen, dagegen 17 % endogenen Psychosen in Berlin 61 % in Tübingen.

Dennoch fand auch in der Tübinger Psychiatrie als eine feste Säule der Somatik die Vererbungslehre Beachtung. Der Arbeit von Schmidt-Degenhardt entnehme ich, dass im Anfang des 20. Jahrhunderts der geistige Vater der Rassenhygiene Alfred Ploetz (1860 – 1940) eine große Beachtung erfuhr. Er war der Führer der „Neuen Biologie“ mit „präventösen Allmachtsgedanken und Hegemonieansprüchen“ – wie Schmidt-Degenhardt schreibt.

Im Gymnasium wurde uns im Biologieunterricht Ende der 30er Jahren der Stammbaum einer Familie Kallikak gezeigt, der unter anderem beweisen sollte, dass Kriminalität ebenso wie Schwachsinn erblich sind. Ich dachte später, dass dies eine fingierte Darstellung aus der Nazi-Ideologie gewesen sei, konnte aber jetzt im Internet feststellen, dass 1912 ein US-amerikanischer Psychologe namens Herbert Goddard (1866 – 1957) über diesen Stammbaum weltweit veröffentlicht hatte.

Die Erblehre wie die Rassenhygiene waren in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts international wissenschaftlich anerkannte Lehrmeinungen, nicht

nur in Deutschland. Sie entsprach dem damaligen Zeitgeist. Ihm folgte auch Robert Ritter in Tübingen mit seiner Forschung über die Jeuner. Die Forschungen wurden dann von der damaligen Regierung zur Rechtfertigung brutaler Zwangsmassnahmen gegen die Sinti und Roma missbraucht.

Aber auch außerhalb der Genetik stand in der Psychiatrie die Somatik im Vordergrund. Gerhardt Nissen (2005) weist in seiner „Kulturgeschichte seelischer Störungen“ daraufhin, dass sich noch bis weit ins 20. Jahrhundert hinein in einer breiten Öffentlichkeit die Tendenz erhielt, für Geisteskrankheiten entweder psychische *oder* somatische Ursachen anzuführen. Dabei stand die Somatik im Vordergrund. Selbst Sigmund Freud, gewissermaßen der Erfinder des frühkindlichen psychischen Traumas, hat sich seinerzeit die Libido, die Libidostauung durchaus somatisch vorgestellt. Er sagte: „Das Lehrgebäude der Psychotherapie, das wir geschaffen haben, ist in Wirklichkeit ein Überbau, der irgendeinmal auf ein organisches Fundament aufgesetzt werden soll; aber wir kennen dieses noch nicht“ (Freud 1966). Auch das Hauptwerk Ernst Kretschmers „Körperbau und Charakter“, das ihn weltberühmt gemacht hat, bestätigte im Grund die somatische Genese und die Vererbung als wesentliche Ursache psychischer Störungen.

Als ich 1953 in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen als Gastassistent auf der geschlossenen Frauenabteilung, dem Frauen D-Saal, unter dem Stationsarzt Alexander Veltin begann, war gerade als erstes Psychopharmaka das Mephaphen eingeführt worden. Ich habe auch noch die Zeit der Elektrokrampf- und Insulinschocktherapie miterlebt. Jeden Vormittag hatte ich die Aufgabe, die bewusstlosen Insulinpatienten der Privatstation „auszulösen“, das heißt, nach Kontrolle, ob der Schlauch auch sicher richtig im Magen lag, wurde eine Zuckerlösung zugeführt. Ich sollte die Privatassistentin entlasten. Die Elektrokrampftherapie war durch die Einführung von Suxinylpräparaten nicht mehr so dramatisch und gefährlich. Die Einführung der Psychopharmaka bedeutete aber eine große Revolution in der Psychosenbehandlung mit einer Lockerung der strengen Sicherheitsmaßnahmen. Die Station wurde erstmals ein wohnlicher Aufenthaltsraum. Gerade die Psychopharmaka bestätigten auch ganz offenbar die Organogenese der Psychosen.

Aus diesen Vorstellungen kam auch meine Habilitationsschrift über „Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose“ (Lempp 1964). Der Psychohygieniker und Psychoanalytiker Heinrich Meng wies in der Einführung zur ersten Auflage meiner Veröffentlichung darauf hin, dass „Freuds Neurosenlehre

keine Parteinahme aufweist für die *nur* seelische Ätiologie der Neurose.“ Freud habe es offen gelassen, welche Faktoren der Vererbung der somatisch angeborenen oder erworbenen Faktoren neben den seelischen mitwirken oder mitwirken können.

Über die frühkindliche Hirnschädigung hatte bereits Gerhard Göllnitz in Rostock veröffentlicht (Göllnitz 1954). Mir war es darum gegangen auch statistisch nachzuweisen, dass bei den kindlichen Neurosen, also den reaktiven Verhaltensstörungen, eine früh erworbene, leichtgradige Schädigung des Gehirns während seiner frühen Entwicklung eine wesentliche Mitursache sei, dass die Reizaufnahme- und Verarbeitungsstörungen dieser Kinder zur unangemessenen Reaktionen der Umwelt Anlass geben und so zu diesen psychischen Auffälligkeiten führen könne. Dies war auch ein Versuch Organogenese und Psychogenese zu verbinden.

Dieses Buch fand großes Interesse und der Begriff der „leichtgradigen frühkindlichen Hirnschädigung“, der späteren „minimal brain dysfunction“ und des „frühkindlich exogenen Psychosyndroms“, wurde wie in der Schweiz das POS-Kind, das psychoorganische-Syndrom-Kind zum festen Begriff. Diese Lehre bot auch vielen Eltern und Erziehern eine Schuldentlastung vom Vorwurf, sie seien schlechte Eltern und Erzieher. Zweifellos war die Genese damals zu eng gefasst. Das klinische Bild entspricht fast völlig dem gegenwärtig modernen ADHS-Kind. Schon in den folgenden Jahrzehnten ging die Häufigkeit solcher frühkindlicher Schädigungen dank verbesserter perinataler Medizin deutlich zurück. Es wundert mich nur, dass sich offenbar gegenwärtig niemand den Kopf darüber zerbricht, wodurch die jetzige exorbitante Zunahme verursacht ist.

Eine andere Spezialität der so genannten Tübinger Schule ist nach Zeller „die Frage nach den Übergängen, dem Übergang von gesund nach krank und die Frage nach den Übergangsformen zwischen größeren Krankheitskreisen bzw. typischen Symptomgruppierungen.“ Diese Frage hat auch mich beschäftigt, besonders im Zusammenhang mit der Schizophrenie und dem frühkindlichen Autismus. Der letztere war für die allgemeine Psychiatrie damals weit gehend unbekannt und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein völlig neues Gebiet. Die Veröffentlichungen von Kanner einerseits und Asperger andererseits, beide ganz unabhängig von einander aus dem Jahr 1943 und 1944, waren nicht zur

Kenntnis genommen worden. 1958 fand bei Villinger in Marburg ein erstes Symposium zum Thema Autismus infantum statt, an dem Asperger teilnahm. Ich deutete damals die Kontaktstörung, die es auch bei frühkindlich hirngeschädigten Kindern gibt, als ein organisches Symptom, und den frühkindlichen Autismus auch später stets als exogene Psychose. Ein erblicher Anteil an seiner Genese ist inzwischen unbestritten, vor allem von väterlicher Seite. Es gibt aber auch sichere Hinweise auf exogene Schädigungen, insbesondere kognitive Störungen, wie Teilleistungsstörungen.

Von Genetik wurde allerdings in der psychiatrischen Wissenschaft damals wenig gesprochen. Das war eine Reaktion auf deren Überbewertung und Missbrauch im 3. Reich und in der ersten Hälfte des Jahrhunderts. - Dies ist in der Zwischenzeit wieder überwunden. Durch die Gentechnik ist sie wieder in den Vordergrund gerückt. Erst vor wenigen Tagen fand in Köln eine internationale Tagung über genetische Faktoren des Verhaltens statt.

Als Gegenbewegung gegen die Genetik fand die Psychoanalyse, die ja bis zum Kriegsende bei uns geächtet war und auch sonst in den Universitäten kaum Anerkennung gefunden hatte, zunehmend Beachtung, wenn auch sehr allmählich. Als Walter Schulte den Psychoanalytiker Wolfgang Loch in den 60er Jahren nach Tübingen holte und dieser bald einen eigenen Lehrstuhl für Psychoanalyse bekam, war das ein Aufsehn erregender Schritt. Für uns in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war es ein großer Gewinn.

Die 68er Jahre brachten die sozialen Bedingungen und die Umwelt als kausale Faktoren für psychische Störungen in die Diskussion und sie gewannen sehr an Beachtung. So konnte damals Bettelheim die Meinung vertreten, der frühkindliche Autismus sei auf eine mangelnde Zuwendung der Umwelt, also im allgemeinen der Mütter, in der frühen Kindheit zurückzuführen, was sicher nicht verallgemeinert werden kann und viel Mütter ungerechtfertigt belastet hat.

Immer wieder zu beobachtende Wechsel in der Bewertung organischer und psychoreaktiver Wirkungen waren auch in dieser Zeit zu beobachten. Dieser Wechsel wurde sowohl von Christian Müller aus Lausanne wie auch von Asmus Finzen – von letzterem unter dem Titel „Das Pinelsche Pendel“ anschaulich beschrieben (Chr. Müller 1998, Finzen 1998). (Finzen war früher hier Oberarzt in der Zeit, als ich die Nervenklinik nach dem plötzlichen Tod

von Walter Schulte zwei Jahre lang kommissarisch vertreten musste. Als ein erkannter „Linker“ konnte er mir damals öfters den Rücken frei halten).

Immerhin waren diese Jahre die Zeit der Sozialpsychiatrie, bis hin zur Antipsychiatrie, die alles Bisherige in Frage stellte. Die Sozialpsychiatrie ist jedoch inzwischen mit den Tageskliniken und den betreuten Wohngemeinschaften zur Selbstverständlichkeit geworden. Die Universitätspsychiatrie jedoch blieb im Wesentlichen – wie Finzen schreibt – Gehirnpsychiatrie. Dafür sorgten schon die Psychopharmaka, die für die Psychiatrie insgesamt einen grundlegenden Fortschritt bedeuteten. Die Therapie und der Umgang mit psychisch Kranken und ihre gesellschaftliche Integration machten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts große Fortschritte. Aber nach dem Schizococcus und den Schizaminen suchte man doch noch weiterhin viele Jahre lang.

Die Psychopharmaka reichen in ihrer Bedeutung allerdings inzwischen weit über die Psychiatrie, die Lehre von den seelischen Störungen, hinaus. Sie finden Anwendung zur allgemeinen Beruhigung, gegen jede Art von Depressivität, auch gegen die ganz normale und begründete Traurigkeit. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Methylphenidat das obligate Mittel gegen jede Form von Unruhe, Zappeligkeit und mangelnde Aufmerksamkeit geworden, was auch immer ihre Ursache sei.

Wie ich gehört habe, ist es in den USA inzwischen üblich, dass auch Erwachsene entsprechende Medikamente regelmäßig einnehmen, um sich in ihrer Konzentrationsfähigkeit und geistigen Leistungsfähigkeit zu verbessern. Es geht um Enhancement, um jeden Preis. Dabei wird übersehen, dass eine künstliche Steigerung der Konzentrationsfähigkeit zu einer Einschränkung der Kreativität führen muss. Da sollte man sich eigentlich über Doping im Sport nicht wundern oder gar entrüsten. Wer unter Erfolgszwang gesetzt wird, kommt in die Versuchung zu lügen und zu betrügen. Das gilt für alle, für den Sport, die Wirtschaft, für die Polizei und auch für die Wissenschaft.

Die psychiatrische Forschung in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts war auch von der raschen Entwicklung der elektronischen Technik bestimmt. In Vorbereitung meiner Habilitationsarbeit im Anfang der 60er Jahre speicherte ich unsere Daten nach einer selbst entwickelten Datei auf Hollerith-Lochkarten. Bald danach kamen der Markierungsleser und dann der heute selbstverständliche Bildschirm. Von Anfang an wurde mir geraten mit der Datei zu warten bis eine einheitliche angeboten werde, die demnächst zu erwarten sei. 30 Jahre

später, als ich emeritiert wurde, war sie gerade fertig geworden. Mit großem Aufwand waren die internationalen psychiatrischen Klassifikationen und Manuale, ICD und DSM, verabschiedet worden. Die internationalen Ausschüsse mussten dabei auf jede kausale Ordnung verzichten und sich rein phänomenologisch orientieren. Das ist unvermeidlich gewesen, aber doch schade, da der Arzt sich eigentlich immer auch für die Ursachen interessieren sollte. Es wird sich jetzt nicht so schnell jemand getrauen, eine so mühsam errungene diagnostische Ordnung wieder in Frage zu stellen.

In der wissenschaftlichen Forschung in der Psychiatrie fand wegen der neuen Möglichkeiten fast nur noch die große, möglichst weltweite Verbundforschung Anerkennung. Diese weist in aufwendigen Untersuchungen nach, was man aus klinischer Erfahrung eigentlich schon lange ziemlich sicher weiß. Die Ergebnisse interessieren im Grunde nur die Gesundheitsbehörden, die Krankenkassen und die Pharmaindustrie, wogegen sie dem Arzt in der Sprechstunde wenig nützen, weil er nie wissen kann, zu welcher statistisch ausgewiesenen Gruppe der Patient vor ihm gerade gehört. Mit Befriedigung habe ich kürzlich gelesen, dass entgegen der gegenwärtigen „Diktatur der randomisierten kontrollierten Studie“ der frühere Chefredakteur des *British Medical Journal* jetzt das *Cases Journal* herausbringt und seltenen Einzelfällen – wie früher üblich – ein Forum bietet, da „jeder Fall wichtig“ sei. Aber mit Einzelfallberichten, auch wenn sie noch so interessant sind, kann man als Wissenschaftler keine Anerkennung finden und vor allem keine Drittmittel einwerben. Und dies ist heute das entscheidende Kriterium für eine wissenschaftliche Karriere geworden. Es ist heute die Wirtschaft und die technische Entwicklung, welche die Wissenschaft und Forschung bestimmt. Davor hat uns schon während meines Studiums der Freiburger Pathologe Franz Büchner gewarnt.

Die psychiatrische Forschung ist auch besonders von den neu entwickelten bildgebenden Verfahren in der Gehirnforschung angeregt worden. Dabei war es schon lange ziemlich klar, dass das Denken und Fühlen im Gehirn geschieht, auch wenn man nicht wusste, an welcher Stelle genau, zu welchem Zeitpunkt und was im Einzelnen gespeichert und fixiert wird. Den Gedankeninhalt kann man glücklicherweise noch nicht auf dem Schirmbild erkennen. Ein Befund hat mich allerdings als Kinder- und Jugendpsychiater sehr beeindruckt: Dass der Embryo schon im zweiten Schwangerschaftsmonat positive und negative Gefühle mit seiner Amygdala registrieren und wohl auch speichern kann (Roth 2007). Inzwischen wurde auch von den Hirnforschern

festgestellt, dass „der Pathogenese vieler psychischer Erkrankungen höchstwahrscheinlich nicht genetisch bedingte, sondern umweltinduzierte prae-, peri- und postnatale Fehlentwicklungen der limbischen Emotionsschaltkreise im Gehirn zugrunde liegen“. Es sei die Aufgabe der Zukunft „die Mechanismen der erfahrungsgesteuerten neuronalen Plastizität, insbesondere die Wechselwirkungen zwischen genetisch determinierten und umweltinduzierten Faktoren besser zu verstehen (Braun & Bock 2008). Damit wäre wieder die Tübingen Psychiaterschule bestätigt.

Dies erscheint mir auch im Hinblick auf die gegenwärtige rege politische Diskussion um die Frühbetreuung der Kleinkinder sehr wichtig und aktuell zu sein. Das bedeutet nicht nur, dass das Kind die positiven wie auch die negativen Erfahrungen der Mutter miterlebt und dass damit das Kind mitgeprägt wird, wie die Mutter in dieser Zeit von ihrer Umwelt behandelt wird und wie sie sich selbst behandelt. Mutter und Kind haben demnach bei der Geburt bereits eine acht Monate lange gemeinsame Lebenserfahrung.

In diesem Zusammenhang muss ich sagen, dass ich etwas enttäuscht bin, dass die wissenschaftliche Fachgesellschaften, auch die Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie so wenig zu aktuellen politischen Fragen, die ihre Fachgebiete betreffen, öffentlich Stellung nehmen. Gerade die frühkindliche Betreuung ist ein solches wichtiges Thema. Aber in den zahlreichen gegenwärtigen öffentlichen Diskussionen findet das Kind und seine Bedürfnisse kaum eine Erwähnung. Es geht immer nur um die Eltern und ihre Karrieren. Nur die DPV (Deutsche psychoanalytische Vereinigung) stellte deutlich deren Bedingungen und Risiken dar (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung 2008). Ich halte dies ausdrücklich für eine Aufgabe der Fachgesellschaften und meine, dass wir da früher aktiver waren.

Auch zu anderen Entwicklungen könnte die Psychiatrie kritisch Stellung nehmen. Der amerikanische Soziologe Richard Sennett hat als sichtbarstem Ausdruck eines kapitalistischen Wandels in unserer Arbeitswelt das Motto „nichts Langfristiges“ bezeichnet. Das gilt ganz offenbar auch für die Ehe und Familie. Aber Kinder sind prinzipiell etwas Langfristiges (Schüle 2008).

Ein neues Kapitel wurde für die deutsche Psychiatrie durch das von Adenauer und Ben Gurion ausgehandelte BEG (Bundesentschädigungsgesetz) aufgeschlagen, das die Überlebenden der Naziverfolgung entschädigen sollte, wobei auch Schäden an Körper und Gesundheit berücksichtigt werden mussten.

Dabei hatte damals noch kaum jemand an psychische Dauerschäden gedacht. Noch als Assistent bei Ernst Kretschmer habe ich gelernt, dass man Neurosen grundsätzlich nicht berenten dürfe, denn der Krankheitsgewinn verhindere eine Heilung. Das war angeblich eine Erfahrung aus dem ersten Weltkrieg bei den so genannten „Kriegszitterern“. Diese Lehre beendete das Buch von von Baeyer, Häfner und Kisker über die „Psychiatrie der Verfolgten“ (von Baeyer et al. 1964). Aus diesen Erfahrungen entstand später dann auch die jetzt oft und vielleicht etwas zu oft gestellte Diagnose des Posttraumatischen Psychosyndroms.

Walter Schulte teilte mir in den 60er Jahren, als die Gutachtenaufträge der Wiedergutmachungsämter und Gerichte an die Klinik gerichtet wurden, alle Gutachten über solche Verfolgten zu, die während der Verfolgungszeit Kinder oder Jugendliche waren. Diese Erfahrungen veranlassten mich, 1979 ein Buch darüber zu veröffentlichen mit dem Titel „Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter“ (Lempp 1979). Es fand zu dieser Zeit noch keine große Resonanz. Den Begriff des Holocausts gab es noch nicht und das Thema war noch ziemlich tabu. Wohl auch deswegen nannte ich nur im Untertitel die nationalsozialistische Verfolgung. Dieses Thema hat mich noch lange beschäftigt, bis weit in meine Zeit als Emeritus. Der kürzlich verstorbene Kinder- und Jugendpsychiater Peter Riedesser hat sich dann auch intensiv mit den Opfern der späteren Kriege in der dritten Welt und der posttraumatischen Schädigung überhaupt eingehend befasst.

Ein anderes Problem hat mich jedoch noch mehr beschäftigt, das Problem der Schizophrenie und des frühkindlichen Autismus.

Hat es schon Jahre gedauert, bis die internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie den frühkindlichen Autismus zur Kenntnis genommen hat, so hat die Erwachsenenpsychiatrie sich bis heute noch nicht für ihn interessiert. Denn es ist ja offenbar nur eine psychische Störung im Kindesalter und nicht bei Erwachsenen, so, als ob die Autisten nicht erwachsen werden und es mit der Schizophrenie gar nichts zu tun hätte. Überhaupt ist es tragisch, dass die psychiatrische Wissenschaft sich entgegen der normalen psychischen Entwicklung vom Erwachsenen zum Kind hin entfaltet hat. Dabei ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Grunde die Basiswissenschaft der Erwachsenenpsychiatrie und es müsste gefordert werden, dass jeder Psychiater eine zeitlang kinderpsychiaterisch tätig ist, denn es gibt keinen Erwachsenen, der nicht einmal eine Kindheit erlebt hätte, die ihn geprägt hat.

Die Psychosen, die Schizophrenie wie auch der frühkindliche Autismus haben mich im Zusammenhang mit der psychischen Entwicklung von Anfang an fasziniert. Schon Eugen Bleuler hatte 1912 zum Symptom des Autismus, das er durchaus im Sinne des später so genannten frühkindlichen Autismus als Ausdruck einer Beziehungsstörung zur Umwelt ansah, gesagt, dass das keinem Menschen fehlende Bedürfnis, in der Phantasie Ersatz für ungenügende Wirklichkeit zu suchen, im Autismus befriedigt werden könne (Bleuler 1912). Das Verhältnis zu dem, was wir gemeinsam mit unseren Mitmenschen Realität nennen, ist bei Schizophrenen gestört. Sie leben in einer anderen Welt, die aber für sie auch eine Realität ist, nur für sie ganz individuell, eine Nebenrealität. Das gilt auch für autistische Kinder. Ich habe deshalb schon 1967 in meinem Lehrbuch „Eine Pathologie der psychischen Entwicklung“ im Zusammenhang mit den kindlichen Psychosen von „Störung der Realitätsanpassung“ geschrieben. Den Begriff der Nebenrealität verwandte ich dann erstmals in meinem Buch „Psychosen des Kindes- und Jugendalters“ mit dem Untertitel „Eine Theorie der Schizophrenie“ (Lempp 1967, 1973).

Dies gilt aber ebenso für jedes Kleinkind in den ersten Lebensjahren. Auch dieses baut zunächst seine eigene, individuelle Nebenrealität auf, ehe es ganz allmählich die mit seinen Mitmenschen gemeinsame Hauptrealität erfassen und sich an ihr orientieren kann. Die Nebenrealitäten jedes Einzelnen bleiben aber bestehen und bilden gewissermaßen eine Brücke in Gedanken und Vorstellung zurück in die Welt der frühen Kindheit. Ihre ganze Bedeutung erschloss sich mir erst im Laufe der Jahre. Sie bieten nicht nur – wie Bleuler sagte – Ersatz für ungenügende Wirklichkeit, sie sind Voraussetzung für jede Form von Kunst und Kultur, für die Planung von Wissenschaft und Forschung, und für jede Religion. Sie spielen auch eine beachtliche Rolle in der Kriminologie. Die Nebenrealitäten sind aber auch – und das wird oft übersehen – wesentlich für die Vorstellung der eigenen Zukunft, und dabei können sie auch Ängste auslösen und aufrechterhalten. Sie sind eine spezielle Form der Fantasie. Diese ist der Oberbegriff. Nebenrealitäten aber sind Fantasien, die immer wieder in gleicher oder ähnlicher Form gepflegt und ausgestaltet werden.

Wenn aber das ausschließliche oder vorwiegende Denken in Nebenrealitäten eine ganz normale Durchgangsphase in der psychischen Entwicklung ist, dann ist autistisches und schizophrenes Denken und Erleben eine Regression

in kindliches Erleben und Verhalten (Lempp 2003). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch eine Untersuchung von Aiko Takanashi an 475 intelligenzgeminderten Kindern und Erwachsenen, bei denen psychotische Symptome, wie Halluzinationen und überwertige Ideen in fließendem Übergang von ganz normal bis psychotisch festzustellen waren, in bis zu 48% der Fälle. Sie sind meist nicht Ausdruck einer Psychose, sondern eines noch kindlichen Denkens (Takanashi 1999).

Damit stellt sich die Frage, ob denn die Schizophrenie eigentlich eine Krankheit im üblichen Sinn ist, oder nicht vielmehr einfach eine jedem Menschen mögliche alternative Form des Denkens und Erlebens. Entscheidend ist immer nur, ob der betreffende Mensch von seiner ihn bestimmenden Nebenrealität noch in die gemeinsame Hauptrealität überwechseln kann, ob ihm der Überstieg noch möglich ist, oder nicht, oder ob er vielleicht gar nicht mehr übersteigen will, etwa bei der symptomarmen Schizophrenia simplex.

Solche Vorstellungen über die Psychosen sind - so denke ich - hilfreich, zum Verständnis für das Denken, Erleben und Verhalten unserer psychotischen Patienten. Es geht ja immer nur um die Beziehungen, Vorstellungen und Interpretationen des Verhaltens. Im alltäglichen Umgang mit den konkreten Notwendigkeiten haben die meisten Schizophrenen keine Probleme. Diese Sicht könnte zu ihrer besseren Integration beitragen.

Dies ist ein Rückblick auf die sehr wechselvolle Psychiatrie des vergangenen Jahrhunderts. Die Psychiatrie hat in dieser Zeit einen großen Fortschritt erlebt, zum Wohle der Patienten, denen eine bessere Therapie angeboten werden kann und die viel besser gesellschaftlich integriert sind, aber auch in der Wissenschaft, die vieles besser erklären und erkennen kann.

Im gegenwärtigen 21. Jahrhundert hat sich allerdings, wie ich vor allem in der Supervision erkennen konnte, in der Kinderpsychiatrischen Sprechstunde und der Therapie der Schwerpunkt von den Kindern mehr auf die Eltern verschoben. Es sind weniger die eigenen Probleme der Kinder und Jugendlichen als die ihrer Eltern, welche sie ausbaden müssen. Es sei – so wurde mir gesagt - nur noch etwa jedes dritte Kind, das in einer „normalen“ Familie aufwachsen kann. Die meisten leben nach oder unmittelbar vor einer Trennung oder Scheidung ihrer Eltern oder haben von vornherein nie eine Familie erlebt.

Die Familie in ihrer klassischen Form gibt es erst seit dem Mittelalter. Vielleicht entwickelt sich da eine neue Form.

Im klinischen Bereich ist manches erschwert, weil nicht mehr die Bedürfnisse des Patienten allein maßgebend sind, sondern immer mehr die Betriebsrentabilität. Darum brauchte sich zu meiner Zeit der Arzt und das Pflegepersonal gar nicht zu kümmern. Diese völlig berufsfremde Aufgabe nimmt aber heutzutage viel Zeit und Arbeitskraft in Anspruch, was immer nur zu Lasten der Patienten gehen kann. Man kann nur hoffen, dass dies doch ein bald überwindbarer Notstand ist.

Aber ich denke, die kommenden Generationen werden auch damit irgendwie fertig werden.

Es gibt immer einen Zeitgeist, und es gibt auch immer Interessen, die ihn ausnützen und fördern. Bei aller Freiheit von Forschung und Lehre bestimmt sie der Zeitgeist dadurch, dass seine Interessenten das Geld haben, um bestimmte Forschungsrichtungen zu fördern oder überhaupt erst möglich machen, oder wenn Lehrstühle danach besetzt werden, wer die meisten Drittmittel einzuwerben vermag. Man sollte versuchen, sich vom jeweiligen Zeitgeist unabhängig zu machen, auch wenn dies wohl nur begrenzt möglich ist.

Ich bin dankbar, dies alles miterlebt zu haben und danke allen, die mich dabei begleitet und unterstützt oder auch korrigiert haben.

Literatur

von Baeyer, W. Häfner H., Kisker K.P. (1964) Psychiatrie der Verfolgten. Springer, Berlin

Bleuler, E. (1912) Das autistische Denken. Jb. Psychoanalyt. Psychopathol. Forschung 4, 1 – 39.

Braun, A. K., J. Bock (2008) Hirnstrukturelle Konsequenzen perinataler Stress- und Deprivationserfahrungen. Mschr. Kinderheilk. 156, H. 7. S.629 – 632.

Cases Journal (medical casesreports.com)

Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (2008) Memorandum zum Krippenausbau in Deutschland – Psychoanalytiker nehmen Stellung. Kinderanalyse 16. Jg.Heft 2, 173 - 177

Finzen, A. (1998) Das Pinelsche Pendel Edition das Narrenschiff Bonn

Freud, S. (1966) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Fischer Frankfurt.

- Göllnitz, G.* (1954) Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderspsychiatrie. Leipzig
- Lempp, R.* (1964) Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Huber Bern.
- Lempp, R.* (1967) Eine Pathologie der Psychischen Entwicklung 4. Aufl. 1981. Huber Bern.
- Lempp, R.* (1973) Psychosen im Kindes- und Jugendalter. Huber Bern.
- Lempp, R.* (1979) Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter. Huber Bern
- Lempp, R.* (2003) Das Kind im Menschen. Klett-Cotta Stuttgart
- Müller, Ch.* (1998) Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit. Edition Das Narrenschiff Bonn
- Nissen, G.* (2005) Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta Stuttgart.
- Roth, G.* (2007) Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Klett-Cotta Stuttgart
- Schmidt-Degenhardt, T.J.* (2007) Der Weg des Robert Ritter. Zu Leben und Werk des „NS-Zigeunerforschers“. Inaug. Diss. Tübingen
- Schüle, Ch.* (2008) Das ge-coachte Ich. DIE ZEIT Nr. 35, S. 15 – 17.
- Takanashi, A.* (1999) Psychotische Symptome bei Personen mit Intelligenzminderung. Inaug, Dissertation Tübingen.
- Zeller, G.* (1972) Die Tübinger Psychiater-Schule. In: W. Schulte und R. Tölle: Wahn. Thieme Verlag Stuttgart. S. 95 – 104.

Adresse des Autors:

Prof. em. Dr. med. Dr. paed.h.c. Reinhart Lempp
Hauptmannsreute 65
70193 Stuttgart

Kinder- und jugendpsychiatrische Gedanken zum 60. Jahrestag der Deklaration der Menschenrechte

Christoph Funk

Am 10. Dezember 1948 verkündete die Generalversammlung der Vereinten Nationen in der Resolution 217 A (III) die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Dieses denkwürdige Ereignis jährt sich im Dezember 2008 zum 60. Mal. Hat dieses Datum für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine besondere Bedeutung?

Deklaration, Verträge, Konventionen

Die Deklaration der Menschenrechte umfaßt eine Sammlung von 30 Artikeln. Diese beruhen auf ethischen Grundsätzen, wie sie von vielen politischen, kulturellen und religiösen Traditionen geteilt werden und deshalb weltweite Anerkennung erlangen können. Die Deklaration hatte zunächst keine legal bindende Gültigkeit, mit ihr begann aber eine Menschenrechtsbewegung, die zu internationalen Verträgen und bindenden Konventionen führte. Genannt seien, die Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (1979), die Konvention zum Schutz der Rechte von Migranten (1990), und vor allem die Konvention über die Rechte des Kindes (1989). Konventionen erhalten bindende Gültigkeit für die Staaten, die sie unterzeichnen.

Das Besondere

an den 30 Artikeln der Menschenrechtserklärung ist, daß hier nicht nur ideelle ethische Maßstäbe formuliert werden, wie das Recht auf menschliche Würde und menschliche Freiheit, sondern es werden Rechte benannt, die sich aus fundamentalen menschlichen Grundbedürfnissen ergeben, so das Recht auf

Besitz, das Recht auf Arbeit mit Entlohnung, das Recht auf Familiengründung, das Recht auf Bildung. Diese Rechte stehen jedem Menschen zu, nicht auf Grund staatlicher Verleihung, sondern kraft seines Menschseins (Walz 1998).

Menschenrechte und Sozialarbeit

Wie hinreichend bekannt ist, hat Janusz Korczak, einer der Wegbereiter der Kinderrechtskonvention, die Rechte des Kindes im Grundriß dargestellt (1928). Darüber hinaus hat er in seiner Arbeit mit Kindern, zuletzt unter schwersten Bedingungen, diese Rechte in die Tat umgesetzt. An seinem Beispiel wird deutlich, daß Menschenrechtsarbeit in sozialer Arbeit geleistet wird. In dieser Tradition steht die Interpretation sozialer Arbeit als Einsatz für menschliche Grundbedürfnisse. 1992 veröffentlichte das Centre for Human Rights der UNO ein Manual unter dem Titel „Human Rights and Sozial Work“, ein „Manual for Schools of Social Work and Social Work Profession“ (Vereinte Nationen 1992). Silvia Staub-Bernasconi, die Zürcher Sozialwissenschaftlerin, seit 1998 Professorin an der Technischen Universität Berlin, hat als erste im deutschsprachigen Raum die Bedeutung dieses Manuals für das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit heraus gearbeitet (1995). Dieses Selbstverständnis, so sagt sie, ist wissenschaftlich und ethisch begründet und kann damit auch international kommuniziert werden. Zum weltweiten Bewußtsein über ökologische Probleme muß auch ein Bewußtseinsbildungsprozess über soziale Probleme in Gang gesetzt werden.

Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder- und Jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlung in Praxis und Klinik sind nicht möglich ohne Rückgriff auf das Neunte Sozialgesetzbuch. Diese Sozialgesetzgebung aus dem Jahre 2001 ist in ihrer endgültigen Form und Interpretation noch in Bewegung. Sie steht jedoch auf der Grundlage der Menschenrechte, insbesondere der Kinderrechtskonvention. Dort ist die Fürsorge für seelisch kranke und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in den Artikeln 22 bis 27 festgeschrieben. (Brügner 2005). Wirft man einen Blick in das Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die Zeitschrift unseres Berufsverbandes, dann staunt man über die Fülle der Veröffentlichungen zum Thema Sozialarbeit

und Sozialpsychiatrie. Man findet Beiträge über nahezu alle psychosozialen Problemlagen, in denen Kinder und Jugendliche anzutreffen sind. Dabei werden interkulturelle Maßstäbe angelegt, wie sie von der Ausrichtung Sozialer Arbeit heute gefordert werden (Walz 1998): Die Kinder in Betlehem (Hazboun, Ziskoven 2002), Kinder unter der zugespitzten Nah-Ost-Krise (Paporisz 2001) und die Kindersoldaten im Sudan (Grothe 2008) bedürfen ebenso sozialpsychiatrischer Aufmerksamkeit und Hilfe, wie die Kinder und Jugendlichen vor unserer Praxistür: Kinder psychisch kranker Eltern (Deneke 2005), Kinder körperlich kranker Eltern (Romer, Haagen, Baldus, Saha, Riedesser 2005), Migrantenkinder (Adam 2005, Schepker 2004, Siefen 2004). Man findet Arbeiten über vernachlässigte und mißhandelte Kinder, über suchtkranke und straffällige Jugendliche. Beschrieben und diskutiert werden Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegefamilien, in der stationären Jugendhilfe und im Strafvollzug. Es würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen, wollte man alle sozialpsychiatrischen Arbeiten mit Titel und Autor aufführen. Immer geht es in diesen Abhandlungen um therapeutische Hilfen in der bio-psychosozialen Situation, in der das Kind oder der Jugendliche mit seiner Familie steht. Dabei kommen Grundbedürfnisse in den Blick. Die Kinderrechtskonvention nennt ausdrücklich das Recht auf Liebe, auf Zuwendung, Akzeptanz und stabile Bindung, das Recht auf Versorgung, Gesundheit und Schutz und das Recht auf Entwicklung und Bildung. (Eggers, Fegert, Resch 2004)

Sozialpsychiatrie ist Teamarbeit

Alle Beiträge betonen, daß sozialpsychiatrische Arbeit nur in Kooperation mit den Sozialeinrichtungen der Umgebung geleistet werden kann: Jugendamt und Sozialpädagogische Familienhilfe (Le Lam 2001), Pädiatrie und Jugendhilfe (Prankel 2001, Wallmeyer, Dreistein 2001). Immer geht es um teamorientierte Arbeit, die ohne multiprofessionelle Beteiligung gar nicht möglich ist (Neuhauss 2000). Ihre dichteste und wirksamste Form findet diese Arbeit für Kinder und Jugendliche heute in der Sozialpsychiatrischen Praxis. Dort arbeiten nach dem Modell der Institutsambulanzen an Kliniken Fachleute aus verschiedenen Bereichen unter einem Dach zusammen. Damit kann man dem Kind, dem Jugendlichen und ihren Familien eine multimodale und situationsgerechte Behandlung anbieten, eine Behandlung, die Familienalltag, Schule Hort und Kindergarten, das heißt das gesamte soziale Umfeld in das Behandlungskonzept einbezieht. In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, daß diese Praxisform ein niederschwelliges ambulantes Behandlungsangebot dar-

stellt, das vor allem gerade die Familien erreicht, deren Kinder besonders bedürftig sind. „Eine sozialpsychiatrische Praxis kann die gesamten Aufgaben einer regionalen ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung übernehmen“ (Schydlo 1993).

Der lange und bange Weg der SPV-Praxis

1994 gelang es mit den Ersatzkassen eine finanzielle Grundlage für diese Praxisform aus zu handeln. Diese „Sozialpsychiatrie – Vereinbarung“ wurde aber bekanntlich von den Primärkassen nur unvollständig in regionalen Abmachungen angenommen. Es lohnt sich den mühsamen Beginn, das Ringen um Anerkennung und den Abschluß des SPV-Vertrages noch einmal nachzulesen (Schydlo 1993 und 2005. Moik (1993). Trotz dieser bewundernswerten Errungenschaft sind die SPV-Praxen bis heute in ständiger Existenznot geblieben.

Wieder am Anfang?

Wie hinreichend bekannt ist, wurde am 30.06.08 die Sozialvereinbarung bundesweit von den Ersatzkassen und von den Primärkassen regional fast überall mit Ablauf des 31.12.08 gekündigt (Schaff 2008). Auch die Verträge mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen wurden seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gekündigt, wenn auch mit Aussicht auf Neuverhandlungen (Schepker, Hebebrand 2008, Fegert Schepker 2008)). Verliert die Sozialpsychiatrie an Bedeutung? Müssen wir befürchten, daß Budgetierung und wirtschaftliche Analysen jedes sozialpsychiatrische Denken und Handeln einengen und dem Patienten Zeit und Raum für seelische Entwicklungen und Gesundungen wegnehmen (Spancken 2008)? Wenn das für erwachsene Patienten gilt, dann ist entwicklungspsychiatrische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erst recht bedroht.

Ausblick

Ziel dieser Darlegungen ist es, den Zusammenhang zwischen Sozialarbeit, Sozialpsychiatrie und der Deklaration der Menschenrechte vor 60 Jahren darzustellen. Kinder- und jugendpsychiatrische Sozialarbeit setzt dort an, wo körperliche, psychische und soziale Notlagen die Rechte des Kindes beschränken.

Vor diesem Hintergrund ist die Gleichzeitigkeit des 60. Jahrestages der Deklaration der Menschenrechte mit der Kündigung des SPV-Vertrages und des Vertrages mit den Institutsambulanzen ein schwerwiegendes Ereignis. Selbst wenn durch den enormen Einsatz unseres Berufsverbandes, der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte sowie unserer wissenschaftlichen Gesellschaft neue Vereinbarungen zustande kommen, werden diese Auseinandersetzungen des Sommers 2008 als schwere Belastung in Erinnerung bleiben.

Der 60. Jahrestag der Erklärung der Menschenrechte macht deutlich, daß diese Deklaration einen sozialen und sozialpsychiatrischen Arbeitsauftrag darstellt, an den nicht nur in den Krisengebieten der Weltpolitik, sondern auch bei uns in Deutschland immer wieder neu erinnert werden muß.

Adresse des Autors:

Dr. med. Christoph Funk
Josef-Probst-Weg 12
88400 Biberach – Mettenberg

Literatur:

Deutscher Ärztetag (2008): Dokumentation zum 111. Deutschen Ärztetag. Deutsches Ärzteblatt 105, 22, A 1191 - A 1192

Eggers, Ch. Fegert, J.M. Resch, F. (Hg) 2004 Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin Heidelberg: Springer. 238-239

Fegert J.M. und Schepker, R (2008) Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Stand 27.07.2008. Gespräch über erforderliche politische Schritte zwischen Frau MdB Ma-theis (SPD Fraktion) Prof. Fegert, Prof. Schepker, Ulm

Hazboun, V. und Ziskoven, M. (2002) „Ein schmerzhafter Frieden ist besser als die Qualen des Krieges“ Psychosoziale Arbeit in Bethlehem/Palästina. Guidance and Training Center for Child and Family. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 12, 2, 48-54

Hebebrand J. (2008) Brief an die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. Essen 05.08.08

Hebebrand J. und Schepker R. (2008) *Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. Die Vorsitzende:* Brief an Frau MPH Renate Höchstetter, Deutsche Krankenhausgesellschaft Postfach 120555, 10623 Berlin am 06.06.2008

Korczak J. (1998) Das Recht des Kindes auf Achtung. 6. Aufl.. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

Le Lam (2001) Sozialpädagogische Familienhilfe. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 11, 4, 14-26

Moik, Ch. (1993) Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Mitglieder-rundbrief 3, 1, 3-5

Neuhaus, M. (2001) Seminar zur Organisation einer sozialpsychiatrischen Praxis für Um-steiger aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einzelpraxis. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 11, 4, 61-68

Paporisz U. (2001) The Promised Childhood Congress Tel Aviv / Israel 29. April bis 3. Mai 2001. Forum der kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 11, 3, 57-63

Prankel, B. (2001) Der Rotenburger Kooperationsstandard. Forum der Kinder- und Jugend-psychiatrie und Psychotherapie 11, 4, 27-34

Schaff Ch. (2008) Brief der Vorsitzenden 2008 – 2. Forum der kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Mitgliederrundbrief 18, 2, 11-17

Schaff Ch. (2008) Bericht von der KBV-Vertreterversammlung und dem Deutschen Ärztetag in Ulm 2008. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Mitgliederrundbrief 18, 2, 18-22

Schepker, R. (2004) Zuwanderer – Chance, Problem, Herausforderung oder Selbstverständ-lichkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Institutionen ? Forum der Kinder- und Jugend-psychiatrie und Psychotherapie 14, 1, 47-52

Schydlo, R. (1993) Union Européenne des Médecins Spécialistes, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Harmonisierungs-Ausschuß, Als Mitglied der Bundesrepublik Deutschland Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Mitgliederrundbrief 3, 1, 25-41

Schydlo, R. (2005) Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Persönliche Erinnerungen. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 15, 4, 5-10

Siefen R.G. (2004) Entwicklung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung von Migrantenfamilien: Von den Gastarbeiterkindern zu Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Forum der Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 14, 1, 53-63

Spancken, E. (2008) Hat die Sozialpsychiatrie ihre Bedeutung verloren? Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 18, 2, 22-34

Straub-Bernasconi, S. (1995) Das fachliche Selbstverständnis Sozialer Arbeit – Wege aus der Bescheidenheit. Soziale Arbeit als „Human Rights Profession“ in: Wendt, W. R. (Hrsg): Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Beruf und Identität. Freiburg. Lambertus Verlag

Vereinte Nationen (2002) – *Zentrum für Menschenrechte – Internationaler Verband der Sozialarbeiterinnen (IFSW) / Internationale Vereinigung der Ausbildungsstätten für Soziale Arbeit (IASSW)*. Menschenrechte und Soziale Arbeit, ein Handbuch für Ausbildungsstätten der Sozialen Arbeit und für den Sozialarbeitsberuf. Arbeitsmaterialien Heft 1/1997 (5. Auflage 2002) aus dem Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Ravensburg-Weingarten. Hochschule für Technik und Sozialwesen.

Wallmeyer, J., Dreistein, E. (2001) „Kooperation und Koordination zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Jugendhilfe“ Modellprojekt in Dortmund – Das Dortmunder „KuK-Projekt“ – Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 11, 3, 43-55

Walz, H. (1998) Soziale Arbeit als Menschenrechtsberuf, in: Soziale Arbeit. Fachzeitschrift des Schweizerischen Berufsverbandes Soziale Arbeit SBS, 30, 21, 17-28

Qualitätsmanagement Toolbox (3)

Julia Bellabarba

Ein Mann geht durch den Wald und sieht, wie ein Holzfäller mit einer stumpfen Axt versucht, einen dicken Baum zu fällen. Er schwitzt und kämpft mit der stumpfen, nutzlosen Axt. Der Mann fragt ihn „Warum mühen sie sich so? Die Axt ist stumpf. Sie werden den Baum nie fällen. Sie müssen erst die Axt schärfen.“ Der Holzfäller schaut kaum auf, erwidert nur keuchend „Ich habe keine Zeit zum schleifen. Ich muss den Baum fällen.“

In den folgenden kurzen Artikeln möchte ich Handwerkszeug zum schleifen der Axt vorstellen: Qualitätsmanagementtools, die den Erfordernissen der QM Richtlinie* entsprechen, und Teams helfen, effiziente Strukturen im Praxisalltag zu etablieren.

Patientenbefragung

Die strukturierte Einbeziehung der Patientenerfahrung ist gesundheitspolitisch gewollt und gesetzlich vorgegeben.

Nutzen: Jedes System entwickelt sich durch Rückmeldung von Außen. Die Patientenbefragung gibt der Praxis Bestätigung, und Hinweise, welche Prozesse verbessert werden sollen (blinde Flecken erkennen und konkrete Verbesserungsideen erhalten). Interessant ist die kontinuierliche Erhebung der Außenperspektive (Patientenbefragung, Zuweiserbefragung, Kollegenbenchmarking) besonders dann, wenn sie mit einer Befragung des Teams einhergeht, und so ein komplexes, differenziertes Bild ergibt: „Wie sehen wir uns?“ und „Wie sehen uns die Anderen?“

Methoden: zurzeit liegen in Deutschland vier validierte Fragebögen vor, die in der ambulanten Medizin Patientenzufriedenheit erfassen: Qualiskope-A, KPF-N, ZAP, EUROPEP. Die übrigen erwähne ich nicht, da nur für Hausarztpraxen geeignet.

Die gängigen QM-Systeme für Praxen sehen eine Patientenbefragung für die Zertifizierung vor, das EPA System der Bertelsmann Stiftung liefert den EUROPEP Fragebogen gleich mit.

Der Deutsche Ärzteverlag liefert ein „Rundum-Sorglos-Paket“ mit 100 Fragebögen (KPF-N) und einer schriftliche Auswertung (ggf. mit Vergleich zu anderen Praxen der gleichen Fachgruppe). Die Kosten liegen bei 296 € Informationen unter www.aerzteverlag.de/default.asp?docid=389.

Bei der KBV (pklein@kbv.de) kann per Mail der ZAP inklusive Auswertungsinstrument angefordert werden. Dieses Instrument ist kostenfrei. Gute Excelkenntnisse sind nötig.

Der Wettbewerb um die Erhebungsmethodik ist lebhaft (auch dies ein Markt). Es ist zu erwarten, dass sich in der nächsten Zeit ein Konsolidierungsprozess ergibt, Standards durch ein unabhängiges Auswertungsinstitut wären in diesem Zusammenhang hilfreich.

Eine sehr interessante Variante der Elternbefragung wurde im Rahmen des kjp-Qualitätsprojektes der Universität Marburg durchgeführt (www.kjp.uni-marburg.de/qs). Die Fortführung des Projektes mit weiteren interessierten Praxen wäre wünschenswert.

Vorgehen: die meisten Ärzte, die Patientenbefragungen durchgeführt haben, sind mit einem „selbst gebasteltem“ Erhebungsinstrument vorgegangen (wir auch). Praxen, die vorerst noch kein standardisiertes Verfahren einsetzen wollen, sollten bei der Planung ihres eigenen Fragebogens folgende Aspekte berücksichtigen:

- Mit welcher Fragestellung / zu welchem Zweck wollen wir eine Patientenbefragung durchführen?
- Wen wollen wir befragen (Eltern, Kinder, Jugendliche)?
- Welches Budget wollen wir für die Befragung und Auswertung aufwenden?
- In welchem Zeitraum wollen wir befragen?
- Wird es eine Vorher - Nachher Befragung geben?
- Wer ist für die Auswertung und Präsentation der Ergebnisse zuständig?
- Wie können wir für Anonymität sorgen?
- Wie können wir verhindern, dass wir nur die zufriedenen Patienten (die, die bleiben) befragen?
- Wie erzielen wir eine größtmögliche Verständlichkeit unserer Fragen?

Weitere Optionen:

- Auswertungsgespräche in der Praxis, die routinemäßig Items der Zufriedenheit erfassen und dokumentieren

- Schriftliche Erhebung nur bei bestimmten Interventionen (Trainings, Medikation, Psychotherapie)
- Repräsentative (!) Patientelterngruppen, die zu Zufriedenheit und Verbesserungswünschen gefragt werden (quasi Fokusgruppen).
Bei diesen Maßnahmen ist generell zu berücksichtigen, dass eine Rückmeldung an die Patienten erfolgen sollte. Ein Poster im Wartezimmer, beispielsweise, auf dem die Ergebnisse dargestellt werden. Gegebenenfalls mit Begründungen, warum bestimmten Patientenwünschen nicht entsprochen werden kann.

Aus Patientenperspektive: „Allein, die Tatsache, dass Sie sich über meine Zufriedenheit Gedanken machen, zeichnet Ihre Praxis aus“ (Aussage einer Mutter). Abschließend festzuhalten: allein die Tatsache, dass Sie Zufriedenheit erheben, erhöht Zufriedenheit.

*§4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.10.2005 zum praxisinternen Qualitätsmanagement sieht ausdrücklich vor, dass Patientenbefragungen, *möglichst mit validierten Instrumenten*, durchgeführt werden.

Julia Bellabarba, Diplom-Psychologin
Tempelhofer Damm 138
12099 Berlin
Tel. 030 72 00 6780
E-Mail: info@quipps.de

Buchrezensionen

Lauth, Gerhard W.; Linderkamp, Friedrich; Schneider, Silvia; Brack, Udo (Hrsg.): **Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch**. 2., vollständig überarb. Aufl.; 832 Seiten + CD-ROM, 68.00 € ISBN 978-3-621-27543-9 C. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2008.

In der Einführung bezeichnen die Herausgeber, Gerhard W. Lauth, Friedrich Linderkamp, Silvia Schneider und Udo Brack (†) das vorliegende Buch als Nachschlagewerk. Es hat sich zu messen an der eigenen Erstausgabe von 2001 und u. a. den aktuell vorliegenden Lehrbüchern und Nachschlagewerken zur Verhaltenstherapie von F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie, 6. vollständig überarbeitete Aufl., 2008; F. Petermann (Hrsg.), Kinderverhaltenstherapie, 3. aktualisierte und vollständig überarbeitete Aufl., 2006, F. Mattejat (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie, 2006, M. Borg-Laufs (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band I (Grundlagen), 1999, Band II (Interventionstechniken) 2001, M. Hautzinger (Hrsg.), Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen, 3. Aufl., 2000, Steinhausen/von Aster, Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen, 2. überarbeitete und erweiterte Aufl., 1999, Lehrbuch der klinischen Psychologie, Hrsg. F. Petermann, vollständig überarbeitete 6. Auflage 2008, Hograefe, Kinderverhaltenstherapie, Hrsg. F. Petermann, 3. Auflage 2008, Schneider-Verlag, Hohengehren, Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4, Hrsg. F. Mattejat, 2006, CIP-Medien, München, Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 und 2, Hrsg. M. Borg-Laufs, Band I, 1999, Band II, DGVT-Verlag, Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen, 3. Aufl. 2000, Hrsg. M. Hautzinger, Beltz Verlag, Psychologische Verlagsunion, Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 1999, Steinhausen/von Aster, Beltz Verlag.

Zu Beginn verweisen die Autoren darauf, dass durch die Veränderungen in Folge des Psychotherapeutengesetzes vom 01. Jan. 1999 die Verhaltenstherapie als anerkanntes, Evidenz basiertes und abrechnungsfähiges Therapiever-

fahren in der Richtlinienpsychotherapie gegenwärtig geradezu eine Renaissance erlebt.

Das Nachschlagewerk ist in 6 Teile gegliedert. Im Teil I, der Einführung, skizzieren die Herausgeber zunächst einen historischen Überblick über die Entwicklung der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit den nacheinander entwickelten wichtigsten Behandlungsverfahren. Außerdem enthält dieser Teil eine Darstellung der rechtlichen Bedingungen in der BRD (G. Pulverich, J. Frederichs) und über die Abrechnung von Leistungen (J. Könning).

Im Teil II, eingeleitet mit einer Darstellung der Hintergründe psychischer Störungen im Kindesalter, werden 41 Störungsbilder von „Exzessives Schreien“ bis „Borderline-Störungen“ nach einem einheitlichen Schema dargestellt. Einem in den meisten Fällen typischen und prägnanten Bild folgt ein einführendes Fallbeispiel, danach die diagnostischen Kriterien der Störung, deren Verbreitung und Altersrelevanz, genaue Anleitung zur Diagnostik, der Therapie und Angaben zur Wirksamkeit einschließlich Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Evaluation. Die beigegefügte CD-ROM enthält darüber hinaus Merkblätter zu allen Störungen, die in kurzer Form noch einmal die jeweilige Störung und verhaltenstherapeutische Behandlung beschreiben. Abgeschlossen werden die einzelnen Kapitel durch die Angabe von grundlegender und weiterführender Literatur und spezieller Materialien. Da die Störungen von einer Vielzahl, jeweils für den speziellen Bereich besonders ausgewiesener Autoren dargestellt werden, erfolgt deren Nennung hier nicht im Einzelnen.

Die Gliederung der Kapitel scheint verschiedenen Prinzipien zu folgen und ist nicht immer stringent. So findet sich die Darstellung der „Intelligenzmindern“ zwischen „Fütter- und Essstörungen bei kleinen und behinderten Kindern“ und „Selbstverletzendem Verhalten“, die „Allgemeine Lernstörung“ zwischen „Frühkindlichem „Autismus“ und „(Reaktiven) Bindungsstörungen im Kindesalter“, „Schlafstörungen“ zwischen „Posttraumatischer Belastungsstörung“ und „Lese- und Rechtschreib-Schwäche“ einige Kapitel entfernt von den übrigen psychosomatischen Störungen.

Im Teil III wird „Verhaltenstherapie in Einrichtungen und auf Stationen“ dargestellt, und zwar „in stationären klinischen Einrichtungen“ (H. Vogel), „in niedergelassenen Praxen“ (G. W. Lauth et al.), „in pädagogischen Institutionen“ (J. Bellingrath) und „in Beratungsstellen“ (M. Borg-Laufs, U. B. Brack).

Im Teil IV werden „Training/Ausbildung von übergreifenden Kompetenzen“ beschrieben mit den Kapiteln „Intellektuelle Förderung (Denken)“ (K. J. Klauer, G. W. Lauth), „Problemlösen“ (G. W. Lauth), „Soziale Kompetenzen“ (F. Linderkamp), „Stressbewältigung“ (J. KleinHeßling, A. Lohaus), „Zielsetzung und Motivation“ (W. Kowalczyk), „Operationsvorbereitung/Bewältigung akuter Schmerzen“ (St. Mühlig), „Umgang mit chronischen Krankheiten“ (C. Hermann), „Familieninteraktion und -kommunikation“ (H. Saile).

Im Teil V erfolgt eine Darstellung „Therapeutischer Methoden und Einzelverfahren“, und zwar „Kontingentsmanagement“ (F. Linderkamp, U. B. Brack), „Rollenspiel“ (F. Linderkamp), „Selbstkontrollverfahren, kognitives Modellieren und Selbstinstruktionstraining“ (G. W. Lauth), „Therapeutische Hausaufgaben und Verhaltensverträge“ (J. Bellingrath, U. B. Brack), „Entspannungstraining“ (H. Saile), „Systematische Desensibilisierung und Reizkonfrontation“ (S. Schneider), „Bezugspersonen als Kotherapeuten“ (F. Linderkamp, U. B. Brack), „Biofeedbackverfahren“ (G. Sartory, B. Müller) und „Neuropsychologische Therapieverfahren“ (C. Jacobs, F. Petermann). Auch diese Kapitel folgen dem Schema: Bild – Fallbeispiel – Methodenbeschreibung – Indikation – detailliertes Vorgehen – Wirksamkeit und Evaluation – Literatur.

Im Teil VI werden in den Kapiteln „Erfolgs- und Qualitätskriterien“ (A. Beilmann) und „Kontrolle der Wirksamkeit und des Trainingsverlaufs“ (H. J. Kern, H. Julius), Möglichkeiten und Notwendigkeit von Qualitätssicherung und Evaluation beschrieben, auch hier mit der Angabe von Literatur und Materialien.

Abschließend findet sich ein Verzeichnis der insgesamt 69 (!) Autoren, ein 11-seitiges Sachregister und ein Hinweis zu den Merkblättern, die sich auf der CD-ROM befinden. Die Merkblätter dienen vor allem der Information der betroffenen Kinder und Jugendlichen, deren Eltern, der Lehrer und Erzieher und können zur Mitgabe ausgedruckt werden. Sie sind z. T. sehr umfangreich und in dieser Ausführlichkeit wohl nur für einen Teil der Patienten und deren Bezugspersonen verwendbar. Für viele Patienten wird eine Straffung der Texte notwendig sein.

Insgesamt kann dieses Praxishandbuch, das kein Lehrbuch sein will, eine nützliche Arbeitshilfe im Arbeitsalltag verhaltensorientierter Kinder- und

Jugendpsychiater, Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologischer Psychotherapeuten, Heil- und Sozialpädagogen, Regel- und Sonderpädagogen sein. Es ermöglicht eine rasche und fundierte Orientierung über verhaltenstherapeutische Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten typischer Störungsbilder im Kinder- und Jugendalter und die dem zugrunde liegenden Methoden. Die im Kapitel II vermisste Systematik wird bei wiederholtem Gebrauch des Handbuches kaum noch ins Gewicht fallen. Die Illustrationen, die in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes Dr.G. Stegmann entstanden, empfanden die Rezensenten als angenehme und auf das nachfolgende Kapitel prägnant hinweisende Stimulation.

Insgesamt ist dieses Handbuch für alle, die psychotherapeutisch arbeiten, eine empfehlenswerte Anschaffung.

Dipl.-Päd. Ines Geyer & Christian K. D. Moik, Aachen

Schulte-Markwort, M., Resch, F. (Hrsg): **Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**. 2008, 166 Seiten, kartoniert, 29,95€ Beltz Verlag, Weinheim. ISBN: 978-3-621-27654-2

Psychotherapeutische Verfahren haben einen zentralen Stellenwert in der Behandlung psychischer Störungen bei Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Ebenso wenig wie *jede* Technik für *jeden* Klienten sinnvoll sein mag, kann wohl kaum ein Therapeut *jedes* Psychotherapieverfahren umfassend anwenden. Ein schulenübergreifender, integrativer und interdisziplinärer Ansatz gewinnt daher zunehmend Bedeutung in der Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gerade der Anfänger steht aber einer Vielzahl von Behandlungsansätzen nicht selten irritiert gegenüber. Welche anerkannten Therapien gibt es im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? Im vorliegenden Band – noch beinahe in einem Kitteltaschengängigen Format – stellen renommierte Experten eine übersichtliche und informative Einführung in 12 grundlegende Formen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dar.

Das von Michael Schulte-Markwort (Hamburg) und Franz Resch (Heidelberg) herausgegebene Buch vertritt zu Recht den Anspruch, in übersichtlicher Form neben Grundlagenwissen vor allem praxisrelevante Informationen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu vermitteln. Es ist eindeutig aus einem anwendungsorientierten Blickwinkel für verschiedene, insbesondere auch nicht-ärztliche Berufsgruppen geschrieben, d.h. von Praktikern für Praktiker.

Nach einer einleitenden Übersicht u.a. zu therapeutischen Grundhaltungen, ethischen Prinzipien, informed consent, Therapieindikation und –planung usw. stellen namhafte Autoren praxisorientiert Grundlagen der Verhaltenstherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse, systemischen und Familientherapie sowie zur integrativen Psychotherapie dar. Darüber hinaus werden andere durchaus auch handlungsorientierte Therapieverfahren, so Spieltherapie, Musik- und Kunsttherapie, Entspannungsverfahren, Psychodrama und EMDR in ihren Grundzügen dargestellt.

Das Buch ist bewusst komprimiert und an einigen Stellen wohl auch tendenziell etwas vereinfachend geschrieben. Für den noch nicht so mit dem Thema Vertrauten überzeugt es dennoch gerade durch seine Kompaktheit und Übersichtlichkeit. Es wendet sich in erster Linie an den Berufsanfänger und eignet sich daher als ein `Praxispsychotherapiehandbuch` zum raschen Nachschlagen und einer ersten Orientierung zum Beispiel für Ärzte in der Facharztweiterbildung, angehende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, aber auch andere Berufsgruppen. Insgesamt ist es ein lesenswertes und engagiertes Buch, dem eine breite Verbreitung in den unterschiedlichen Berufsgruppen und ein Platz auf dem Bücherregal gerade von Berufsanfängern in unserem Fachgebiet zu wünschen ist.

Jochen Gehrman, Ludwigshafen

Bonney H. (Hrsg): **ADHS – kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst**. 2008, 272 Seiten, kartoniert, 24,95€ Carl-Auer Verlag, Heidelberg. ISBN: 978-3-89670-630-0

Bei der Behandlung von Kindern mit der Diagnose Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hat die Verordnung von Medikamenten, so mit dem Wirkstoff Methylphenidat unstrittig einen nicht unerheblichen Stellenwert. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund steigender Verordnungen auch in Deutschland stößt die medikamentöse Behandlung bei Eltern, Lehrern aber auch professionellen Helfern und in einer kritischen Öffentlichkeit durchaus aber nicht nur auf einhellige Zustimmung, sondern Skepsis bis Ablehnung. Aber wo liegen mögliche Alternativen? und wie wirksam sind diese?

Der Heidelberger Kinder- und Jugendpsychiater Helmut Bonney und seine Mitautoren, darunter der Göttinger Neurobiologe Gerald Hüther, sichten im vorliegenden Buch zunächst den gegenwärtigen Stand der ADHS-Forschung, und zwar nicht ausschließlich aus medizinisch-pharmakologischer Sicht, sondern auch aus der Perspektive von Neurobiologie, Genetik und Epigenetik, Pädagogik und Psychotherapie. Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse, z. B. zur Hirnplastizität und den daraus u.a. abgeleiteten Konsequenzen für wirksame psychotherapeutisch-pädagogische Hilfen, werden allgemeinverständlich erläutert und zum bereits vorhandenen Grundlagenwissen in Beziehung gesetzt.

Auf dieser Basis entwickeln die Autoren psychotherapeutisch-pädagogisch orientierte Empfehlungen für die Behandlung von ADHS. Dabei stellen sie die systemische Therapie und ihre Bausteine in den Mittelpunkt, durchaus auch aus ihrer Sicht als eine eigenständige Alternative zu einer medikamentösen Behandlung *per se*. Konkrete Anregungen bis hin zum unterstützenden Einsatz eines speziell konzipierten PC-Spiels sollen den Transfer systemischen Wissens in die therapeutische Praxis erleichtern. Ihre Wirksamkeit und Anwendbarkeit im Praxisalltag bleiben allerdings noch zu demonstrieren.

Medikamente „systemisch verordnen“ fördert zweifelsohne die Compliance von Kindern, Jugendlichen, Eltern und zum Beispiel auch Lehrern. Ebenso wie eine sogenannte schulenübergreifende Psychotherapie heute unterschiedliche Techniken und Ansätze zu integrieren versucht (nach dem Motto, dass nicht jede Therapieform zugleich für jeden Patienten gleichermaßen geeignet ist), beruht aber eine (multimodale) Therapie des ADHS/ADS und der komor-

benen Störungen auf verschiedenen Säulen, darunter neben Psychoedukation, Verhaltens- und systemischer Therapie auch einer rationalen Pharmakotherapie. Gerade im Bereich der Psychostimulanzienverordnung ist hier weniger das Medikament als solches „das Problem“ als vielmehr eine kritische Verordnung. Hier erwecken die Autoren mitunter aber den Eindruck, dass systemische Therapieformen eine ansonsten notwendige medikamentöse Behandlung unter Umständen ersetzen bzw. entbehrlich machen könnten, was jedoch durchaus kritisch bewertet werden kann. Auch an die Wirksamkeit systemischer Therapieformen empfiehlt sich – ebenso wie auch eine Pharmakotherapie – letztendlich eine realistische Erwartungshaltung. Bei der Pharma- bzw. Psychotherapie des ADHS/ADS und seiner komorbiden Störungen geht es weniger um ein „entweder oder“ als vielmehr um eine „sowohl als auch“, d.h. beide Ansätze sind im Praxisalltag häufig synergistisch wirksam, es sei denn, man leugnet grundsätzlich eine eigenständige Störungsbildentität des ADHS/ADS. In diesem Sinne mag das Buch also durchaus an manchen Stellen auch irritierend bis verstörend wirken.

Zusammenfassend fördert das Buch einen kritischen und durchaus kontroversen Dialog über den Stellenwert einer „reinen“ Pharmakotherapie bei ADHS. Zugleich bietet es interessante Ansatzpunkte und Anregungen für systemische Interventionen, die durchaus in Einklang mit einer rationalen Pharmakotherapie zu bringen sind. Unter diesem Aspekt bietet das insgesamt kritisch zu bewertende Buch auch Verbindungspunkte scheinbar unterschiedlicher Therapieansätze an, die jeweils nicht dogmatisch betrachtet, geschweige denn, angewendet werden sollten.

Jochen Gehrmann, Ludwigshafen

Hinweise für Autoren

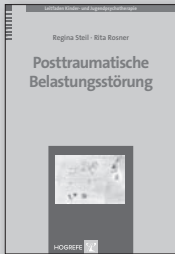
1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.
2. Die Zeitschrift erscheint in 4 Heften pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
3. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

- e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschreiben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rothaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.



Regina Steil · Rita Rosner

Posttraumatische Belastungsstörung

(Reihe: »Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie«, Band 12)
2009, IX/140 Seiten,
€ 22,95 / sFr. 38,90
(Im Reihenabonnement
€ 17,95 / sFr. 29,90)
ISBN 978-3-8017-1818-3

Der Leitfaden bietet eine Beschreibung und Übersicht aktueller Forschungsergebnisse der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) in Kindheit und Jugend. Ausführlich wird in Form von Leitlinien das diagnostische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen bei PTB im Kindes- und Jugendalter beschrieben. Die Behandlung wird mit zahlreichen Beispielen für Einzelinterventionen und bezogen auf verschiedene Altersgruppen schrittweise erläutert.

Henri Julius
Barbara Gasteiger-Klicpera
Rüdiger Kilgen (Hrsg.)

Bindung im Kindesalter

Diagnostik und Intervention
2009, 336 Seiten,
€ 29,95 / sFr. 49,90
ISBN 978-3-8017-1613-4

Das Buch informiert über die Grundzüge der Bindungstheorie, geht auf den Zusammenhang zwischen Bindung und familiären Gewalt, Verlust- und Vernachlässigungserfahrungen ein und erläutert die Konsequenzen unsicherer Bindungsqualität. Es bietet einen fundierten Einblick in die prominentesten diagnostischen Verfahren der Bindungstheorie und erläutert bindungsgeleitete Interventionen bei verhaltensauffälligen Kindern.



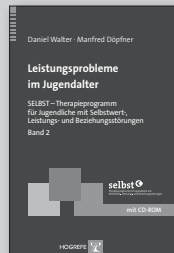
Franz Petermann · Sandra Winkel

Selbstverletzendes Verhalten

Erscheinungsformen, Ursachen, Interventionsmöglichkeiten

(Reihe: »Klinische Kinderpsychologie«, Band 9)
2., überarbeitete und erweiterte Auflage
2009, 252 Seiten,
€ 26,95 / sFr. 44,90
ISBN 978-3-8017-2201-2

Selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen wie Sich-Schneiden oder Verbrennen ist ein relativ häufiges Problem, das Eltern und Betreuer, aber auch Ärzte und Therapeuten vor eine ernste Herausforderung stellt. In vielen Fällen handelt es sich dabei um Anzeichen schwerwiegender psychischer Belastung, die jedoch häufig missverstanden werden. Die Neubearbeitung des Buches integriert u.a. zahlreiche aktuelle Forschungserkenntnisse und Informationen zu neuen diagnostischen Verfahren und bietet damit einen fundierten Überblick über die Entstehung, Aufrechterhaltung, Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten dieses Störungsbildes.

Daniel Walter
Manfred Döpfner

Leistungsprobleme im Jugendalter

SELBST – Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen, Band 2

(Reihe: »Therapeutische Praxis«)
2009, 236 Seiten,
Großformat, inkl. CD-ROM,
€ 59,95 / sFr. 99.–
ISBN 978-3-8017-1882-4

Band 2 des Therapieprogramms für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST), basiert auf dem Selbstmanagementansatz und besteht aus sechs Therapiebausteinen, die darauf abzielen, die Leistungsmotivation zu fördern, planerische Fertigkeiten und Lernstrategien zu vermitteln, die Mitarbeit im Unterricht zu verbessern und Strategien zum Aufholen verpasster Lerninhalte aufzuzeigen. Zahlreiche Beispiele veranschaulichen das diagnostische und therapeutische Vorgehen in den einzelnen Behandlungsphasen.

www.hogrefe.de

HOGREFE



Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Rohnsweg 25 · 37085 Göttingen · Tel: (0551) 49609-0 · Fax: 88
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

Praxisabgabe in 73230 Kirchheim unter Teck

Ich suche für meine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie bis spätestens 30. Juni 2009, jedoch gerne früher, eine/n Nachfolger/in. Die Praxis besteht seit 25 Jahren und ist außerordentlich umsatzstark. Die Anerkennung für SPV liegt vor.

Ich habe ein hervorragendes Mitarbeiterinnen-Team, das übernommen werden kann, aber nicht muss. Wir arbeiten mit Medys, einer ausgezeichneten Software.

Die Praxis liegt in zentraler Lage in einer Fußgängerzone in Kirchheim unter Teck in einem überregional bekannten, restaurierten Fachwerkhaus aus der Renaissancezeit. Am Haus hat es Parkplätze und vor dem Haus hält eine wichtige Buslinie ins Hinterland. Das eindrucksvolle Innensichtfachwerk der Praxis bietet ein warmes Ambiente. Die Praxisräume sind großzügig, gut organisiert, wurden vor einem Jahr renoviert und sind modern eingerichtet.

Im Haus praktizieren noch zwei Kinderärzte und ein hausärztlich tätiger Internist. Da ich auch allgemeinärztlich tätig bin, suche ich auch für hierfür einen Nachfolger.

Kirchheim ist eine intakte Kleinstadt südlich von Stuttgart mit einer historischen Altstadt und einer guten Infrastruktur. Kirchheim hat ca. 40.000 Einwohner. Das Einzugsgebiet der Praxis hat weit über 500.000. Kirchheim hat alle Schularten und hat auch durch die Nähe zur Schwäbischen Alb einen hohen Freizeitwert. Im nächsten Jahr ist der S-Bahnanschluß nach Stuttgart fertiggestellt (25 min) und zum Flugplatz sind es mit dem Auto über die A8 (Karlsruhe – Stuttgart – Ulm – München) nur 12 Minuten.

Dr. med. Christa Schweitzer
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik, SPV
Dettingerstraße 2
73230 Kirchheim unter Teck
Tel.: 07021-46464, priv.: 07021-45459
E-Mail: christa.schweitzer@gmx.de



JOSEFINUM



Die **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** der ältesten Stadt Deutschlands, **Kempten (Allgäu)**, ist Teil der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Krankenhauses Josefinum, mit den Standorten Augsburg, Kempten und Nördlingen. Wir sichern im Allgäuer Bereich des Regierungsbezirkes Bayerisches-Schwaben bis zum Bodensee die (teilstationäre) Versorgung der seelisch bedrohten und manifest psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen. Für unsere Klinik mit 20 vollstationären und 15 tagesklinischen Plätzen sowie angeschlossener Institutsambulanz suchen wir **zum nächstmöglichen Zeitpunkt** zwei

Assistenzärzte/-innen

in **Voll- oder Teilzeit**

Die sonnenverwöhnte und kulturell interessante Stadt am Rande der Alpen ist für ihren hohen Freizeitwert bekannt. Wir ergänzen diesen u. a. durch:

- kreative Arbeitsmöglichkeit in einem kollegialen, engagierten und zukunftsorientierten multiprofessionellen Team
- Erfahrungsvermittlung in tiefenpsychologischer, verhaltenstherapeutischer und systemischer Diagnostik und Intervention
- volle Weiterbildungsmöglichkeit (4 Jahre, Chefarzt Dr. med. Dipl. Psych. Winkler)
- Rotationsmöglichkeit in die Kinder- und Jugendpsychiatrie Augsburg
- Hilfe bei der Organisation des Fremdjahres (Psychiatrie, Pädiatrie)
- strukturierten Weiterbildungsplan
- Unterstützung bei psychotherapeutischen Weiterbildungsbausteinen
- motivierende Bezahlung
- Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste
- betriebliche Zusatzversorgung
- Hilfe bei Wohnungs- und Kindergartensuche

Natürlich sind wir an kinder- und jugendpsychiatrisch und therapeutisch erfahrenen Kolleginnen und Kollegen interessiert, wir führen Sie aber auch gerne in unser spannendes Fachgebiet ein. Eine christliche Grundeinstellung ist Voraussetzung für die Anstellung. Gerne nehmen wir Bewerbungen von Menschen mit Behinderungen entgegen. Wichtig ist uns, dass Sie Ihr Engagement mit dem interdisziplinären Team teilen und die Netzwerkarbeit zum Wohle unserer Patienten vorantreiben.

Fühlen Sie sich angesprochen? Nehmen Sie Kontakt auf!

Telefonate und schriftliche Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an **den leitenden Oberarzt, Herr Dr. med. Martin Sobanski, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Josefinum, Haubensteigweg 40, 87439 Kempten, Tel.: 0831/52339-0, E-Mail: Sobanski-Martin@josefinum.de.**

Wir stehen in Trägerschaft der **KJF** Katholische Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e. V.

Bewerbungen von Menschen mit Behinderungen nehmen wir gerne entgegen.

Sie können uns auch im Internet unter **www.josefinum.de** besuchen.

Zum **nächstmöglichen Zeitpunkt** suchen wir eine/n

psychologische/n oder ärztliche/n

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-en

zur Besetzung eines Kassensitzes am MVZ des Kinderkrankenhauses St. Marien.

Das Medizinische Versorgungszentrum am Kinderkrankenhaus bietet seit Oktober 2008 ein neu geschaffenes Angebot der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin in Gestalt einer kinderpsychiatrischen Praxis und eines weiteren zur Nachbesetzung anstehenden KV-Sitzes.

Für diesen suchen wir eine/n approbierte/n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-en mit psychologischer, ärztlicher oder anderer Grundausbildung. Der KV-Sitz wurde vom Kinderkrankenhaus erworben und dient primär der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Bedarfsplanungsgebiet Landshut/Niederbayern. Als Bewerber/in sollten Sie auch Interesse an der Arbeit mit psychosomatisch kranken Kindern mitbringen. Ein enger Austausch mit der kinderpsychiatrischen Praxis ergibt sich durch die Organisationsform des MVZ, eine Kooperation mit den Kinderärzten im Konsiliardienst ist gewünscht. Bei Interesse ist auch eine diagnostische Tätigkeit mit ca. 10 Wochenstunden im multidisziplinären Team des sozialpädiatrischen Zentrums kombinierbar. Daraus ergibt sich ein vielfältiges und abwechslungsreiches Tätigkeitsgebiet in kollegialer Vernetzung, welches offen ist für Schwerpunktbildungen, Gruppentherapie, Elternarbeit und weitere Ideen. Wir freuen uns über Ihr kreatives und innovatives Potenzial.



Wir bieten einen unbefristeten Vertrag mit Vergütung nach AVR mit Angleichung an TVÄ, zusätzliche Altersversorgung und zusätzlich zum tariflichen Urlaub 5 Fortbildungstage im Jahr. Wir bieten in der Kombination mit den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen einen außergewöhnlich interessanten Arbeitsplatz.

Über unsere Homepage **www.kinderkrankenhaus-landshut.de** –Medizinische Angebote– können Sie sich ausführlich informieren.

Die Stadt Landshut ist Regierungshauptstadt des Bezirkes Niederbayern mit ca. 60.000 Einwohnern und einer fast 1.000-jährigen Geschichte und einer sehr hohen Wohnqualität. Es gibt Kinderkrippen, ausreichend Kindergärten und einen Montessori- und einen Waldorfkindergarten. Alle Schulen sind am Ort. Die Großstädte München und Regensburg sind in weniger als einer Stunde erreichbar. Der Flughafen München ist in ca. 30 Min. erreichbar.

Für telefonische Auskünfte steht Ihnen die **Leiterin des MVZ, Frau Petra Stemplinger, Kinder- und Jugendpsychiaterin, -psychotherapeutin**, unter **Tel. 0871/852-1297** gerne zur Verfügung.

Ihre Bewerbung senden Sie bitte an **MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien, Grillparzerstraße 9, 84036 Landshut, E-Mail: stemplinger@mvz-kinderkrankenhaus-la.de**



St. Marien- und
St. Annastifts Krankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Rechtsträger:
St. Dominikus Krankenhaus und
Jugendhilfe gGmbH, Sitz Ludwigshafen/Rhein

Wir sind ein leistungsfähiges, innovatives, gut ausgestattetes Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit zwei Betriebsstätten in Ludwigshafen. Derzeit verfügen wir über 467 Betten. Weitere Details finden Sie unter www.st-marienkrankenhaus.de

Für die **Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** mit einer Institutsambulanz, zwei tagesklinischen Stationen und in Planung noch zwei weiteren Vollstationen (Chefarzt: Dr. med. Jochen Gehrmann) am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des St. Annastifts Krankenhauses suchen wir aufgrund der Berufung der bisherigen Stelleninhaberin auf eine Chefarztposition zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Oberärztin/Oberarzt

Wir suchen eine/n fachlich qualifizierte/n Kollegin/Kollegen, die/den das Mitgestalten einer neuen Institution besonders reizt und die/der engagiert gerne auch eigene Schwerpunkte einbringt.

Wir erwarten solide klinische Erfahrung, möglichst auch im stationären Bereich, Eigeninitiative, Übernahme von Verantwortung, Entscheidungsfreudigkeit, soziale Kompetenzen, Fähigkeit zur interdisziplinären Teamarbeit und Belastbarkeit. Wir gehen davon aus, dass Sie die Facharztanerkennung für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorweisen können. Alternativ können sich aber auch Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Psychiatrie und Psychotherapie mit dem Ziel einer zusätzlichen Weiterbildung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie bewerben.

Wir bieten Ihnen eine leistungsgerechte Vergütung auf der Grundlage eines unbefristeten Vertragsverhältnisses, individuelle Gestaltungsräume, eine solide Einarbeitung, gute fachliche und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten, interne und externe Fort- und Weiterbildung, einschließlich einer Unterstützung bei der Psychotherapieweiterbildung und ein selbstständiges Arbeiten in einem engagierten Team. Zusätzlich bieten wir über unsere Institutsambulanz, die Zusammenarbeit mit unserer Kinderklinik, konsiliarische Tätigkeiten, Kooperationen mit Jugendhilfeeinrichtungen sowie weitere interessante Aufgabenfelder. Wir unterstützen kreative Ideen und individuelle Entwicklungsmöglichkeiten.

Vorausgesetzt werden die Zugehörigkeit zu einer christlichen Kirche und die Identifikation mit den Zielen des katholischen Trägers des St. Marien- und St. Annastifts Krankenhauses.

Fragen zu der ausgeschriebenen Position beantwortet Ihnen gerne vorab Chefarzt Dr. med. Jochen Gehrmann, Telefon: (0621) 5702-4222.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen unter dem Stichwort „Oberarzt KJP“ an:

St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus
Personalmanagement
Salzburger Str. 15
67067 Ludwigshafen

**Praxisräume für eine/einen Kinder- und Jugendpsychiater
in großzügig gestalteter Praxisgemeinschaft**

Sie möchten sich im Zentrum Reutlingen in einer Praxisgemeinschaft oder fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit uns niederlassen.

Zurzeit arbeiten in unserer Praxisgemeinschaft:

- eine FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie,
- eine Atem-, Stimm- und Sprechtherapeutin,
- eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin und
- ein Logopäde.

In der Praxis für Phoniatrie und Pädaudiologie sind bereits zwei Psychologinnen beschäftigt, die bisher ausschließlich diagnostisch tätig sind. In unsere Praxis kommen vorwiegend junge Patienten aus Reutlingen und der weiteren Umgebung. Reutlingen im Zentrum von Baden Württemberg gehört zu den bevölkerungsstabilen Gebieten der Bundesrepublik. Hier werden auch in weiterer Zukunft Kinder und Jugendliche leben, die Ihre Hilfe benötigen.

Von Vorteil ist, wenn Sie großes Interesse haben auch mit sehr jungen Kindern zu arbeiten. Dank einer hervorragenden Infrastruktur in der und um die Praxis herum bieten wir beste Startbedingungen.

Die PraxenGemeinschaft in der Markthalle

Dr. med. Christine Schmitz-Salue

FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie

Obere Wässere 3–7, 72764 Reutlingen

Tel. 0 71 21 / 3 01 87 41

Fax 0 71 21 / 3 01 87 40

E-Mail dr.schmitz-salue@praxis-schmitz-salue.de

Für eine Urlaubsvertretung in einer KJPP-Praxis wird für die Zeit vom 01.04.2009
bis voraussichtlich zum 31.03.2010

eine Fachärztin/ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

gesucht.

Gute psychotherapeutische und/oder kinderneurologische Fähigkeiten wären vorteilhaft. Evtl. kommt auch eine Anstellung im letzten Facharztjahr in Frage. Weiterbildungermächtigung für KJPP und Psychotherapie ist vorhanden.

Informationen über unsere Praxis finden Sie u. a. unter www.praxis-moik.de.

Bewerbungen bitte schriftlich an:

Christian K. D. Moik

Wicrichsbongardstr. 5–9

52062 Aachen

Fax 02 41 / 47 03 13 17

E-Mail ckdmoik@dgn.de

elisabeth-klinik Dortmund

Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Wir suchen SIE als Oberarzt/Oberärztin

mit abgeschlossener Facharzt- und Familientherapieausbildung.
Traumatherapeutische Kenntnisse sind erwünscht aber nicht Voraussetzung

... und SIE als Arzt/Ärztin oder Diplompsychologe/Diplompsychologin

baldmöglichst zur Vervollständigung unseres Teams der 2001 neu erbauten und nach modernsten architektonischen und therapeutischen Gesichtspunkten eingerichteten und ausgestatteten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Dortmund.

Die elisabeth-klinik, Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit voller Weiterbildungs-ermächtigung der Chefärztinnen zur Erlangung der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie deckt das gesamte Erkrankungs- und Behandlungsspektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab.

Wir sind ein akutes Versorgungskrankenhaus in privater Trägerschaft mit Pflichtversorgung für die Stadt Dortmund. Unsere Klinik umfasst drei vollstationäre Stationen mit Psychotherapieschwerpunkt, eine akupsychotherapeutische Station, eine Tagesklinik, eine Institutsambulanz sowie eine Traumaambulanz. Wir arbeiten auf allen Stationen in multiprofessionellen Teams.

Neben den biologisch-medizinischen Behandlungsmethoden der akupsychotherapeutischen Versorgung arbeiten wir mit familientherapeutischen, schulübergreifenden störungsspezifischen und ressourcenorientierten tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen kinder- und jugendpsychiatrischen Verfahren.

Es erwarten Sie eine gezielte Einführung, eine anspruchsvolle und abwechslungsreiche Arbeit, ein angenehmes Betriebsklima, Unterstützung bei externen Fort- und Weiterbildungen.

Wir erwarten eine flexible teamfähige Persönlichkeit mit Interesse an intensiver interdisziplinärer Zusammenarbeit und Freude an der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

Wenn Sie Interesse haben zu uns zu kommen, wenden Sie sich bitte an:

Frau Dr. med. Renate Gooßes und Frau Pia Leimann
Chefärztinnen der elisabeth-klinik Dortmund
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Marsbruchstr. 162 a • 44287 Dortmund
Tel.: (02 31) 91 30 19-516 • Fax: (02 31) 91 30 19-517

Multiprofessionelle kinder- und jugendpsychiatrische Praxis mit sozialpsychiatrischem Team sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Weiterbildungsassistent/in

Es handelt sich um eine Teil- oder Vollzeitbeschäftigung mit überdurchschnittlicher Bezahlung.

Die Praxis besteht seit 13 Jahren und befindet sich in Nordbayern.

Derzeit arbeiten im Team:

Kinder- und Jugendpsychiater, Weiterbildungsassistentin, PsychologInnen, Sozialpädagogin, Ergotherapeutin, Heilerziehungspfleger, Arzthelferinnen

Wir bieten:

nettes, kollegiales Team
angenehmes Arbeitsumfeld
keine Wochenend- und Schichtdienste
Hilfe bei der Wohnungssuche

Für Fragen steht Ihnen der Praxisinhaber oder Frau Christine Reich, Praxismanagerin, gerne zur Verfügung.

Auf Ihre schriftliche Bewerbung per Post oder e-mail freuen wir uns.

**Praxis Nils-Uwe Manns, Ketschengasse 7,
96450 Coburg**

Tel.-Nr. 09561/76444 oder e-mail: PraxisManns@t-online.de



Die Kath. Kinderkrankenhaus **WILHELMSTIFT** gGmbH ist eine Klinik der Schwerpunktversorgung mit 229 stationären und teilstationären Betten im Osten von Hamburg.

Sie verfügt über die Abteilungen Pädiatrie, Neuropädiatrie, Neonatologie und Intensivmedizin sowie Schwerbrandverletzte, Kinderchirurgie, Kinderhandchirurgie, Anästhesie, Bildgebende Diagnostik und die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

Die **Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie** bietet auf 5 Stationen und in 2 tagesklinischen Gruppen 54 Patientinnen und Patienten im Alter von 6-18 Jahren die Möglichkeit, sich in einem therapeutischen und pädagogischen Milieu zu stabilisieren und zu entwickeln.

Sie sind interessiert an der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in ihrem Umfeld, an Teamarbeit und an Einzel- sowie Familientherapien auf einer tiefenpsychologischen Basis?!

Für unsere Abteilung suchen wir zum Januar 2009 eine / n

Fachärztin/-arzt als Oberärztin/Oberarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie / -psychotherapie

Die Vergütung erfolgt nach den Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR); darüber hinaus bieten wir eine zusätzliche Altersvorsorge. Zusätzliche Einnahmen aus gutachterlicher Tätigkeit u. a. sind möglich. Die Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche ist Einstellungsvoraussetzung. Der Chefarzt hat die Weiterbildungsberechtigung für 4 Jahre.

Für Vorabinformationen steht Ihnen gerne Chefarzt Dr. Walter unter Tel. 040 67377-190 zur Verfügung.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:
Herrn Dr. Joachim Walter, Chefarzt
Kath. Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift gGmbH
Liliencronstraße 130
D-22149 Hamburg
oder per E-Mail an:
j.walter@kkh-wilhelmstift.de

www.krankenhausmarketing.de



www.kkh-wilhelmstift.de



Das **AMEOS Diakonie-Klinikum** sucht zum sofortigen oder nächstmöglichen Zeitpunkt für die **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** eine/n

• Weiterbildungsassistentin/-en

Wir sind u. a. Betreiber eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung mit verschiedenen psychiatrischen und somatischen Kliniken. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie verfügt über 29 stationäre Betten und einen Tagesklinikplatz. Zur Klinik gehören zwei Ambulanzen an zwei Standorten. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie arbeitet nach einem methodenintegrativen, systemisch orientierten Konzept.

Wir bieten Ihnen:

- eine dem Tätigkeitsfeld entsprechende Festvergütung
- ein abwechslungsreiches und interessantes Aufgabengebiet
- ein freundliches engagiertes Team
- geregelte Arbeitszeiten bzw. alternative Zeitmodelle
- attraktives Dienstsysteem
- angenehmes Betriebsklima
- regelmäßige Weiterbildungsangebote

Auf dem Gelände des Krankenhauses befindet sich eine Kindertagesstätte mit reduziertem Elternbeitrag für Mitarbeiter. Ueckermünde ist eine reizvolle Kleinstadt am Stettiner Haff mit hervorragenden Freizeitmöglichkeiten. Alle weiterführenden Schulen befinden sich am Ort. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir Ihnen gern behilflich.

Für telefonische Auskünfte steht Ihnen der Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Herr Dr. Blütgen (039771/41480) und die Leiterin Personal- und Sozialwesen Frau Stickel (039771/41654) gern zur Verfügung.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Christophorus-Diakoniewerk gGmbH · Personalabteilung · Ravensteinstraße 23 · 17373 Ueckermünde

SCHÜLING VERLAG



Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Von der Kooperation über die Vernetzung zur Integrierten Versorgung

Erfolgreich zu überleben im deutschen Gesundheitswesen wird für alle Beteiligten ständig herausfordernder - zufällig wird es demnächst nicht mehr gelingen!

Veränderungsprozesse sind aktiv mitzugestalten.

Das, was ich mache und wie ich es mache muss ich hinterfragen. Kann ich effizienter arbeiten, um mich nachhaltig und dauerhaft zu entlasten? Kann ich die Qualität meiner Arbeit zugleich steigern? Mit wem muss ich wie zusammenarbeiten?

Dieses Buch zu einem Projekt des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) entscheidet sich für die Kooperation. Es ist ein Projekthandbuch für Praktiker. Es beschreibt, was andere positiv erfahren haben: Behandlungsprozesse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu standardisieren und (damit) erfolgreich zu optimieren. Es benennt die Erfolgsfaktoren effizienter Zusammenarbeit und zeigt dabei, warum Behandlungspfade die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie enorm erleichtern und verbessern und letztlich unverzichtbar sind; sie verleihen zusätzliche Sicherheit und Qualität im täglichen Handeln und zugleich dokumentieren und begründen sie unser Handeln gegenüber Patienten, Zuweisern, Krankenkassen, Gerichten - und uns selbst. Handlungsautonomie wird gleichsam neu definiert.

2006; Hrsg.: DRG Research Group, MS u. BKJPP; 29,8 cm; 432 Seiten; broschiert; ISBN 3-86523-032-6.

Ich bestelle:

___ Exemplar(e) von
**Behandlungspfade in der
Kinder- u. Jugendpsychiatrie**

Euro 69,90 incl. Porto.

Mit dem Buch erhalte ich eine Rechnung.

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Unterschrift: _____

Schüling Verlag

Falkenhorst 4

48155 Münster

Internet: www.schueling.de

e-mail: buchkurier@schueling.de

Fax-Nr.: 0251 31 15 24



SOZIALPSYCHIATRISCHES CENTRUM
FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DR. MED. RALPH MEYERS

im Facharztzentrum Südwall
Südwall 15, 46282 Dorsten
Tel. 0 23 62 / 9 29 50

Fax 0 23 62 / 92 95 19
27. November 2008

Zur Erweiterung unseres sozialpsychiatrischen Teams suchen wir

- einen Arzt/eine Ärztin für KJP mit Schwerpunkt psychotherapeutische Arbeit, halb- bis ganztags,
- eine Heilpädagogin, halbtags und
- eine Motopädin, halbtags

ab Anfang 2009.

Wir sind eine große sozialpsychiatrische Praxis mit Schwerpunkt Entwicklungsdiagnostik und -therapie, ADS-Behandlung, systemischer Therapie und eigenen Forschungsprojekten.

Im Team arbeiten zur Zeit

- ein Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie,
- eine Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin,
- eine Motopädin,
- eine Heilpädagogin,
- eine Dipl.-Biologin,
- ein Logopäde,
- drei Ergotherapeuten und
- eine Homöopathin.

Der Praxisinhaber besitzt die Weiterbildungsermächtigung für 1 Jahr Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Schriftliche Bewerbungen bitte an:

Dr. Meyers, Alleestr. 10, 46282 Dorsten

Dr. med. Ralph Meyers
Facharzt für Kinder-/
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Mitglied im Beirat des BKJPP
medwell® Qualitätsverbund

Dr. rer. nat. M. A. Meyers-Muñoz
Dipl. Biologin
Forschung

Gaby Steinnus
Praxis für Heilpädagogik
Spieltherapie

Andreas Hroszny
Praxis für Stimm-, Sprech-
und Sprachtherapie

Renate Hohmann
Praxis für Motopädie
Triple-P Training

In Kooperation:
Praxis für KJP-Psychotherapie
Dipl. Soz. Päd. H. Brick-Eilers
Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeutin DGSF
Paar-, Familientherapeutin

Praxis für Ergotherapie
Thomas Brügemann
Ergotherapie
Elterntraining
Triple-P Trainer

Praxis für klassische Homöopathie
Gabi Haas



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

bkjpp

Jahrestagung des BKJPP

HANNOVER

Hannover Congress Center

5.–7. November 2009

Information/Anmeldung

CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH

Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 85 99 62-27

Fax: +49 (0)30 – 85 07 98 26

E-Mail: bkjpp@ctw-congress.de

www.ctw-congress.de/bkjpp

Impressum

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Forum Verlag – Aachen

ISSN 0943-8831

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „weiße Seiten“

Dr. med. Margarete von Rhein, Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik
Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, 41749 Viersen
Tel.: 0 21 62 / 96 31, Fax: 0 21 62 / 96 50 38, E-Mail: ingo.spitzcokvonbrisinski@lvr.de

Verantwortliche Redaktion „gelbe Seiten“

Dr. med. Christa Schaff, Dr. med. Maik Herberhold
Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP
c/o Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 89 73 79 74-0, Fax: 0 30 / 85 07 98 26, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte, BLZ: 422 600 01, Kto.-Nr.: 164 164 300

Druck

Meta Data, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 89 73 79 74-0, Fax: 0 30 / 85 07 98 26, E-Mail: mail@bkjpp.de

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| Erscheinungsweise: | 4-mal jährlich |
| Preis des Einzelheftes: | 13,- €(einschließlich Postversand) |
| Jahresabonnement: | 44,- €(einschließlich Postversand) |

Der Bezugspreis des Forums ist im Jahresbeitrag der Mitglieder des BKJPP enthalten.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| Preis des Einzelheftes: | 11,- €(einschließlich Postversand) |
| Jahresabonnement: | 33,- €(einschließlich Postversand) |

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.